



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**REFLETIR SOBRE A PRÁTICA PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS
CUIDADOS**

**REFLECTION ABOUT THE IMPROVEMENT THE PRACTISE OF
QUALITY CARE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Carla Marisa da Silva Magalhães

Porto, abril de 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**REFLETIR SOBRE A PRÁTICA PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS
CUIDADOS**

**REFLECTION ABOUT THE IMPROVEMENT THE PRACTISE OF
QUALITY CARE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Carla Marisa da Silva Magalhães

Sob a orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, abril de 2017

“O conhecimento tem de ser melhorado, desafiado e aumentado constantemente, ou vai desaparecer.”

PETER DRUCKER (1909-2005)

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e evidencia os principais contributos dos módulos de Estágio, para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. O Estágio foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, no período entre 2 de Maio de 2016 e 13 de Janeiro de 2017.

Este documento tem por objetivos, descrever as experiências e aprendizagens efetuadas, demonstrar as competências adquiridas, realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, das situações de melhoria observadas, passíveis de serem resolvidas e das respetivas estratégias de resolução, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, e serve como instrumento de avaliação.

A metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, e estruturalmente encontra-se dividido em quatro capítulos. Na introdução, faz-se um enquadramento do relatório, do estágio e dos objetivos; no segundo capítulo, descreve-se as características dos diferentes locais de estágio e procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros. Por fim, na conclusão procura-se evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, são descritas e analisadas situações que abordam o respeito pela privacidade e intimidade do doente, o dever de sigilo profissional, o dever de informar, o direito da pessoa ao consentimento informado, o consentimento presumido e o direito da pessoa à vida.

No domínio da melhoria contínua da qualidade são valorizadas as atividades que visam a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como, são identificadas oportunidades de melhoria e apresentadas estratégias de resolução, no âmbito do controlo de infeção, dos sistemas de informação e da metodologia de trabalho.

No domínio da gestão de cuidados, realça-se a colaboração e o interesse em perceber todo o processo de gestão de um serviço, e por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são apresentadas todas as atividades que visaram o desenvolvimento de competências comunicacionais, e o próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, procura-se demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Como contributo para os contextos da prática, depois de identificadas as necessidades de formação, foram planeadas, executadas e avaliadas duas sessões de formação, uma intitulada “A espiritualidade nos cuidados de enfermagem” para os enfermeiros do serviço de medicina intensiva e outra sobre “Cateter Venoso Central Totalmente Implantado” para os enfermeiros do serviço de urgência. No âmbito da assistência pré-hospitalar, elaborei um projeto de intervenção sobre a obstrução da via aérea, que foi aplicado nalguns lares da cidade do Porto.

Ao longo do estágio, foram implementadas estratégias de atuação que promovessem a aquisição de competências específicas, que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e humanizados, visando sempre o pensamento reflexivo e a consciência crítica, de forma a desenvolver uma prática de cuidados cada vez mais proficiente e baseada de evidência científica.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro Especialista; Doente crítico; Cuidados de Enfermagem; Qualidade

ABSTRACT

The present report is about a Master's degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, which evidence the main contributes to the internship modules, for the development of specialized competences on medical surgery nursing. The internship took place in the national institute of medical emergency, in the intensive care service and in the urgency care service of Pedro Hispano Hospital, between March 2nd 2016 and January 13th 2017.

The main goal of this document is to describe learning experiences, to show the acquire skills, to reflect and analyze the activities on which I was involved, to describe improve situations that I witness, passable of being solved, and its respective strategies solutions, having in sight the enhancement of quality and safety of given nursery care. This document can also be used as an evaluation tool.

The methodology used is the descriptive, analytical and critical reflexive method. Structurally is divided in four chapters. In the introduction part it is made a scratch of the report, the internship and its goals; in the second chapter, it is made a brief description of the characteristic of the different places of the internship and a exhibition and a reflexive analyses of the activities, looking to achieve the outlined goals and common competences of specialized nurse established by «Order of Nurses». Finally, at the conclusion I try to underline the professional development based on the acquired skills.

In the professional, ethical and legal responsibility domain, I describe and analyze situations that approach the respect for the privacy and intimacy of a hill person, the duty of professional confidentiality, the duty to inform, a person right to inform consent, the presumed consent and a person right to life.

In the domain of continued improvement quality are valued activities that improve the quality and safety of care and also are identify opportunities of improvement and presented resolution strategies concerning infection control, information systems and work methodologies. In the matter of care management, I highlight the collaboration and interest on understanding the hole process of managing a service and ultimately in the development of professional learning are presented all the activities related to the development of communication skills and the hole process of professional and self knowledge, as well as the attempt to show the ability to react towards unpredictable and complex situations.

As a contribute to the practice context and after identifying training needs, two workshop sessions were planned and executed and evaluated - one entitled «The spirituality in nursing intensive care» directed to nurses from intensive medicine care and a second one about «Central Venous Catheter Totally Implanted» for nurses from UR service. An intervention project about aerial line obstruction, regarding the pre hospital assistance, was planned and put to practice in some retirement homes of Oporto city. Throughout this internship, some acting strategies were put to action, which promoted the learning of specific skills and allowed the practice of personalized and human nurse care, as well as, a reflective thinking and a critical awareness as a way to develop an even more proficient practice of nurse care and based on scientific evidence.

Keywords: Clinical Competence, Specialized Nurse; Critical Patient; Nursing care; Quality

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Coelho,

Pela sua orientação com rigor e seriedade, pelas suas sugestões, ideias e conselhos, pela transmissão e partilha de conhecimentos, e pela sua infinita disponibilidade, tolerância e compreensão.

A todos os tutores de Estágio,

Que me acompanharam neste percurso, agradeço a orientação, os momentos de partilha, reflexão e as sugestões pertinentes, a sua disponibilidade e compreensão.

Aos meus Pais,

Que sempre me apoiaram e incentivaram no meu percurso profissional e de vida, e me ensinaram a lutar para alcançar os meus objetivos.

Ao Fernando,

Pelo seu apoio, amor, carinho e tolerância nas minhas ausências e dificuldades, pelo incentivo, pela confiança e pela valorização do meu trabalho, pelos momentos de partilha, por me escutar...

Por tudo o que vocês fizeram por mim... Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

AEM - Ambulância de Emergência Médica
APH - Assistência Pré-Hospitalar
CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVCTI - Cateter Venoso Central Totalmente Implantado
DNR - Decisão de Não Reanimar
ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System
EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPC - Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases
HP-HCIS[®] - HP Healthcare Information System
HPH - Hospital Pedro Hispano
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
NAS - Nursing Activities Score
OE - Ordem dos Enfermeiros
OVA - Obstrução da Via Aérea
PCR - Paragem Cardio-Respiratória
SAV - Suporte Avançado de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SPICI - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos
SU - Serviço de Urgência
TAE - Técnico de Ambulância de Emergência
UC - Unidade Curricular
UCP - Universidade Católica Portuguesa
UP - Úlcera por Pressão
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	21
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ...	27
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	28
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	38
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	49
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL	55
4. CONCLUSÃO	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE I - ENTREVISTA À ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	91
APÊNDICE II - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	97
APÊNDICE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM LARES DE IDOSOS: OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA	185
APÊNDICE IV - ARTIGO: AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PRÉ- HOSPITALAR	231
APÊNDICE V - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO	245

1. INTRODUÇÃO

Atualmente um dos desafios mais importantes que se coloca à União Europeia é o desafio da qualidade, pois usufruir de cuidados de saúde com qualidade é um direito que assiste a todos os cidadãos. Para responder a este desafio é fundamental que o enfermeiro invista na educação/formação, e ao longo do seu percurso profissional adote uma atitude crítico-reflexiva. Mas não basta a qualidade científica ou técnica, pois somos “gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora.

A formação permanente e a atualização contínua dos conhecimentos, é um dever dos enfermeiros, assim como, a análise regular do trabalho efetuado, e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015). Estes deveres foram a linha orientadora do meu estágio, em que a reflexão da e sobre a prática foi contínua, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional, o que contribuiu para a tomada de decisão ética essencial à melhoria e qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família.

Decidi prosseguir com os estudos para o Mestrado em Enfermagem e optei pela Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) pois senti necessidade de enriquecer o meu conhecimento e alargar o âmbito das minhas competências nos domínios científico, técnico, humano, na prática, na formação e na gestão com base na evidência científica, e com vista a alcançar a excelência e a qualidade no cuidar. Também a minha experiência profissional de cerca de 6 anos em contexto de Serviço de Urgência (SU), unidade de cuidados intermédios e Serviço de Medicina Intensiva (SMI), foi determinante nesta escolha.

Atualmente, trabalho num serviço de medicina oncológica do Instituto Português de Oncologia do Porto, e que por isso os focos de atenção dos meus cuidados de enfermagem mudaram. Mas a prática de cuidados individualizados, personalizados e adequados, no sentido da qualidade, assim como, a comunicação com o doente e a família, o trabalho em equipa e a abordagem global das necessidades dos doentes nas diferentes vertentes física, social, psicológica e espiritual manteve-se.

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 9º Curso de Mestrado com EEMC do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pretende apresentar as competências desenvolvidas na Unidade Curricular (UC) de Estágio, bem como dar resposta a um processo avaliativo.

Essa UC possui um total de 750 horas, sendo 540 horas de contacto direto e 210 horas de estudo, correspondendo a um total de 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) e está dividida em três módulos (180 horas por cada módulo de estágio correspondendo a 10 ECTS) sendo eles: módulo de SU, módulo de Cuidados Intensivos e módulo Opcional.

O estágio teve início no dia 2 de Maio de 2016 e terminou a 13 de Janeiro de 2017 visando especificamente a aquisição de competências individuais e em equipa, para a prestação de cuidados especializados, a construção de relações interpessoais, a aquisição da capacidade de identificar oportunidades de melhoria e selecionar estratégias adequadas de resolução, a construção do pensamento crítico-reflexivo e a integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa em situação crítica.

O primeiro momento de estágio, entre 2 de Maio a 25 de Junho de 2016, decorreu no SMI do Hospital Pedro Hispano (HPH), o segundo momento correspondente de 12 de Setembro a 5 de Novembro de 2016, decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - módulo opcional e por fim, o estágio no SU do HPH, decorreu entre 7 de Novembro a 13 de Janeiro de 2017 (período interrompido de 21 de Dezembro de 2016 a 2 de Janeiro de 2017, inclusive, pelas férias de Natal).

A escolha destes locais de estágio, perante as disponibilidades apresentadas pela UCP, prendeu-se com a opinião positiva de outros estudantes que por lá passaram e profissionais que lá trabalham, bem como, pelo facto de serem conhecidas e referidas, como unidades de referência na inovação e na qualidade dos cuidados prestados.

Para o estágio no SMI estabeleci como objetivos: colaborar na prestação de cuidados ao doente crítico, partilhar e adquirir conhecimentos, identificar necessidades de formação, participar em ações de formação e desenvolver competências na área da gestão.

Um serviço de cuidados intensivos caracteriza-se por um ambiente diferenciado de prestação de cuidados de saúde, que exige condições de trabalho especiais, com pessoal e estruturas próprias e individualizadas, para promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. A medicina intensiva é uma área multidisciplinar das ciências médicas, que tem por objetivo primordial, suportar e recuperar funções vitais, de

modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico é bastante complexo e exige um pensamento reflexivo e uma formação profunda, atualizada, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber. Uma prestação de cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, assim como, uma maior eficácia, eficiência e efetividade é uma obrigatoriedade.

No segundo momento de estágio, correspondente ao módulo III - opcional escolhi a Assistência Pré-Hospitalar (APH) pois é um campo de atuação que me suscita bastante interesse e curiosidade, e no qual pude aplicar alguns conhecimentos que adquiri com a frequência em cursos de formação na área do trauma e APH. A prestação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar, implica trabalhar, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas e em que a vida das pessoas e o seu restabelecimento, dependem muito da qualidade da assistência imediata, e dos procedimentos efetuados para dar resposta às situações de doença súbita ou acidente.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e foi criado com a missão de dar resposta a uma necessidade nacional de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2013). Este dispõe de vários meios de socorro dos quais saliento as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), que foram os meios onde decorreu o estágio.

De entre as várias localizações dos meios de socorro, escolhi realizar o meu estágio na SIV de Amarante, na VMER de Vale do Sousa e na AEM de Vila Nova de Gaia, isto não só pela proximidade geográfica, mas também, pelo interesse em conhecer o funcionamento do INEM em meio rural, no qual a acessibilidade e a proximidade das unidades de saúde não é tão fácil. Outros pontos que tive em consideração, foi o número elevado de ativações nesta região para situações de trauma, e o facto de estagiar nos mesmos locais, permitia-me conhecer melhor as equipas e estabelecer uma relação de proximidade e confiança com os profissionais, de modo a facilitar a minha atuação, tornando-a mais participativa e não só observacional.

Quanto ao SU, este foi um campo muito enriquecedor pela sua dinâmica constante e por receber doentes com os mais variados diagnósticos, com problemas reais e

potenciais, súbitos, urgentes e emergentes que requerem cuidados complexos. Neste contexto, procurei ter oportunidade de vivenciar e colaborar numa enorme variedade de experiências.

A avaliação e abordagem do doente urgente/emergente, com situações de doença aguda e donde possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento, requer um atendimento em equipa multiprofissional, na qual o enfermeiro EEMC deve saber o seu plano de atuação, em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento correta, para uma abordagem e/ou ressuscitação da pessoa em situação crítica.

A prática da enfermagem em contexto de SU, exige capacidade de inovar, antecipação, intuição e sensibilidade, alicerçados a uma prática baseada na evidência. Deve-se ainda manter ao mais alto nível a humanização nos cuidados, o que implica personalização, rapidez no acesso à primeira observação, resolução adequada de casos sociais, e minimização do tempo de permanência no espaço do SU.

Neste sentido, e com a realização destes estágios, procurei que cada um fosse um campo rico de experiências essenciais para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, humanas e organizacionais, onde pude aplicar conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo desta forma, a uma intervenção refletida e a uma melhoria de qualidade dos cuidados prestados.

Estes estágios decorreram sob a orientação da Professora Patrícia Coelho e de enfermeiros com EEMC e Mestres, destacados por cada serviço, sendo que todos desempenharam um papel fundamental no meu desenvolvimento, permitindo a partilha, a reflexão e a discussão de ideias, e assim, fomentaram o meu espírito crítico-reflexivo e inevitavelmente a melhoria da minha prática profissional.

O processo de aprendizagem foi baseado no processo de Bolonha, no qual o estudante é reconhecido como um elemento ativo, desenvolvendo um conjunto de competências face aos seus objetivos e um espírito crítico-reflexivo, que contribuem para a sua autonomia e responsabilidade.

A metodologia adotada na elaboração deste relatório, é a metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, pois vai-me permitir, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as oportunidades de melhoria encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas, demonstrar a aprendizagem desenvolvida e de que forma, as intervenções e reflexões realizadas ao longo do estágio, contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências.

Este relatório tem como objetivos:

- Caracterizar os locais de estágio onde se desenvolveram as práticas clínicas;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, das atividades desenvolvidas, das situações de melhoria observadas e respectivas estratégias de intervenção, com vista à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados;
- Descrever as atividades desenvolvidas e as vivências ao longo do estágio;
- Demonstrar as competências adquiridas, as aprendizagens e os contributos enquanto EEMC;
- Disseminar o conhecimento mediante a prática baseada na evidência científica;
- Fornecer um referencial de análise e de avaliação.

Encontra-se estruturado em quatro capítulos: introdução, caracterização dos locais de estágio, desenvolvimento de competências e conclusão. Na introdução, faço um enquadramento do relatório e do estágio de EEMC, especifico os locais de estágio, o período em que foram realizados, e justifico as opções dos locais de estágio e da frequência do Curso, bem como, defino os objetivos gerais e a metodologia utilizada no trabalho.

No segundo capítulo, descrevo as características dos diferentes locais de estágio e procedo à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados e a adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), dividindo-o de acordo com os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento da aprendizagem profissional.

Por fim, na conclusão pretendo compreender o desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas e das dificuldades sentidas, sintetizando, os principais pontos que maior impacto tiveram na minha aprendizagem.

É ainda de mencionar, que as referências bibliográficas encontram-se formuladas de acordo com a norma nacional, emanada pelo Instituto Português da Qualidade – NP 405 e para facilitar a leitura, e enquadramento dos três locais de estágio, ao longo do texto destaco a negrito os módulos de estágio correspondentes às atividades descritas.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Faz sentido fazer uma referência à caracterização dos diferentes locais, onde se realizou o Estágio EEMC, e onde decorreu a minha aprendizagem, desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional. Como já referido, o primeiro local de estágio foi o **SMI** do HPH, que é um serviço de ação médica hospitalar fundado em 2004 e situa-se no piso - 1, que juntamente com o SU e a VMER integra o Departamento de Emergência e Medicina Intensiva. A emergência intra hospitalar, também faz parte do SMI, e a equipa médica do serviço assegura em colaboração o bom funcionamento da sala de emergência do SU.

O SMI é uma unidade de cuidados intensivos fechada, autónoma e classificada de nível III, formada por equipas, médica e de enfermagem, funcionalmente dedicadas à assistência médica qualificada, e em presença física nas 24 horas, apresenta a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de qualidade, e tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Este serviço tem como missão a admissão de doentes críticos, cuja situação se preveja reversível, que tenham condições/reserva fisiológica que sustente os tratamentos a que vão ser submetidos, que necessitem de suporte de função de órgão com meio técnico adequado à situação existente na unidade, que necessitem de monitorização contínua invasiva e que necessitem de tratamento ou vigilância intensivos (BOLETIM INFORMATIVO nº37/2010).

Assim de forma genérica, presta cuidados a todos os doentes cuja situação clínica justifique vigilância/monitorização/tratamento em ambiente de cuidados intensivos, ou seja, aquele que é capaz de proporcionar, em segurança, o suporte de funções vitais que se encontram ameaçadas, e nas quais se incluem o suporte ventilatório, hemodinâmico, renal, transfusional, entre outros.

Passando agora à caracterização da estrutura física podemos estabelecer três zonas distintas: zona de trabalho, zona de apoio e zona de acesso ao serviço. Sendo de salientar a zona de trabalho que é constituída por 12 unidades de doentes (sete delas distribuídas numa área comum “*open space*” e separadas por cortinas e cinco são unidades de isolamento).

Uma unidade de isolamento permite unicamente isolamento físico, e tem luz direta, enquanto que os restantes isolamentos, não têm luz direta e permitem alteração nas pressões existentes nestes espaços, permitindo pressões positivas/neutras/negativas.

Relativamente aos recursos humanos, estes assentam essencialmente em quatro categorias profissionais: a equipa médica, a equipa de enfermagem, a equipa dos assistentes operacionais e a assistência técnica. Colaboram com regularidade em apoio à equipa, um microbiologista, uma nutricionista e uma farmacêutica.

A equipa médica é constituída pelo Diretor de Serviço e por médicos com a especialidade de medicina interna, anestesia e pneumologia, por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, por um enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação, por seis enfermeiros com a EEMC e por 16 enfermeiros de cuidados gerais.

O segundo período de estágio decorreu no **INEM** delegação do Porto. O INEM é uma entidade que em conjunto com a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os hospitais e centros de saúde formam o SIEM e no seu todo cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita.

O SIEM existe desde 1981 e caracteriza-se por um conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde, programados de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico e terapêutica, podem acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente. Este compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM, 2013).

Para operar nos moldes desejáveis, é necessário ter em linha de conta conceitos como os de multidisciplinaridade, coordenação, articulação funcional, acompanhamento, avaliação, reajustamento, reunião de esforços, meios e ações, assentando necessariamente num modelo organizacional, baseado na responsabilidade partilhada por todos os seus intervenientes, nomeadamente o público, os operadores das centrais de emergência 112, os técnicos do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), os agentes da autoridade, os bombeiros, os tripulantes de ambulância, os Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), os médicos e enfermeiros, o pessoal técnico hospitalar e o pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

No decorrer destes anos, o SIEM tem vindo a ser aperfeiçoado e foram criados diferentes meios nomeadamente, as ambulâncias de socorro que se dividem em AEM, ambulâncias de SIV, as VMER, os Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), a Mota de Emergência Médica (MEM), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) e a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e subsistemas, nomeadamente CODU e CODU-MAR, Centro de Informação Antiveneno (CIAV), Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), Centro de Intervenção para Situações de Exceção (CIPSE).

De entre os diferentes meios supracitados, apenas irei realizar uma breve descrição dos meios que foram locais de estágio, nomeadamente a AEM, a SIV, a VMER e o subsistema CODU.

Os CODU são centrais de emergência médica responsáveis pela medicalização do número europeu de emergência – 112, e recebem todos os pedidos de socorro efetuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. A esta equipa compete atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso (INEM, 2013).

Os CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática, que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. É ainda da sua responsabilidade assegurar o acompanhamento das equipas de socorro no terreno, através de informações clínicas recebidas e selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino (INEM, 2013).

Em 1988 iniciou-se a atuação médica com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM e um ano mais tarde, criou-se a VMER, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente. A equipa é constituída por um enfermeiro e por um médico, que habitualmente ocorre em primeiro lugar às situações de emergência pré-hospitalar, e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). Os seus objetivos são a estabilização pré-hospitalar, e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013). Estas viaturas encontram-se nas bases hospitalares e atuam na

dependência direta do CODU, podendo ser ativadas para efetuar *rendez-vous* com outros meios, quando se verifica que o meio acionado é insuficiente.

O médico da VMER é o chefe da equipa e o elemento responsável pela prestação dos cuidados de emergência médica, nas ocorrências para as quais é acionado, assumindo a responsabilidade da triagem da situação clínica da vítima ou vítimas, instituindo as medidas terapêuticas adequadas à sua estabilização, atendendo aos protocolos de atuação em vigor. Também é da sua responsabilidade transmitir ao CODU os dados referentes à situação da vítima, assim como, os procedimentos/intervenções efetuadas e assegurar que estão garantidas as condições de segurança para o transporte até à unidade de saúde. É ainda responsável pela orientação e coordenação de atuação da equipa, atendendo sempre aos conhecimentos mais recentes e à importância da humanização da prestação de cuidados em meio pré-hospitalar (MATEUS, 2007). O enfermeiro é o elemento responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação das técnicas de emergência médica.

As AEM anteriormente designadas por ambulâncias de suporte básico de vida têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e o transporte assistido para o SU mais adequado ao seu estado clínico.

São tripuladas por dois TAE's do INEM, devidamente habilitados com os cursos de técnico de ambulância de socorro, de desfibrilhação automática externa e de condução de emergência. As AEM estão sediadas em bases do próprio INEM e dispõem de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica, indispensável ao cumprimento dos algoritmos de decisão médica definidos pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos (INEM, 2013).

As ambulâncias SIV surgiram no início de 2007 e destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV. Constituem um meio de socorro em que além do descrito para as AEM, acresce um monitor desfibrilhador que permite a transmissão do electrocardiograma e sinais vitais, e dispõe de uma diversidade de fármacos e materiais necessários para a realização de atos terapêuticos invasivos.

Estas ambulâncias são tripuladas por um enfermeiro e por um TAE devidamente habilitados, em que o enfermeiro tem por principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos. Aos TAE cabe a função de colaborar na prestação de cuidados de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro, sendo ainda responsáveis pela condução do veículo.

As SIV estão localizadas em unidades de saúde, algumas integradas no SU e consequentemente passou a fazer parte da sua intervenção a realização de transportes secundários de forma regular, sendo que anteriormente, dedicavam-se quase exclusivamente ao transporte no âmbito da APH.

Por último, o estágio do SU decorreu no HPH. O SU é a unidade de um hospital que tem como objetivo abordar todas as situações de emergência e urgência em saúde. Como tal, é importante definir os termos emergência e urgência, no âmbito da saúde. Assim, considera-se urgência uma situação onde existe risco de falência de funções vitais, e emergência uma situação onde está iminente ou instalada a falência de funções vitais (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2001).

Sendo este um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado, à rede de serviço de urgência básico, e referenciando para o serviço de urgência polivalente, situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes neste, definidas nas respetivas redes de referência (DESPACHO n.º 10319/2014, 2014).

Estes serviços são caracterizados pela prestação de níveis de cuidados de saúde de elevada qualidade em tempo útil, conforme o tipo e gravidade das patologias, a todas as populações, de todas as idades, por todo um espetro de doenças e de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

O SU do HPH encontra-se estruturado em três áreas distintas que formam um U. A área da TRIAGEM inclui gabinetes de triagem, sala de emergência, sala de trabalho de enfermagem 1, sala de inaloterapia e gabinetes médicos; a ÁREA CIRÚRGICA é composta por sala de trauma, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinetes médicos, sala de trabalho de enfermagem 2, gabinete de radiologia, gabinete do enfermeiro-chefe, gabinete do diretor de serviço e pela unidade rápida de diagnóstico, por último, a OBS que é uma área com capacidade para 16 camas para doentes com necessidade de vigilância e monitorização não invasiva, sendo que quatro das mesmas, constituem a Unidade de Dor Torácica.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A competência não é um estado ou um conhecimento específico e possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência. LE BOTERF (2003) situa a competência numa encruzilhada com três eixos formados pela pessoa (sua história e socialização), pela sua formação académica e pela sua experiência profissional. Segundo este autor, a competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, nutridas a montante pela aprendizagem e formação, e a jusante pelo sistema de avaliações. Implica saber como mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

O processo de aquisição de competências é um processo dinâmico, que implica continuidade no tempo, bem como, um conjunto integrado de capacidades cognitivas, sócio-afetivas, relacionais, organizacionais, saberes teóricos e habilidades técnicas do enfermeiro, aplicadas ao contexto da prestação de cuidados, permitindo-lhe exercer a sua função ao nível da excelência (PHANEUF, 2005).

A competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho, num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito (BENNER, 2001).

Este processo de desenvolvimento de competências para DIAS (2004, p.58) “*é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho*”.

No decurso do desenvolvimento profissional e na busca de elevados padrões de qualidade, a OE sentiu necessidade de definir as competências comuns do enfermeiro especialista, considerando-o um enfermeiro “*com um conhecimento aprofundado num*

domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.2).

O referido regulamento determina que todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, considerado competências comuns, que se dividem em quatro domínios, nomeadamente: **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.** Essas competências comuns são *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 3).*

Assim, espera-se que o enfermeiro EEMC seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todos os conhecimentos e saberes adquiridos com a experiência, de modo, a que a sua intervenção seja feita de forma holística, com um elevado nível de qualidade.

O presente relatório está organizado com base nos domínios de competência do enfermeiro especialista supramencionadas e em cada subcapítulo, procuro descrever as atividades desenvolvidas ao longo de cada módulo de estágio, os momentos relevantes e que mereceram a minha reflexão, em síntese, todo o trabalho desenvolvido para alcançar os objetivos delineados e as competências adquiridas.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Objetivo específico: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

A competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal tem como principal objetivo, promover a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos, e consequentemente, a dignidade humana. A dignidade é um atributo essencial, independentemente das qualificações específicas de género, de raça, de religião, de nacionalidade, de posição social ou de qualquer outra.

O respeito pela dignidade humana é entendido como um princípio moral básico e um dos principais direitos humanos, consagrado no artigo 1º da DECLARAÇÃO

UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1978, p.2) que declara que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”*.

Ora o respeito pela dignidade humana, pressupõe o reconhecimento de que cada ser humano é um fim em si mesmo, e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. Ser pessoa deve encarar-se como um processo que nos coloca perante uma realidade dinâmica, e não perante um estado fixo. É a pessoa que consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015).

A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrerem outros princípios, nomeadamente, o princípio da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. Muitas das vezes, este princípio surge perspetivado na forma de não fazer o mal, sobretudo de não causar dano, e assim, designa-se como princípio da não maleficência.

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe. Essa escolha deve ser livre e esclarecida, tomada após aquisição de toda a informação, e por último, o princípio da justiça em que situações idênticas devem ser tratadas igualmente, e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças.

Durante o estágio, foram desenvolvidas atividades com vista a respeitar estes princípios éticos, a promover a privacidade do doente, a respeitar as suas preferências, a garantir a informação à pessoa e família, a manter a confidencialidade e a segurança da informação, ou seja, procurei agir sempre de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, que se revelou um pilar essencial para a minha prática. Contudo, inevitavelmente, passei por diversos contextos da prática clínica, onde identifiquei situações, em que a prestação de cuidados pode comprometer de alguma forma os direitos humanos.

Na prática sempre tive a preocupação de informar a pessoa de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, pois o consentimento informado não deve ser uma imposição nem o resultado de uma decisão precipitada. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento, no seu artigo 5.º estabelece como regra geral que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta*

pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos” (RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 1/2001, p.27).

Assim a escolha da pessoa é o último passo depois da informação e validação da mensagem. Vale a pena ter em conta, que informar diz respeito a transmitir dados sobre qualquer coisa, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, contribuindo para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Mais importante que dizer, é ser compreendido, ou seja, que a informação seja transformada em significado para a pessoa. Do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais.

É importante no processo do consentimento informado que o enfermeiro estabeleça uma comunicação acessível e efetiva, de forma a explicar e esclarecer o doente de todos os meios, pelos quais vai ser tratado e os riscos e benefícios dos tratamentos. A informação deve ser adequada às necessidades e circunstâncias, inclusive às necessidades religiosas, étnicas e culturais, bem como, as habilidades de língua e níveis de alfabetização de saúde.

Contudo, existem exceções ao consentimento, designadamente: por incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação – o caso de pessoas com anomalia psíquica, inconsciente, incapaz de consentir ou de expressar vontade - ou interdição), em situações de urgência (sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não pode ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável, em benefício da saúde da pessoa), e em situação de “privilegio terapêutico” (circunstâncias que poriam em perigo a vida do doente ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). Nestas situações assume-se o consentimento presumido, em que os profissionais atuam tendo em consideração o benefício direto, no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa, atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos.

Em **cuidados intensivos**, como o doente nem sempre tem condições físicas ou mentais para decidir, devido a uma limitação, muitas vezes, associada à gravidade da situação ou utilização de fármacos que alteram a consciência, torna-se importante conhecer a sua vontade prévia e o que ele pensava sobre o assunto, podendo até existir indicações formais, no caso de existirem diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital.

O testamento vital é um documento onde a pessoa pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente, e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. Este documento pode ser revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor (SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Em **contexto pré-hospitalar** as situações de conflitos ético-legais também são uma verdade, tendo os profissionais que tomarem decisões num curto espaço de tempo, e com um elevado número de incertezas, dada a escassa informação a que têm acesso e os ambientes de risco com que se deparam.

Um exemplo de conflito ético-legal, que os profissionais da APH frequentemente vivenciam, decorre das ativações para situações de Paragem Cardio-Respiratória (PCR). Esta é habitualmente inesperada, e as manobras de reanimação são iniciadas o mais rapidamente possível, pois os profissionais não têm acesso à informação clínica, detalhada e precisa do doente. A decisão de iniciar, continuar ou suspender manobras são tomadas pela equipa médica no local e a Decisão de Não Reanimar (DNR) é clínica e eticamente aceitável à luz do princípio da não maleficência, quando a relação risco/benefício é desequilibrada e excessivamente penosa para o doente.

Alguns profissionais, sentem que a DNR colide com o princípio da beneficência e o dever profissional de impedir a morte da vítima, por todos os meios disponíveis, dando prioridade à vida biológica, ainda que penosa, colocando em segundo lugar a qualidade da vida face à simples existência.

Vários autores estudaram a futilidade médica e as decisões em fim de vida em doentes críticos. Dos questionários analisados, (147 enfermeiros e 36 médicos, de 8 unidades de cuidados intensivos de hospitais portugueses), concluíram que as razões apontadas por mais de metade dos médicos/enfermeiros no que diz respeito a tratamentos excessivos/injustificados, deve-se à não-aceitação do insucesso terapêutico, à formação insuficiente sobre questões éticas e em fim de vida, à dificuldade em aceitar a morte, à avaliação incorreta da situação clínica do doente e à falta de comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de decisão (TEIXEIRA, et al. 2012).

Assim, a preocupação em investir na formação em cuidados paliativos pode considerar-se imperiosa para os profissionais, face ao aumento da longevidade e das doenças de evolução prolongada, que conduzem à situação terminal da vida (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006).

reconhece que

“com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva”.

Mas ainda no contexto da PCR, especialmente quando estas ocorrem em casa, as equipas de APH optam por pedir aos presentes para saírem do local da ocorrência, e atuam num espaço com privacidade. Esta escolha prende-se essencialmente pelo sentimento de segurança da equipa, no entanto, esta situação é geradora de uma angústia ainda maior por parte dos familiares e amigos, ao não saberem o que se passa do outro lado da porta.

Já há alguns anos que a presença dos familiares durante a reanimação é estudada, e existem várias associações internacionais que defendem posições e *guidelines*, sobre a presença de familiares durante a realização de um procedimento invasivo e situações de reanimação.

Em 1996 o EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL, através de um grupo criado para estudar a presença dos familiares durante a ressuscitação, emitiu um documento que concluiu que vários familiares e amigos de vítimas de PCR, referem que a sua presença diminuiu a ansiedade e o medo, e auxiliou o seu processo de luto. A generalidade, afirma preferir estar presentes durante as manobras, principalmente aqueles com menos de 40 anos de idade. Por sua vez, a maioria dos profissionais, tem uma opinião contrária, preferindo que os familiares e amigos não estejam presentes.

A evidência científica tem demonstrado vantagens e desvantagens em relação à presença da família, durante manobras de reanimação. Para os profissionais de saúde, pode ser passível de gerar sentimentos de ansiedade e incapacidade para lidar com a situação, bem como, receio da sua prática estar a ser avaliada e ser passível de ser colocada em causa, através de um processo judicial, restrições no uso de mecanismos de *coping*, como o humor, e a possibilidade da família causar intermissões passíveis de interromper a sua atuação. Para a família, os riscos podem ser físicos, como não se afastarem da cama, aquando da desfibrilhação, ou psicológicos, como o trauma resultante da visualização de procedimentos invasivos (MCCLEMENT, FALLIS, PEREIRA, 2009; COTTLE, 2008).

Continuando na perspetiva das questões éticas, ao longo do estágio, identifiquei uma situação em que as medidas terapêuticas invasivas adotadas, a meu ver, contrariam a

promoção de uma morte digna. A minha perspectiva de atuação foi partilhada com a equipa, e foi criado um momento de partilha e reflexão, sobre a atuação dos profissionais perante um doente em fim de vida.

Tratava-se de uma idosa de 91 anos de idade com um bócio volumoso irressecável que apresentava dispneia e alteração do estado de consciência. A abordagem e o tratamento não invasivo, aplicado pela equipa da APH, reverteu ligeiramente o quadro. No entanto, na admissão na sala de emergência do SU, a primeira abordagem à doente, foi entubação endotraqueal e colocação em ventilação espontânea com oxigenoterapia.

Face ao exposto, e tendo por base o estudo realizado por KAMAL, et al. (2012) sobre as opções terapêuticas para o tratamento da dispneia em cuidados paliativos, considero que o uso de opióides, seria uma boa opção, uma vez que, as evidências demonstram que estes fármacos são a linha da frente, para o alívio da dispneia em doentes em fase terminal, e devem ser utilizados, no intuito de reduzir a consciência, oferecer conforto, e aliviar a angústia da pessoa

Para proporcionar uma morte digna ao doente em fim de vida, é necessário desenvolver uma prática de vida, assente em cuidados dirigidos à pessoa, em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados básicos e paliativos, com respeito pela dignidade de cada pessoa.

O enfoque de ação do enfermeiro EEMC deve ser dado à valorização da qualidade de vida e ao acompanhamento do doente e da família, isto é, intervir visando atenuar os sintomas da doença, em particular a dor e a dispneia, e garantir o máximo de conforto possível, sem agir sobre a causa. SILVA (2006, p.43) no VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros sobre “final de vida” afirmou que *“devem-se recusar todas as formas de obstinação terapêutica, não recorrendo ao uso de recursos terapêuticos fúteis e inúteis, uma vez que, apenas conduzem ao arrastar do sofrimento, dado que a cura não é mais possível, tendo presente que a omissão de tratamentos inúteis ou a interrupção de meios artificiais, não são eutanásia”*.

Para isso é preciso que os profissionais de saúde, modifiquem a sua visão sobre a morte, aceitando-a como uma parte integrante da vida, que valorizem e respeitem o tempo de morrer, aceitem a sua impotência, vulnerabilidade e os seus limites, e, como última condição, reconheçam que a experiência de acompanhamento de um doente em fim de vida, é uma experiência enriquecedora, que nos torna mais humanos e nos permite ter benefícios mútuos (HENNEZEL, 2002).

De acordo com as alíneas c) e d) do artigo 82.º da Deontologia Profissional em Enfermagem, o enfermeiro no respeito dos direitos à vida e à qualidade de vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de “*participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida*” e “*pode recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, p.64). Morrer com dignidade, será então morrer com conforto físico e apoio psicológico, emocional e espiritual, fornecido pelos profissionais de saúde, em conjugação com familiares.

A preservação da privacidade e intimidade, também foi uma preocupação. Num cenário de rua nem sempre é fácil face ao ambiente envolvente (familiares ou os amigos frequentemente em stress emocional) e a curiosidade das pessoas em seu redor. Assim, temos de ter uma grande capacidade de improvisação e uma constante adaptação aos diferentes contextos, aplicando sempre os conhecimentos científicos, de modo a minimizar a exposição da vítima e fazer com que esta seja transportada para dentro da ambulância, o mais rapidamente possível, para que num ambiente fechado e mais calmo, se possa realizar uma avaliação mais correta e segura.

No SU os profissionais também sentem essa dificuldade, pois a administração de fármacos ou a execução de colheitas para análise, por vezes, ocorrem sob o olhar indiscreto do mais variado tipo de espectadores, e nas salas de tratamento, embora se utilizem as cortinas e os biombos como uma forma de individualização dos espaços, estes são insuficientes, para preservarem o direito da pessoa à sua privacidade.

A permanência dos doentes em macas nos corredores é uma constante, independentemente, se já foram observados ou aguardam observação. Esta situação complica-se, quando o hospital atinge o limite em termos de ocupação, e o corredor do SU transforma-se também em enfermaria, ou seja, em local de internamento onde são prestados cuidados de saúde. Assim, temos a partilhar o mesmo espaço doentes do sexo masculino e feminino, com diferentes graus de gravidade, desde o doente que aguarda um simples resultado analítico, uma situação de doença terminal, ou um doente agitado, que perdeu a noção da realidade e de pudor, tentando despir-se e levantar-se da maca.

Na verdade, os corredores do SU são zonas muito críticas de locais de passagem obrigatória para doentes, profissionais e acesso a outros espaços, sendo fácil qualquer pessoa inteirar-se minimamente da situação relativa a este ou àquele doente. Ver, escutar involuntariamente, comentar ou até questionar, são situações frequentes, e por vezes, tornam-se complexas, pois verificava-se, intromissão na intimidade do próximo, ou

comentários desadequados. Também os profissionais são ocasionalmente abordados por doentes ou acompanhantes, que não se coíbem de questionar acerca do problema de determinado doente admitido, de forma a satisfazer a sua manifesta curiosidade.

É ainda de referir, que neste espaço, os profissionais têm que se deslocar sob o olhar, por vezes reprovador, ou até escutar palavras menos agradáveis, de quem em situação de angústia e ansiedade, impacientemente aguarda pela sua vez.

Especificamente no SU, as salas de tratamento e a triagem são áreas em que assegurar a privacidade e confidencialidade de um doente é muito difícil. Na sala de tratamento 2, os doentes são colocados nesta área, esperando-se que não ultrapassem as 24 horas de permanência até terem alta ou vaga no internamento, no entanto, estes permanecem mais do que o tempo estipulado devido a condicionantes, que os enfermeiros não conseguem controlar nem gerir, como por exemplo, a falta de vagas nos serviços de internamento, as avaliações e decisões médicas tardias ou mesmo os casos sociais que tardam a obter resposta. Na triagem, os gabinetes são abertos e próximos da entrada do serviço, logo toda a conversa entre o enfermeiro e o doente é escutada pelo segurança e pelo assistente operacional, ou qualquer outra pessoa que se encontre ali perto.

As elevadas taxas de afluência de doentes ao SU, especialmente, durante os meses de inverno, a própria estrutura física, os escassos recursos materiais disponíveis, e a presença contínua de acompanhantes, são as grandes barreiras no cumprimento do direito à privacidade, do direito a ser respeitado como pessoa, e também o segredo profissional.

É reconhecido e garantido a todo o cidadão, admitido num SU do Serviço Nacional de Saúde, o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada nos termos do artigo 2.º da Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, existindo três limites a este direito nomeadamente: acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos, o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos e compete ao profissional de saúde responsável pela execução do ato clínico em questão, informar e explicar, ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

O problema é que a maioria dos serviços de urgência, deparam-se com falta de espaço, com instalações desajustadas à realidade, muitas vezes, insuficientes para acolher os doentes que aí ocorrem diariamente, quanto mais os familiares que acompanham o doente, e que frequentemente, personificam uma extensão do próprio problema de saúde, apresentando-se não raras vezes, ansiosos, angustiados, cheios de dúvidas, com atitudes e comportamentos menos adequados. No entanto, a referida Lei menciona que se o

acompanhante for gerador de conflito e perturbar o ambiente, desrespeitar o profissional e promover comportamentos inadequados, pode ser convidado a sair da área.

Numa outra perspectiva, a presença de acompanhantes pode ser facilitadora, pois proporciona o bem-estar à pessoa, uma vez que o acompanhante funciona como um apoio, alguém em quem podem confiar, ajuda a minimizar os temores e insegurança ocasionados pela rutura brusca da rotina, fornece o suporte emocional, e supervisiona o comportamento do doente, que pela sua agitação pode apresentar uma queda acidental. Ao mesmo, podem-se tornar parceiros do enfermeiro, na prática dos cuidados, adquirindo conhecimento e competências que lhe facilitarão nos cuidados em casa.

Face a todos estas questões que se prendem com a salvaguarda dos direitos dos doentes, foi partilhado com os tutores e Enfermeiro Chefe, propostas de melhoria e foram questionados sobre a previsão de alterações estruturais no SU, designadamente remodelações ou reconstruções, no sentido de se criarem espaços acolhedores e discretos, que permitissem o cuidado na intimidade, o respeito pelo pudor, pela circunstância de uma situação terminal, e pela necessidade de transmissão de informação altamente sensível e dolorosa. A resposta obtida é que essas alterações estão planeadas, mas ainda não foram possíveis por questões financeiras.

Enquanto isso, existem estratégias que foram adotadas por mim e que deverão ser adotadas por todos os profissionais, no sentido do respeito pela privacidade dos doentes, nomeadamente, utilizar biombos ou correr cortinas durante a prestação de cuidados, limitar a avaliação dos doentes e a prestação de cuidados a espaços próprios, evitar a presença de doentes agitados no corredor, separar os doentes por gravidade clínica, restringir o número de indivíduos nos corredores, e educar as visitas e familiares, no sentido do respeito pela privacidade dos doentes.

Um outro aspeto que gostava de mencionar, prende-se com a intervenção dos enfermeiros no SU na abordagem do doente terminal. O número de doentes no SU em fase final de vida tem vindo a aumentar, e com eles, permanece a ideia que os enfermeiros são muito técnicos, e há pouca tendência para a prática da relação de ajuda.

Na verdade e da minha experiência, em contexto de estágio e profissional, não verifico essa premissa, muito pelo contrário, tenho-me apercebido que os enfermeiros estão cada vez mais sensibilizados para a fase final de vida dos doentes, preocupando-se e enfatizando as suas intervenções, essencialmente na dimensão relacional e no controlo da dor.

A dor é um dos sintomas mais desestabilizadores e frequentes em doentes com doença crónica, progressiva e incurável nos seus estádios mais avançados, aumentando a sua prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida. De acordo com as autoras SMELTEZER e BARE (2005) a dor é um dos sintomas mais temidos no final da vida, constituindo um desafio. PEREIRA (2006) refere que, a dor está presente em 50% dos doentes, no entanto quando nos referimos à fase final de vida, a dor atinge uma prevalência de 75 a 85%.

O enfermeiro EEMC ao cuidar da pessoa com dor, deve desenvolver esforços para ir de encontro às suas necessidades, pelo que uma boa relação enfermeiro/doente/família é um aspeto fundamental da sua atuação. Estar junto do doente permitindo que este fale sobre os seus sentimentos, os seus anseios e as suas dúvidas, o aperto de mão, a atenção, pode diminuir a sua ansiedade em relação à dor, fazendo com que o doente a tolere mais facilmente.

O apoio à família e a sua presença é habitual mesmo quando as condições físicas não são as melhores, procurando-se criar um ambiente mais calmo e resguardado. A presença da família é um direito dos doentes internados no final da vida, ou que necessitem de cuidados paliativos, consagrado na carta dos direitos do doente internado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Por último, quanto ao acesso e utilização da informação, este deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico, ou seja, é a necessidade terapêutica que deve determinar o acesso à informação.

Nos termos da alínea b) e c) do Artigo 85º da Deontologia Profissional em Enfermagem, os enfermeiros estão obrigados a guardar segredo profissional sobre o que tomam conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de *“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”* e só podem *“divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, p.78).

Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente: situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal são confidenciais, pondendo no entanto, ser partilhada, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros.

Este dever de confidencialidade e sigilo profissional também consta no nº3 do Código de Ética dos Profissionais do INEM criado pelo Conselho Diretivo.

Em síntese na prestação de cuidados encarei a pessoa como um ser único, indivisível, compreendendo-a inserida na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e abstendo-me de juízos de valores; adotei uma postura de respeito pelo doente/família; tive a preocupação de evitar ao máximo a exposição corporal do doente, recorrendo ao uso de cortinas, biombos ou locais mais resguardados e durante as conversas com o doente/família utilizei um tom de voz baixo, para evitar a escuta de outras pessoas e assim respeitei a confidencialidade das informações.

Face ao exposto considero que adquiri as seguintes competências: **“demonstrei capacidade de tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”, “desenvolvi uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos” e “promovi a autonomia do doente no processo de tomada de decisão, pelo respeito do doente à escolha e autodeterminação”**.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Objetivo específico: Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade tem como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados, criando um ambiente terapêutico e seguro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde estão fundamentadas no trabalho diário de cada profissional (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010), e neste sentido, os enfermeiros EEMC devem assumir a responsabilidade de aproximar a sua prática e o seu desempenho, aos padrões de excelência definidos, contribuindo para o crescimento e reconhecimento da profissão, bem como, para a satisfação de quem cuidam.

A qualidade dos cuidados de enfermagem implica a prestação de bons cuidados, e segundo HESBEEN (2001) pode ser entendida como o melhor, a perfeição ou a excelência. No entanto, o mesmo autor acrescenta que o conceito de qualidade é vago e muito subjetivo, podendo uma mesma situação, ser apreciada de modos diferentes tendo em conta os contextos sociais, familiares, jurídicos, culturais, económicos e organizacionais.

Por sua vez o PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016 define qualidade em saúde, como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga, total adesão e satisfação do cidadão.

Apostar na qualidade é apostar num caminho que vai originar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos a todos os níveis e para todos, nomeadamente nos utilizadores, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e no próprio sistema de saúde (FERNANDES, 2012).

Uma das definições de qualidade nos cuidados de saúde, mais ampla e difusamente conhecida, é a que foi definida no documento do Institute of Medicine em 2001, e que operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os doentes sejam lesados pelos cuidados que têm como objetivo ajudá-los (segurança/safety); evitar tanto o uso insuficiente como excessivo dos cuidados de saúde (efetividade/effectiveness); implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa (centralidade no doente/patient-centeredness); intervir junto dos doentes na altura certa (oportunidade/timeliness); evitar o desperdício (eficiência/efficiency) e proporcionar uma qualidade invariável (equidade/Equitability) (LAGE e SOUSA, 2013).

Do ponto de vista da OE (2001) os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta, os princípios humanistas, e tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes.

Esta reflexão sobre a prática para proporcionar cuidados de qualidade, também foi a minha linha orientadora no decorrer deste estágio, e procurei identificar práticas de qualidade e outras, que podem colocar em causa a segurança do doente e a continuidade dos cuidados.

Positivamente, tenho a salientar que o **SMI** valoriza a pesquisa científica e com o intuito de assegurar a contínua qualidade dos cuidados, constituiu grupos de trabalho formados por médicos e enfermeiros, responsáveis por rever a prática em uso no serviço, e elaborar protocolos/normas de atuação, que são atualizados e alterados, consoante as necessidades sentidas pela equipa, ao longo da prática ou perante novas diretrizes. Também na **APH**, existem protocolos de atuação bem definidos, do conhecimento de todos, atualizados e baseados na evidência científica, que servem de sustentação à prestação de cuidados.

A produção de normas de atuação de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, constituem uma base estrutural importante, para garantir uma prática segura, melhorar a consistência dos cuidados nos diferentes contextos, aumentar a probabilidade da prestação adequada, produzir paridade de conhecimento entre os profissionais, e proporcionar mais informação ao doente, acerca do que deve esperar dos cuidados de saúde (CRAIG e PEARSON, 2004).

No entanto, é importante ter presente alguns aspetos menos positivos, que lhes são inerentes, nomeadamente, podem reprimir o julgamento clínico individual, limitar o pensamento crítico, restringir as opções de cuidados, exigir que os profissionais sigam cursos de ação para os quais não têm os requisitos, em termos de capacidades e conhecimentos, e aumentar as expectativas dos doentes, acerca dos tipos e padrões de cuidados que podem esperar receber (CRAIG e PEARSON, 2004).

Esses protocolos são também utilizados na avaliação de desempenho dos profissionais, auditorias e auto-avaliação, numa perspetiva construtiva. Uma vez criados é essencial monitorizar ou avaliar a implementação das suas atividades, e o impacto dessas. Para tal, as auditorias e o feedback revelam-se estratégias benéficas, específicas e eficazes, para o crescimento profissional dos auditados e auditores, uma vez que permitem identificar as áreas que requerem melhoria e assim, desenvolver estratégias de correção e mudança na prática.

No **SMI** as auditorias são uma conduta do dia-a-dia e os resultados destas, são apresentados à equipa no intuito de detetar e melhorar a prática. Por sua vez no INEM, também decorrem auditorias em contexto de trabalho, onde se deslocam enfermeiros da delegação, a todas as ambulâncias SIV, com uma periodicidade anual, de forma a recolher evidências de desempenho nas dimensões, prática, teórica e comportamental, consideradas de relevo na formação, e competências do enfermeiro em emergência pré-hospitalar.

No decorrer do estágio em **contexto pré-hospitalar**, verifiquei que o protocolo das “Precauções Universais” que aborda o equipamento de proteção individual, a descontaminação do material e equipamento, a descontaminação de paredes e superfícies e a triagem de resíduos, nem sempre foi cumprido. Por vezes, devido ao número de ativações seguidas não ocorre uma correta descontaminação do material e equipamento, o que pode despoletar o aumento das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Um dos estudos que relata esta realidade, foi realizado por ALVES e BISSELL (2008), que ao examinarem os microorganismos presentes nas viaturas usadas pela APH nos Estados Unidos da América, verificaram que quatro das sete espécies isoladas, eram

importantes microorganismos nasocomiais, e três destes quatro, apresentavam elevado padrão de resistência aos antimicrobianos. No entanto, todos os microorganismos detetados eram sensíveis aos desinfetantes em uso na desinfeção das viaturas.

O referido protocolo é também omissivo quanto à lavagem das mãos, como método fundamental na prevenção das IACS. É consensual, que a transmissão de microorganismos entre os profissionais e os doentes, é uma realidade incontornável, e na maioria dos casos, as mãos dos profissionais de saúde constituem, a fonte ou o veículo para a transmissão de microorganismos.

Nos três meios por onde passei, nem sempre era cumprida a lavagem das mãos antes de se calçarem as luvas, porém, após o contacto com o doente esta prática já estava mais presente. Os estudos publicados nesta área, embora poucos no contexto pré-hospitalar, indicam que 52% dos profissionais raramente ou nunca higienizam as mãos antes de colocarem as luvas, mas que aproximadamente 98% indicavam que o faziam, sempre ou frequentemente, após o contacto com o doente, isto porque ainda assumem uma atitude de auto-proteção, mas esquecem-se que as suas próprias mãos, podem consistir uma fonte de contaminação para o outro (TETER, MILLIN, BISSELL, 2015).

Face a esta realidade considero que a formação, os programas de motivação dos profissionais para a correta higienização das mãos, e o aumento do número de auditorias e monitorização da prática, seriam estratégias importantes a implementar. Estas evidências científicas e sugestões foram partilhadas com os profissionais, e sempre que possível procurei alertá-los e motivá-los para uma prática mais adequada.

Ainda neste campo de estágio, identifiquei uma situação de melhoria relacionada com a preparação prévia da Adrenalina, a qual era diluída numa seringa não opaca, no início do turno da manhã. A justificação para esta prática estava relacionada com o facto de numa situação de PCR no pré-hospitalar, todo o tempo ser considerado pouco para preparar estes fármacos numa situação de “*life-saving*”.

Refletindo sobre esta prática e tendo em conta a informação do INFARMED, recomenda-se que “*para evitar a degradação pela luz ou a oxidação, a adrenalina deve ser utilizada imediatamente após a sua diluição*”. Assim, após a pesquisa partilhei com a equipa, esta informação no intuito de reflexão e mudança da prática, e durante o período de estágio pude constatar que esta prática foi extinta.

No que respeita aos registos no **contexto pré-hospitalar**, verifiquei algumas oportunidades de melhoria no sistema informático utilizado, denominado Integrated Clinical Ambulance REcord (i-Care®). Este sistema permite transmitir em tempo real a

informação recolhida, para o CODU e para a unidade hospitalar, permite transmitir os dados do electrocardiograma para o médico do CODU, de forma, a que este possa avaliar e validar ou não o protocolo da dor torácica, prescrevendo o tratamento farmacológico necessário à situação, possibilita a reunião de toda a informação da vítima e dos tempos decorridos desde o acionamento do meio até à chegada da vítima à unidade hospitalar, assim como, identifica ações corretivas, e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente aos aspetos a melhorar deste sistema informático, é de salientar, que quando surgem duas ativações seguidas, quando entra a segunda ativação não é possível continuar a preencher os dados da ficha anterior, ou quando, existe mais do que uma vítima não é possível realizar o registo informático de todas as vítimas, e o equipamento frequentemente encontra-se avariado. Todas estas falhas, são do conhecimento do INEM que está a avaliar as propostas de resolução dos problemas, sendo que, num futuro próximo, pretendem a compra de novos equipamentos.

A nível do meio VMER, os registos são efetuados através do verbete, pela parte médica, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima, estado neurológico, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos, o que a meu ver, é bastante redutor, uma vez que, o enfermeiro na APH não faz qualquer registo das suas intervenções de enfermagem, e como tal, todas as observações, decisões, intervenções e resultados, que traduzem o cuidar, não são registadas e conseqüentemente, a continuidade e a qualidade dos cuidados poderá ser comprometida.

A inexistência da análise das intervenções de enfermagem e do seu impacto, na evolução da pessoa em situação crítica, são uma condicionante que urge solucionar e uma preocupação partilhada com a equipa e com a tutora, às quais sugeri a criação de um campo de registo das ações de enfermagem.

No SU existem dois sistemas de informação eletrónicos: o HP-Healthcare Information System (HP-HCIS[®]) e o SClinico Hospitalar. O HP-HCIS[®] integra toda a informação clínica do doente, possibilitando a qualquer profissional de saúde do SU, a consulta de toda a informação referente a este. Para além disso, o programa permite visualizar graficamente as diversas áreas de trabalho, alocando cada doente à respetiva área em que se encontra, permitindo algum controlo do fluxo de doentes. No entanto, este programa não faz a interligação dos dados com o SClinico Hospitalar, logo o acesso à informação clínica é restrita aos profissionais do SU, bem como, apenas disponibiliza um

espaço para texto livre, onde os enfermeiros, deverão registar todas as intervenções de enfermagem realizadas.

Atendendo ao contexto e à natureza dos cuidados de enfermagem prestados, em cada área do SU, percebe-se que o sistema de informação, que melhor dá resposta na área cirúrgica, área médica, sala de emergência e de tratamentos é o HP-HCIS[®], na medida em que muitos dos cuidados prestados, são resultantes da tomada de decisão de outro profissional, ou seja, cuidados de enfermagem interdependentes, bem como, permite perceber melhor o fluxo do doente, registos simples e rápidos e os tempos de espera.

Por outro lado, em OBS, atendendo ao facto dos doentes por vezes ultrapassarem as 24 horas, e por isso ficarem em regime de internamento, percebe-se que o SClínico Hospitalar, permite produzir mais e melhores dados. Este facilita a tomada de decisão do enfermeiro e o registo de parâmetros de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, isto porque, com a utilização de linguagem classificada, permite perceber a evolução do doente ao longo do tempo e de acordo com a intervenção, ou seja, permite descrever os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Assim, encontram-se vantagens na utilização dos dois sistemas de informação, embora, não podemos esquecer, que o facto de não haver partilha de informação entre ambos aumenta a carga de trabalho.

No **contexto pré-hospitalar**, a qualidade também está intimamente relacionada com o funcionamento da equipa de saúde. Num campo de ação em que participam ativamente médicos, bombeiros, TAE's e enfermeiros, é essencial que todos estejam habilitados e preparados para exercerem um conjunto de ações, necessárias para a assistência à vítima de forma a garantir a coordenação, e a agilidade no atendimento, pois não pode haver atrasos.

A excelência e a qualidade holística dos cuidados ao doente, só é atingida se houver cooperação entre os diversos grupos profissionais, e todos os elementos são importantes, fornecendo contributos diferenciados. Desta forma, a existência de falhas individuais, poderá comprometer todo o processo, afetando o desempenho de toda a equipa.

Portanto, é necessário realizar ações de forma articulada em que os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos. Especificamente, nas situações que tive de vítimas de acidente de viação que ficaram encarceradas, pude

verificar que a sintonia de atuação e o relacionamento entre os vários intervenientes, foi essencial para que as intervenções fossem rápidas e eficazes.

Outras atividades que merecem ser destacadas, desenvolvidas no **SMI**, e que demonstram a qualidade dos cuidados prestados, são as consultas de *follow-up* e o uso de diário do internamento.

Todos nós temos memórias e recordações dos momentos que nos marcam, no entanto, as pessoas submetidas a um evento traumático, que implique um internamento em cuidados intensivos, na maioria das vezes, não têm essa consciencialização e as memórias ocorrem soltas de experiências, sendo fontes geradoras de *stress*. Como forma de minimizar esse impacto negativo na pessoa, o SMI começou a usar o diário, de forma a que após a alta o doente possa perceber o seu internamento. O diário é assim um livro de memórias escritas pela equipa multidisciplinar e pela família, do qual constam procedimentos, sentimentos, fotografias, informações relativas à evolução do estado de saúde e encontra-se guardado num armário fechado, sendo entregue ao próprio doente aquando da alta e reforçada a sua leitura nas consultas de *follow-up*.

Este diário ajuda a explicar memórias, ajuda a clarificar o que realmente aconteceu, quer ao doente quer ao familiar, ajuda os doentes a compreenderem e a recordarem melhor a sua doença e o seu internamento, reduz o *stress*, a ansiedade, a depressão e facilita a comunicação entre profissionais de saúde, doentes e família.

Um estudo controlado randomizado realizado por JONES, et al. (2010), com doentes internados há mais de 72 horas em cuidados intensivos, relata que colocar fotografias por ordem cronológica do doente internado no diário, ajuda na recuperação do mesmo e a preencher a memória, e torna-se eficaz na recuperação psicológica, diminuindo a incidência de novos casos de distúrbio de *stress* pós traumático.

Também no **SMI** existe ainda um grupo multidisciplinar de médicos e enfermeiros que faz um acompanhamento e reabilitação após o internamento no serviço, com o objetivo de prevenir e/ou tratar o Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), nos doentes e nos seus familiares. A avaliação de risco para o SPICI é feita nas primeiras 24 horas de internamento, no momento da alta do SMI, uma semana após estar na enfermaria, na alta do hospital ou ao fim de um mês de internamento, e ainda aos 3 meses.

As consultas de *follow-up* permitem avaliar a evolução dos doentes após a alta, de forma a reconhecer problemas reais ou potenciais, e assim corrigi-los. Uma das funções desta equipa é providenciar consultas de seguimento, que não estejam a ser efetuadas, assim como, tomar medidas para uma recuperação mais satisfatória.

Reportando-me ao estágio em SU, no âmbito da qualidade, verifiquei que a sobrelotação dos espaços é um fator determinante para a diminuição da qualidade e segurança dos cuidados, aumenta a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos, bem como, contribui para o aumento da taxa de infeções cruzadas, pelo incumprimento da distância mínima entre as camas dos doentes. A Organização Mundial de Saúde, refere que as IACS dificultam e atrasam o tratamento dos doentes, e também, contribuem para o consumo acrescido de recursos, sendo uma causa não desprezível da mortalidade e morbidade (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007).

Os enfermeiros EEMC podem desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controlo da infeção hospitalar. O cumprimento de algumas normas, como atender à distribuição e alocação de doentes, à higiene das mãos, bem como, à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas essenciais e recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2013).

O mesmo documento refere que na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente, colonizado ou infetado com microrganismos problema, e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial, para transmissão cruzada de infeção. Esta premissa apresenta maior relevo aquando da admissão de pessoas doentes num SU, em que existe um ambiente microbiano diversificado e de difícil controlo.

Por isso, o HPH tem em prática o rastreio de doentes com suspeita de estarem infetados ou colonizados com *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) ou Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases (EPC). As EPC's são hoje um importante problema de saúde pública em todo o mundo, uma vez que, as carbapenemes representam a última linha dos antibióticos beta-lactâmicos, para o tratamento de doentes infetados por Enterobacteriaceae multirresistentes.

Os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por EPC são colocados em isolamento de contacto preventivo até à obtenção dos resultados, sendo o rastreio realizado através da utilização de uma zaragatoa retal com representatividade de matéria fecal. Embora no SU, nem sempre seja fácil assegurar o cumprimento do diagrama de atuação para a contenção de EPC, verifica-se uma preocupação constante dos enfermeiros, em manter esses doentes rastreados em isolamento de contacto, em cumprir as precauções básicas, os cinco momentos para a higiene das mãos e outras medidas de prevenção das infeções. Porém, nem sempre é possível que o

equipamento de uso múltiplo utilizado, seja devidamente individualizado e rigorosamente descontaminado, e nem sempre é fácil, isolar esses doentes quando o espaço físico é pequeno para tantas pessoas.

Ainda que recaia sobre os enfermeiros EEMC uma grande responsabilidade na prevenção e controlo das infeções, no seu domínio de atuação, existem também atividades interdependentes. Os órgãos de gestão devem assumir a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas definidas pelas comissões de controlo de infeção, identificar os recursos humanos e estruturais adequados, para um programa de monitorização de infeções e ainda, aplicar os métodos apropriados para a sua prevenção.

A OE (2001) inscreve na sua matriz conceptual os padrões de qualidade em enfermagem e assume a qualidade em saúde como uma tarefa multiprofissional, num contexto de aplicação local. Acrescenta que, a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou ocultado, nos esforços para obter qualidade em saúde.

Ainda no âmbito do controlo de infeção e devido ao elevado risco de infeção cruzada, importa refletir sobre o trajeto e acolhimento dos doentes infetados pelos vírus da gripe H1N1, que recorrem ao SU. No decurso do estágio tive situações em que estes eram isolados com cortinas, na sala de tratamentos, junto a mais de uma dezena de doentes, por onde circulavam profissionais, outros doentes e acompanhantes, e em que as medidas de isolamento preconizadas não eram possíveis de cumprir.

A sobrelotação do hospital não permitia que a transferência ocorresse no mesmo dia e assim, o doente permanecia mais de 24 horas no SU, constituindo um risco acrescido de contaminação para todas as pessoas. Face a esta situação, a minha proposta, em reflexão com os tutores e a orientadora, passou pelo aproveitamento de salas de trabalho que não estavam a ser utilizadas, e até à existência de vagas nos serviços de internamento, os doentes seriam aí isolados.

Uma vez que a prevalência das Úlceras por Pressão (UP) é considerada um dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, torna-se pertinente abordar esta temática. Atualmente, considera-se que a maioria das UP são evitáveis, através de cuidados e utilização de dispositivos adequados, pelo que é importante desenvolver estratégias de educação e prevenção (MORISON, 2004).

A prevenção das UP melhora a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, reduzindo o sofrimento e os custos quando comparados com o seu tratamento (GOUVEIA e MIGUÉNS, 2009).

A utilização de escalas de avaliação do grau do risco de desenvolvimento de UP torna-se uma ferramenta prática e fácil de usar, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, com probabilidade de desenvolver situações que comprometam a integridade cutânea. Estas escalas tornam-se um valioso instrumento de trabalho, porque permitem que através da colheita de dados e interpretação dos mesmos, se implemente intervenções mais adequadas, assentes em estudos realizados e baseados em evidência. Possibilitam uma avaliação ponderada e mensurável, que permite a uniformização da avaliação entre a equipa multidisciplinar (FURTADO, et al., 2008).

No sistema de informação HP-HCIS[®] não existe essa intervenção de enfermagem, e como tal, não é monitorizado o risco de UP. Contudo, tenho a congratular que a maioria dos enfermeiros não fazendo a monitorização do risco têm a preocupação de avaliar/inspecionar a pele do doente, e adotar algumas medidas de prevenção nomeadamente, a aplicação de colchões de espuma em vez do tradicional colchão, o uso de emolientes para hidratar a pele seca, a alternância de decúbitos, e proteger a pele da exposição à humidade excessiva, através do uso de produtos barreira.

São também obstáculos para a diminuição da taxa de prevalência das UP, as macas estreitas e não articuladas, a falta de material para o correto posicionamento do doente, como por exemplo, uma simples almofada, ou material para superfícies de apoio para a prevenção de UP nos calcâneos, bem como, a falta de recursos humanos para o grande número de doentes que ocorre ao SU. Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção dos órgãos de gestão de modo, a solucionar esta falta de material e recursos humanos, que colocam em causa, a qualidade dos cuidados prestados.

Uma outra oportunidade de melhoria que detetei, decorrente da observação dos cuidados e da minha permanência na sala de emergência, e que pode comprometer a segurança do doente está relacionada com transporte do doente crítico a nível intra-hospitalar. Qualquer transporte pode traduzir-se numa grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico, e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas. Apesar da existência de uma mala de transporte na sala de emergência, especificamente preparada para o efeito, e de acordo com as recomendações do transporte de doentes críticos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008), os profissionais não estavam suficientemente sensibilizados para a sua utilização.

No decorrer do transporte para a realização de exames complementares de diagnóstico, e cujo percurso ainda é considerável, inclusive dentro de um elevador que a

qualquer momento pode avariar, os enfermeiros não estavam munidos de material, que eventualmente, pudessem precisar numa situação imprevista e de emergência.

A SPCI (2008) considera que para o transporte intra-hospitalar do doente crítico, é necessário, um monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização, material de intubação endotraqueal e insuflador manual, fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional de 30 minutos, ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto, fármacos de ressuscitação, perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, medicação adicional que possa ser administrada. Além do referido, nos diferentes pontos do transporte, devem estar disponíveis carros de emergência e aspiradores.

Perante esta realidade partilhei com os tutores a minha preocupação, e percebi que o problema não estava na formação uma vez, que recentemente estes profissionais tiveram uma formação sobre a temática do transporte do doente crítico, mas a questão, estava na falta de adesão e consciencialização da importância da sua utilização.

Os acidentes ocupacionais, nomeadamente as lesões músculo-esqueléticas no **pré-hospitalar** foi outro tema de análise. As lesões músculo-esqueléticas, constituem um risco para todos os profissionais na APH, pois diariamente, mobilizam doentes, alguns deles completamente dependentes e outros com grande dificuldade na sua locomoção, e transportam todo o equipamento de socorro para uma primeira abordagem, em mochilas pesadas desde o local onde se encontra parqueada a ambulância até ao local onde se encontra a vítima.

Um estudo onde foi utilizado o Questionário Nórdico de Sintomas Músculo-Esqueléticos, conclui que dos 334 profissionais de ambulância da Suíça inquiridos, 56% reportou dor ou desconforto, em pelo menos uma região anatómica, e em pelo menos 1 dia nos 12 meses que antecederam o preenchimento dos questionários (ARIAL, BENOÎT, WILD, 2014). O mesmo estudo conclui também que 43% dos profissionais reportou dor ou desconforto na região lombar e dorsal, simultaneamente.

Um estudo nos profissionais de ambulância do Irão, similar ao anterior, onde também foi utilizado o Questionário Nórdico, concluiu que dos 161 inquiridos, 90% revelou dor ou desconforto em pelo menos uma região anatómica durante a semana imediatamente anterior à realização do inquérito (SHAFIZADEH, 2011).

Em Portugal, em 2014, foi realizado um inquérito aos TAE do INEM da Região Norte, suportado por um questionário construído com base no Questionário Nórdico de sintomas músculo-esqueléticos, e os resultados demonstram uma elevada prevalência de

sintomas músculo-esqueléticos, 91% dos 74 TAE inquiridos afirma ter sentido dor ou desconforto em pelo menos uma das 9 regiões corporais, em pelo menos um dia nos últimos 12 meses, sendo que 82% refere sintomatologia na zona lombar, 58% no pescoço e 58% e na zona dorsal (GONÇALVES, 2014).

Face a esta problemática o enfermeiro EEMC neste campo de atuação, pode desenvolver projetos de avaliação, formação, implementação e supervisão de medidas e comportamentos que salvaguardam a segurança e saúde dos profissionais do pré-hospitalar, bem como, na prática deve adotar, partilhar e fomentar essas medidas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

Tendo em conta as atividades desenvolvidas considero adquiridas as seguintes competências: **“proporcionei e mantive um ambiente terapêutico e seguro”, “assegurei uma prática baseada na evidência”, “maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante o doente crítico”, “procurei a excelência da prática de enfermagem” e “demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EEMC”**.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Objetivo específico: Colaborar na gestão dos cuidados na área de EEMC, de recursos humanos e materiais.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro EEMC tem um papel preponderante e ativo, quando gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, quando adequa os recursos às necessidades, e quando adota um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados.

A gestão de cuidados é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar, suportar e coordenar os cuidados ao doente através do *continuum* dos serviços de saúde (URDEN, STACY, LOUGH, 2008).

Neste âmbito importa abordar a metodologia de trabalho utilizado nos serviços. No SU os enfermeiros aí alocados não têm doentes atribuídos, sendo o trabalho de enfermagem organizado essencialmente à tarefa. O número de doentes é usualmente grande e as intervenções de enfermagem, são na sua grande maioria interdependentes. Quando uma prescrição médica é efetuada no sistema informático, qualquer um dos

enfermeiros tem conhecimento da mesma, mediante o surgimento de um aviso no computador, e o primeiro a constatar a prescrição assume a responsabilidade pela execução.

Esta metodologia de trabalho permite executar um elevado número de intervenções num curto período de tempo, o que é essencial quando há uma elevada carga de trabalho, motivada pela existência de muitos doentes por área. No entanto, origina que cada membro da equipa esteja mais afeto a tarefas do que a doentes, o que torna vulgar a fragmentação dos cuidados (PINHEIRO, 1994 cit. por COSTA, 2004). A ênfase é “*fazer com que seja feito*”, levando a enfermagem à tarefa a ser descrita como método de atendimento tipo linha de montagem, no qual o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão somente pela concretização de tarefas atomizadas, que lhe requerem, no essencial, competências de natureza executiva (LOPES, 1995 cit. por COSTA, 2004).

O facto de não haver uma clara definição de quem assume a responsabilidade final pelo doente, não parece ser uma estratégia de trabalho adequada, principalmente nos tempos mais recentes, em que cada vez mais, é debatida a temática da humanização do SU.

A personalização e individualização dos cuidados e o atendimento com qualidade, poderá ser colocado em causa, uma vez que, não avaliando o doente como um todo, a identificação de fenómenos de enfermagem que careçam de intervenção é dificultada, quer sejam estas dirigidas ao indivíduo, quer sejam dirigidas às pessoas significativas que acompanham o doente.

No **SMI** o método de cuidados implementado era o método individual, em que o enfermeiro assume a responsabilidade de todo o processo de cuidados, individualizando-o. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento, mas garante a continuidade e a qualidade nos cuidados prestados, criando uma maior satisfação no doente e nos profissionais.

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. A gestão é, pois, um domínio da área de competência do enfermeiro com EEMC, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Uma das atividades desenvolvidas no estágio no **SMI**, foi a realização de uma entrevista informal à Enfermeira Chefe, cujos objetivos era perceber as atividades

desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos materiais e humanos, e qual a complexidade das mesmas, perceber as estratégias que utilizava para motivar e estimular os enfermeiros na constituição de grupos de trabalho de pesquisa e elaboração de normas de atuação, perceber o tipo de liderança adotada e quais as maiores dificuldades sentidas na gestão e finalmente, compreender o processo de articulação com os outros profissionais e com a Enfermeira Diretora.

De forma a apoiar e estruturar a entrevista, embora informal, foi realizado um guia de entrevista do qual constavam nove questões (APÊNDICE I). Esta estratégia permitiu alguma liberdade na colheita de dados e na resposta à Enfermeira Chefe, e ao mesmo tempo, permitiu captar o máximo de informação possível.

Da análise do conteúdo da entrevista podemos verificar que os enfermeiros chefes, desempenham um papel extremamente importante na gestão e no planeamento de um serviço e equipa. As suas funções passam por garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, gerir o serviço e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos doentes, garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, e garantir a prática baseada na evidência.

No SU diariamente o Enfermeiro Chefe leva a cabo um conjunto de atividades tais como: elaborar o plano de trabalho e a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores, proceder a todos os pedidos de reparações de equipamentos ou aquisição de material clínico necessário ao normal funcionamento do serviço, tomar conhecimento de tudo o que se passou nas últimas 24 horas ou últimos dias, realizar o horário do mês seguinte ou proceder às atualizações das trocas, e participar em reuniões de vários grupos de trabalho ou comissões de enfermagem.

A distribuição dos enfermeiros por área no SU está pré-definida, podendo no entanto esta alocação ser ajustada mediante as necessidades, como por exemplo, picos de afluência a uma área específica. Esta estratégia além de ser adequada em termos de rentabilização de recursos humanos, é estimuladora do espírito de equipa, fomentando nos enfermeiros uma visão global do SU, e não apenas uma visão parcelar por área de trabalho.

Tive também oportunidade de colaborar com os meus tutores, na execução de algumas funções e tarefas exclusivas do enfermeiro responsável, quer no SU quer no SMI. Habitualmente, o enfermeiro responsável é o enfermeiro EEMC presente no turno e a este compete gerir o serviço, de forma mais conveniente, e tomar as decisões mais adequadas e oportunas a cada situação. Este deve ser respeitado pelos outros elementos da equipa, nas

tomadas de decisão, assim como, tem de saber ouvir, ponderar e decidir, mantendo a coesão e o bom funcionamento da equipa.

Uma outra atividade desenvolvida foi a utilização da escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, com a qual nunca tinha contactado. Este instrumento de medição constitui uma mais-valia, tanto a nível de gestão de custos, como a nível de gestão de recursos humanos, e visa classificar e calcular o tempo necessário para desenvolver as atividades e cuidados de enfermagem, prestados para e ao doente, transformando esse tempo em número de enfermeiros (NUNES, 2011).

A sua aplicabilidade em cuidados intensivos é de extrema importância, uma vez que, o excesso de carga de trabalho de enfermagem nestes serviços, pode assombrar e condicionar a qualidade do serviço prestado ao doente, pondo em causa, uma adequada relação custo/benefício dos cuidados de saúde prestados.

Assim, torna-se fulcral uma correta rentabilização e racionalização dos recursos humanos, pois, se por um lado um sobredimensionamento implica um aumento de custos relacionados com os recursos humanos, um subdimensionamento, implica uma diminuição da eficiência e da qualidade e segurança dos cuidados, que se traduz por internamentos mais prolongados, aumento da mortalidade e morbilidade, e conseqüentemente aumento de custos (PADILHA, et al., 2010).

Sendo escassos os estudos conhecidos em Portugal, no âmbito da racionalização de recursos humanos de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos, a aplicação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) neste contexto, visa elucidar este fenómeno, dando o seu contributo para que as decisões sejam tomadas com base em indicadores objetivos, e não com base em razões político-económicas.

No **SMI** o NAS é utilizado desde 2014, e este foi um dos serviços piloto que integrou o estudo de validação e implementação do NAS da Universidade do Minho. O seu preenchimento é efetuado diariamente, no turno diurno e noturno, e o primeiro registo geralmente, é realizado após terem decorrido, no mínimo 24 horas, sobre a hora de entrada do doente.

Comumente, esse primeiro registo exige uma elevada carga de trabalho, situação justificada pela gravidade do doente, com instabilidade hemodinâmica e respiratória, alteração do nível de consciência, e agravamento nos diferentes sistemas fisiológicos (GONÇALVES, 2006). É ainda de salientar, que no momento de admissão para além dos cuidados ao doente, o enfermeiro EEMC presta apoio psicológico aos seus familiares, dada a ansiedade causada pelo internamento, bem como, realiza atividades administrativas e de

gestão, tais como, o preenchimento da avaliação inicial e o planeamento dos cuidados, de modo a dar continuidade e garantir a qualidade dos mesmos.

Uma outra atividade do âmbito da gestão, que requer algum tempo e exige conhecimento específico sobre a regulação laboral da carreira de enfermagem, é a elaboração dos horários. No estágio da APH tive oportunidade de observar, a enfermeira chefe do SU do hospital onde a SIV se encontrava integrada, a realizar os horários dos enfermeiros, do qual fazem parte enfermeiros do INEM e enfermeiros do SU.

As SIV integradas surgiram em 2011, com o despacho nº 14898/2011 que determina a integração destes meios na rede de SU do Sistema Nacional de Saúde, contudo, não define as funções dos profissionais dos meios pré-hospitalares nos SU. Como estas funções não estão delineadas, na prática surgem problemas, uma vez que os enfermeiros do SU que fazem parte da equipa SIV, durante os turnos em que estão escalados para este meio, continuam a prestar cuidados, enquanto não têm ativações, ficando posteriormente esses doentes à responsabilidade de outro enfermeiro do SU quando este é ativado para uma emergência pré-hospitalar. Esta situação pode ser geradora da ocorrência de erros desencadeada pela interrupção dos cuidados, pode colocar em causa a segurança e a satisfação dos doentes, traduzir atrasos na resposta do meio SIV, para além de que interfere na satisfação dos profissionais, tanto da SIV como do SU.

Pesquisando sobre esta temática, verifiquei que esta problemática já foi reportada à OE, a qual emitiu o parecer nº 22/2015 em que refere que *“no cálculo para a dotação do SU, o meio SIV deverá ser considerado um posto de trabalho”* e *“quando o enfermeiro do meio SIV presta cuidados a doentes no SU, deve contar como elemento supranumerário na equipa e não deve assegurar um posto de trabalho”*, mas antes *“colaborar com outro colega, garantindo assim a sua imediata disponibilidade em caso de ativação”*. A alínea b) do referido documento alude que *“a colaboração do enfermeiro em serviço no meio SIV com a equipa do SU pode assumir várias formas, que incluem a preparação e concretização de formação, a auditoria a equipamentos e procedimentos, a prestação de cuidados de enfermagem a doentes ou outros”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, p.2-3). Face ao exposto, ao Enfermeiro Chefe do SU compete zelar por dotações seguras de enfermeiros no SU, assim como, coordenar as respostas dos profissionais de enfermagem, zelando e promovendo a prontidão, a eficácia e eficiência nos cuidados de enfermagem aos cidadãos.

Reportando-me à colaboração na gestão de recursos materiais, todos os meios do INEM possuem uma lista com a discriminação do material que compõe a mala de trauma e

a mala da via aérea, a ambulância, a viatura e o armazém de materiais. A *check-list* do material das malas, assim como, a carga do meio, era realizada todos turnos, tendo colaborado com todos os elementos na verificação do material, e conseqüentemente, o conhecimento da localização e funcionamento dos equipamentos, tornou a minha atuação mais rápida e eficaz.

No SU especificamente na sala de emergência, também realizei a *check list* do material e o teste de funcionamento de todos os equipamentos. A *check list* representa um documento inerente à qualidade do serviço, que depois de verificada é rubricada pelo enfermeiro e devidamente arquivada, podendo mais tarde ser alvo de auditoria.

A gestão de materiais envolve um sistema que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamento, e vai desde a compra até à utilização, colocando os mesmos à disposição dos seus utilizadores em tempo útil, na qualidade certa e com o menor custo possível. Os recursos materiais numa unidade de cuidados são as instalações, os equipamentos e os bens de consumo. Estes materiais são constituídos por produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, materiais designados de hotelaria, de consumo administrativo, de manutenção e conservação. Esta gestão implica planear, determinar objetivos, conhecer os meios que se encontram disponíveis, valorizar as necessidades e controlar (SEIXO, 2009).

O HPH tem definido normas de aviamento e reposição de *stocks* nos serviços de medicamentos, material de penso, desinfetantes e soros de forma a permitir a existência de *stocks* mais reduzidos, aumentando a rotatividade e diminuindo os custos e os desperdícios. O sistema de organização em uso é constituído por duas caixas, substituídas diariamente em dois períodos distintos. No caso de produtos esgotados, no local da caixa é colocado um cartão com a informação do produto em falta nos serviços farmacêuticos.

Importa ainda ressaltar, a necessidade de uma vigilância apertada ao fornecimento de materiais e a verificação imediata do requisitado com o recebido, isto porque, devido à complexidade de cuidados, no SMI e no SU, é importante não haver rutura de *stocks*. No entanto, sempre que é detetada uma falta de um produto, cabe ao Enfermeiro Chefe ou ao enfermeiro responsável, efetuar um pedido *on-line* para que este possa ser repostado, ou no próprio dia ou no dia seguinte.

Através das atividades descritas anteriormente, consegui adquirir e desenvolver competências no domínio da gestão, nomeadamente, “**demonstrei conhecimentos na área da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais**” e “**participei em atividades na área da gestão de cuidados e recursos materiais**”.

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Objetivo específico: Promover e participar na formação em serviço na área de EEMC.

No âmbito do desenvolvimento da aprendizagem profissional urge abordar a importância da formação em serviço. Considerada uma obrigação, partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, é indispensável em todos os serviços, com o objetivo da melhoria profissional e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Nas profissões da área da saúde e em particular na enfermagem, a formação adquire um papel inquestionável, contribuindo eficazmente para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências, melhora a prática profissional, conduzindo à satisfação dos enfermeiros, auto-realização e valorização pessoal e profissional. COLLIÈRE (1999) afirma que a formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes, indispensáveis para uma prática autónoma e responsável.

No SMI a formação em serviço é prática presente e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da prática baseada na evidência, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem. O plano de formação é estabelecido para o triénio, sendo que os temas a abordar resultam das sugestões apresentadas pelos enfermeiros, pela Enfermeira Chefe e pelo centro de formação da instituição, em questionário previamente lançado, e ainda, formação sobre os padrões de qualidade, seguindo as diretrizes da Instituição e da OE.

Durante a minha permanência no SMI tive oportunidade de assistir a três formações em serviço, sendo que a primeira consistiu num workshop subordinado ao tema da “gestão da analgesia, sedação e delirium nos doentes internados no SMI” e cujos objetivos da sessão, eram apresentar o protocolo de analgesia, sedação e abordagem do delirium no doente internado e treinar aspetos práticos da aplicação da escala de avaliação do delirium - Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU).

A analgesia e sedação habitualmente são utilizadas no doente crítico para minimizar o desconforto, facilitar a ventilação mecânica, prevenir eventos adversos e diminuir as necessidades metabólicas durante os períodos de instabilidade respiratória e hemodinâmica. No entanto a sedação contínua e profunda está associada ao aumento da incidência de delirium, aumento da duração de ventilação mecânica invasiva, da duração

do internamento, da disfunção cognitiva a longo prazo e síndrome de *stress* pós-traumático, e aumento da mortalidade.

Neste contexto, surgem os protocolos de analgesia e sedação, que incorporam meios de avaliação (escalas de analgesia e escala de sedação) e estabelecem a avaliação diária do estado de vigília e a analgesia adequada, individualizada e titulada por objetivos, de modo a melhorarem o prognóstico dos doentes.

A segunda formação em serviço foi SAV e o objetivo era proporcionar o ensino e o treino das competências, com recurso a manequins de treino, necessárias à correta abordagem de uma vítima em PCR, bem como, o correto reconhecimento de ritmos de PCR.

Na terceira formação em serviço, um elemento de cada equipa, apresentou os projetos no âmbito da melhoria e qualidade dos cuidados a serem implementados até 2017. Assim, as várias propostas apresentadas foram: usar a musicoterapia como um elemento nos cuidados ao doente; aumentar a segurança na preparação e administração de medicação nos doentes internados, através da confirmação dupla e responsabilização dos profissionais; aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, nomeadamente, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de acidentes, e aumentar a segurança na comunicação e identificação do doente; incentivar e permitir que os familiares participem nos cuidados ao doente, e por fim, melhorar a aplicabilidade do NAS, efetuando auditorias aos dados fornecidos (taxa de preenchimento e indicadores fornecidos).

Nessa sessão foi ainda dado a conhecer à equipa, as mais recentes publicações em bases de dados científicas, referentes aos posicionamentos e à taxa de prevalência das UP, o uso da dexmedetomidina e a importância da musicoterapia em contexto de cuidados intensivos.

No dia 8 de junho de 2016, realizei uma formação em serviço em parceria com outra estudante do Curso, intitulada “a espiritualidade nos cuidados de enfermagem” (APÊNDICE II). A espiritualidade no âmbito da saúde, embora relativamente recente, tem sido aprofundada e investigada por vários autores, quer internacionais quer nacionais, e tem vindo a ser considerada como um aspeto importante a adotar nos cuidados de enfermagem, de modo a se chegar à excelência no cuidar.

A doença é sempre uma experiência de desequilíbrio e de sofrimento, em que a pessoa coloca em causa todos os seus valores, e habitualmente demonstra necessidades espirituais, que o enfermeiro pela proximidade que tem com o doente, ocupa um papel

determinante na avaliação contínua dessas necessidades, na implementação de intervenções e na avaliação dos resultados.

A espiritualidade é uma necessidade básica do ser humano, é uma dimensão humana universal, através da qual, o indivíduo se mantém em constante crescimento e transformação, envolvido num processo de descoberta e de transcendência pessoal, numa busca de significado e de sentido para as suas vivências pessoais e coletivas. Constitui uma parte integrante da pessoa, e é muito mais do que um corpo, em que qualquer alteração clínica ou cirúrgica se pode refletir no seu estado de espírito.

Sendo este um aspeto pouco abordado pelos profissionais de saúde, e o qual pude confirmar pelas respostas apresentadas ao questionário de diagnóstico da situação, em que 100% dos inquiridos nunca frequentou formações sobre a espiritualidade/cuidado espiritual, urgiu a necessidade de realizarmos a sessão de formação. Esta necessidade já havia sido reconhecida pela Enfermeira Chefe, pelo que inicialmente surge, desta a proposta da temática.

A sessão de formação apresentada teve como objetivos gerais: compreender a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, e elucidar acerca da importância da espiritualidade na prática dos cuidados de enfermagem.

Antes do planeamento da sessão foi realizado um questionário de diagnóstico de situação, que foi validado pela Enfermeira Chefe, a tutora, a orientadora e os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço e posteriormente, foi enviado por correio eletrónico para todos os enfermeiros da equipa com o propósito de identificar as necessidades de formação no âmbito da espiritualidade. Os resultados obtidos (15 respostas) foram transmitidos ao longo da sessão de formação, e comparados com estudos nacionais e internacionais realizados.

Os conteúdos abordados foram a definição de espiritualidade; a espiritualidade versus religiosidade; as necessidades espirituais da pessoa doente; o cuidado espiritual na prática de enfermagem; a espiritualidade em cuidados intensivos; as barreiras ou dificuldades dos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no âmbito da espiritualidade.

A sessão decorreu dentro do planeado, e após esta, foi aplicada uma ficha de avaliação, de forma a verificar se os objetivos foram alcançados, bem como, perceber a satisfação dos enfermeiros. Os resultados foram bastante positivos, começando pela taxa de adesão correspondente a 69% da equipa de enfermagem (16 enfermeiros presentes), dos quais 50% avaliou a sessão como muito boa e 44% considerou-a boa. Relativamente ao

grau de satisfação, 75% dos enfermeiros consideraram que a sessão de formação satisfizes completamente as suas expectativas quanto ao conteúdo, e quanto à metodologia utilizada, 56% considerou-a adequada, e 44% dos participantes considerou-a muito adequada.

No contexto da **APH** também estive presente numa sessão de formação sobre Ventilação Não Invasiva (VNI) destinada a enfermeiros da SIV. A VNI é utilizada em situações específicas para aumentar a ventilação alveolar, promover a correção dos gases a nível do sangue arterial, proporcionar conforto ao doente, diminuir o trabalho dos músculos respiratórios e a frequência ventilatória, aliviar a dispneia e minimizar a necessidade de entubação endotraqueal. Trata-se de uma ventilação segura e eficaz, mais cómoda para o doente e pode ainda ser instituída de forma intermitente, apontando ganhos em saúde, quando comparada com a ventilação invasiva, pela minimização de complicações inerentes a esta última (PRATES, MARQUES, SOUSA, 2012).

No decurso deste estágio, consultei o plano de formação para cada local e em diálogo com os profissionais, verifiquei que não havia necessidades formativas evidentes e imediatas. Como durante o estágio tive várias situações de obstrução da via aérea (OVA) por alimentos em idosos inseridos em instituições e verifiquei défices de conhecimentos na atuação dos funcionários perante estas situações, considerei pertinente estabelecer um projeto de intervenção em lares de idosos sobre OVA (APÊNDICE III).

Embora o estágio tenha decorrido em meios do INEM situados fora da cidade do Porto, defini com a tutora e a orientadora, que este projeto de intervenção de sensibilização e formação, decorreria numa primeira fase no Porto, pois as dificuldades sentidas nestas instituições seriam semelhantes, e assim, seria mais fácil a minha deslocação entre os vários lares.

O objetivo deste projeto era dar a conhecer como agir perante uma vítima de OVA e para a sua concretização foi criado um panfleto, em que são apresentados os sinais e sintomas da OVA em vítima adulta, e o algoritmo específico de atuação para a desobstrução da via aérea. Esse documento foi alvo de avaliação, e já numa fase após o término do estágio em APH, tive a autorização da Direção de Enfermagem do INEM para a sua utilização (APÊNDICE III).

Do levantamento de lares da cidade do Porto realizado nos *sites* das páginas amarelas e em lares online, com as palavras-chaves: “lares de idosos” e “Porto”, pude identificar 49 instituições. No entanto, dado o número elevado e a minha disponibilidade de tempo para a concretização deste projeto, estabeleci contacto direto com apenas 10 lares de modo a informá-los do objetivo deste trabalho. Contudo, este trabalho será para dar

continuidade pelos enfermeiros do INEM, que na pessoa da tutora (responsável pela formação) irá delegar quais os intervenientes e o modo de atuação.

Na prática, inicialmente, tinha previsto a realização de uma sessão prática de formação com duração de aproximadamente 10 minutos para os funcionários dos lares, mas isso não me foi possibilitado em todas as instituições. Assim, naquelas em que não me foi possível, apenas facultei o panfleto e solicitei a sua divulgação e partilha pelos restantes funcionários. Face a esta contrariedade, foi suprimida a aplicação da ficha de avaliação da sessão elaborada, de forma a verificar a satisfação dos participantes.

A OVA é uma emergência absoluta e se não for reconhecida e resolvida pode levar à morte em pouco tempo. O reconhecimento precoce e uma correta atuação são os elementos chave para salvar a vida de uma pessoa vítima de OVA.

Ainda no âmbito da APH redigi um artigo que aborda as competências do enfermeiro no pré-hospitalar (APÊNDICE IV), que está em fase de revisão após submissão em uma revista da área. O desempenho das funções do enfermeiro em contexto de pré-hospitalar implica o desenvolvimento de competências muito vastas, e um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos e humanos, bem atualizados e fundamentados, de forma a promover cuidados de qualidade.

No SU elaborei um trabalho e planeei uma sessão de formação para os enfermeiros sobre o Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) (APÊNDICE V). Este tema surgiu de uma proposta dos enfermeiros, visto que cada vez mais, recorrem ao SU doentes com CVCTI e a manipulação deste dispositivo intravascular, continua a ser uma prática pouco frequente, pelo receio que gera e pela diminuta formação nesta área.

Esta temática já estava a ser analisada por uma enfermeira do SU e em parceria com esta, elaborei uma formação em serviço (APÊNDICE V). Contudo, o facto de o estágio ter decorrido em meses de grande afluência de doentes ao SU e meses de época natalícia, não houve disponibilidade do serviço, na data agendada para a sessão de formação, ficando todo o trabalho de pesquisa e os diapositivos da sessão, ao dispor do SU, na posse dos tutores e da referida enfermeira, para futuramente serem utilizados. Quando agendada nova data da sessão de formação, pelo Enfermeiro Chefe e pela enfermeira responsável pelo tema, demonstrei disponibilidade para participar e colaborar na apresentação da sessão de formação.

O Cateter Venoso Central tornou-se muito comum na prática clínica, e é usado universalmente nas mais variadas situações, das quais se destacam a monitorização hemodinâmica, hemodiálise, suporte nutricional e administração de medicação. Cada vez

mais é utilizado para garantir um acesso venoso duradouro, a doentes com fragilidade vascular e cutânea, que necessitam de um tratamento prolongado, diminuindo-se assim, o número de procedimentos dolorosos a que o doente será submetido.

Mas se por um lado, a sua utilização permitiu avanços terapêuticos, também conduziu à origem de vários riscos associados, dos quais salientamos principalmente, a infeção e a obstrução do cateter, fatores que contribuem para o aumento do período de internamento, da morbidade e dos custos de hospitalização (SILVA e CAMPOS, 2009; ENCARNAÇÃO e MARQUES, 2013).

A formação e o treino dos enfermeiros, no que respeita à manipulação destes dispositivos, às indicações para o seu uso, aos procedimentos relativos à inserção, à manutenção e às medidas apropriadas de controlo de infeção, são essenciais para uma prática mais segura e frequente.

O objetivo da sessão de formação era dar a conhecer as técnicas e protocolos de atuação na manutenção e manuseamento do CVCTI com reservatório subcutâneo, para assim, diminuir os medos e receios na manipulação deste acesso e incentivar e aprimorar a atuação. Seriam abordados temas, como as indicações para a colocação de CVCTI, as contra-indicações, as vantagens e as complicações que decorrem do seu uso, o material e equipamento necessário para o correto procedimento na sua manipulação, colheita de sangue e heparinização.

Após a sessão de formação seria aplicada uma ficha de avaliação de forma a verificar se os objetivos tinham sido alcançados, bem como, perceber a satisfação dos enfermeiros com a sessão de formação.

Todas estas atividades no âmbito da formação contribuíram para o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e para a prestação de cuidados especializados e fundamentos ao doente e à família. Assim, considero adquiridas as seguintes competências: **“identifiquei as necessidades formativas em cada local de estágio”** e **“promovi e participei na formação em serviço na área de EEMC”**.

Objetivo específico: Integrar a dinâmica do local de estágio e colaborar na prestação de cuidados.

O meu processo de acolhimento/integração nos vários locais de estágio, foi facilitado pelo facto de ter encontrado equipas multidisciplinares muito disponíveis, peritas nas suas áreas e muito acolhedoras, nas quais tenho a agradecer e ressaltar os meus tutores

que foram muito acessíveis e disponíveis, e assim contribuíram para a minha boa integração, estágio e desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste sentido e como forma de proporcionar aos novos elementos, informação que lhe permitam familiarizar-se com as políticas e procedimentos da instituição, e identificar-se com os objetivos e programas da mesma, no **SU** e no **SMI**, existe um manual de integração.

Também consultei os manuais de procedimentos, de qualidade e de controlo de infeção, para melhor compreender a dinâmica organizacional e funcional dos serviços, bem como, para perceber as atividades programadas, as funções previstas de cada profissional, e entender a política da qualidade e os aspetos ligados à prevenção e controlo de infeção.

No que respeita à colaboração na prática dos cuidados, esse processo foi facilitado pela minha experiência profissional anterior neste contexto, no entanto, procurei que estes estágios fossem um momento de partilha de conhecimentos e práticas. Cada pessoa carrega consigo uma existência distinta, uma história própria, experiências, saberes e vivências que devem ser partilhadas. Esta partilha no seio das equipas foi fundamental para um crescimento harmonioso, quer pessoal quer profissional, e para o aperfeiçoar de competências.

A identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, de acordo com as competências do enfermeiro EEMC, foi uma realidade. A observação, a colaboração e a participação nas intervenções diárias dos enfermeiros tutores, no cuidar sistematizado e de qualidade, de acordo com as necessidades mais prementes do doente, foram a forma de concretizar esta atividade.

Da análise dos cuidados prestados no **SMI** tenho a salientar e a agradecer todos os profissionais, que contrariam aquela imagem de tecnicismo e mecanicismo criada à volta do doente crítico, e evidenciam a humanização e a dedicação na relação humana, no toque terapêutico, na manutenção do diálogo com um doente que está sedado e analgesiado, bem como, no cuidado e atenção dedicados às pessoas significativas e família.

Sobre o olhar de CORBANI, BRÊTAS e MATHEUS (2009), a humanização na enfermagem é falar do seu instrumento de trabalho: o cuidado, que se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência se constitui numa atitude humanizada. Assim, cuidar é utilizar a própria humanidade para assistir o outro, como um ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente e com o seu espírito, dotados de dignidade, a serem cuidados na totalidade. Logo, o cuidado consiste numa relação inter-humana.

Ser enfermeiro em cuidados intensivos

“ é uma conquista a cada minuto; uma descoberta contínua alimentada pela perspicácia que se tem e que se aprende; um ambiente que atordoia familiares e doentes ... no meio de tantos fios e cabos e tecnologia; um sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação, na orientação espaço-temporal de alguém que acorda de um sono/pesadelo; um sentimento de derrota quando sentimos a pessoa “fugir” de cada cuidado, de cada fármaco, de cada intervenção; ter muito conhecimento e estar sempre atualizada para manter a excelência dos cuidados que presta, no saber-ser/estar, saber-fazer e no saber-saber!” SILVA e LAGE (2010, p. 7).

Na **APH** antes de qualquer abordagem, a minha prioridade era verificar se havia condições de segurança para a vítima e para a equipa, de seguida colaborava na avaliação sistemática e metódica da pessoa, segundo o método ABCDE, de modo a identificar se existia risco imediato à sua vida, e posteriormente auxiliava na sua estabilização e nos cuidados necessários. As informações relevantes CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição) nalgumas situações foram recolhidas por mim.

Neste módulo de estágio tive também oportunidade de participar ativamente na monitorização e estabilização da vítima, de colaborar com o médico e administrar medicação necessária ao doente, durante o transporte para o hospital, e de cooperar com a equipa na extração e imobilização das vítimas. Conjuntamente, participei em pequenos *briefings* com os profissionais de forma a refletirmos sobre a nossa atuação e discutir estratégias de melhoramento.

Relativamente à minha passagem pelo CODU, assisti ao atendimento de várias chamadas com prioridades do tipo P1, P3, P5 e P8 e chamadas de transmissão de dados. Foi muito interessante a perceção da dificuldade de triar situações, e dar indicações para auxílio. Foi notória a falta de conhecimentos dos cidadãos, relativamente aos objetivos de ajuda com uma chamada 112 e os dados importantes a fornecer. Uma das principais causas de atraso da triagem identificado, foi o facto de esta só poder ter início após a localização geográfica da ocorrência, fator cuja população geral desconhece. Isto leva a que algumas pessoas tenham tendência a descrever repetidamente o quadro clínico em causa, sem que a triagem possa ser iniciada, mesmo com múltiplas tentativas para obter a sua localização.

Tendo estes fatores em consideração, seria pertinente fornecer à população geral informação clara sobre a forma de notificar uma ocorrência ao ligar 112, através de campanhas de sensibilização na televisão, e também, através da divulgação pelos próprios profissionais de saúde aos seus familiares e amigos.

No **SU** tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em todas as áreas do SU, sendo que a sala de emergência foi um dos setores que mais fascínio me proporcionou,

pela incerteza do processo de doença dos doentes admitidos, pela nossa detecção e atuação rápida, no tratamento de lesões que provocam influência nas funções vitais, colocando a vida daquela pessoa em perigo. Esta sala é uma zona vital do SU em qualquer hospital, obrigando a existência de equipas, bem treinadas na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta, eficaz, coordenada e sincronizada, para que as intervenções terapêuticas se possam traduzir em vidas recuperadas (FERREIRA, et al., 2008).

Na área da triagem, colaborei com o enfermeiro tutor na triagem dos doentes, incorporei as queixas do doente no melhor fluxograma, percebi as principais dificuldades sentidas neste processo, e refleti sobre os conhecimentos, competências e responsabilidades do enfermeiro nesta área. Neste processo é essencial avaliar o doente, colher dados objetivos e estabelecer prioridades, pelo que, uma boa capacidade de comunicação, de interpretação, de decisão e de liderança é fundamental.

Ao realizar a triagem englobam-se todas as vertentes técnicas, científicas e relacionais o que pressupõe que o enfermeiro da triagem seja um enfermeiro com competências especializadas. A triagem realizada por enfermeiros EEMC contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, permite estabelecer uma boa relação entre o enfermeiro e o doente, podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente e família, contribui para dignificar a imagem de enfermagem, e permite uma observação imediata do doente com risco de vida, possibilitando algumas vezes, realizar uma “retriagem”, caso seja necessário (TEIXEIRA, 2006).

A capacidade de uma vigilância constante, a antecipação de problemas, a perceção da subjetividade das queixas ou comportamentos dos doentes, o conhecimento da necessidade de intervenções precoces que previnam instalação ou agravamento de algumas situações clínicas, nomeadamente no controlo da dor e da ansiedade dos doentes, e a necessidade de uma perfeita interligação profissional entre as várias equipas, foram a grande evidência na aprendizagem neste contexto.

Através das atividades descritas, considero adquiridas as seguintes competências: **“demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”, “desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente” e “mobilizei e demonstrei conhecimentos provenientes da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada”**

Objetivo específico: Desenvolver e aplicar competências comunicacionais, tanto com os profissionais de saúde, clientes ou familiares.

A comunicação é uma ferramenta fundamental do cuidar em enfermagem, constituindo-se um instrumento primário e uma intervenção autónoma, que está na base para qualquer atitude terapêutica, quer seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às suas necessidades básicas do doente. É considerada uma habilidade que ajuda as pessoas a enfrentarem os seus problemas, a ajustarem o que não pode ser mudado e a enfrentarem os bloqueios de auto-realização (SILVA, 2006).

No **SMI** a comunicação pode ser mais difícil pelas características dos doentes, que na sua grande maioria, são doentes ventilados e com alteração do nível de consciência. No entanto, constitui um desafio e implica uma certa criatividade, pois desde o recurso a um quadro com letras do alfabeto, ao estabelecimento de contacto visual, mímica facial e ensino de respostas, através de um piscar de olhos ou aperto de mão a perguntas simples efetuadas, foram várias as estratégias adotadas para conseguir comunicar com estes doentes na sua plenitude. Partilho da opinião de SÁ e MACHADO (2006) quando afirmam que a comunicação é uma competência importante para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, que implica que se desenvolvam capacidades criativas, cognitivas, afetivas e psico-motoras, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar.

Para além destas estratégias, desenvolvi a relação de ajuda e a escuta ativa, e tentei adotar sempre uma postura adequada. A relação de ajuda passou pelo respeito incondicional pelo outro, a empatia, a autenticidade e a compaixão, na tentativa de perceber o outro sem perder a minha própria identidade.

Também aqui desenvolvi uma comunicação eficaz com a família. Sempre tive presente na minha abordagem, que o internamento em ambiente de cuidados intensivos tem um forte impacto na família, levando-a a experimentar sentimentos de perda de controlo, medo, ansiedade, raiva, negação, tristeza, entre outros. Daí que demonstrei sempre disponibilidade e tive a preocupação de responder às questões colocadas, de forma segura e informá-los, do que iriam encontrar (ventilador, cateteres, monitores, alarmes) e do estado do doente (sedado, acordado, agitado) para assim diminuir a sua ansiedade. Pois geralmente, ao entrar pela primeira vez na unidade, a família encontra o doente rodeado de equipamento técnico, “ligado às máquinas”, tornando-o quase irreconhecível e sem a

devida orientação. Frequentemente, os familiares têm dificuldade em aproximar-se, em tocar no seu ente querido, não sabendo se podem até falar com ele.

É aceite e reconhecido, que o internamento de um membro da família numa unidade de cuidados intensivos, leva a uma série de problemas psicológicos e emocionais, não só para o doente, mas também para esta, constituindo uma experiência dolorosa e difícil (LEE, CHIEN, MACKENZIE, 2000).

Na **APH** a necessidade de uma intervenção rápida, competente e eficaz, leva por vezes, os profissionais de saúde a relegarem para segundo plano a comunicação, quer com o doente quer com os seus familiares e amigos, dando privilégio à avaliação e tentativa de estabilização das funções vitais.

No **SU** também existem fatores que condicionam o sucesso da relação de ajuda e comprometem a preconizada e desejada humanização, nomeadamente, o elevado número de doentes admitidos e o seu curto tempo de internamento, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos.

Ao longo do estágio na **APH**, tentei sempre ter uma postura de abertura para o diálogo e esclarecimento de dúvidas para com a vítima, seus familiares e amigos, bem como, juntamente com a equipa assumimos um papel de educadores para a saúde à população, não só no sentido de os responsabilizar pela identificação de sinais e sintomas preditivos, de uma situação de risco, e imediato pedido de ajuda, mas também, na tentativa de estes se aperceberem que a presença no local de um meio inadequadamente diferenciado para a situação, poderá colocar em causa o socorro não só daquela pessoa, como de outras, para as quais aquela equipa naquele momento não está disponível para socorrer.

A comunicação de más notícias é uma realidade inalterável no quotidiano dos enfermeiros, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas que envolve muitos sentimentos e emoções. Esta requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa e o enfermeiro EEMC deve responder adequada e honestamente, comunicando com linguagem simples, não banalizando o momento e não retirando a esperança (PEREIRA, 2008).

O modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos à pessoa e família influencia decisivamente a forma como estes vão reagir a ambos. No sentido de minimizar este impacto inicial, foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman (1994)

que elaborou um protocolo de como comunicar más notícias. Quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família, que recebe a notícia.

A primeira etapa é a preparação e escolha do local adequado – as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções por terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha; a segunda etapa é perceber o que é que a pessoa já sabe - o profissional pede à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos ou se falou com outro técnico; a terceira etapa é saber o que é que a pessoa quer saber – o profissional pesquisa até que ponto a pessoa quer ter conhecimentos acerca da situação-problema, ou seja, apercebe-se se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde; a quarta etapa é dar a notícia – o profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos e frases longas e de interpretação menos clara; a quinta etapa é responder às emoções e às perguntas do doente – o medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia, que algumas vezes são traduzidas em raiva contra o técnico. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples, dadas com clareza, direta e honestamente; e por último propor plano de acompanhamento – fornecer plano de ação de futuro (PEREIRA, 2005).

A receção de uma má notícia é vivenciada por cada pessoa de maneira diferente. A família encontra-se cheia de expetativas, mesmo no doente sem vida de relação. Não esperam ouvir falar de morte nem de maus prognósticos, encontram-se inundados com a expetativa de receber boas notícias, ignorando a mensagem que o prognóstico poderá ser desfavorável (SHEEHY, 2010).

Nas situações em que tivemos de transmitir más notícias, procurei adotar uma postura adequada e permaneci junto da pessoa, para que se sentisse apoiada e compreendida, e facilmente expressa-se os seus medos e receios. Permiti que estes se despedissem condignamente, consciencializando-os da realidade, de modo que não permanece-se a angústia de não se terem despedido.

Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também, saber ficar em silêncio, são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados. Todos os momentos devem ser acompanhados com compaixão, humanidade e atenção às necessidades do doente e da família. Em muitos momentos é difícil encontrar palavras de conforto, embora, nem sempre seja necessário dizê-las. A

simples presença pode significar tanto ou mais, do que muitas palavras e o facto de o enfermeiro demonstrar a sua solidariedade, é muitas vezes o suficiente (PACHECO, 2006).

Uma comunicação de qualidade estabelecida entre o profissional de saúde, a equipa, o doente e a família, beneficia a adesão e o sucesso do tratamento, reduz os gastos em saúde, aumenta a confiança do doente e família e reduz os níveis de ansiedade destes.

Num contexto onde estão presentes muitos medos, ansiedades, incertezas e inseguranças, onde muitas vidas se ganham, se transformam e mudam radicalmente, onde os enfermeiros têm de conseguir lidar com todos estes sentimentos humanos, e ajudar nas readaptações de vários contextos de vida, compreendi que ser enfermeira EEMC passa por ter atitudes, que permitam utilizar ao máximo e melhor os saberes adquiridos, para poder cuidar com qualidade.

Face ao exposto, considero que adquiri as seguintes competências: **“aperfeiçoei e desenvolvi ferramentas comunicacionais com o doente em situação crítica”** e **“demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e a família”**.

Objetivo específico: Demonstrar capacidade de reagir perante situações, imprevistas e complexas.

No **SMI** tive uma situação imprevista e complexa após o transporte intra-hospitalar de um doente em situação crítica, com gangrena de Fournier que estava de regresso do serviço de medicina hiperbárica. Na admissão no SMI, o doente teve um enfarte e consequente PCR. Nesse momento, pude participar ativamente nas manobras de reanimação, aplicando o algoritmo de SAV, e todos os conhecimentos e competências adquiridas na sessão de formação sobre esta temática, que tinha decorrido no SMI e as resultantes da minha experiência profissional.

Na **APH** as situações de trauma que tive, englobaram situações de acidentes de viação e queda em altura, enquanto as situações de doença súbita, eram referentes a situações de hipoglicemias, PCR, crises convulsivas, dor torácica, dispneia, alterações do estado de consciência, reação anafilática e défice motor/sensitivo.

Das várias situações de trauma, saliento uma em que recebemos uma ativação para um acidente de viação, em que à nossa chegada a vítima encontrava-se em PCR com traumatismo crânio-encefálico grave, queimadura no tórax pelo asfalto e fraturas expostas nos membros. O quadro clínico era grave e a decisão médica, após avaliação da vítima e

face à gravidade do trauma, foi de suspender todas as manobras de SAV. No entanto, a situação ficou mais complexa quando os familiares chegaram ao local e receberam a informação do falecimento do jovem.

Esta experiência tornou-se única, pois para além de participar em todos os procedimentos de SAV, pude prestar apoio psicológico àqueles familiares que se encontravam revoltados, ansiosos e tristes, mas também foi marcante para mim, por se tratar da morte de um jovem.

Numa cultura que valoriza a juventude acima de tudo, a morte de um jovem é considerada uma tragédia e, para os pais, é a perda mais excruciante que muda tudo para sempre. Além da ausência física, a morte de um filho incorpora múltiplos níveis de perda, como a perda de uma das relações mais intensas que existe, a perda de uma parte da sua identidade, a perda do papel parental, a perda de um futuro de expectativas, sonhos e esperanças.

Efetivamente, a evidência científica tem vindo a demonstrar que os pais em luto manifestam um sofrimento mais exacerbado que outros adultos perante a morte de uma pessoa significativa, como o cônjuge ou os seus próprios pais, com manifestações de luto profundo que tendem a persistir por vários anos, podendo até intensificar-se com a passagem do tempo, por vezes com manifestações patológicas (RANDO, 1985).

Um estudo de revisão da literatura, realizado em 2009, evidenciou uma relação positiva entre o luto parental e morbidade e mortalidade nesta população. Verificando-se um risco acrescido de distúrbios psicológicos como ansiedade, depressão e ideação suicida, de doença física com maior probabilidade de desenvolver cancro, enfarte do miocárdio ou exacerbação de esclerose múltipla, adoção de comportamentos de risco para a saúde como abuso de álcool e drogas e um aumento da utilização dos serviços de saúde (HENDRICKSON, 2009).

O papel do enfermeiro EEMC é fundamental neste processo de comunicação da morte e no início do processo de luto, que corresponde ao choque e negação. O simples facto de falar sobre os sentimentos, dúvidas, receios, angústias e outros estados emocionais, reduz significativamente a ansiedade e o stress, e auxilia na forma, como a notícia é integrada pelos familiares, permitindo a libertação da ansiedade de forma a minimizar o efeito do diagnóstico ou da notícia trágica da morte, devolvendo alguma da segurança perdida. Adotar uma postura de disponibilidade, estabelecer relação de ajuda e empatia ou outra forma de comunicação, levam a que a pessoa se sinta acolhida e segura.

No pré-hospitalar pode ainda ser solicitada a intervenção do CAPIC para responder às necessidades psicossociais da população e dos profissionais.

A gestão das emoções dos próprios elementos intervenientes foi discutida e foram abordados os mecanismos de adaptação, que cada profissional utilizava na gestão das situações mais problemáticas, do ponto de vista emocional e profissional, partilhando experiências de forma a tornar o acontecimento menos traumático.

O SU também é conhecido por ser um local em que o aparecimento de situações imprevistas e complexas é comum, pois por ele entram todos os doentes, independentemente da sua gravidade. Apesar de ser no doente crítico que as situações imprevistas e complexas têm maior probabilidade de acontecerem, os restantes doentes que recorrem ao SU por não estarem por rotina monitorizados, devem ser cuidadosamente vigiados, devendo o sentido da nossa atividade ser sempre na prevenção de complicações e não apenas na resolução das mesmas. Por exemplo, perante situações de doentes que dão entrada no SU com o diagnóstico de edema agudo do pulmão, sabendo que são situações de rápida evolução, se não interferirmos rapidamente na implementação de ações e na antecipação de outras em tempo útil, a situação pode evoluir para PCR. Assim, a atuação dos enfermeiros EEMC marca toda a diferença, pois é dotado de conhecimentos e competências técnicas e científicas bem solidificadas, que lhe conferem uma maior capacidade de intervenção.

Uma das situações complexas que vivenciei, neste contexto, foi um doente que logo na admissão da sala de triagem foi agressivo verbalmente e ameaçou a enfermeira presente, porque considerou que estava a esperar muito tempo. A comunicação com este doente foi difícil, e após várias tentativas para se estabelecer uma comunicação adequada, a estratégia utilizada foi chamar um outro colega para triar o doente.

A violência no local de trabalho, quer seja física ou psicológica, transformou-se num problema mundial que atravessa fronteiras, contextos de trabalho e grupos profissionais, representando uma ameaça grave contra a eficiência e o êxito das organizações. A violência causa perturbações imediatas, e a longo prazo interfere nas relações entre as pessoas e no ambiente laboral. Afeta a dignidade dos profissionais e constitui uma fonte importante de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, tornando-se, cada vez mais num problema de direitos humanos (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2015).

As agressões físicas, ameaças de agressão física e a violência psicológica que consiste em atos repetidos, indesejados, impostos e não correspondidos, podem ter na vítima um efeito devastador.

Um estudo de revisão sistemática da literatura, realizado em 2011, concluiu que as consequências de âmbito emocional vivenciadas pelos enfermeiros, após a exposição a algum evento de violência foram: medo pela exposição recorrente, medo do risco de exposição relacionado ao temor de sofrer represálias, raiva, tristeza, irritabilidade, ansiedade e humilhação, impotência, frustração, desejo de vingança, depressão e altos níveis de *stress*, havendo mesmo, um relato de tentativa de suicídio após o abuso verbal e físico. Os sintomas físicos foram: cefaleias, contusões, hematomas, cortes, lacerações, abrasões e arranhões (CARVALHO e FELLI, 2011).

As consequências organizacionais variam, por exemplo, desde a menor satisfação no trabalho e da produtividade, até ao aumento do absentismo e elevado *turnover*, com o aumento de custos sociais e económicos (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2015).

Segundo dados da Direção Geral de Saúde em 2014, das 531 queixas reportadas ao sistema de notificação de violência contra profissionais de saúde, uma ferramenta de acesso voluntário e anónimo criada em 2007, cerca de 60% (324) foram efetuadas por enfermeiros, sendo que os casos de discriminação/ameaça lideram com 312 casos reportados, logo seguida da injúria (271), da pressão moral (262), da difamação (179) e da violência física (133). Nos SU predominam os doentes como agressores (53), seguidos dos familiares do doente (26) e dos profissionais de saúde (5) (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2015).

Relatar e documentar toda a violência no local de trabalho, agressões físicas e não físicas, é fundamental, por isso, os profissionais de saúde devem incentivar o colaborador agredido para notificar o incidente relacionado com o episódio de violência.

Relativamente a esta problemática, em 2009 a OE emitiu um parecer jurisdicional, em que defende que quando o enfermeiro se encontra confrontado com uma ação agressiva, por parte da pessoa a quem deverá prestar cuidados de saúde, estando esta consciente e não se encontrando em perigo iminente para a sua integridade física ou vida, o enfermeiro poderá recusar-se a prestar os cuidados exigidos. Esta asserção é baseada em duas premissas: a primeira, na legítima defesa que cabe a qualquer pessoa.

Apesar de o enfermeiro se encontrar adstrito ao dever de prover os cuidados necessários perante o doente, encontra-se justificada legalmente a sua recusa em legítima defesa. No entanto, cumpre esclarecer que o enfermeiro não se pode desvincular das suas

obrigações profissionais e assim, deverá ter sempre uma atitude de preparação, ensino e aconselhamento, cumprindo com o dever de informação. Não sendo possível a sensibilização, tem o dever de reencaminhamento para outro colega, comunicando devidamente a situação ocorrida.

A segunda premissa, o dever dos doentes colaborarem com os profissionais de saúde. A Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, estatui na sua Base XIV, n.º 2, alínea c), o dever do doente em “*colaborar com os profissionais da saúde em relação à sua própria situação*”. Na Base V, n.º 1 da citada lei, pode ler-se “*os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover*”. Este dever de colaboração é um vínculo contínuo e que deverá ser sempre respeitado por todos os doentes. A sua não observância pode colocar em causa a correta prestação dos cuidados e, nos casos em que o doente inviabilize a sua prestação, após renovada sensibilização para a sua consecução, justifica a recusa por parte do enfermeiro.

Ainda no âmbito do SU, fui-me apercebendo do grande número de doentes que aí ocorrem após tentativa de suicídio. Segundo a Organização Mundial de Saúde, suicidam-se anualmente, em todo o mundo, cerca de um milhão de indivíduos, o que corresponde a metade de todas as mortes violentas registadas. Em Portugal há cerca de 1.000 suicídios por ano verificando-se um aumento desde o ano 2000 (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2013).

O agravamento das condições socioeconómicas e financeiras dos cidadãos, o progressivo isolamento social, em especial dos mais idosos, o aumento de situações de maior dificuldade social, individual e familiar e o vincado individualismo da sociedade têm permitido o aumento de fenómenos como a depressão e o suicídio, aos quais não conseguimos ficar indiferentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

A prevenção da depressão e do suicídio encontra-se entre as áreas prioritárias de intervenção no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Tratando-se de um fenómeno complexo, que envolve saberes de diversas áreas disciplinares e profissões, beneficiando com uma intervenção multifacetada e de todo um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, é uma área do saber na qual os enfermeiros têm um contributo muito relevante.

Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio, passa por estabelecer com a pessoa em risco, uma relação de confiança e empatia, que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção

especializada e eficaz. O indivíduo com comportamento da esfera suicidária não vai confiar as suas sensíveis informações a um enfermeiro se não tiver a percepção de se sentir ouvido, respeitado e compreendido. Este enfermeiro precisa de transmitir uma sensação de aceitação, calor, ausência de julgamento e um forte interesse em compreender a natureza e a causa do comportamento adotado (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

A intoxicação medicamentosa é uma das estratégias usadas para o suicídio, mas a queda também foi uma outra habilidade encontrada por outros doentes admitidos no SU em estado crítico. No contexto do SU a minha intervenção perante estas situações passou pelo estabelecimento de vínculos interpessoais com o doente, através da relação profissional de ajuda, pela promoção de vínculos familiares e pelo reencaminhamento e acompanhamento para profissionais de saúde, da área da saúde mental aquando da alta.

Uma outra realidade constante nos SU são as readmissões dos doentes dependentes.

No que concerne aos fatores que contribuem para a readmissão, na maioria dos estudos, a idade do doente acima dos 65 anos, múltiplos problemas de saúde, bem como a existência de doenças crónicas, são considerados fatores de risco. Fatores demográficos, sociais e problemas de saúde decorrentes da idade, viuvez, suporte social, satisfação de vida, gravidade da doença, doença do cônjuge, depressão e stress do cuidador são outros fatores referenciados como predisponentes da readmissão hospitalar, no entanto, os autores referem que 40% a 50% das readmissões devem-se a problemas sociais ou perda de apoios dos serviços da comunidade (CHUANG, et al., 2005; SILVERSTEIN, et al., 2008; WONG, et al., 2008; CHAN, et al., 2009). Por outro lado, segundo CHAN, et al. (2008) e WONG, et al. (2008), a utilização dos serviços hospitalares poderia ser significativamente reduzida se os doentes e os seus cuidadores fossem sujeitos a intervenções adequadas e tivessem acesso a redes de apoio apropriadas.

Um estudo quantitativo analítico, realizado por MARQUES (2011) no SU de um Hospital Central de Lisboa, concluiu que cerca de 28% dos doentes inquiridos regressaram ao hospital antes dos 28 dias após a alta, e as dificuldades de ordem económica, na realização de tarefas domésticas e na prestação de cuidados diretos ao doente foram as causas mais referidas pelos cuidadores.

A falta de informação e a prestação de cuidados diretos ao doente são dificuldades muito verbalizadas pelos cuidadores, pelo que, os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa e aquisição de competências para o cuidar.

O enfermeiro pode ter um importante papel ao informar a família dos recursos existentes na comunidade, ao encaminhá-la para os serviços sociais, ao esclarecer e educar

a família para os cuidados, nomeadamente, identificação e monitorização de sintomas, orientação e gestão da terapêutica, e ao capacitá-la para a aquisição e treino de competências, que possam contribuir para um envolvimento e prestação de cuidados mais eficazes e satisfatórios.

Com a presença, durante mais tempo, dos familiares junto do doente no SU são fomentadas as oportunidades destes aprenderem e treinarem e, por outro lado dá ao enfermeiro EEMC oportunidades de ensinar, informar e validar os ensinamentos.

Os ensinamentos dos “pequenos” pormenores, das atividades precisas, como prestar cuidados de higiene, alimentar o doente oralmente ou por sonda nasogástrica, como posicionar o doente, os cuidados com a eliminação, a importância da mobilização para a prevenção de complicações e a transferência do doente. Capacitar a família para a prestação de cuidados, identificar as suas necessidades e providenciar apoios na comunidade foram atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Face ao exposto, considero que adquiri as seguintes competências: **“demonstrei capacidade de atuação perante situações imprevistas e complexas”** e **“incorporei na prática os resultados da investigação”** e **“abordei questões complexas de modo sistemático e criativo”**.

4. CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Neste contexto, o enfermeiro EEMC assume um papel preponderante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica, bem como, possui competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem complementar e coordenar programas de qualidade.

O quotidiano profissional do enfermeiro EEMC é rico em experiências e desafios que exigem atenção e reflexão, para que a sua prática seja competente e diferenciada. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e aperfeiçoamento de capacidades humanas que lhes permitam melhores desempenhos.

O presente relatório veio dar resposta a um processo avaliativo e dá ênfase às competências adquiridas na área da EEMC, com a realização dos módulos de estágio, bem como, espelha o percurso de aprendizagem, as atividades desenvolvidas e as dificuldades sentidas.

Pela riqueza das experiências com que me defrontei, considero os locais de estágio verdadeiros centro de oportunidades de ensino, bastante proveitosos, capazes de dar resposta às exigências de um Curso de Mestrado com EEMC. São serviços bem organizados, altamente diferenciados, com protocolos e normas de atuação bem clarificadas e definidas, e onde há uma constante preocupação na atualização contínua dos conhecimentos, de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Relativamente à equipa, todos os elementos são profissionais acessíveis, que auxiliam no processo de aprendizagem, muito recetivos e como tal, todo o percurso a desenvolver tornou-se mais fácil. Destaco em particular, a partilha de saberes e

de experiências com os tutores e a orientadora, que me serviram de inspiração, motivação e de esperança, de que podemos fazer melhor, e que se escolhemos este caminho temos a responsabilidade acrescida de, antes de exigir, ter a competência de o fazer, sustentando-nos e adquirindo várias capacidades que procurem a excelência no que fazemos.

Na prática dos cuidados, pautei-me por um exercício profissional seguro e ético, respeitando sempre os direitos humanos e a dignidade humana, e procurei responder às questões e necessidades do doente e da família, usando uma linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade e os medos.

Ao longo dos vários módulos de estágio desenvolvi uma capacidade de trabalhar, de forma adequada com a equipa multidisciplinar, participando ativamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, respeitando o campo das competências profissionais de cada grupo, bem como, demonstrei disponibilidade, abertura e interesse na aprendizagem. Fui dinâmica, interessada e proativa no sentido em que procurei informações e oportunidades, e mostrei iniciativa e criatividade na seleção das estratégias de melhoria.

Considero que a reflexão crítica sobre os problemas da prática profissional, associados à prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, constituíram os alicerces de todo este processo, tendo vivido experiências profissionais muito variadas e enriquecedoras, que fizeram com que crescesse tanto a nível profissional como humano.

No âmbito da formação participei nas várias sessões de formação promovidas nos serviços, identifiquei as necessidades formativas dos vários locais de estágio e realizei sessões de formação sobre a espiritualidade nos cuidados de enfermagem no SMI e sobre o CVCTI no SU. Na APH desenvolvi um projeto para os lares com a finalidade de sensibilizar os funcionários para o reconhecimento precoce e a correta atuação em situações de OVA.

Concluído este trabalho, considero que no que respeita aos objetivos inicialmente definidos, os mesmos foram atingidos de forma satisfatória e assim julgo-me ser capaz de prestar cuidados especializados na área de EEMC, através de processos de tomada de decisão com base na reflexão, na mobilização de um conjunto de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, no sentido de assumir uma função diferenciada no cuidar, e de forma autónoma e interdependente tomar decisões adequadas às situações complexas da área de especialização.

No entanto no decorrer do estágio, foram surgindo algumas dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem, que foram colmatadas com o apoio e disponibilidade da orientadora e dos tutores, aliada à pesquisa bibliográfica e à minha dedicação em toda esta caminhada.

Para finalizar, não posso deixar de salientar que todo este processo foi sem dúvida desafiante, exigente, trabalhoso, mas gratificante na medida em que constituiu uma experiência enriquecedora, tendo proporcionado contributos para a aprendizagem ao longo da vida, e para a aquisição de competências e conhecimentos específicos na área de EEMC.

Futuramente pretendo continuar a dar visibilidade à enfermagem como profissão e disciplina através da investigação, participando em estudos de investigação e projetos de serviço, bem como, colaborando na área da formação e na disseminação de resultados com a publicação de artigos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, S. - A intervenção do serviço social hospitalar face ao idoso. *Servir*. Vol. 50, nº4 (2002), p.161-164.

ALVES, D.; BISSELL, R. - Bacterial pathogens in ambulances: results of unannounced sample collection. *Prehospital Emergency Care*. Vol.12, nº2 (2008), p.218-224.

ARIAL, M., BENOIT, D., WILD, P. - Exploring implicit preventive strategies in prehospital emergency workers: a novel approach for preventing back problems. *Appl Ergon*. Vol.45, nº4 (2014), p.1003-1009.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Formação de enfermeiros em cuidados paliativos - Recomendações da APCP. [Em linha]. 2006. [Consult. 24 Out. 2016]. Disponível na <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaes-formaoemcp-apcp.pdf>

BENNER, P. - De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto editora, 2001.

BOLETIM INFORMATIVO Nº37/2010 (12.10.2010) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Regras de funcionamento do Serviço de Medicina Intensiva - deliberação do Conselho de Administração de 07 de Outubro de 2010, p.1-5.

CARVALHO, M.; FELLI, V. - A violência no trabalho de enfermagem: uma revisão sistemática. [Em linha]. 2011. [Consult. 7 Fev. 2017]. Disponível na https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OopxD99Fx10J:https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D3696%26id_event%3D64+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

CHAN, M.; WONG, F.; CHANG, K.; CHOW, S.; CHUNG, L.; LEE, W.; LEE, R. - Identifying patient readmission subtypes from unplanned readmissions to hospitals in Hong Kong: a cluster analysis. *Nursing and Health Sciences*. Vol.11, nº1 (2009), p.37-44.

CHUANG, K.; WU, S.; MA, A.; CHEN, Y.; WU, C. - Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. *Journal of Nursing Research*. Vol.13, nº2 (2005), p.117-128.

COLLIÉRE, M. - Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CORBANI, N.; BRÊTAS, A.; MATHEUS, M. - Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm*. Brasília. Vol.62, nº3 (2009), p.349-354.

COSTA, J. - Métodos de prestação de cuidados. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2004. [Consult. 2 Jan. 2017]. Disponível na <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

COTTLE, E. - Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standart*. Vol.23, nº9 (2008), p. 43-47.

CRAIG, J.; PEARSON, M. - Diretrizes Baseadas na Evidência. In CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind - *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM - D.R., I Série A, 57/78, (1978-03-09). [Em linha]. [Consult. 4 Jan. 2017]. Disponível na http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf

DESPACHO nº14898/2011 - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. D.R. II Série. 211 (2011-11-03) 43563-43564.

DESPACHO n.º 10319/2014. D.R. 2ª Série. 153 (2014-08-11) 20673-20678.

DIAS, J. - Formadores: Que desempenho?. Loures: Lusociência. 2004.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ /Emergência. [Em linha]. Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa, 2001. [Consult. 3 Jan. 2017]. Disponível na http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa, 2007.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. [Consult. 3 Jan. 2017]. Disponível na http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Precauções Básicas do Controlo da Infeção. [Em linha]. 2013. [Consult. 3 Jan. 2017]. Disponível na <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. [Em linha]. [Consult. 3 Jan. 2017]. Disponível na <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Violência contra profissionais de saúde - notificação *online* 2014. [Em linha]. Departamento da Qualidade na Saúde, 2015. [Consult. 2 Jan. 2017]. Disponível na <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/relatorio-de-avaliacao-dos-epidodios-de-violencia-contra-ptofissionais-de-saude-2014pdf-pdf.aspx>.

ENCARNAÇÃO, R.; MARQUES, P. - Permeability of central venous catheter: a systematic literature review. Revista de Enfermagem Referência. III Série, n.º9 (2013), p.161-169.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL - Should relatives witness resuscitation? [Em linha]. Resuscitation Council (UK), 1996. [Consult. 24 Out. 2016]. Disponível na <https://www.resus.org.uk/archive/archived-cpr-information/should-relatives-witness-resuscitation/>

FERNANDES, A. - Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal. Diário de bordo editores. 1ª edição, 2012.

FERREIRA, F.; ANDRADE, J.; MESQUITA, A.; CAMPELLO, G.; DIAS, C.; GRANJA, C. - Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um modelo orgânico funcional. Revista Portuguesa de Cardiologia [Em linha]. Vol.27, 2008, p.889-900. [Consult. 4 Jan. 2017]. Disponível na <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/958.pdf>

FURTADO, K.; TORRA, J.; FERNANDEZ, F.; HIDALGO, P. - Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Revista Nursing - Suplemento Feridas. Nº 231 (2008), p.4-11.

GONÇALVES, L. - Fatores associados à carga de trabalho de Enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação. [Em linha]. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo. 2006. [Consult. 12 Jun. 2016]. Disponível na: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-125217/pt-br.php>

GONÇALVES, S. - Avaliação e percepção do risco de LMERT nos técnicos de ambulância de emergência do INEM. [Em linha]. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2014. [Consult. 9 Fev. 2017]. Disponível na: https://sigarra.up.pt/faup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=382139.

GOUVEIA, J.; MIGUÉNS, C. - IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão. [Em linha]. GAIF, 2009. [Consult. 12 Jan. 2017]. Disponível na

<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/associacoes/gaif/item/3525-impresao-um-instrumento-para-a-prevencao-de-ulceras-de-pessao#.WHgFQvmLTIU>

HENDRICKSON, K. - Morbidity, mortality, and parental grief: A review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. Palliative and Supportive Care. Vol.7, nº1 (2009), p.109-119.

HENNEZEL, M. - Acompanhar os últimos instantes da vida. Sinais Vitais. Nº41 (2002), p. 17-21.

HESBEEN, W. - Qualidade em Enfermagem - pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001.

INEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª Edição, 2013.

INEM - Código de Ética dos Profissionais do INEM. [Em linha]. [Consult. 24 Out. 2016]. Disponível na http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27757

INFARMED - Folheto informativo: informação para o utilizador: adrenalina. [Em linha] 2009. [Consult. 24 Out. 2016]. Disponível na http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46488&tipo_doc=fi

JONES, C.; BÄCKMAN, C.; CAPUZZO, M.; EGEROD, I.; FLAATTEN, H.; GRANJA, C.; RYLANDER, C.; D GRIFFITHS, R. - Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. Critical Care. Vol. 14 (2010).

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL - Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010.

KAMAL, A.; MAGUIRE, J.; WHEELER, J.; FRACP, D.; ABERNETHY, A. - Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. Journal of palliative Medicine. Vol. 15, nº 1 (2012), p.106-114.

LAGE, M.; SOUSA, P. - Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar?. [Em linha]. Tecno hospital, 2013, p. 22-27. [Consult. 24 Jan. 2017]. Disponível na

http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1718/1/Tecno%20Hospital%202013_22.pdf

LE BOTERF, G. - Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEE, I.; CHIEN, W.; MACKENZIE, A. - Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. Vol.9, nº1 (2000), p. 46-54.

LEI n.º 33/2009. - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). D.R. I Série. 134 (2009-07-14) 4467.

LEI n.º48/90 - Lei de Bases da Saúde. D.R. I Série. 195 (1990-08-24) 3452-3459.

MARQUES, R. - Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns fatores. Revista de Enfermagem Referência. Série III, nº3 (2011), p. 95-104.

MATEUS, B. - Emergência médica pré-hospitalar – Que realidade. Camarate, Lusociência, 2007.

MCCLEMENT, S.; FALLIS, W.; PEREIRA, A. - Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. Journal of Nursing Scholarship. Vol.41, nº23 (2009), p. 233-240.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Carta dos direitos do doente internado. [Em linha]. 2011. [Consult. 4 Jan. 2017]. Disponível na

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

MORISON, J. - Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Lusociência: Loures, 2004.

NUNES, L. - Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*. Vol. 3, 2011, p. 3-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Enunciado de posição consentimento informado para intervenções de enfermagem, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer CJ-99/2009 – Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos. [Em linha]. Conselho Jurisdicional, 2009 [Consult. 2 Jan. 2017]. Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%2099-2009%20%20PROCEDIMENTO%20DO%20ENFERMEIRO%20PERANTE%20COMPORAMENTOS%20OFENSIVOS%20 site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. Série 1, nº4, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer nº22/2015. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2015.

PACHECO, S. - A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº20 (2006), p. 31-34.

PADILHA, K.; SOUSA, R.; GARCIA, P.; BENTO, S.; FINARDI, E.; HATARASHI, R.- Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol.26, nº2 (2010), p.108-113.

PEREIRA, M. - Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e Contexto – Enfermagem*. Florianópolis. Vol.14, nº1 (2005), p.33-37.

PEREIRA, M. - Comunicação de más notícias e a gestão do luto. Coimbra: Formasau, 2008.

PEREIRA, J. - Gestão da dor oncológica. In: Barbosa, A; Neto, I. - Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005.

PRATES, A.; MARQUES, C.; SOUSA, D. - A utilização da ventilação não invasiva em clientes com edema agudo do pulmão. *Journal of Agind and Innovation*. Vol.1, nº2 (2012), p.12-22.

RANDO, T. - Bereaved Parents: Particular Difficulties, Unique Factors, and Treatment Issues. *Social Work*. Vol.30, nº1 (1985), p.19-23.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 1/2001 - A Convenção para a Proteção dos direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina. D.R. I Série A. 2 (2001-01-03) 14-36.

SÁ, T.; MACHADO, L. - Comunicar com Doentes Ventilados: Uma Função de Enfermagem. *Sinais Vitais*. Nº 67 (2006), p.29-34.

SEIXO, J. - Gestão Administrativa dos recursos humanos. Lisboa: Lidel, 2009.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - Testamento Vital. Um direito dos cidadãos. [Em linha]. 2017. [Consult. 25 Mar. 2017]. Disponível na <https://servicos.min-saude.pt/utente/Info/SNS/RENTEV>

SHAFIZADEH, K. - Prevalence of musculoskeletal disorders among paramedics working in a large hospital in Ahwaz, southwestern Iran in 2010. *Int J Occup Environ Med*. Vol.2, nº3 (2011), p.157-165.

SHEEHY, S. - Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática. 6ª Edição. Loures. Lusociência, 2010.

SILVA, M. - Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SILVA, N. - Cuidado no final de vida – Dos deveres para com o doente terminal. *Ordem dos Enfermeiros*, nº20 (2006), p.41-45.

SILVA, F.; CAMPOS, R. - Complications of the use of the totally implantable cateter in oncological patients: na integrative review. *Cogitare Enferm*. Vol.14, nº1 (2009), p.159-164.

SILVA, A.; LAGE, M. - Enfermagem em Cuidados Intensivos. Coimbra: Formasau, 2010.

SILVERSTEIN, M.; QIN, M.; MERCER, S.; FONG, J.; HAYADAR, Z. - Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. *Proceedings / Baylor University Medical Center*. Vol.21, nº4 (2008), p.363-372.

SMALTZER, S.; BARE, B. - A enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Transportes de Doentes Críticos Recomendações 2008. [Em linha]. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. [Consult. 4 Jan. 2017]. Disponível na http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

TEIXEIRA, A.; FIGUEIREDO, E.; MELO, J.; MARTINS, I.; DIAS, C.; CARNEIRO, A.; CARVALHO, A.; GRANJA, C. - Medical Futility and End-of-Life Decisions in Critically ill Patients: Perception of Physicians and Nurses on Central Region of Portugal. Journal of Palliative Care & Medicine. Vol.2, nº4 (2012), p.2-5.

TEIXEIRA, J. - Manual de Urgências e Emergências. Lidel, Lousã, 2006.

TETER, J.; MILLIN, MG.; BISSELL, R. - Hand hygiene in emergency medical services. Prehosp Emerg Care. Vol.19, nº2 (2015), p.313-319.

URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. - Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2008.

WONG, F.; CHOW, S.; CHUNG, L.; CHANG, K.; CHAN, T.; LEE, W.; LEE, R. - Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. Vol.62, nº5 (2008), p.585-595.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ENTREVISTA À ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

INTRODUÇÃO

Todas as organizações, independentemente do seu ramo de atividade, desde as industriais às prestadoras de serviços, como é o caso do hospital, necessitam da gestão. Esta gestão deve ser adequada aos objetivos propostos pela organização, no sentido de maior eficiência e melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o fator económico (CHIAVENATO, 2002).

É neste sentido que este autor define administração como “...um fenómeno universal no mundo moderno. Cada organização e empresa requer a tomada de decisões, a coordenação de múltiplas atividades, a condução de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados, a obtenção e alocação de diferentes recursos” (CHIAVENATO, 2002, p.14). Gerir é coordenar as atividades das pessoas e os recursos de uma organização para definir e prosseguir os objetivos.

A presente entrevista foi desenvolvida no decurso do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano e pretendia conhecer o papel da Enfermeira Chefe na gestão e no planeamento do serviço e da equipa.

A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, e para a coordenação e gestão dos serviços de saúde. O Conselho Internacional de Enfermeiros espera que os enfermeiros contribuam para a política de saúde a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança, e através das associações profissionais de enfermagem. A necessidade de excelência da gestão em enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde tem de ser ativamente promovida.

Os objetivos da entrevista era perceber as atividades desenvolvidas diariamente no âmbito da gestão, de recursos materiais e humanos, e qual a complexidade das mesmas, perceber as estratégias que utilizava para motivar e estimular os enfermeiros na constituição de grupos de trabalho de pesquisa e elaboração de normas de atuação, perceber o tipo de liderança adotada e quais as maiores dificuldades sentidas na gestão, e finalmente, compreender o processo de articulação com os outros profissionais e com a Enfermeira Diretora.

A manutenção de relações e ligações com e entre as partes interessadas é essencial para uma liderança e gestão efetivas. A liderança constitui uma componente essencial da gestão. Também é de importância crítica que se desenvolvam enfermeiros líderes para a enfermagem. A liderança em enfermagem inclui a direção e orientação de outros, bem como a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados.

De forma a apoiar e estruturar a entrevista, embora informal, foi realizado um guia de entrevista do qual constavam nove questões. Esta estratégia permitiu alguma liberdade na colheita de dados e na resposta à Enfermeira Chefe, e ao mesmo tempo, permitiu captar o máximo de informação possível.

Da análise do conteúdo da entrevista podemos verificar que os enfermeiros chefes, desempenham um papel extremamente importante na gestão e no planeamento de um serviço e equipa. As suas funções passam por garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, gerir o serviço e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos doentes, garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, e garantir a prática baseada na evidência.

GUIA DE ENTREVISTA

Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano: as competências do enfermeiro gestor

Carla Marisa da Silva Magalhães,

sob Orientação da **Professora Patrícia Coelho**

1. Que atividades desenvolve como enfermeira chefe/gestora?
2. Uma das atividades do enfermeiro gestor é zelar pela existência de dotações seguras. Qual o instrumento ou estratégia que utiliza?
3. Que atividades desenvolve na gestão de materiais?
4. Atualmente vive-se uma política de redução de despesas na área da saúde. Que estratégia utiliza no controlo dos custos?
5. O SMI do HPH tem a preocupação de prestar cuidados de qualidade, garantindo o respeito pela prática baseada na evidência. Que estratégias utiliza para motivar e estimular os enfermeiros na constituição de grupos de trabalho de pesquisa e elaboração de normas de atuação?
6. A formação em serviço reforça o aprofundamento das competências e do desenvolvimento pessoal do enfermeiro. Qual a participação/aceitação dos enfermeiros das sessões de formação e no desenvolvimento do plano de formação?
7. A liderança constitui uma componente essencial da gestão. Como descreve a sua liderança?
8. Quais as maiores dificuldades sentidas na gestão?

9. Como gere a articulação com os outros profissionais e com a Enfermeira Diretora?

**APÊNDICE II - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

A espiritualidade nos cuidados de enfermagem

Alunas: Carla Marisa da Silva Magalhães
Cecília Manuela dos Santos Freitas

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho e
Professora Doutora Irene Oliveira

Porto, junho de 2016

“Não tenha medo de enfrentar situações reais e concretas da vida, não tema as pessoas que, muitas das vezes, estão confusas e enfermas pela falta de perdão, pelo desânimo e pelo sofrimento... Vá e semeie as sementes da paz, do amor e da esperança.”

(Mons. Jinas Abib)

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	107
2. DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE	109
3. ESPIRITUALIDADE VERSUS RELIGIOSIDADE	111
4. AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA DOENTE	113
5. O CUIDADO ESPIRITUAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	117
5.1.ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS	123
6. BARREIRAS OU DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS	127
7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ESPIRITUALIDADE	131
8. CONCLUSÃO	133
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICES	141
APÊNDICE 1 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	143
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO: A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	149
APÊNDICE 3 - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	153
APÊNDICE 4 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	177
APÊNDICE 5 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	181

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Intervenções diferenciadas no domínio da espiritualidade	121

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do 9º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e tem como tema a espiritualidade nos cuidados de enfermagem.

Com vista a atingir o objetivo de Estágio “promover e participar na formação em serviço na área de EEMC” foi elaborado este trabalho que resulta da pesquisa bibliográfica sobre a temática que nos foi proposta pela Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Visto que a espiritualidade é um aspeto pouco abordado pelos profissionais de saúde, realizamos uma sessão de formação para os enfermeiros do SMI (APÊNDICE 3), cujos objetivos gerais eram: compreender a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e elucidar acerca da importância da espiritualidade na prática dos cuidados de enfermagem. Antes do planeamento da sessão foi realizado um questionário de diagnóstico de situação (APÊNDICE 2), enviado por email para todos os enfermeiros da equipa com o propósito de identificar as necessidades de formação dos enfermeiros no âmbito da espiritualidade, e os resultados obtidos foram transmitidos ao longo da sessão de formação e comparados com estudos nacionais e internacionais realizados.

Após a sessão de formação foi aplicada uma ficha de avaliação da sessão (APÊNDICE 4), de forma a verificar se os objetivos foram alcançados, bem como, perceber a satisfação dos enfermeiros com a sessão de formação (APÊNDICE 5).

Os estudos e o reconhecimento da importância da espiritualidade no âmbito da saúde, embora relativamente recente é crescente, não só no contexto internacional como nacional (MCSHERRY, 2000; MCSHERRY, 2006; ROSS, 2006; CALDEIRA, 2011; GIJSBERTS, et al., 2011; WU e LIN, 2011). Os aspetos psicossociais, existenciais e espirituais, são cada vez mais alvo de discussão e investigação e fazem parte do cerne do cuidado de excelência aos doentes. Apesar destas considerações e do crescente interesse pelo estudo da espiritualidade em contexto de saúde, a dimensão espiritual continua a ser subvalorizada e confundida com a religião.

A espiritualidade encontra-se presente na vida de todo o ser humano e pode manifestar-se como a paz interior e força advinda do relacionamento com um Deus transcendente/ uma realidade última, ou outro que seja valorizado como supremo, oferecendo sentido e razão para a existência da pessoa.

Na prática dos cuidados espirituais os enfermeiros assumem uma posição de relevo, pois usufruem de uma relação única de proximidade com a pessoa doente que lhe permite obter um conhecimento mais aprofundado da pessoa que tem diante de si, o seu contexto familiar, social, cultural, as suas crenças e valores. Os enfermeiros deverão utilizar a relação peculiar que estabelecem e o profundo conhecimento que adquirem sobre o doente, como um forte instrumento terapêutico.

Passando agora à estruturação deste trabalho é de referir que este é constituído por seis partes. Inicialmente faz-se uma definição do conceito de espiritualidade, sendo vários os autores a tentarem compreender e definir o conceito, no entanto, esses são unânimes ao afirmarem tratar-se de um conceito único, individual, universal, dinâmico, multidimensional e integrador.

Na segunda parte é realizada a distinção entre espiritualidade e religiosidade, visto que são vários os estudos que estabelecem relações de similaridade, complementaridade, sobreposição e oposição entre estes dois conceitos.

Na terceira parte são identificadas as necessidades espirituais da pessoa doente. Essas necessidades são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano e na realidade, integram aspetos cognitivos, experienciais e comportamentais, podendo incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar.

Na quarta parte são abordados os cuidados espirituais na prática de enfermagem, essenciais para ajudarem as pessoas a alcançarem um maior grau de harmonia entre a mente, corpo e alma, com especial destaque para os prestados no ambiente de cuidados intensivos.

Posteriormente, são apresentadas as principais barreiras ou dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais e por último, uma referência aos vários diagnósticos de enfermagem, que as comunidades científicas colocaram à disposição dos enfermeiros para traduzir as suas intervenções neste âmbito.

2. DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

A palavra espiritualidade pode ter conceitos diferentes consoante as culturas e as civilizações em que nos situamos. Segundo Jean-Yves Leloup (2001), na tradição grega, “ser espiritual” significa estar liberto dos elementos mais pesados do composto humano, é a dimensão do ser humano a que se dá o nome de “*noética*” que significa ser livre relativamente às emoções, às pulsões e às paixões, enquanto que a tradição semítica introduz o termo “*Pneuma*”, que significa Sopro. Todos os seres humanos são habitados pelo Sopro e atravessados por uma corrente de vida interior. A interpretação do espiritual como “*Sopro*” consiste assim em permitir que alguém seja plenamente ele mesmo.

Ser espiritual é “dar um passo mais além” relativamente ao sítio onde se está. Passa por acompanhar, ajudar o outro a dar este passo no cerne do seu sofrimento, a partir da essência daquilo que é. É ajudar o outro a dar um “arranque”, é favorecer-lhe tal abertura de modo que este consiga ver para além dos próprios sintomas e não se deixe identificar com eles.

De acordo com GODDARD (1995) e NARAYANASAMY (1999), a espiritualidade é uma dimensão humana universal, inerente a todo o ser humano, em que o espírito humano é parte central e essencial da pessoa, atua nesta como uma força criativa capaz de alterar e integrar todas as dimensões do ser humano. É uma força dinâmica que mantém o indivíduo em constante crescimento e transformação, envolvido num processo de descoberta e de transcendência pessoal, através do qual a existência humana tem significado e a vida tem sentido.

A espiritualidade é assim uma necessidade básica da pessoa, e tal como qualquer outra necessidade é universal, comum a todos os seres humanos, divergindo de pessoa para pessoa na sua manifestação e no modo como esta a entende. Pode ser influenciada pelas próprias experiências de vida, pelas ideias sobre a vida, pelo desenvolvimento, e mesmo pela cultura em que está inserida. Constitui assim uma parte integrante da pessoa, em que cada um possui a sua própria espiritualidade, mesmo até os que se consideram agnósticos.

A espiritualidade aparece muito ligada ao valor que se dá à vida, àquilo que nos encoraja e nos anima, sobretudo nos momentos mais críticos e nas situações mais difíceis.

É a base da procura de um sentido para a existência, da procura de uma ligação a uma dimensão transcendente, ao que está para além de si mesmo, para além da percepção racional, e que dá significado e sentido à visão pessoal do mundo e da própria vida.

A espiritualidade está para além da dimensão mística ou religiosa. Cada ser humano é fundamentalmente bom, único, capaz de possuir forças existenciais e fenomenológicas, que o pode levar a superar os riscos da vida e da doença, acentuando-se mais uma vez a noção de globalidade e de unicidade da pessoa.

A dimensão pessoal da pessoa transcende as dimensões físicas e psicossociais, dá sentido à vida e torna-a abrangente, não se limitando a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade. A espiritualidade aparece assim ligada ao significado e à finalidade da vida, à harmonia e à ligação que se estabelece com as outras pessoas, com a Terra, com Universo e com Deus, realidade última. Podem ser exemplos de espiritualidade aquilo que a própria pessoa valoriza e o modo como percebe e conhece a existência das outras pessoas, a forma como interage com estas, como as cuida e as trata, e mesmo o cuidado que presta a si mesma.

Nas últimas décadas assistimos à valorização do material e do conforto, pensando-se que a felicidade assentaria aí, ficando de lado a componente espiritual. Entretanto foi-se percebendo que a felicidade abrange o ser humano no seu todo, onde se integra também a dimensão espiritual. Começou-se a perceber melhor o valor e a importância do estado de espírito, muito ligado ao modo como avaliamos e interpretamos a realidade.

A pouca valorização do espiritual está de certa forma ligada à perda dos valores humanos, à falta de sensibilidade por estes valores, característica das sociedades industrializadas e materialistas. São mais valorizados os valores materiais e terrenos, esquecendo-os que somos mais do que um corpo, em que qualquer distúrbio clínico ou cirúrgico pode-se refletir na mente e no espírito.

3. ESPIRITUALIDADE VERSUS RELIGIOSIDADE

Religiosidade significa estar em relação com uma realidade última, significa manifestação de fé e devoção, através de uma prática religiosa e pela obediência a um sistema de crenças, que se têm como quadro de referência para o próprio comportamento no dia-a-dia.

A própria palavra religião, no latim “Religar”, acentua o carácter de ligação dos seres humanos com Deus, onde se inserem os atos de piedade e reverência. Ligado ao religioso aparece assim um conjunto de crenças e valores que constituem a fé de determinada pessoa ou conjunto de pessoas, atendendo a que determinada religião inspira um conjunto de normas e motiva certas práticas.

Sabe-se que a cultura ocidental no passado era marcadamente religiosa e a interpretação do próprio universo estava ligada à transcendência de Deus. De certa forma a versão da ciência sobre a explicação do mundo e dos fenómenos veio substituir a versão religiosa, e assistimos a pessoas que embora sendo marcadamente religiosas dão mais crédito à explicação científica do que há explicação religiosa. No entanto, quando nos focamos sobre o sentido global da vida, fazemos apelo a algo que está para além da nossa existência, a algo que não é explicável pela ciência. E nesta procura uns adotam uma tradição religiosa, outros encontram uma resposta pessoal, baseada na sua própria espiritualidade, no seu modo de ver a vida e o mundo, e outros ainda, rejeitam qualquer resposta deste âmbito.

É comum confundir-se religioso com espiritual, mas o certo é que muitos defendem não há religiosos sem espiritual, mas pode haver espiritual sem religiosos. Assim, ser espiritual é mais amplo do que ter uma filiação ou prática religiosa, dado que podemos encontrar pessoas que embora não tendo estando ligadas a qualquer religião ou praticando qualquer ritual religioso, sentem-se realizadas espiritualmente, transcendendo-se além das dimensões físicas e psicossociais e encontrando sentido para a própria vida.

Podemos dizer que a espiritualidade é algo mais profundo do que a própria religiosidade, é um sentimento profundo de integração de valores, podendo-se até

classificar estas em duas dimensões, uma mais externa, a religiosidade, e a outra mais interna, a espiritualidade.

A espiritualidade engloba a religião, a religiosidade, não se limitando a esta, pois cada ser humano é livre de refletir sobre o sentido da sua vida, sobre o seu valor, a sua origem, o seu destino e a sua própria dignidade. A espiritualidade é mais abrangente, não se limita a um quadro rígido, próprio de um contexto de religião e religiosidade, depende muito das experiências pessoais de cada um que procura viver de acordo com a sua consciência e as suas convicções mais profundas.

A espiritualidade é assim independente da experiência religiosa, pertence a todos os homens, é inerente ao ser humano, é a procura da verdade e do sentido das coisas que cada homem busca dentro de si mesmo, o que nem sempre se pode inserir num contexto religioso, de tradição religiosa, baseado em ritos e práticas.

4. AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA DOENTE

A primeira etapa no planeamento do cuidado espiritual para um doente é avaliar as necessidades espirituais. Estas manifestam-se em qualquer período da vida, nomeadamente no período de doença, uma vez que as mudanças no estatuto, papel e padrões de vida, constituem uma adaptação deveras difícil e podem sofrer alterações, podem surgir novos interesses espirituais, daí que é necessário uma avaliação contínua das mesmas.

Perante a doença muitas pessoas sentem-se perdidas, desesperadas e com comportamentos que demonstram desconexão com o mundo que as rodeia. É nesta situação de desequilíbrio, em que o sofrimento e a angústia emergem, pondo em causa todos os valores existentes, levando a um questionamento quase permanente, que surge a necessidade de cuidados espirituais, devolvendo ao indivíduo e/ou ajudando-o a encontrar algum sentido para a vida.

Esse significado ou sentido para a vida não se pode dar a ninguém, porque tem de ser encontrado pela própria pessoa, mas cada um pode ser ajudado a encontra-lo. Alguns poderão encontra-lo na religião, outros com a ajuda da família ou amigos, outros através da leitura ou na música (REGO, 2007).

Neste contexto, os enfermeiros assumem uma posição primordial, desenvolvendo intervenções que vão no sentido de ajudar a pessoa na satisfação das suas necessidades espirituais. Necessidades exclusiva do próprio e que devem ser interpretadas e percecionadas de forma única e individual.

Geralmente, na entrevista de acolhimento ou no decurso do processo de cuidados, ou ainda através da utilização de instrumentos de colheita de dados, podemos encontrar nos discursos dos doentes ou familiares, particularidades que são reveladoras de alterações nas necessidades espirituais e que necessitam de uma intervenção especializada. Assim, os enfermeiros devem avaliar essas necessidades com a “mente aberta” (HERMANN, 2007) e devem ser capazes de ajudar as pessoas doentes, religiosas ou não, a refletirem sobre as suas necessidades espirituais de um modo mais abrangente.

As necessidades espirituais, que frequentemente os doentes referem, passam pelo seu reconhecido como pessoa, reconciliar-se com a própria vida, buscar um sentido para a

sua existência, transcender-se e manter a esperança. NARAYANASAMY (2001) partilha esta ideia e apresenta as seguintes necessidades espirituais:

– *Necessidade de sentido e objetivo de vida:* todo o ser humano busca algo que lhe proporcione sentido à vida e que simultaneamente o motive e ofereça um sentimento de satisfação. Essa busca de sentido é constante, independentemente dos momentos da vida, bons ou de crise, de saúde ou de doença. Porém é principalmente num contexto de sofrimento que esta necessidade espiritual é intensificada, e é nessas situações que as pessoas procuraram encontrar um significado e um objetivo para a sua vida.

Segundo este autor, as pessoas que encontram sentido na sua vida ultrapassam com maior facilidade as circunstâncias difíceis, como a doença e o sofrimento.

– *Necessidade de amar e de relacionamentos harmoniosos:* sem a intimidade e o conforto criados pela interação com os outros, encontramos-nos privados do toque, da segurança e do amor e conseqüentemente, pode surgir sentimentos de solidão, insegurança, medo, autopunição e depressão. Todo o ser humano necessita de amar e ser amado e quando a pessoa recebe este tipo de amor experiencia sentimentos de autoconfiança, alegria, segurança, sentimento de pertença, esperança e coragem. “O amor engrandece o espírito humano. Sentir-se amado proporciona um nível de bem-estar extremamente necessário para superar uma situação de doença ou de crise” (CALDEIRA, 2011, p. 74).

– *Necessidade de perdoar:* a capacidade de manter o equilíbrio passa pela necessidade de procurar resolver os conflitos da sua vida, isto é, perdoar e ser perdoado. Ao mesmo tempo que as pessoas procuram um significado para as suas experiências de vida, poderão associar defeitos à sua situação e daí surgir sentimentos de culpa. “Os sentimentos de culpa são expressos como sentimentos de paranoia, hostilidade, inutilidade, atitude defensiva, revogação, sintomas psicossomáticos, racionalização, crítica de si mesmo, dos outros e de Deus. No lado oposto, o perdão pode trazer sentimentos de alegria, paz e exaltação” (NARAYANASAMY, 2001, p.31). Segundo MCSHERRY (2000) os sentimentos de culpa ou os conflitos não resolvidos com as pessoas que são mais significativas irão provocar um desgaste em várias dimensões e vão impossibilitar a pessoa de usufruir de momentos de harmonia e de paz interior.

– *Necessidade de uma fonte de esperança:* a espiritualidade passa pela busca de uma força interior e de esperança. A fonte de esperança poderá passar pelas crenças e valores pessoais, assim como, pelas crenças religiosas, nomeadamente na crença da vida para além da morte. Essa fonte de esperança promove a força de que precisamos e dá-nos

coragem para enfrentar as inúmeras hostilidades presentes numa crise (NARAYANASAMY, 2001), é algo, que nós esperamos que nos traga satisfação. Portanto é importante explorar, junto do doente e da família a sua fonte de esperança, nomeadamente o que lhe dá força e coragem para encarar as dificuldades da vida e ajudá-lo a encontrar a sua paz espiritual.

– *Necessidade de criatividade*: existem determinados aspetos da vida humana, como a literatura, a arte, a música e outras atividades que promovem a expressão do significado da vida humana, sendo assim, um veículo de comunicação. “Criatividade pode ser inspiradora, elevar as emoções das pessoas e sentir a beleza presente na criação” (MCSHERRY, 2006, p.56). Neste sentido torna-se importante assegurar ao doente a continuidade das suas práticas espirituais, sempre que possível, mesmo em contexto de internamento.

– *Necessidade de confiança*: a confiança é a pedra basilar para que a relação com o outro seja autêntica e consistente. O indivíduo é negligenciado quando privado da confiança. Nós sentimo-nos confiantes quando podemos estabelecer uma relação de confiança e fidelidade com os outros, essencial na nossa saúde espiritual e no nosso total bem-estar (NARAYANASAMY, 2001).

– *Necessidade de expressar as crenças e valores pessoais*: cada pessoa rege-se pelos seus próprios valores e crenças, e de acordo com esses adota determinados comportamentos. A espiritualidade refere-se a qualquer coisa que a pessoa considera ser o maior valor na vida (NARAYANASAMY, 2001).

– *Necessidade de manter as práticas espirituais e de expressar o seu Deus*: as práticas espirituais são as atividades desenvolvidas pela pessoa para promover a sua espiritualidade, não só as de natureza religiosa, mas também as atividades que passam pelo contacto pela natureza, pela apreciação de uma música, do contacto com os outros que lhes oferecem sentido e significado na vida.

Uma vez expostas as necessidades espirituais apresentadas por NARAYANASAMY (2001) é ainda de salientar que a abordagem destas deverá ter em conta o desenvolvimento humano, pois estas são vividas de forma particular nas diversas fases do ser humano. Durante a infância, a confiança, o sentir-se amado e a segurança são as necessidades espirituais mais prevalentes. Nesta fase, a criança aprende os conceitos acerca da religião através dos pais ou das pessoas que são mais próximas e em situações de

crise, as crianças apresentam uma grande dificuldade em verbalizar as suas necessidades espirituais.

Na adolescência existe uma maior necessidade de procura de significado e de valor na vida. Os conflitos poderão ser mais recorrentes devido ao confronto com os padrões estabelecidos pelos pais, sendo a sua procura de força e de suporte nos grupos de pares. No jovem adulto, prevalece a procura de confiança, do amor, da esperança e do perdão. Trata-se de um período onde se experiencia uma elevada tensão, expectativas e luta espiritual, é um tempo de reestruturação do campo religioso, de valores morais e éticos, assim como um tempo de reorientação e crescimento da vertente espiritual.

Na meia-idade, um conjunto de acontecimentos característicos desta fase pode levar a pessoa a questionar a sua própria vida, a morte de parentes ou do par, os filhos que saem de casa, a entrada na reforma ou a consciência das suas próprias limitações físicas. Nesta fase são comuns as seguintes necessidades espirituais: a necessidade de sentido e objetivo na vida, a necessidade de perdoar, a necessidade de receber amor e a necessidade de esperança e criatividade.

Por fim, nos idosos os sucessos e insucessos na vida são importantes na renovação das suas crenças religiosas e crenças espirituais. Os idosos experienciam um autoconceito mais positivo como resultado de um sentimento de cumprimento e de valor perante a vida. A procura das relações sociais e espirituais poderá passar pela filiação religiosa, sendo assim, a igreja e a religião promotoras de sentimentos de esperança e de propósito na vida dos idosos.

5. O CUIDADO ESPIRITUAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A enfermagem enquanto ciência tem evoluído de uma forma gradual e têm-se assistido à passagem de uma abordagem médica da pessoa para uma vertente cada vez mais holística, onde o Ser Humano é encarado como um todo, onde a influência das vertentes biopsicossocial e espiritual são tidas em conta na adaptação aos processos saúde/doença. O objetivo dos cuidados de enfermagem passa a ser cuidar o corpo, mente e espírito em conjunto, verificando-se assim, a presença de um cuidar abrangente, com uma visão integradora, aglutinadora de todas as esferas do indivíduo, onde o cuidar espiritual se encontra incluído.

Esse direito humano aos cuidados espirituais e o dever do enfermeiro para com o doente da sua prestação, está consagrado na legislação. Assim e segundo a alínea b) do artigo 82.º e as alíneas a) e f) do artigo 81.º da Deontologia Profissional em Enfermagem, respetivamente, “*o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual*”, bem como, assume o dever de “*cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa*”, respeitando e fazendo respeitar “*as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos*”.

Também na Carta dos direitos do doente internado está previsto que “*o doente tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas*” e estas deverão ser tidas em consideração nos aspetos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Considerar estes aspetos é fundamental na prática dos cuidados e as instituições de saúde devem garantir o respeito pela identidade espiritual e religiosa dos doentes e procurar ir ao encontro de todos sem exceção, diretamente ou facilitando o acesso aos ministros de outras religiões de modo a encontrar a resposta pessoal pretendida por cada um.

Desde 2009 que em Portugal foi estabelecida regulamentação para a assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos incluídos no Serviço Nacional de Saúde, pelo que a sua prática é possível, independentemente da crença religiosa

vivenciada pela pessoa doente e internada, desde que não constitua risco para o seu estado de saúde.

A inclusão da espiritualidade nos cuidados de saúde é pois, uma obrigação ética para a enfermagem, e “*o enfermeiro deve promover um ambiente no qual os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduo, família e comunidade são respeitadas*” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2012, p.2).

Os cuidados espirituais têm como finalidade ajudar as pessoas a alcançar um maior grau de harmonia dentro da mente, corpo e alma e não deve ser desvalorizado, da mesma forma que não se desvalorizam as dimensões física, psicológica e social (BALDACCHINO, 2010).

Quando abordamos este tipo particular de cuidar torna-se essencial compreender a sua dinâmica e a sua real importância. Segundo um estudo desenvolvido por EDWARDS e colaboradores (2010), o cuidado espiritual ajuda o doente na descoberta de si próprio, da sua identidade e do seu autoconhecimento; promove o relacionamento com os outros; intensifica o contacto com a natureza, reduz os níveis de ansiedade, produz conforto e proporciona bem-estar e paz interior; promove a relação com uma divindade superior, ajudando a pessoa a sentir-se confortada, a lutar contra o medo, a manter a força interior, a lutar contra a solidão e promove a esperança.

O mesmo autor considera que o cuidado espiritual reflete a forma como o cuidado é prestado, isto é, o doente é tratado como um ser com necessidades únicas, com uma história de vida onde os cuidados espirituais são encarados como cuidados vitais, individualizados e singulares. Estes cuidados dirigem-se ao cerne do ser humano, o espírito humano, por isso os enfermeiros que prestam cuidados espirituais comprometem-se a abordar temas ou assuntos verdadeiramente profundos.

É certo que os cuidados espirituais não se podem separar de todos os outros aspetos dos cuidados de enfermagem. Os cuidados espirituais têm a ver com a forma como se faz o que se faz e consistem numa atitude e numa abertura à experiência partilhada da condição humana (REGO, 2007). Quando são executadas técnicas como a avaliação da temperatura, punções venosas ou entubação nasogástrica, quando realizadas atentamente, proporcionam cuidados espirituais, uma vez que ao realizarmo-las, sentimos uma grande ansiedade e medo por parte do doente e muitas das vezes ouvimos o pedido de auxílio a “Deus” ou outra Força Superior para ajudarem a enfrentar a situação em que se deparam.

Sem dúvida que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada, possuindo um papel e uma responsabilidade únicos. Antes de mais, prestam cuidados e têm um

acesso quase ilimitado ao doente e à sua família, podendo deste modo criar uma sensação de plenitude a um doente que esteja a viver a experiência caótica de um internamento.

Na perspetiva dos doentes, os profissionais de saúde devem demonstrar boas capacidades de humanização, ser amáveis e compassivos para com eles (EDWARDS, et al., 2010), de modo a fazê-los sentir amados, valorizados como seres humanos e seres com dignidade. É fundamental escutar atentamente os sentimentos partilhados pelo doente e responder a esses mesmos, mostrar consistência especialmente no que respeita ao cumprimento de promessas e visualizar a situação de acordo com a perspetiva deste.

Num outro estudo realizado por CONNER e ELLER (2004), os doentes desejavam que os enfermeiros utilizassem com eles atividades espirituais tais como rezar, ler escrituras ou outros textos de foro espiritual, proporcionar música espiritual, ou simplesmente sentar-se junto à cama a contar-lhes boas notícias. Desejavam ainda que fossem compassivos e empáticos, que lhes proporcionassem algum conforto através de massagens nas mãos, nos pés, que os encorajassem, estivessem atentos às necessidades espirituais assim como respeito sem diferença. Contudo nem sempre é essa a atitude e o comportamento do enfermeiro, sendo que por vezes a única e mais utilizada intervenção é chamar o capelão ou encaminhá-lo para o líder espiritual (REGO, 2007).

De acordo com SAWATZKY E PESUT (2005), o cuidado espiritual assenta em quatro princípios fundamentais: intuição, relação interpessoal, altruísmo e integração. Os autores consideram que, em primeiro lugar, é necessário reconhecer que a pessoa tem necessidades espirituais e, em segundo, identificar o momento oportuno para intervir (intuição). Para além destas evidências, ressaltam que a essência destes cuidados emerge do Ser mas concretiza-se no Fazer preconizando, portanto, não só a presença física, como também o sentido de compromisso e a capacidade de comunicar de forma assertiva e eficaz (relação interpessoal). Por fim, sendo a espiritualidade uma dimensão que abarca todos os aspetos da vida humana (integração), defendem a necessidade de se cultivar uma atitude altruísta colocando-se, em primeiro plano as necessidades da pessoa.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a autoconsciência, as competências comunicacionais tais como o saber escutar, a construção de confiança e dar esperança e a necessidade de se desenvolver a nível da equipa de enfermagem são formas de abordagem no que se refere às necessidades espirituais do doente.

Desta forma, para que o enfermeiro promova o cuidado espiritual, para além de uma prática sustentada em princípios éticos, deverá adquirir a competência de autoconsciência. Esta competência passa pela capacidade em refletir sobre as suas atitudes,

valores, crenças, opções, motivações e necessidades pessoais e assim, facilmente conhecer os seus próprios sentimentos e comportamentos que conseqüentemente lhe possibilita mais facilmente compreender os outros. Esta competência também era defendida por Jack (1987, cit por MENDES, 2012) que considerava que os enfermeiros só poderiam prestar cuidados espirituais, se eles próprios examinassem em primeiro lugar as suas convicções e descobrissem os princípios que orientavam as suas próprias vidas. Aponta ainda alguns aspetos que os enfermeiros devem considerar, que os ajuda a cuidar do outro, como seja, uma visão holística como filosofia de vida, a consciência da sua própria mortalidade e da temporalidade da vida humana e ainda a aceitação da vida como uma transição.

Sabe-se que o enfermeiro proporciona melhor cuidado espiritual quando tem consciência das suas crenças religiosas e princípios espirituais, não se deixando influenciar pelas crenças daquele de quem cuida (CALLISTER, et al., 2004).

As relações do enfermeiro com o doente são uma mais-valia para o êxito no cuidado espiritual, uma vez que, uma relação baseada na harmonia, na confiança, no respeito, em valores e na verdade permite ao doente verbalizar com maior facilidade as suas necessidades espirituais e promove-lhes bem-estar. A escuta atenta e a empatia são primordiais para que o doente possa partilhar os seus sentimentos e refletir, pois quando estes sentem que estão a ser ouvidos, desenvolvem um sentimento de confiança no relacionamento e sentem-se confortáveis em pedir desejos mais íntimos como por exemplo orações. No entanto, existem situações em que o doente apresenta dificuldade em expressar as suas necessidades espirituais, dúvidas, receios e angústias, acabando por negligenciá-las, ocultá-las ou mesmo disfarçá-las com humor agressivo ou depressivo, silêncio, ou sintomas físicos e emocionais, tais como a dor não controlada, a ansiedade ou a depressão (EDWARDS, et al., 2010).

Associada à relação de ajuda surge uma competência fundamental que é a capacidade de estabelecer uma comunicação eficiente, sendo a escuta ativa a ferramenta essencial. Os enfermeiros desenvolvem a sua capacidade de escuta quando ouvem as histórias dos doentes com uma atitude de disponibilidade e sem emitirem juízos de valor, porque quando incentivam os doentes a contar as suas histórias estão a contribuir para o alívio do seu sofrimento. Diretamente relacionado com a disponibilidade e a sensibilidade está o discernimento, ou seja, o alcance rápido do significado das interrogações dos doentes, o que implica que a resposta seja de acordo com o significado da pergunta e não com a forma da pergunta.

Na revisão sistemática da literatura realizada por Martins (2007) citado por CALDEIRA (2011), este concluiu que as intervenções espirituais para os doentes incluem: encaminhar para o líder espiritual; rezar; respeitar as crenças e práticas religiosas; fomentar a fé dos doentes; estar presente; aumentar a esperança; proporcionar música; ouvir com atenção; falar e apoiar; respeitar a dignidade e privacidade; incentivar a procura de significado; leitura; contacto com familiares, amigos e natureza; toque terapêutico; meditação; imaginação guiada; humor ou riso.

Verificamos que estas intervenções, mais do que no campo do fazer, relacionam-se com um modo de estar e ser do enfermeiro, profundamente enraizado numa atitude ética de solicitude para com o sofrimento do outro e com a necessidade de encontrar sentido. Assim, e de acordo com BALDACCHINO (2010), o cuidado de natureza espiritual congrega o fazer (avaliação de necessidades, diagnóstico, intervenção e avaliação) e um modo de ser que advém da própria espiritualidade do enfermeiro, na forma como é enquanto pessoa no momento de encontro com o doente.

Em suma e de acordo com PIMENTA (2010), passamos a apresentar genericamente algumas intervenções de enfermagem dirigidas à espiritualidade, que visam dar resposta ao sofrimento e às necessidades de cada pessoa.

Quadro 1: Intervenções diferenciadas no domínio da espiritualidade

**Revisão da história de vida
(BLOEMHARD, 2008,
BERNARD, 2008)**

Este tipo de exercício é importante, principalmente junto daqueles que se encontram perante a morte. O enfermeiro deve incentivar, apoiar e criar as condições para que a pessoa faça uma revisão da sua história de vida, que poderá ajudá-la a reconhecer o valor da vida que viveu, com as suas conquistas e feitos, e assim, obter paz e tranquilidade.

**Silêncio e a escuta verdadeira
(BLOEMHARD, 2008)**

É importante saber ouvir, permitir o silêncio e saber usá-lo de forma a promover uma verdadeira escuta. É de salientar que nesta intervenção, o importante é ouvir e não falar, é essencial criar condições de

abertura total à pessoa para que esta se expresse livremente. Neste sentido, deve-se evitar efetuar qualquer tipo de julgamento ou consideração crítica.

**Presença
(BLOEMHARD, 2008)**

Esta intervenção refere-se ao uso de si e da sua presença, a estar em relação autêntica.

**Rezar e cuidado religioso
(BLOEMHARD, 2008,
BERNARD, 2008)**

É reconhecido que a religião é um recurso importante para muitas pessoas. Contudo, é fundamental ter bem presente que o apoio neste domínio cabe ao representante da religião da pessoa. Neste sentido, os profissionais de saúde apenas deverão rezar, ler textos sagrados ou cantar cânticos religiosos, a pedido do doente e nunca por iniciativa ou sugestão do profissional, pois se o fizerem, poderá ser considerado intrusivo, como se o profissional se estivesse a imiscuir nas suas crenças religiosas. Por outro lado, é fundamental ter em linha de conta que mesmo a referenciação para o representante religioso deverá ser feita apenas com o consentimento da pessoa (BLOEMHARD, 2008).

É importante que se promova e facilite a expressão religiosa da pessoa (BERNARD, 2008).

**Ritos e rituais
(BLOEMHARD, 2008)**

Existem ritos e rituais religiosos que são valiosos recursos para os indivíduos, ajudando a aceitar e ultrapassar determinados acontecimentos. Porém, também existem práticas, fora do âmbito religioso, que ajudam a pessoa que se encontra em sofrimento, a sentir-se mais calma e a adquirir mais tranquilidade e equilíbrio. São exemplos destas práticas, acender velas, colocar pétalas de flores na água, etc.

Explorar sentimentos como a culpa, o arrependimento e o fracasso (BERNARD, 2008) É importante auxiliar a pessoa a explorar estes sentimentos, dando o apoio e acompanhamento necessários, para que esta mediante o perdão e a reconciliação os possa resolver.

Promover as relações pessoais e de apoio à pessoa (BERNARD, 2008) É primordial fomentar o contacto humano de apoio à pessoa que sofre. Aliás, é através da relação humana, verdadeiramente empática e aberta ao outro, que é possível ajudar a pessoa a atravessar as dificuldades espirituais.

Promover o encontro familiar de forma a otimizar o funcionamento da família (BERNARD, 2008) A família configura-se ao longo da vida como uma unidade fundamental que funciona como um alicerce onde se encontra afeto e refúgio nas situações mais difíceis. Neste sentido, devemos promover a reunião familiar, para que a pessoa possa sentir o apoio e o afeto daqueles que mais se ama.

Finalizando, podemos afirmar que os cuidados espirituais são essenciais no processo de cuidados ao doente em qualquer fase da doença e podem aumentar a riqueza do significado da vida, a esperança, o amor e trazer uma maior satisfação em determinados momentos da vida de uma pessoa.

5.1. ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Em cuidados intensivos estamos rodeados por alta tecnologia, que nos direciona e pode levar a esquecer a dimensão espiritual no processo de cuidar da pessoa. Com técnicas complexas e máquinas sofisticadas, a tendência é focarmo-nos nos cuidados físicos, prestando menos atenção aos aspetos espirituais do cuidar da pessoa.

O doente internado em cuidados intensivos poderá ter de ser submetido a ventilação mecânica que o impossibilitará de falar e de expressar as suas necessidades. Neste contexto é através da família que o enfermeiro conhece o doente, as suas crenças religiosas e

espirituais e as suas práticas culturais, pois esta é a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, os seus costumes, as suas necessidades e os seus medos, constituindo-se desta forma um importante elo de ligação entre a pessoa doente e o enfermeiro.

Assim, a família passa a ser um elemento essencial, que contribui para apoiar e ajudar a preservar o bem-estar do doente e simultaneamente torna-se alvo de cuidados.

O internamento em cuidados intensivos é para a família uma experiência stressante, pois geralmente, é um acontecimento súbito, perante o qual esta não tem tempo para se reorganizar. Nesta situação a família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, podendo esta experiência constituir um evento traumático, do qual poderá resultar uma crise accidental.

Para enfrentar a doença crítica a família precisa de passar por um processo de adaptação, no qual se converte em sujeito dos cuidados. O enfermeiro dado o seu frequente contacto com a família, encontra-se na posição ideal para identificar as suas necessidades, proporcionar apoio, esclarecimentos, companheirismo e ajuda emocional, e assim, minimizar o desenvolvimento de sequelas psicológicas, apoiando-a e ajudando-a a superar os seus medos.

O processo de comunicação é a pedra angular do cuidado aos familiares. Um das tarefas mais importantes é fornecer, de modo apropriado, informações claras, realistas, oportunas, consistentes, com palavras simples e adequadas ao nível sociocultural, mas também compassivas e solidárias, pois a ausência de uma comunicação efetiva pode despoletar sentimentos de preocupação, ansiedade, frustração, raiva, medo e tristeza.

O estabelecimento de uma relação de escuta e de compreensão é importante para ajudar a ultrapassar as dificuldades, sendo portadora de alívio da ansiedade, de liberdade de certas emoções, de serenidade e tranquilidade (SIMÕES e RODRIGUES, 2010). Para que a relação surja é necessário que as pessoas envolvidas se respeitem e se reconheçam como seres iguais e que exista autenticidade e congruência. A afetividade, o toque, o olhar e o silêncio devem também ser considerados. O toque é um dos meios de contacto mais direto, sendo através dele que o profissional pode captar as informações, receber e transmitir mensagens. Quando utilizado no momento oportuno, o toque apresenta extrema importância e valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente a pessoa que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contacto, quando não se sabe o que dizer.

Desenvolver uma relação profissional empática significa procurar conhecer os problemas do outro, o mais claramente possível, para tentar ajudar a resolvê-los. O

profissional deve estar atento às expressões, pois simples gestos, olhares ou palavras podem ser interpretados como ameaçadores. Se na avaliação familiar, esta revelar interesse em rezar ou receber apoio religioso devem ser incentivados a fazê-lo (DAVIDSON, 2010).

Segundo um estudo realizado por MANENTI E SORATTO (2012), a espiritualidade no cuidado com a família do doente internado ocorre por meio do conforto, da conversa tranquilizadora da equipa, da crença na possibilidade de melhoria. O respeito ao familiar, a escuta atenta, o carinho, a palavra certa na hora certa e a esperança foram citados como espiritualidade no cuidado com o familiar.

6. BARREIRAS OU DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS

Apesar das associações nacionais e internacionais de enfermagem, os próprios enfermeiros e a evidência científica reconhecerem a espiritualidade como uma área fundamental de atuação, nem sempre esta faz parte da prática clínica. De facto, o domínio espiritual tem sido negligenciado, descuidado e esquecido pelos profissionais de saúde, mesmo após a evidência de que a espiritualidade e a religiosidade desempenham um papel chave na saúde e na doença.

A nível nacional e internacional são vários os estudos que abordam as barreiras ou dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais.

De acordo com MCEWEN (2005) existem três tipos de inibidores ou de barreiras à prestação dos cuidados espirituais: pessoais, relacionados com o conhecimento e relacionados com o ambiente. Relativamente aos inibidores pessoais, a autora considera que os assuntos de natureza espiritual poderão gerar desconforto e incerteza no enfermeiro, ou seja, por um lado, poderá haver uma certa tendência em considerá-los como do foro íntimo ou da responsabilidade de outras disciplinas, por outro, a espiritualidade de outra pessoa é um desafio à própria espiritualidade o que, nalguns casos, poderá apresentar-se como um obstáculo, podendo provocar-lhes angústia ou sofrimento.

Relativamente a esta barreira MACLAREN (2004) refere que se os enfermeiros não se aperceberem da sua espiritualidade, provavelmente não serão sensíveis às necessidades dos outros, pois o facto de nos tornarmos mais sensíveis e, conseqüentemente, mais vulneráveis aproxima-nos dos outros, tornando-nos mais desportos e atentos para as suas necessidades.

Neste contexto, podemos considerar que o cuidar holístico só é possível quando o enfermeiro tem consciência de si e encontra-se em equilíbrio. Naturalmente que um enfermeiro em desequilíbrio não consegue trazer harmonia à pessoa doente já que problemas nesta área ou conceitos não clarificados podem interferir na avaliação das necessidades espirituais dos doentes tornando-se difícil diferenciar os problemas de uns e de outros.

Reportando-se aos problemas associados ao ambiente, MCEWEN (2005) aponta razões de ordem prática, como a falta de privacidade ou de tempo para abordar o assunto com o respeito e a confidencialidade devidas. Assim, os enfermeiros deverão estar alertas para a gestão do ambiente, de modo a assegurar a privacidade e o silêncio que permita ao doente meditar e cultivar a sua espiritualidade.

A especificidade dos serviços onde os doentes estão internados podem também contribuir para a negligência dos cuidados espirituais, sendo exemplos as unidades de cuidados intensivos ou serviços de neurologia, onde os enfermeiros poderão sentir dificuldade na prestação de cuidados espirituais, pelo facto do doente estar ventilado, incapaz de comunicar verbalmente ou pela alteração do seu estado de consciência. No entanto, o doente não deverá estar isento de cuidados holísticos face à sua condição clínica.

No que diz respeito ao conhecimento, a revisão efetuada pela investigadora veio demonstrar que a formação neste âmbito é mínima ou nula e portanto, também a carência de conhecimentos poderá constituir uma barreira à prestação dos cuidados de natureza espiritual, pois se o enfermeiro tem formação irá sentir-se mais confortável nessa área e adotará uma postura de abertura e disponibilidade para abordar esse assunto, por outro lado senão se sentirem preparados para o cuidar espiritual, irá negligenciá-lo na prática (DIJOSEPH e CAVENDISH, 2005).

Este fator inibitório é considerado por vários estudos (CALDEIRA, 2002; FERNANDES, MONTEIRO E ALVES, 2006; MCSHERRY 2006; CHAN, 2010; NOBLE e JONES (2010), tendo a salientar, um estudo realizado por TOMASSO, BELTRAME E LUCCHETTI (2011), onde os docentes e discentes foram inquiridos sobre a sua opinião acerca desta componente na formação do curso base em enfermagem e a grande maioria via a necessidade da incorporação da temática no plano curricular, enquanto que apenas três participantes (2,0% do total) referiram que a formação universitária fornecia informações suficientes (bastante ou muitíssimo) sobre o tema espiritualidade.

Como forma de demonstrar a importância da formação profissional, no que respeita à espiritualidade, foi realizado um estudo por BALDACCHINO (2011) onde aplicou o Modelo ASSET (*Actioning Spirituality and Spiritual care in Education and Training*), num grupo de enfermeiros, de forma a compreender qual o impacto na qualificação dos enfermeiros face ao cuidado espiritual. O Modelo ASSET foi criado por Narayanasamy em 1999, cujo objetivo passava por proporcionar um modelo orientador dos temas que pudessem ser abordados nos cursos de enfermagem, nomeadamente a autoconsciência da espiritualidade pelo próprio enfermeiro, o aprofundamento de conhecimentos acerca da

dinâmica da espiritualidade e o aplicar o conhecimento e as competências anteriormente adquiridas para a prática de enfermagem. Com a utilização deste modelo, os enfermeiros atualizaram conhecimentos acerca da espiritualidade no cuidar, assim como permitiu a autoconsciência da sua espiritualidade e o assumir uma posição como agentes de mudança, no que respeita ao melhoramento da qualidade do cuidado espiritual.

O cuidado espiritual requer preparação e investimento na investigação de forma que a espiritualidade deve ser abordada de modo científico (processo de enfermagem, investigação sobre ganhos em saúde, princípios éticos) e não apenas uma forma de sentir compaixão ou rezar com os doentes (CALDEIRA e NARAYANASAMY, 2011). Cientes que na prática profissional a espiritualidade e o cuidado espiritual não deverão ser encarados como uma opção, mas sim como uma responsabilidade por parte dos profissionais de saúde, torna-se essencial para que o enfermeiro possa adquirir aptidões e competências na espiritualidade e/ou cuidado espiritual do doente.

A integração da espiritualidade e do cuidado espiritual nos programas de ensino da enfermagem torna-se fundamental para a melhoria da prestação de cuidados espirituais aos doentes e uma oportunidade de desenvolvimento espiritual (PEDRÃO e BERESIN, 2010; MCSHERRY e JAMIESON, 2011; CALDEIRA, BRANCO e VIEIRA, 2011), assim como, a utilização de escalas de avaliação do cuidado espiritual, tais como a escala de bem-estar espiritual na doença de O'Brien, validada por REGO (2008), ou a escala de avaliação da espiritualidade em contexto de saúde de Pinto e Pais Ribeiro. Com a ajuda das escalas o enfermeiro pode identificar as necessidades espirituais com o doente e a família e encontrar, também nos discursos, formas subtis que são reveladoras de necessidades espirituais (MENDES, 2006).

Para além das barreiras apresentadas por MCEWEN (2005), outros estudos documentaram a existência de fatores de ordem pessoal (falta de preparação pessoal, incerteza no que diz respeito ao cuidado espiritual, custo elevado devido ao envolvimento emocional), culturais (doentes com religiões diferentes), institucionais (número elevado de doentes, reduzido número de profissionais, falta de condições físicas para a privacidade, aumento do número de horas de trabalho semanal), educacionais (falta de formação e prática) e falta de avaliação e documentação (inexistência de registos claros e formas de avaliar e monitorizar o cuidado espiritual) (EDWARD, et al., 2010).

É ainda de salientar que a insegurança e a dificuldade de abordar a temática da espiritualidade com o doente, também se pode dever ao medo de estar a invadir a privacidade do doente, uma vez que esta é uma área muito íntima e se não for abordada de

forma correta pode causar maior nível de ansiedade e preocupação ao doente (VERMANDERE, et al., 2011).

Existem diversos preconceitos quer a nível dos profissionais de saúde, assim como na própria sociedade no que respeita à importância na abordagem da espiritualidade do doente. Estes preconceitos passam muitas vezes pelo facto da espiritualidade se igualar à religiosidade, sendo encarado como função exclusiva dos ministros de confissão religiosa. Noutras situações, os enfermeiros procuram prestar cuidados espirituais de forma secreta, o que acabam por abandonar esta prática por receio de represálias ou recriminação (MCSHERRY, 2006).

MCSHERRY (2006) acrescenta ainda que é fundamental reconhecermos na equipa os obstáculos que impossibilitam a prática dos cuidados espirituais. Esse reconhecimento passa muitas vezes pelo desenvolvimento da nossa própria noção de cuidados espirituais e espiritualidade, assim como pelo reconhecimento dos nossos próprios medos e preconceitos que poderão ter consequências nesta dimensão do cuidar.

7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ESPIRITUALIDADE

As classificações de linguagem científica de enfermagem que, por si só, afirmam o conteúdo e a finalidade da profissão, também consideram a dimensão espiritual. Contudo, os enfermeiros sentem alguma dificuldade em identificar as necessidades espirituais e raramente definem diagnósticos de enfermagem nesse âmbito, devendo este ser o primeiro passo de intervenção face ao cuidado espiritual do doente.

Segundo CALDEIRA, CARVALHO e VIEIRA (2014) a subjetividade do conceito de espiritualidade e a falta de preparação dos enfermeiros são dois fatores que justificam a insuficiente identificação dos diagnósticos e integração das intervenções espirituais na prestação de cuidados.

No entanto, existem alguns diagnósticos de enfermagem já estudados, testados e aceites pelas comunidades científicas de enfermagem (MENDES, 2006). É disso exemplo a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I, 2013) que identificou e operacionalizou, entre outros, os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Disposição para bem-estar espiritual melhorado - padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um ser maior que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido.

- Religiosidade prejudicada, capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa.

-Sofrimento espiritual, capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objectivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um ser maior.

Também o INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011) definiu fenómenos como bem-estar espiritual, angústia espiritual e crença espiritual.

Já a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) cit in MENDES 2006 definiu como diagnósticos de enfermagem:

–Bem-estar espiritual, está ligado à imagem mental de estar ligado com o princípio da vida que absorve todo o ser e que integra e excede a natureza psicossocial e biológica de cada indivíduo;

–Amargura espiritual, está relacionado com o afastamento daquilo em que o indivíduo acredita na vida, dúvidas sobre o significado da vida, do sofrimento, da separação de laços religiosos e culturais e, zanga contra a divindade;

–Crença espiritual, traduz aquilo que cada indivíduo acredita e a disposição pessoal para reter e abdicar ações tendo em conta os princípios de vida que impregnam, completam e elevam a natureza biológica e psicossocial de cada um.

–Angústia espiritual, traduz uma rutura com o que a pessoa acredita acerca da vida e do sentido da vida, gerando uma mudança nos sistemas de crenças e valores e uma separação dos laços religiosos ou culturais. Geralmente, a angústia está associada a sentimentos de intenso sofrimento e questionamento.

É ainda de referir que para a identificação de um diagnóstico de enfermagem, é necessário saber ouvir e ser capaz de responder a pequenos sinais tais como, a lágrima, a ansiedade ou um silêncio incomum por parte do doente, bem como, observar atentamente pequenas pistas em relação às atitudes, sentimentos, comportamentos e assuntos abordados ou não com o doente.

8. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste trabalho podemos concluir que a espiritualidade no âmbito da saúde, embora relativamente recente, tem sido aprofundada e investigada por vários autores, quer internacionais quer nacionais, vindo-se a considerar esta como um aspeto importante a adotar nos cuidados de enfermagem, de modo a se chegar à excelência no cuidar.

A espiritualidade é assim uma necessidade básica do ser humano, é uma dimensão humana universal, através da qual o indivíduo se mantém em constante crescimento e transformação, envolvido num processo de descoberta e de transcendência pessoal, numa busca de significado e de sentido para as suas vivências pessoais e coletivas. Constitui uma parte integrante da pessoa, em que num contexto de uma sociedade mais industrializada e materialista tem sido pouco valorizado, mas cuja urgência se impõe, atendendo a que a pessoa é muito mais do que um corpo, em que qualquer alteração clínica ou cirúrgica se pode refletir no seu estado de espírito.

Frequentemente confunde-se espiritualidade com religiosidade, pelo que torna-se fundamental clarificar estes dois conceitos. A espiritualidade é pois mais ampla que a religiosidade, está para além das crenças e dos ritos ligados a uma tradição religiosa, é algo comum a todo o ser humano que, num contexto de liberdade, procura refletir sobre as suas vivências e atuar de acordo com a sua consciência e as suas convicções mais profundas.

A doença é sempre uma experiência de desequilíbrio e de sofrimento, em que a pessoa coloca em causa todos os seus valores e habitualmente demonstra necessidades espirituais que o enfermeiro pela proximidade que tem com o doente, ocupa um papel determinante na avaliação contínua destas necessidades, na implementação de intervenções e na avaliação dos resultados. De acordo com alguns autores, as necessidades mais comuns são a necessidade de sentido e objetivo de vida, a necessidade de amar e de relacionamentos amorosos, a necessidade de perdoar, a necessidade de uma fonte esperança, a necessidade de criatividade, a necessidade de confiança, a necessidade de expressar crenças e valores pessoais, e ainda, a necessidade de expressar as suas práticas pessoais e de expressar o seu

Deus. Estas necessidades devem ser pois valorizadas e resolvidas de acordo com a idade e a etapa de vida de cada pessoa, de modo que esta consiga ultrapassar com maior facilidade as circunstâncias difíceis da própria doença, conferindo-lhe sentido e significado.

Pode-se constatar que na prática de enfermagem com o despertar do cuidado à pessoa como um ser holístico, numa vertente biopsicossocial e espiritual, tem-se valorizado cada vez mais o cuidado espiritual, salvaguardado na Deontologia Profissional em Enfermagem e na Carta dos direitos do doente internado. Os enfermeiros ocupam assim um papel privilegiado na prestação destes cuidados, o que tem suscitado intervenções de enfermagem diferenciadas a este domínio, com vista a ajudar a pessoa doente a obter uma maior harmonia na sua mente, corpo e alma, o que também exige do próprio enfermeiro preparação e uma atitude reflexiva sobre esta dimensão.

Nos cuidados intensivos também se coloca o desafio do cuidado espiritual, que por vezes pode ficar esquecido, dada a preocupação com o domínio da alta tecnologia e das técnicas complexas, levando os enfermeiros a centrarem-se mais nos cuidados físicos. O próprio doente também é um desafio, atendendo a que dadas às condições em que este se encontra, na maior parte das vezes com ventilação mecânica e com alteração do estado de consciência, se torna mais complexa a comunicação, tendo esta de ser mais orientada para a família, com o intuito de perceber os hábitos, os costumes e as necessidades do doente, incluindo as suas próprias crenças religiosas e espirituais. A família neste contexto é também alvo de cuidados, tendo o enfermeiro uma posição privilegiada, no sentido de melhor perceber e identificar as suas necessidades, ajudar superar os medos, esclarecer dúvidas e prestar todo o apoio necessário, contribuindo assim para a diminuição do impacto e do stress que estas situações provocam.

Considerando-se a espiritualidade e a religiosidade um aspeto determinante no processo de saúde-doença, concluiu-se que este nem sempre tem sido suficientemente valorizado pelos profissionais de saúde. Vários autores apontam algumas barreiras ou dificuldades que poderão justificar esta negligência, salientando-se a falta de sensibilidade espiritual do próprio profissional, a falta de equilíbrio e de harmonia consigo mesmo, o medo de falar sobre este assunto, o receio de invadir a privacidade do doente, a especificidade de alguns serviços, entre outros. Vários estudos surgiram neste âmbito, defendendo que o cuidado espiritual para ser realizado de modo científico e não apenas como uma forma de compaixão, requer preparação e investimento na investigação, de modo a que não seja apenas uma opção.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. - A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos. [Em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2011. Tese de mestrado em cuidados paliativos. [Consult. 25 Maio 2016]. Disponível na

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4178/1/620639_Tese.pdf

BALDACCHINO, D. - *Spiritual care: Being in Doing*. Preca Library, Malta, 2010.

BALDACCHINO, D. - Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. Vol.11, nº1 (2011), p.47-52.

BERNARD, A. - Aspectos psico-emocionales y espirituales al final de la vida: el proceso de morir dignamente. *Medicina naturista*. Vol.2, nº3 (2008), p.233-245.

BLOEMHARD, A. - Spiritual care for self and others. [Em linha]. Australian Department of Health and Ageing, 2008. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na <http://www.mncdgp.org.au/system/files/Booklet%20-%20Spiritual%20Care%20for%20Self%20-%20Others%20-%20web.pdf>

CALDEIRA, S. - Cuidar do Homem face à dimensão espiritual. *Revista Nursing*. Vol.163, 2002, p.17- 22.

CALDEIRA, S. - *Espiritualidade no Cuidar*. 1ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.

CALDEIRA, S.; BRANCO, Z.; VIEIRA, M. - A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº5 (2011), p. 145-152.

CALDEIRA,S.; CARVALHO, E.; VIEIRA, M. - Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.22, nº1 (2014), p.1-7.

CALDEIRA, S.; NARAYANASAMY, A. - Programas de educação em Enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. CuidArte Enfermagem. Vol.5, nº2 (2011), p.123-128.

CALLISTER, L.; BOND, A.; MATSUMURA, G.; MANGUM, S. - Threading Spirituality Throughout Nursing Education. Holistic Nursing Practice. Vol.18, nº3 (2004), p.160-166.

CHAN, M. - Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. Journal of Clinical Nursing. Vol.19, nº15-16 (2010), p.2128-2136.

CONNER, N.; ELLER, L. - Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. Journal of Advanced Nursing. Vol. 46, nº6 (2004), p. 624-632.

DAVIDSON, J. - Facilitated Sensemaking a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. Critical Care Nurse. Vol.30, nº6 (2010), p.28-38.

DIJOSEPH, J.; CAVENDISH, R. - Expanding the Dialogue on Prayer – Relevant to the Holistic Care. Holistic Nursing Practice. Vol.19, nº4 (2005), p.147-154.

EDWARDS, A.; PANG, N.; SHIU, V.; CHAN, C. - The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. Palliative Medicine. Vol. 24, nº8 (2010), p.753-770.

FERNANDES, C.; MONTEIRO, C.; ALVES, J. - Espiritualidade no cuidar. Informar. Vol.12, nº36 (2006), p.10-21.

GIJSBERTS, M.; ECHELD, M.; VAN DER STEEN, J.; MULLER, M.; OTTEN, R.; RIBBE, M.; DELIENS, L. - Spirituality at the End of Life: Conceptualization of

Measurable Aspects - A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*. Vol.14, nº 7 (2011), p.852-858.

GODDARD, N. - Spirituality as integrative energy: a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22 (1995), p. 808-815.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. - A arte de morrer. 3ªEdição. Editorial Notícias, 2001. ISBN 972460920.

HERMANN, C. - Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncology Nursing Forum*. Vol.33, nº4 (2007), p.737-744.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - The International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses, Geneva, Switzerland, 2012, ISBN: 978-92-95094-95-6.

MACLAREN, J. - A Kaleidoscope of Understandings: spiritual Nursing in a Multi-Faith Society. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.45, nº5 (2004), p.457-462.

MANENTI, L.; SORATTO, M. - The importance of spirituality in patient care Cardiovascular ICU admission. *Sáude em Revista*. Vol.12, nº30 (2012), p.43-51.

MCEWEN, M. - Spiritual Nursing Care: State of the Art. *Holistic Nursing Practice*. Vol.19, nº4 (2005), p.161-168.

MCSHERRY, M. - Spirituality in nursing practice: an interactive approach. Londres: Churchill Livingstone, 2000.

MCSHERRY W, JAMICSON S - An online surveys of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.20, nº11-12 (2011), p.1757-1767.

MCSHERRY, W - Making sense of Spirituality in nursing and healthcare practice. 2ªEdição. London, 2006.

MENDES, J. - Com inserir a espiritualidade no processo terapêutico. [Em linha]. *Servir*, Vol. 54, nº4 (2006), p.158-164. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3190/1/Artigo%20Rev.%20Servir%20-%202006.pdf>

MENDES, J. - A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem. [Em linha]. Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de doutoramento. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10561/1/Tese_Doutoramento%20_%20Angustia_Espiritual.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Carta dos direitos do doente internado. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2005. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

NARAYANASAMY, A. - ASSET: A Model for Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing. *Nurse Education Today*. Vol.19, nº4 (1999), p.274-285.

NARAYANASAMY, A. - *Spiritual Care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. 2ª Edição. Wiltshire: Quay Books, 2001.

NOBLE, A.; JONES, C. - Getting it Right: Oncology Nurses' understanding of Spirituality. [Em linha]. *International Journal of Palliative Nursing* Vol.16, nº11 (2010), p.565-569. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=112&sid=3878b02a-381c-406a-88b2-2e938879ee82%40sessionmgr112>.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Deontologia Profissional em Enfermagem*, 2015.

PEDRÃO, R.; BERESIN, R. - O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. [Em linha]. Einstein, Vol.8 (2010), p.86-91. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na <http://drsergiomarsala.site.med.br/fmfiles/index.asp/::XPR2RT47::/enfermo%20e%20espiritualidade.pdf>

PIMENTA, S. - A enfermagem e o sofrimento espiritual do doente em fase final de vida. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2010. Tese de mestrado.

REGO, A. - A Atenção ao Espiritual: Tradução e validação linguística e cultural da spiritual assessment scale, um instrumento de avaliação espiritual. Universidade Católica Portuguesa. Porto: [s.n.], 2007. Tese de mestrado.

ROSS, L. - Spiritual care in nursing: na overview of the research to date. Journal of the Clinical Nursing. Vol.15, nº7 (2006), p.852-862.

SAWATZKY, R.; PESUT, B. - Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. [Em linha]. Journal of Holistic Nursing. Vol.23, nº1 (2005), p.19-33. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na https://www.researchgate.net/profile/Barbara_Pesut/publication/225033371_Attributes_of_Spiritual_Care_in_Nursing_Practice/links/02e7e5176ab4d8ebee000000.pdf/download?version=va

SIMÕES, R.; RODRIGUES, M. - A relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. Escola Anna Ner. Vol.14, nº3 (2010), p.485-489.

TOMASSO, C.; BELTRAME, I.; LUCCHETTI, G. - Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. Revista Latino – Americana de Enfermagem. Vol.19, nº5 (2011), p.1-8.

VERMANDERE, M., DE LEPELEIRE, J.; SMEETS, L.; HANNES, K.; VAN MECHELEN, W.; WARMENHOVEN, F.; VAN RIJSWIJK E.; AERTGEERTS, B. - Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. British Journal of General Practice. Vol.61, nº592 (2011), p.749-760.

WU, F.; LIN, L. - Exploration of clinical nurses perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*, Vol.19, n°4 (2011), p.250-256.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A espiritualidade nos cuidados de enfermagem

Local da Formação: Sala de formação do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano

Formadores: Carla Magalhães e Cecília Freitas

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano

Data: 8 de Junho de 2016

Tempo previsto: 40 min

Objetivos gerais:

- Compreender a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.
- Elucidar acerca da importância da espiritualidade na prática dos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos/pedagógicos:

- Definir espiritualidade e religiosidade;
- Identificar a importância da espiritualidade nos cuidados de saúde;
- Conhecer as barreiras e/ou dificuldades na prática dos cuidados espirituais;
- Definir diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade.

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	AValiaÇÃO DA SESSÃO
I INTRODUÇÃO	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das formadoras e do tema; - Apresentação dos conteúdos; - Introdução ao tema. 	Expositiva Afirmativa - participativa	- Computador portátil; - Projetor multimédia;	- Avaliação através de questões formuladas ao grupo de forma aleatória e informal, no final da sessão. - Aplicação de uma ficha de avaliação da sessão de formação.
II DESENVOLVIMENTO	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição: espiritualidade; - Espiritualidade versus religiosidade; - As necessidades espirituais da pessoa doente; - O cuidado espiritual na prática de enfermagem; - Espiritualidade em cuidados intensivos; - Barreiras ou dificuldades dos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais; - Diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade. 			
III CONCLUSÃO	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusão do tema; - Síntese das ideias principais; - Abertura à participação; - Avaliação informal da sessão de formação. 			

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO: A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

QUESTIONÁRIO

Título: “A espiritualidade nos cuidados de enfermagem”

Este questionário é realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Vimos solicitar a colaboração dos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano, para responder a este questionário de diagnóstico de situação em relação à pertinência e necessidade de formação no âmbito da espiritualidade.

O questionário é constituído por oito questões e o seu preenchimento tem carácter, confidencial e anónimo.

A resposta sincera a todas as questões é importante e deverão ser enviadas até dia 31 de Maio.

Gratas pela colaboração,
Carla Magalhães e Cecília Freitas

1. Considera importante os enfermeiros terem formação na área da espiritualidade e do cuidado espiritual?

Sim__ Não__

2. Alguma vez frequentou uma formação sobre espiritualidade/cuidado espiritual?

Sim__ Não__

3. Qual o conceito que tem de espiritualidade?

___ Sentido para a vida

___ Transcendente da vida

___ Conjunto de crenças e valores

Energia

4. Para si espiritualidade e religiosidade são sinónimos?

Sim Não

5. Entende que a espiritualidade é ou deve ser uma componente dos cuidados de enfermagem?

Sim Não

6. No que diz respeito à abordagem das necessidades espirituais dos doentes e família, sente-se:

Completamente incapaz Incapaz Não estou seguro Capaz Completamente capaz

7. Qual é para si a principal barreira e/ou dificuldade nos cuidados espirituais?

Falta de formação

Ausência de conhecimento sobre o que é a espiritualidade

Falta de privacidade para abordar o assunto

Falta de tempo para abordar o assunto

Medo de ofender ou desrespeitar as crenças do doente

A subjetividade do conceito

Considera que a espiritualidade é da responsabilidade de outras disciplinas

Não considero os cuidados espirituais importantes

8. Costuma identificar no plano de cuidados de enfermagem a componente do cuidado espiritual?

Sim Não

9. Gostaria de fazer algum comentário sobre esta temática que considera pertinente na prática assistencial para abordar numa formação neste âmbito da espiritualidade.

APÊNDICE 3 - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA - PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

08/06/2016

Estudantes:

Carla Magalhães

Cecília Freitas

Sob orientação de:

Professora Patrícia Coelho

Professora Doutora Irene Oliveira

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Objetivos gerais:

- Compreender a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.
- Elucidar acerca da importância da espiritualidade na prática dos cuidados de enfermagem.

Objetivos específicos/pedagógicos:

- Definir espiritualidade e religiosidade;
- Identificar a importância da espiritualidade nos cuidados de saúde;
- Conhecer as barreiras e/ou dificuldades na prática dos cuidados espirituais;
- Definir diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade.

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Conteúdos a abordar:

- ✓ Definição: espiritualidade;
- ✓ Espiritualidade versus religiosidade;
- ✓ As necessidades espirituais da pessoa doente;
- ✓ O cuidado espiritual na prática de enfermagem;
- ✓ Espiritualidade em cuidados intensivos;
- ✓ Barreiras ou dificuldades dos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais;
- ✓ Diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade.

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

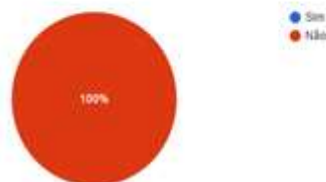
1. Considera importante os enfermeiros terem formação na área da espiritualidade e do cuidado espiritual?

(15 respostas)



2. Alguma vez frequentou uma formação sobre espiritualidade/cuidado espiritual?

(15 respostas)



DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

Espiritualidade – várias concepções, de acordo com a cultura e as civilizações, onde nos situamos.

- Tradição grega: ser espiritual = ser livre em relação emoções, pulsões, paixões.

- Tradição semítica: ser espiritual = «pneuma», sopro.

Todos os seres humanos são habitados pelo Sopro e atravessados por uma corrente de vida interior. A interpretação do espiritual como «Sopro» consiste assim em permitir que alguém seja plenamente ele mesmo.

Jean-Yves Leloup (2001)



DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

Ser espiritual ...

- é «dar um passo mais além» relativamente ao sítio onde se está. Passa por acompanhar, ajudar o outro a dar este passo no cerne do seu sofrimento;

- é favorecer-lhe tal abertura de modo que este consiga ver para além dos próprios sintomas e não se deixe identificar com eles.

Jean-Yves Leloup (2001)

A **espiritualidade** é uma dimensão humana universal, inerente a todo o ser humano, em que o espírito humano é parte central e essencial da pessoa, atua nesta como uma força criativa capaz de alterar e integrar todas as dimensões do ser humano.

É uma força dinâmica que mantém o indivíduo em constante crescimento e transformação. ...

Goddard (1995) e Narayanasamy (1999)

DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade é a base da procura de um sentido para a existência, da procura de uma ligação a uma dimensão transcendente...



DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade está para além da dimensão mística ou religiosa.

Cada ser humano
é fundamentalmente bom, único,
capaz de possuir forças existenciais e
fenomenológicas,
que o pode levar a superar
os riscos da vida e da doença,
acentuando-se a noção de globalidade
e de unicidade da pessoa.



DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE

SOCIEDADE INDUSTRIALIZADA E MATERILISTA



PERDA DOS VALORES HUMANOS
POUCA VALORIZAÇÃO DO ESPIRITUAL



ESQUECIMENTO DE QUE A PESSOA É MAIS DO QUE UM CORPO

DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE



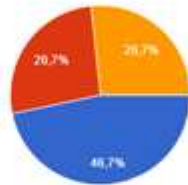
A felicidade abrange
o ser humano no seu todo.



Melhor percepção do valor e da importância do
estado de espírito,
muito ligado ao modo como avaliamos e
interpretamos a realidade.

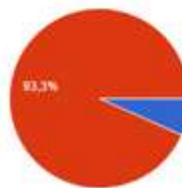
RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

3. Qual o conceito que tem de espiritualidade? (15 respostas)



- Sentido para a vida
- Transcendente da vida
- Conjunto de crenças e valores
- Energia

4. Para si espiritualidade e religiosidade são sinónimos? (15 respostas)



- Sim
- Não

ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE

Religiosidade

Religião = "religare"

Estar em relação com uma realidade última

Através da prática religiosa

Sistema de crenças

Quadro de referência

Comportamento humano

ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE

Cultura ocidental
que no passado era
marcadamente religiosa

A interpretação do universo estava
ligada à transcendência de Deus

Ciência

A explicação do mundo e dos
fenómenos veio substituir a
versão religiosa

Quando nos focamos no sentido global da
vida

Percebemos que há algo que está para
além da nossa existência e que não é
explicável pela ciência

ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE

Ser espiritual é mais amplo do que ter uma filiação ou prática religiosa

Podemos encontrar pessoas que embora
não estando ligadas a qualquer ritual religioso
sentem-se realizadas espiritualmente,
transcendendo-se além das
dimensões físicas e psicossociais
encontrando sentido para a própria vida.



ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE



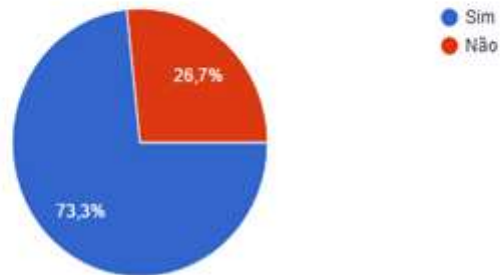
ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE



RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

5. Entende que a espiritualidade é ou deve ser uma componente dos cuidados de enfermagem?

(15 respostas)



LEGISLAÇÃO



Artigo 81.º Dos valores humanos

O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Artigo 82.º Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual.

LEGISLAÇÃO



CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO

2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

As convicções culturais, filosóficas e religiosas do doente internado, bem como a sua orientação sexual deverão ser respeitadas pelo estabelecimento de saúde e pelos respetivos profissionais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 253/2009

de 23 de Setembro

O presente decreto-lei 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).

A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Particular atenção deve ser dada aos doentes em situações paliativas, com doença de foro oncológico, com imunodeficiência adquirida ou com severidade similar.

NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPIRITUAIS



Perante a **doença** muitas pessoas sentem-se perdidas, desesperadas e com comportamentos que demonstram desconexão com o mundo que as rodeia. É nesta situação de **desequilíbrio**, em que o **sofrimento** e a **angústia** emergem, pondo em causa todos os valores existentes.



NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPIRITUAIS

Busca de um sentido para a situação

NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPIRITUAIS

"As necessidades do espírito são tão críticas para a saúde como as dos órgãos que constituem o corpo da pessoa"



NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPIRITUAIS

- ❖ Necessidade de sentido e objetivo de vida
- ❖ Necessidade de amar e de relacionamentos harmoniosos
- ❖ Necessidade de perdoar
- ❖ Necessidade de uma fonte de esperança
- ❖ Necessidade de criatividade
- ❖ Necessidade de confiança
- ❖ Necessidade de expressar as crenças e valores pessoais
- ❖ Necessidade de manter as práticas espirituais e de expressar o seu Deus

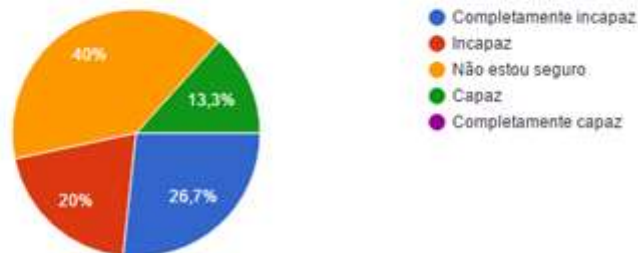


Narayanarany (2001)

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

6. No que diz respeito à abordagem das necessidades espirituais dos doentes e família, sente-se:

(15 respostas)



CUIDADOS ESPIRITUAIS

FINALIDADE: ajudar as pessoas a alcançar um maior grau de harmonia entre a mente, corpo e alma.

Epidemiol. Infect. 2010; 138: 753-76. doi:10.1017/S095026881000375860. Epub 2010 Jul 21.

The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research.

Edwards A¹, Pans N, Shiu Y, Chan C

- ✓ Ajuda o doente na descoberta de si próprio, da sua identidade e do seu autoconhecimento;
- ✓ Promove o relacionamento com os outros;
- ✓ Reduz os níveis de ansiedade e produz conforto;
- ✓ Proporciona bem-estar e paz interior;
- ✓ Promove a relação com uma divindade superior;
- ✓ Ajuda a pessoa a sentir-se confortada, a lutar contra o medo, a manter a força interior, a lutar contra a solidão e promove a esperança.



COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DO CUIDADO ESPIRITUAL

❖ AUTOCONSCIÊNCIA

Capacidade do enfermeiro em refletir sobre as suas atitudes, valores, crenças, opções, motivações e necessidades pessoais e assim, facilmente conhecer os seus próprios sentimentos e comportamentos para mais facilmente compreender os outros.

❖ ESTABELECER UMA RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO EFICIENTE COM O DOENTE E A FAMÍLIA

❖ ASSUMIR UMA ATITUDE DE DISPONIBILIDADE E EMPATIA

❖ OUVIR, ESTAR PRESENTE E PRESTAR ATENÇÃO



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ✓ Encaminhar para o líder espiritual;
- ✓ Respeitar as crenças e práticas religiosas;
- ✓ Fomentar a fé dos doentes;
- ✓ Aumentar a esperança;
- ✓ Proporcionar música;
- ✓ Falar e apoiar;
- ✓ Respeitar a dignidade e privacidade;
- ✓ Incentivar a procura de significado;
- ✓ Toque terapêutico.



Rev. Enf. Ref. vol.31(1) no.5 Coimbra dez. 2013

<http://dx.doi.org/10.12795/REF11113>

A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão de divulgação científica em Portugal

Sílvia Caldeira¹; Zita Castelo Branco²; Margarida Vieira^{3,4}

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ✓ Revisão da história de vida;
- ✓ Silêncio e a escuta verdadeira;
- ✓ Presença;
- ✓ Rezar e cuidado religioso;
- ✓ Ritos e rituais;
- ✓ Explorar sentimentos como a culpa, o arrependimento e o fracasso;
- ✓ Promover as relações pessoais e de apoio à pessoa;
- ✓ Promover o encontro familiar de forma a otimizar o funcionamento da família.



(Bloemhard, 2008)

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

SPIRITUAL CARE - PRAYER AS A NURSING INTERVENTION

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Sílvia Caldeira*

Resumo

A investigação acerca da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem revela um franco desenvolvimento e confirma que o enfermeiro deve atender às necessidades espirituais dos pacientes. Os momentos de doença evidenciam a emergência de necessidades espirituais para os pacientes que se consideram espirituais, mas poderão constituir momentos reveladores do início de uma vivência espiritual para os agnósticos: Rezar é a atividade espiritual mais frequente e promove sentimentos de bem-estar, facilita o processo de adaptação na transição saúde/doença e correlaciona-se positivamente com alguns ganhos em saúde. Ao reconhecer e atender a essa necessidade, o enfermeiro cuidará do paciente de uma forma humana, holística e eficiente. Rezar é uma intervenção presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem. Mas, deverão todos os enfermeiros rezar? Partindo desta questão, os objetivos deste artigo são: refletir acerca da dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem, apresentar a concepção de cuidado espiritual e de intervenção espiritual, explorar os tipos de oração e os ganhos em saúde relacionados com o rezar, voltando, finalmente, à questão inicial, numa exploração de natureza ética, que se pretende esclarecedora dessa perspectiva, fundamentada na revisão de literatura.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Cuidados de enfermagem.

ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS



Crit Care Med. 2007 Apr;35(4):1064-90.

Spiritual care of families in the intensive care unit.

Walt BJ¹, Engelberg RA, Ories CJ, Olavan B, Curtis JR.

Author information

Text context - *critcare*, vol.35 no.2 Philadelphia, Apr. June 2012

<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182000000>

ORIGINAL ARTICLE

Meaning of spirituality for critical care nursing

Rev Lat Am Enfermagem. 2009 Mar-Apr;19(2):212-7.

Spirituality in self-care for intensive care nursing professional

Diniz LW¹, Cordeiro AM².

CRITICAL CARE NURSES PERCEIVED NEED FOR GUIDANCE IN ADDRESSING SPIRITUALITY IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Crit Care Med. 2009 Apr;35(4):1064-90. doi:10.1097/CCM.0b013e3182000000. Epub 2009 Apr 15.

Author information

In ICU care (spirituality, positive psychology, and surgical teams) to minimize demoralization syndrome in intensive care unit setting

Crit Care Med. 2011;39(12):2011-16. doi:10.1097/CCM.0b013e3182000000. Epub 2011 Nov 16.

Author information

Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit

Crit Care Med. 2011;39(12):2011-16. doi:10.1097/CCM.0b013e3182000000. Epub 2011 Nov 16.

Author information

Religion, Spirituality, and the Intensive Care Unit: The Sound of Silence

Crit Care Med. 2009 Mar-Apr;35(4):1064-90. doi:10.1097/CCM.0b013e3182000000. Epub 2009 Apr 15.

Author information

Perception of nursing team of an intensive care unit about spirituality and religiosity

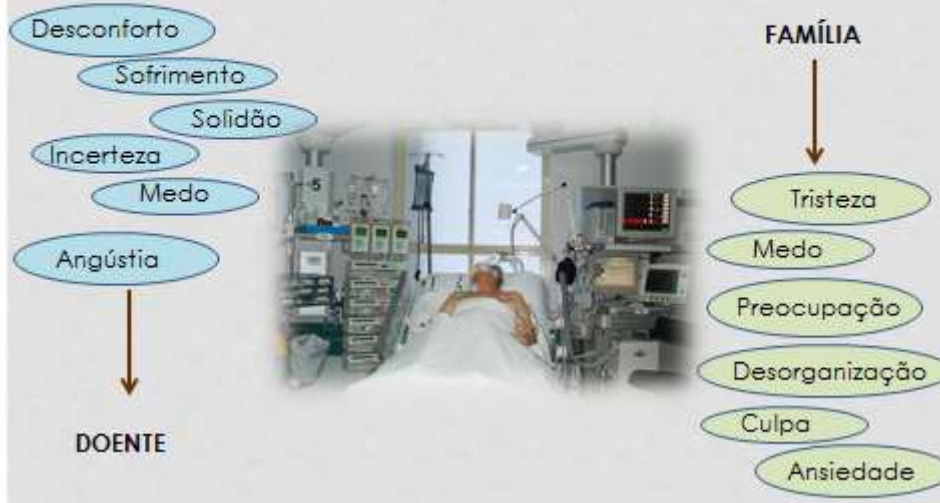
Crit Care Med. 2011;39(12):2011-16. doi:10.1097/CCM.0b013e3182000000. Epub 2011 Nov 16.

Author information

Spirituality in health care: The role of needs in critical care

Author information

ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS



RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

"A espiritualidade deve ser uma medida nos cuidados de enfermagem, através do envolvimento da família. Ou seja, o en^F deve abordar a família/doente de que podem expressar a sua espiritualidade como bem entender e facilitar-lhes os meios para isso de acordo com os seus gostos e disponibilidade do serviço/instituição".

Enfermeira do SCI do HPH

Resposta à questão: "Gostaria de fazer algum comentário sobre esta temática que considere pertinente na prática assistencial para abordar numa formação neste âmbito da espiritualidade?"

ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Doentes internados em cuidados intensivos que não comunicam:



É através da **FAMÍLIA** que o enfermeiro conhece o doente, as suas crenças religiosas e espirituais e as suas práticas culturais.

- ❖ Se na avaliação familiar, os familiares revelarem interesse em rezar ou receber apoio religioso devem ser incentivados a fazê-lo.
- ❖ Orientar a família para manter a confiança na recuperação do doente.
- ❖ Transmitir segurança e confiança
- ❖ Permitir a proximidade com o doente de modo a preservar a sua relação



ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS

ALGUMAS CONCLUSÕES DOS ESTUDOS em cuidados intensivos:

- ✓ Os membros da família sintam-se mais satisfeitos com sua assistência espiritual, se um pastor estivesse envolvido durante as 24 h antes da morte do doente (Wol, 2007).
- ✓ Conforme a doença grave progride, as questões existenciais tendem a ser mais recorrentes nos discursos dos familiares, do que as preocupações com abordagens tecnológicas e clínicas (Wol, 2007).
- ✓ A espiritualidade no cuidado com a família ocorre por meio do conforto, da conversa tranquilizadora, da crença na possibilidade de melhoria do doente (Soratto, 2012).
- ✓ A atenção, o carinho, o amor, o afeto, a compreensão, a dedicação, as explicações claras em relação aos procedimentos técnicos foram referidas pelos familiares como suporte espiritual que a equipa de enfermagem oferece ao doente (Soratto, 2012).

BARREIRAS OU DIFICULDADES NA PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS

PESSOAIS

- Pode gerar desconforto e incerteza (McEwan, 2005)
- Incapacidade de percepção da sua própria espiritualidade (MacLaren, 2004)
- Falta de preparação pessoal (Edward et al, 2010)

CONHECIMENTO

- Falta de formação (Caldiero, 2002; Fernandes, Monteiro e Alves, 2006; McSherry 2006; Chan, 2010; Noble e Jones, 2010)
- Falta de avaliação e documentação - inexistência de registos claros (Edward et al, 2010)

AMBIENTE

- Falta de privacidade ou de tempo (McEwan, 2005)
- Ausência de silêncio (McEwan, 2005)
- Especificidade dos serviços (McSherry 2006)

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

7. Qual é para si a principal barreira e/ou dificuldade nos cuidados espirituais?

(15 respostas)



- Falta de formação
- Ausência de conhecimento sobre o que é a espiritualidade
- Falta de privacidade para abordar o assunto
- Falta de tempo para abordar o assunto
- Medo de ofender ou desrespeitar a...
- A subjetividade do conceito
- Considera que a espiritualidade é...
- Não considero os cuidados espirit...

FORMAÇÃO NO ÂMBITO NA ESPIRITUALIDADE



Center for Spirituality and Health



THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE
for Spirituality & Health

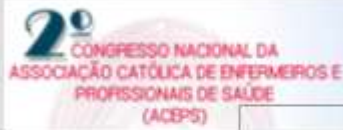


Center for Spirituality and Healthcare

Spiritual
Care
Services
at Jefferson Medical Center



FORMAÇÃO NO ÂMBITO NA ESPIRITUALIDADE EM PORTUGAL



Não é possível apresentar esta imagem de momento.



Universidade Católica Portuguesa

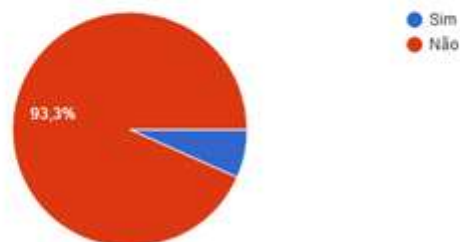


- ✓ Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem
- ✓ Congressos, simpósios, seminários
- ✓ Formação graduada

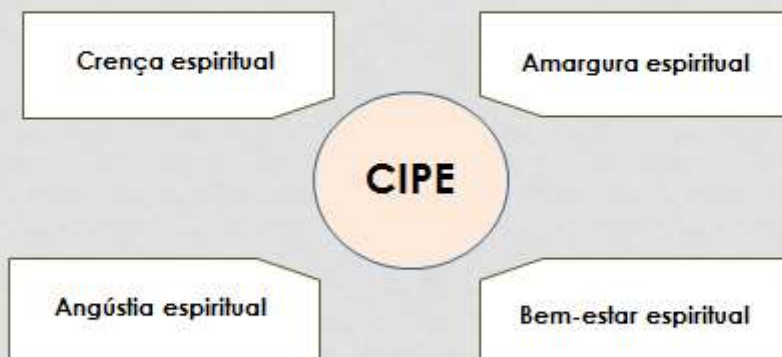
RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

8. Costuma identificar no plano de cuidados de enfermagem a componente do cuidado espiritual?

(15 respostas)



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ESPIRITUALIDADE



A subjetividade do conceito de espiritualidade e a falta de preparação dos enfermeiros são dois fatores que justificam a insuficiente identificação dos diagnósticos e integração das intervenções espirituais na prestação de cuidados (Caldeira, et al., 2014)

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

EM SINTESE:

- A espiritualidade é uma necessidade básica do ser humano;
- A espiritualidade é mais ampla que a religiosidade, está para além das crenças e dos ritos ligados a uma tradição religiosa;
- A doença é sempre uma experiência de desequilíbrio e de sofrimento, em que a pessoa coloca em causa todos os seus valores e habitualmente demonstra necessidades espirituais;
- Os enfermeiros ocupam um papel privilegiado na prestação destes cuidados, o que tem suscitado intervenções de enfermagem diferenciadas a este domínio, com vista a ajudar a pessoa doente a obter uma maior harmonia na sua mente, corpo e alma;
- Nos cuidados intensivos também se coloca o desafio do cuidado espiritual;
- Vários estudos defendem que o cuidado espiritual para ser realizado de modo científico e não apenas como uma forma de compaixão, requer preparação e investimento na investigação;

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM



Obrigada

e

Bom trabalho

APÊNDICE 4 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – “A espiritualidade nos cuidados de enfermagem”

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação.

Assinale com um X a quadrícula que melhor corresponde à sua opinião.

1 – Considera que a sessão de formação satisfaz as suas expetativas quanto ao conteúdo?

Não Sim, suficientemente Sim, completamente Sim, excedeu-as

2 Considera que a metodologia utilizada foi adequada?

Nada adequada Pouco adequada Adequada Muito adequada

3 – Apreciação global da sessão

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

4 – Comentários e Sugestões:

Agradecemos a sua colaboração,
Carla Magalhães e Cecília Freitas

APÊNDICE 5 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

**RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO –
“A espiritualidade nos cuidados de enfermagem”**

ANÁLISE DE RESULTADOS:

A sessão decorreu dentro do planeado e com a ficha de avaliação podemos perceber a satisfação dos enfermeiros com esta sessão.

Os resultados foram bastante positivos, começando pela taxa de adesão correspondente a 69% da equipa de enfermagem (16 enfermeiros presentes), dos quais 50% avaliou a sessão como muito boa, 44% considerou-a boa e 6% considerou-a suficiente.

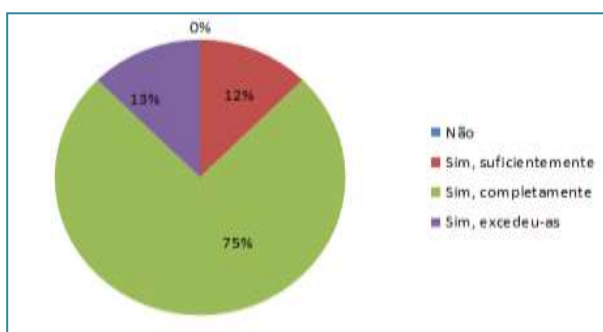
Relativamente ao grau de satisfação, quanto ao conteúdo, 75% dos enfermeiros consideraram que a sessão de formação o satisfez completamente, 13% considerou que excedeu as expetativas e 12% considerou que a satisfez suficientemente.

No que respeita à metodologia utilizada, 56% considerou-a adequada e 44% dos participantes considerou-a muito adequada.

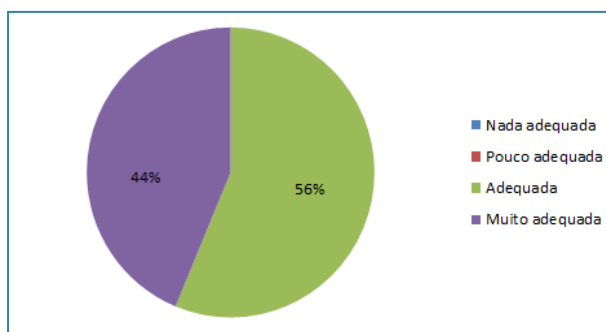
Na questão aberta, apenas houve um comentário que sugere a continuidade da formação sobre esta temática.

Número de enfermeiros presentes na sessão de formação: 16

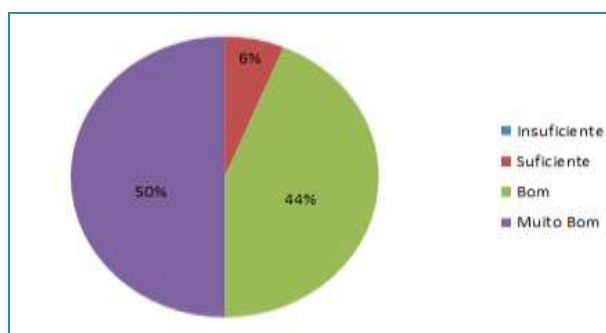
1 – Considera que a sessão de formação satisfaz as suas expetativas quanto ao conteúdo?



2 - Considera que a metodologia utilizada foi adequada?



3 – Apreciação global da sessão



4 – Comentários e Sugestões:

Comentário 1 – “Idealmente seria de continuar ou completar a formação com conteúdo sobre a espiritualidade e como abordar o doente e ajudá-lo.”

**APÊNDICE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM LARES DE IDOSOS: OBSTRUÇÃO DA VIA
AÉREA**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Obstrução da via aérea

Projeto de intervenção em lares de idosos

Aluno: Carla Marisa da Silva Magalhães

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

Porto, novembro de 2016

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	193
2. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA	195
3. ATUAÇÃO EM CASO DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NO ADULTO.....	197
4. PANFLETO: OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA	201
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207
APÊNDICES	209
APÊNDICE 1 - LISTA DE LARES NA CIDADE DO PORTO.....	211
APÊNDICE 2 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO INEM...	223
APÊNDICE 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	227

ÍNDICE DE FIGURAS:

	Pág.
Figura 1 - Distinção entre obstrução da via aérea por corpo estranho (OVA CE) ligeira e grave	196
Fonte: INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013	
Figura 2 - Pancadas interescapulares	197
Fonte: INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013	
Figura 3 - Manobra de Heimlich	198
Fonte: http://pt.slideshare.net/AnaPaulaRibeirodaFon/atendimento-de-primeiros-socorrosintervenno-aph	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido na Unidade Curricular de Estágio do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e tem como tema a Obstrução da Via Aérea (OVA) no adulto.

A OVA foi uma das situações de emergência que tive experiência no meu estágio em meio pré-hospitalar e geralmente essas situações ocorriam em instituições ou lares de idosos em que os conhecimentos das pessoas que trabalhavam junto destes adultos e idosos eram deficitários sobre as intervenções a adotarem perante uma vítima de OVA.

Embora o estágio tenha decorrido em meios do INEM situados fora da cidade do Porto, defini com a tutora e a orientadora, que este projeto de intervenção de sensibilização e formação, decorreria numa primeira fase no Porto, pois as dificuldades sentidas nestas instituições seriam semelhantes, e assim, seria mais fácil a minha deslocação entre os vários lares.

O objetivo deste trabalho é dar a conhecer como agir perante uma vítima de OVA. Para a concretização deste objetivo foi criado um panfleto que após avaliação e validação do gabinete de formação e comunicação do INEM (APÊNDICE 2) será distribuído pelos lares da cidade do Porto.

Do levantamento de lares da cidade do Porto realizado nos *sites* das páginas amarelas e em lares online, com as palavras-chaves: lares de idosos; Porto, pode identificar 49 instituições (APÊNDICE 1). No entanto, dado o número elevado e a minha disponibilidade de tempo para a concretização deste projeto, apenas pretendo estabelecer contacto prévio com 10 lares, de modo a informá-los do objetivo deste trabalho, e posteriormente entregarei pessoalmente os respetivos panfletos, acompanhados de uma sessão prática com duração de aproximadamente 10 minutos. Após a sessão será aplicada uma ficha de avaliação da sessão (APÊNDICE 3) de forma a verificar se o objetivo foi alcançado, bem como, perceber a satisfação dos formandos e a pertinência de continuar a aplicar este projeto a outras instituições.

Neste documento são apresentados os sinais e sintomas da OVA em vítima adulta e o algoritmo específico de atuação para a desobstrução da via aérea.

A OVA é uma emergência absoluta e se não for reconhecida e resolvida pode levar à morte em pouco tempo. Frequentemente é causada por alimentos, sangue ou vômito, mas qualquer objeto sólido pode provocar este problema.

Nos adultos a OVA por corpo estranho ocorre habitualmente durante as refeições, com os alimentos, e está frequentemente associada ao alcoolismo ou tentativa de engolir pedaços de comida grandes e mal mastigados. Os doentes idosos com problemas de deglutição estão também em risco de OVA por corpo estranho e devem ser aconselhados a comer de forma cuidada.

2. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

A OVA é uma emergência e deve ser resolvida rapidamente, uma vez que o comprometimento da oxigenação dos órgãos e tecidos pode causar lesões irreversíveis e em última instância pode levar à morte da pessoa.

A OVA pode ocorrer por diversas causas: anatômica (queda da língua), patológica (edema, neoplasias) ou mecânica (obstrução por corpo estranho, alimentos, sangue ou vômito). É importante distinguir a OVA de outras condições que possam causar insuficiência respiratória súbita, mas que requerem um tratamento diferente, como o desmaio, o ataque cardíaco, as convulsões, a overdose por drogas, entre outros.

Os principais fatores de risco na idade adulta são a idade acima de 75 anos, distúrbios neurológicos e psiquiátricos, alterações de consciência por diferentes motivos como o abuso de ingestão alcoólica e/ou de benzodiazepinas e a mastigação ineficiente pelo uso de próteses dentárias inadequadas, os fragmentos dentários e chicletes (MATOS; SOUSA, 2016).

Os dados clínicos acerca do sufocamento são amplamente retrospectivos e indiretos. Para adultos e crianças com mais de um ano de idade, conscientes, com uma obstrução completa da via aérea por corpo estranho, os relatórios de casos reais demonstram a eficácia das pancadas interescapulares, compressões abdominais e torácicas. Cerca de 50 % dos episódios de OVA não são resolvidos por uma técnica isoladamente. A probabilidade de sucesso é aumentada quando são utilizadas combinações de pancadas interescapulares e compressões abdominais e torácicas (INEM, 2013).

Estudos randomizados em cadáveres e prospectivos em voluntários anestesiados mostraram que podem ser geradas maiores pressões nas vias respiratórias através das compressões torácicas do que das abdominais. Os reanimadores devem ser instruídos para darem início à reanimação caso a vítima suspeita ou confirmada de uma OVA por corpo estranho fique inconsciente (INEM, 2013).

A OVA pode ser classificada como obstrução ligeira ou obstrução grave. Assim torna-se fundamental uma correta avaliação da vítima, de forma a identificar a OVA e proceder eficazmente nesta situação.

Na **obstrução ligeira** ou parcial ainda existe passagem de algum ar, com manutenção das trocas gasosas. A vítima ainda consegue tossir, falar e pode fazer algum ruído ao respirar. Nestes casos, não se deve interferir, mas apenas encorajar a vítima a tossir. Deve-se vigiar se a obstrução é ou não resolvida e se a tosse contínua a ser eficaz. Se a tosse deixar de ser eficaz, e se a vítima começar a sentir mais dificuldade respiratória e a ficar cianosada, é sinal de que a situação se está a agravar.

Na **obstrução grave** ou total já não existe passagem de ar na via aérea. A vítima não consegue falar, tossir ou respirar, nem emite qualquer ruído respiratório. Poderá demonstrar grande aflição e agarrar o pescoço com as duas mãos. É necessário atuar de imediato e se a obstrução não for resolvida, a vítima poderá ficar inconsciente e morrer.

Nestes casos, deve-se começar por tentar a desobstrução com a aplicação de pancadas nas costas (interescapulares) e, no caso de insucesso, tentar compressões abdominais (Manobra de Heimlich).

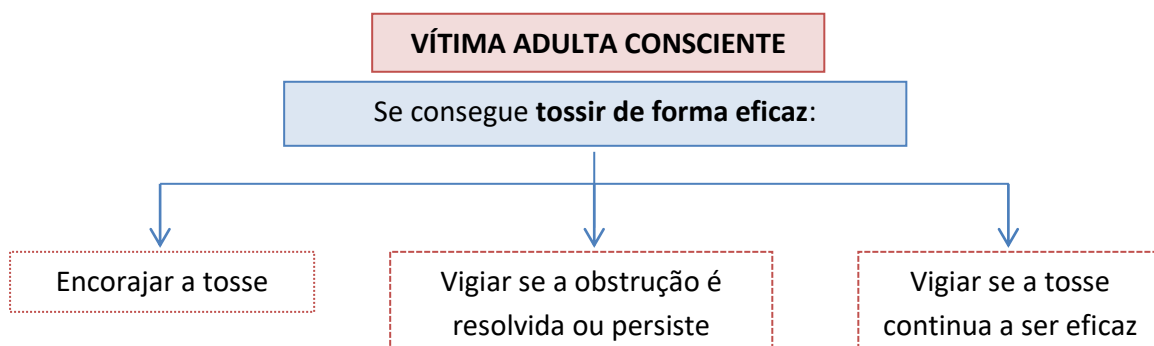
Distinção entre obstrução da via aérea por corpo estranho (OVA CE) ligeira e grave

Sinal	Obstrução ligeira (parcial)	Obstrução grave (total)
À pergunta 'Está engasgado?'	Responde 'Sim'	Incapaz de falar, pode acenar
Outros sinais*	Consegue falar, tossir e respirar (pode haver estridor)	Não respira / respiração ruidosa / tosse inaudível / inconsciente
* Sinais gerais de OVA: durante alimentação, a vítima aponta para o pescoço		

Fonte: INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013.

3. ATUAÇÃO EM CASO DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NO ADULTO

Quando a **vítima adulta se encontra consciente e consegue tossir de forma eficaz** (OVA ligeira) deve-se: encorajar a tosse e vigiar a vítima.



Se a **tosse é ineficaz**, ou a vítima é **incapaz de falar ou de respirar** deve-se aplicar de imediato **pancadas interescapulares**:

- Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio e passe o braço por baixo da axila da vítima para suportá-la a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca.
- Aplique pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas, isto é, na região interescapular.
- Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução.
- Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida.
- Aplique até 5 pancadas no total, se necessário.



Fonte: INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013.

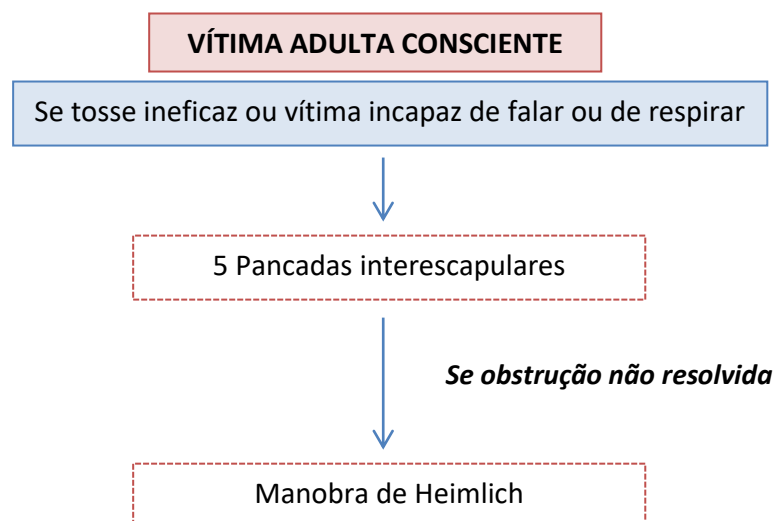
Se a **obstrução não for resolvida** com a aplicação das pancadas interescapulares deve-se efetuar compressões abdominais – **Manobra de Heimlich**:

- Coloque-se por trás da vítima, com uma das pernas entre as pernas daquela e coloque os braços à volta da vítima ao nível da cintura.
- Feche uma das mãos, em punho, e coloque a mão com o polegar encostado ao abdómen da vítima, na linha média um pouco acima do umbigo e bem afastada do apêndice xifóide.
- Com a outra mão agarre o punho da mão colocada anteriormente e puxe, com um movimento rápido e vigoroso, para dentro e para cima na direção do reanimador.
- Cada compressão deve ser um movimento claramente separado do anterior e efetuado com a intenção de resolver a obstrução.
- Repita as compressões abdominais até 5 vezes, vigiando sempre se ocorre ou não resolução da obstrução e o estado de consciência da vítima.



Fonte: <http://pt.slideshare.net/AnaPaulaRibeirodaFon/atendimento-de-primeiros-socorrosintervencao-aph>

Sintetizando a abordagem da vítima adulta consciente com OVA grave:



É importante referir que se deve repetir alternadamente 5 pancadas interescapulares e 5 compressões abdominais até à desobstrução ou até a vítima ficar inconsciente.

A manobra de Heimlich também pode ser executada pela própria vítima de OVA, caso se encontre sozinha. Para tal, deverá colocar uma mão em punho um pouco acima do umbigo e com a outra mão em cima da primeira comprimir para cima e para dentro com um movimento rápido. No caso de não obter sucesso poderá comprimir a porção superior do abdómen contra uma superfície rija, como por exemplo as costas de uma cadeira ou um varão de escadas.

A manobra de Heimlich causa uma elevação do diafragma e aumento da pressão nas vias aéreas, com a qual se consegue uma espécie de “tosse artificial”, forçando a saída do corpo estranho mas só deve ser aplicada a vítimas de OVA conscientes.

A ocorrência de complicações com a manobra de Heimlich pode ser minimizada pela correta execução da manobra, isto é, nunca comprimir sobre o apêndice xifóide ou na margem inferior da grelha costal, mas sim na linha média abdominal um pouco acima do umbigo. Mesmo com uma técnica totalmente correta podem ocorrer complicações.

Não se aplica a manobra de Heimlich nas grávidas em fim de gestação, nas vítimas francamente obesas e em crianças com menos de um ano de idade. Nestas situações utiliza-se a técnica das compressões torácicas.

No caso de uma vítima com OVA ficar **inconsciente** durante a tentativa de desobstrução da via aérea deve-se:

- Amparar a vítima até ao chão, colocando-a em decúbito dorsal.
- Ligar de imediato para o número de emergência 112.
- Seguir as instruções do Operador do INEM.
- Iniciar manobras de SBV.
- Pesquisar a cavidade oral antes das insuflações.

4. PANFLETO: OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Neste panfleto serão apresentados os sinais e sintomas da OVA em vítima adulta e o algoritmo específico de atuação para a desobstrução da via aérea.

Do levantamento de lares da cidade do Porto realizado nos *sites* das páginas amarelas e em lares online, com as palavras-chaves: lares de idosos; Porto, pude identificar 49 instituições (APÊNDICE 1). No entanto dado o número elevado e a minha disponibilidade de tempo para a concretização deste projeto, estabeleci contacto direto com apenas 10 lares de modo a informá-los do objetivo deste trabalho.

Inicialmente tinha previsto a realização de uma sessão prática de formação com duração de aproximadamente 10 minutos para os funcionários dos lares, mas isso não me foi possibilitado em todas as instituições. Assim naquelas em que não me foi possível, apenas facultei o panfleto e solicitei a sua divulgação e partilha pelos restantes funcionários. Face a esta contrariedade não foi possível aplicar a ficha de avaliação da sessão (APÊNDICE 3) elaborada de forma a verificar a satisfação dos participantes e a avaliar a pertinência de continuar a aplicar este projeto a outras instituições.

A **obstrução da via aérea** é uma emergência absoluta e se não for reconhecida e resolvida pode levar à morte em pouco tempo.

Frequentemente é causada por alimentos, sangue ou vômito, mas qualquer objeto sólido pode provocar este problema.

SINAIS E SINTOMAS

- Tosse ou tentativa de tossir
- Respiração ruidosa
- Dificuldade respiratória
- Movimentos respiratórios ineficazes
- Aflição
- Não consegue falar
- “Engasgado”

No caso da vítima ficar **inconsciente** durante a tentativa de desobstrução da via aérea deve-se:

- Amparar a vítima até ao chão, colocando-a em decúbito dorsal.
- Ligar de imediato para o 112.
- Seguir as instruções do Operador do INEM.
- Iniciar manobras de SBV (30 compressões e 2 ventilações).

Bibliografia: INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013.



Carla Magalhães - aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Como agir?



A sua intervenção pode salvar uma vida

INCENTIVAR A TOSSIR - Se a tosse é ineficaz, ou a vítima é incapaz de falar ou de respirar

- Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio .
- Passe o braço por baixo da axila da vítima para suportá-la a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente.
- Com a base da outra mão, aplique até **5 pancadas no total**, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas (região interescapular).
- Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada e após cada uma deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida.



Fonte: INEM

Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares deve-se efetuar a **Manobra de Heimlich**:

- Coloque-se por trás da vítima e circunde o abdómen da mesma com os seus braços;
- Incline a vítima para a frente;
- Feche uma das mãos, em punho, e coloque a mão com o polegar encostado ao abdómen da vítima, na linha média um pouco acima do umbigo .
- Com a outra mão agarre o punho da mão colocada anteriormente e puxe, com um movimento rápido e vigoroso, para dentro e para cima.
- Repita as **compressões abdominais até 5 vezes**, vigiando sempre se ocorre ou não resolução da obstrução e o estado de consciência da vítima.



Fonte: http://pt.wikipedia.net/wiki/P%C3%A1gina:Manual_de_primeiros_socorros.pdf

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

– A OVA é uma emergência absoluta e se não for reconhecida e resolvida pode levar à morte em pouco tempo.

– O reconhecimento precoce da OVA é indispensável para o sucesso no atendimento. É importante distinguir a obstrução da via aérea por corpo estranho de outras situações.

– Devemos estar atentos aos sinais e sintomas apresentados pela vítima e ter presente que a OVA pode ser ligeira ou grave.

– Na obstrução mecânica da via aérea no adulto consciente, existem várias manobras que podem ser efetuadas, com o objetivo de resolver a obstrução e que, caso sejam bem sucedidas, mantêm a permeabilidade das vias aéreas e evitam a paragem respiratória.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INEM - Protocolo Ambulância SIV: obstrução da via aérea, 2013.

LOPES, A. - Atendimento de primeiros socorros: intervenção da APH. [Em linha] 2014. [Consult. 25 Out. 2016]. Disponível na <http://pt.slideshare.net/AnaPaulaRibeirodaFon/atendimento-de-primeiros-socorrosintervencao-aph>

MATOS, C.; SOUSA, M. - Aspiração de Corpo Estranho no Idoso. Acta Med Port. Vol.29, nº5 (2016), p.340-343.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - LISTA DE LARES NA CIDADE DO PORTO

LISTA DE LARES NA CIDADE DO PORTO

A lista apresentada resultou da pesquisa na internet nas páginas amarelas e em lares online, com as palavras-chaves: “lares de idosos” e “Porto”.

Casa dos Pais Residência Geriátrica

Avenida da Boavista, nº 3179

4100-137 Porto

☎ 224 078 047 ou 916 750 346

Beneficência Evangélica do Porto

Rua Engenheiro Carlos Amarante nº 110

4250-089 Porto

☎ 228326371

Lar Maria Electa Almeida Coelho

Rua Henrique Pousão, 30

4100-278 Porto

☎ 226 063 435

Lar Património dos Pobres do Calvário do Carvalhido

Rua Sarmiento de Beires, 204

4250-448 Porto

☎ 228329550

Carlton Life Júlio Dinis

Rua Júlio Dinis, 595/9

4050-325 Porto

☎ 220406243

Lar de Idosos das Irmãzinhas dos Pobres

Rua Pinheiro Manso, 217

4100-412 Porto

☎ 226166190

Lar de Terceira Idade Raio de Sol

Rua Vitorino Damásio, 121

4200-532 Porto

☎ 225 503 216

Lar da Quinta Marinho - Santa Casa da Misericórdia do Porto

Rua da Bouça, 158

4050-119 Porto

☎ 223 207 902

Lar Nossa Senhora da Misericórdia - Santa Casa da Misericórdia do Porto

Rua Diamantina, 67

4350-145 Porto

☎ 223 207 902

Lar de Terceira Idade António Granjo

Rua António Granjo, 103/45

4300-029 Porto

☎ 225102594

Lar de São Lázaro - Santa Casa da Misericórdia do Porto

Rua das Fontainhas, 82

4000-237 Porto

☎ 223 394 859

Lar Ventos de Carinho

Rua Pereira Reis, 383

4200-448 Porto

☎ 228315597

Lar de Idosos Carlos da Maia

Rua Carlos Maia, 144
4200-150 Paranhos, Porto
☎ 225098020

Lar De Idosos Pimdo

Rua Ferreira Cardoso, 82
4300-197 Porto
☎ 225101837

Lar O Poente

Rua do Quanza, 119/121
4250 -384 Porto
☎ 228318864

Lar Geriátrico Arca d'Água

Rua Delfim Maia, 322
4200-253 Porto
☎ 225095934

Lar Minha Ternura

Rua Salazares 680, Aldoar
4100-442 Porto
☎ 911103813

Casa de Repouso Ferreira Cardoso

Rua Ferreira Cardoso, 64
4300-197 Porto
☎ 22 510 1837

Lar de Terceira Idade Sol Nascente

Rua António Granjo, 131

4300-029 Porto

☎ 225367010

Lar Nossa Senhora do Rosário

Rua Airosa, 12

4250-019 Porto

☎ 220990385

Lar de Terceira Idade D. Maria

Rua Lopo Soares de Albergaria, 47

4100-310 Porto

☎ 22 610 8183

Lar Chuva De Prata

Rua São Roque da Lameira 2311

4350-317 Porto

☎ 22 510 1412

Lar Sara Costa

Rua Santos Pousada, 323

4000-486 Porto

☎ 225 101 873

Lar Terceira Idade São José do Bonfim

Rua António Granjo, 170

4300-028 Porto

☎ 225106913

Lar de Terceira Idade Pôr do Sol

Rua Santos Pousada, 920

4000-482 Porto

☎ 225372838 ou 915277495

Lar O Bordão

Rua Fernandes Tomás, 28-r/c

4000-208 Porto

☎ 225390462

Lar Rainha Dona Beatriz

Rua Cerca, 388COND

4150-201 Porto

☎ 226182060

Lar de idosos Família do Futuro

Avenida Fernão Magalhães, 2639

4350-173 Porto

☎ 22 040 5907

Lar São José de Aldoar

R. Martim Freitas, 152

4100-326 Porto

☎ 226 179 585

Lar Terceira Idade Cinco de Outubro

Rua 5 Outubro, 469,1º

4100-176 Porto

☎ 226008686

Pinheiro Manso – Residência Sênior

Rua do Pinheiro Manso, 137

4100-412 Porto

☎ 910 506 577

Lar Luminoso Lda

Rua Rovuma, 85r/c

4200- 470 Porto

☎ 220403845

Lar Maria Antonieta Gonçalves

Rua Bateria, 201

4000-106 Porto

☎ 225 105 507

Lar Santa Clara do Bonfim

Rua Bonfim, 311

4300-070 Porto

☎ 225365134

Lar Residencial das Fontainhas

Alameda das Fontainhas

4000-235 Porto

☎ 222076680

Casa de Repouso Jardim da Foz

Avenida Doutor Antunes Guimarães, 645

4100-080 Porto

☎ 226189287

Lar Bela Vista - Maria Augusta Gonçalves

Rua São Roque Lameira, 2018

4350-306 Porto

☎ 225 376 053 ou 935 861 213

Lar Rosa Santos

Rua João Pedro Ribeiro, 785

4000-308 Porto

☎ 225074940

Lar de Terceira Idade D. Maria

Rua Lopo Soares de Albergaria, 47

4100-310 Porto

☎ 226108183

Residência Rainha Santa Isabel

Rua Bolsa, 80

4050-116 Porto

☎ 222 062 100

Lar Geriátrico O Recanto

Rua Santo António de Contumil, 271

4350-289 Porto

☎ 225091252

Residência Montepio Breiner – Porto

Rua do Breiner,136

4050-124 Porto

☎ 222 092 140

Lar Perfeito Amor

Rua D. Hugo, 13

4050-305 Porto

☎ 222081601

Lar Vida e Saúde Lda

Rua de António Aroso, 486

4100-061 Porto

☎ 22 615 5030

Abrigo de Nossa Senhora da Esperança

Rua de Santa Catarina, 935

4000-455 Porto

☎ 22 207 3790

Clave de Sol - Residência Sénior

Avenida da Boavista, 4293

4100-140 Nevogilde, Porto

☎ 919 021 515

Lar Luísa Canavarro

Rua São Brás, 293

4000-495 Porto

☎ 225092530

Lar de Monte dos Burgos

Rua Monte dos Burgos, 116

4250-309 Porto

☎ 228347500

Lar de Idosos Obra de Santa Zita

Rua da Firmeza, 152

4000-225 Porto

☎ 225 363 526

**APÊNDICE 2 - APROVAÇÃO DO PROJETO PELA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO
INEM**

APROVAÇÃO DO PROJETO PELA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO INEM

Mensagem recebida por correio eletrónico, com a autorização para a implementação do projecto, em lares de idosos na cidade do Porto sobre a obstrução da via aérea.

De: Rui Campos

Enviada: 23 de dezembro de 2016 08:06

Para:

Assunto: RE: Panfleto de estágio

Autorizada a utilização para esse fim restrito.

Proponho as seguintes correções - No panfleto onde diz:

"amparar a vítima até ao chão e colocando-a" deve dizer *"amparar a vítima até ao chão, colocando-a"*

"deve-se efetuar Manobra de Heimlich" deve dizer *"deve-se efetuar a Manobra de Heimlich"*

Obrigado

Rui Campos

Enfermeiro Diretor



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.

Rua Almirante Barroso, 36, 1000-013 Lisboa, PORTUGAL

TEL +351 21 350 81 00 / +351 22 206 50 00 MÓVEL +351 92 449 28 29

www.inem.pt

APÊNDICE 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

**AValiação DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM LARES DE IDOSOS – Obstrução
da via aérea no adulto**

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo recolher as opiniões dos participantes na sessão de formação sobre a obstrução da via aérea no adulto.

Assinale com um X a quadrícula que melhor corresponde à sua opinião.

1. Considera que é importante abordar esta temática?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

2. Já tinha conhecimento sobre as medidas a adotar perante uma obstrução da via aérea?

Sim Não

Se sim, como obteve essa formação: _____

3. A linguagem utilizada foi clara e assertiva?

Sim Não

4. A documentação distribuída é útil?

Nada útil Pouco útil Útil Muito útil

5. Após a sessão sente-se capaz de intervir em casos de obstrução da via aérea?

Nada preparada Pouco preparada Preparada Muito preparada

6. Apreciação global

Fraca Satisfatória Boa Muito Boa Excelente

7. Comentários e Sugestões:

Agradeço a sua colaboração,
Enfermeira Carla Magalhães

APÊNDICE IV - ARTIGO: AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PRÉ- HOSPITALAR

ARTIGO DE REVISÃO

As competências do Enfermeiro no pré-hospitalar: revisão integrativa

Competence of nurses in pre-hospital: an integrative review

Carla Magalhães*; Patrícia Coelho**

* Aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira no Instituto Português de Oncologia do Porto.

** Docente na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências, Porto; Doutoranda em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa Investigação em Saúde, Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa Investigação em Saúde, Porto.

RESUMO

Introdução: O enfermeiro assume um papel preponderante na área da emergência médica e assistência pré-hospitalar, e desde cedo, que o seu trabalho merece reconhecimento dos outros profissionais, devido às competências que detém e à elevada responsabilidade de atuação e decisão, que assume para salvar vidas. **Objetivo:** Analisar, a literatura existente sobre a atuação do enfermeiro no pré-hospitalar. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura na base de dados EBSCO, PUBMED, CINHALL, com os seguintes descritores: “*clinical competences*” e “*prehospital*” e “*emergency nursing*”. Como critério de inclusão foi definido, publicações no período de 2000 a 2017, que retratem a atuação do enfermeiro no pré-hospitalar e as suas competências. **Resultados:** Dos 22 artigos encontrados e analisados, apenas 4 artigos foram selecionados devido à pertinência e relevância com o tema (figura 1). **Conclusão:** O enfermeiro é detentor de competências específicas que lhe permite atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência. A sua atuação marca a diferença na sobrevivência, recuperação e na qualidade de vida, quando comparamos um doente que foi apenas transportado para o hospital e o outro, a quem foi iniciada a estabilização no local do acidente.

ABSTRACT

Introduction: The nurse assumes a preponderant role in the area of medical emergency and prehospital care, and, from an early age that his work deserves recognition of the other professionals, due to the competences that he holds and the high responsibility of action and decision, which he assumes to save lives. **Objective:** To analyze the existing literature on the performance of nurses in the prehospital setting. **Method:** We carried out an integrative review of the literature in the EBSCO database, PUBMED, CINHALL, with the following descriptors: "clinical competences" and "prehospital" and "emergency nursing. As inclusion criterion was defined, publications in the period from 2000 to 2017, which portray the performance of nurses in the prehospital and their competencies. **Results:** Of the 22 articles found and analyzed, only 4 articles were selected due to relevance and relevance to the theme (figure 1). **Conclusion:** The nurse has specific competencies that allow her to act autonomously and interdependently, integrated in the emergency intervention team. Its performance marks the difference in survival, recovery and quality of life, when we compare a patient who was only transported to the hospital and the other, who was started stabilizing at the accident site.

INTRODUÇÃO

A contribuição do enfermeiro na emergência pré-hospitalar em Portugal tem uma história tão longa como a história do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tendo em consideração o registo da formação em técnicas de emergência médica, para médicos e enfermeiros, realizada no mesmo ano, 1981, em que surgiu o próprio INEM (1).

O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contextos de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência (2).

A competência não é um estado nem se reduz a um conhecimento específico, mas situa-se numa encruzilhada com três eixos formados pela pessoa (sua história e socialização), pela sua formação académica e pela sua experiência profissional (3). Segundo este autor, a competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo

sistema de avaliações. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

Assim, a competência é saber mobilizar recursos, conhecimentos e capacidades para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta (3). A noção de competência aparece assim associada a ideias como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, assumir responsabilidades e ter uma visão estratégica.

As competências técnicas na área da emergência, englobam a capacidade para intervir de forma efetiva em situações de doença aguda e acidentes, e as intervenções devem abranger desde os aspetos técnicos mais simples, como inserir um acesso venoso ou colocar um adjuvante da via aérea, até aspetos mais complexos como providenciar um acesso intra-ósseo, colocar máscara laríngea ou mesmo interpretar o traçado eletrocardiográfico e reconhecer um ritmo de peri-paragem cardio-respiratória.

Este é assim, um campo rico para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências técnicas, no entanto, também é necessário um vasto conjunto de conhecimentos científicos para as saber aplicar da forma correta e adequada, contribuindo para uma diferenciação e melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Mas a prática de enfermagem não se restringe unicamente à prestação do socorro imediato no sentido de estabilizar as vítimas e tratar a sintomatologia, mas engloba as múltiplas dimensões do cuidar, incluindo cuidados de conforto e de apoio emocional, não só às vítimas como também às suas famílias. Como PHANEUF (2002) refere a competência profissional, não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspeto relacional dos cuidados (4).

A aplicação e o desenvolvimento de competências humanas e relacionais, ou seja, saber ser perante o outro, numa atitude de empatia e de compaixão, assume um papel decisivo na manutenção da boa relação entre o doente, a sua família e a equipa. A atitude positiva, a comunicação assertiva e a escuta atenta são elementos centrais que permitem estabelecer uma relação pessoal de partilha, em que a dor e o sofrimento humano desencadeiam uma resposta humana de ajuda e de proximidade.

O investimento na relação, permite planejar uma estratégia de intervenção mais adequada e verdadeiramente centrada no doente, o que será benéfico para ambos os intervenientes, uma vez que resulta em tomadas de decisão mais compartilhadas, maior satisfação do doente pelos cuidados recebidos e maior apetência do doente para transmitir referências positivas dos profissionais e das instituições (5).

Por fim, a necessidade de aquisição de competências éticas no desempenho do trabalho de enfermagem, que passam por cada profissional “amadurecer” e construir a sua própria personalidade, baseada em referenciais éticos que ajudam a manter a relação de proximidade e o cuidar centrado no doente. É o centrar os cuidados no doente que vai marcar a diferença, entre prestar um cuidado ou apenas realizar um ato. A capacidade de intervir positivamente, o respeito pela dignidade de cada pessoa, pelos direitos humanos, pelos direitos dos doentes e pela deontologia profissional, são aspetos essenciais para uma boa prática de enfermagem, assim como, instituir um plano de cuidado individualizado, sistematizado, com monitorização contínua, com a partilha e participação dos doentes, saber suspender medidas carecendo sempre da participação na toma de decisão e relação equipa/doente/família.

O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia. A pessoa é “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual*”, sendo influenciado “*pelo ambiente no qual vive e se desenvolve*” (6). Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e indivisível e a dignidade de cada pessoa.

Em suma, os cuidados aos doentes em situações de emergência requerem a mobilização de competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber fazer (técnicas), complementando com o saber ser enfermeiro na sua plenitude, um profissional de relação que privilegia o respeito e a dignidade da pessoa que cuida. A sua atuação marca diferença na sobrevivência, na recuperação, na qualidade de vida e nos custos associados à hospitalização (7).

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a atuação do enfermeiro no pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Após uma pesquisa de artigos publicados nas bases de dados EBSCO, PUBMED, CINHALL, entre os anos 2000-2017, utilizando a combinação dos seguintes descritores: “*clinical competences*” and “*prehospital*” and “*emergency nursing*”, foram encontrados 22 artigos científicos, escritos em inglês, italiano e português (figura 1). Destes apenas

foram selecionados quatro artigos (tabela 1), que vão de encontro com a minha questão nuclear: Quais as competências do enfermeiro no pré hospitalar?

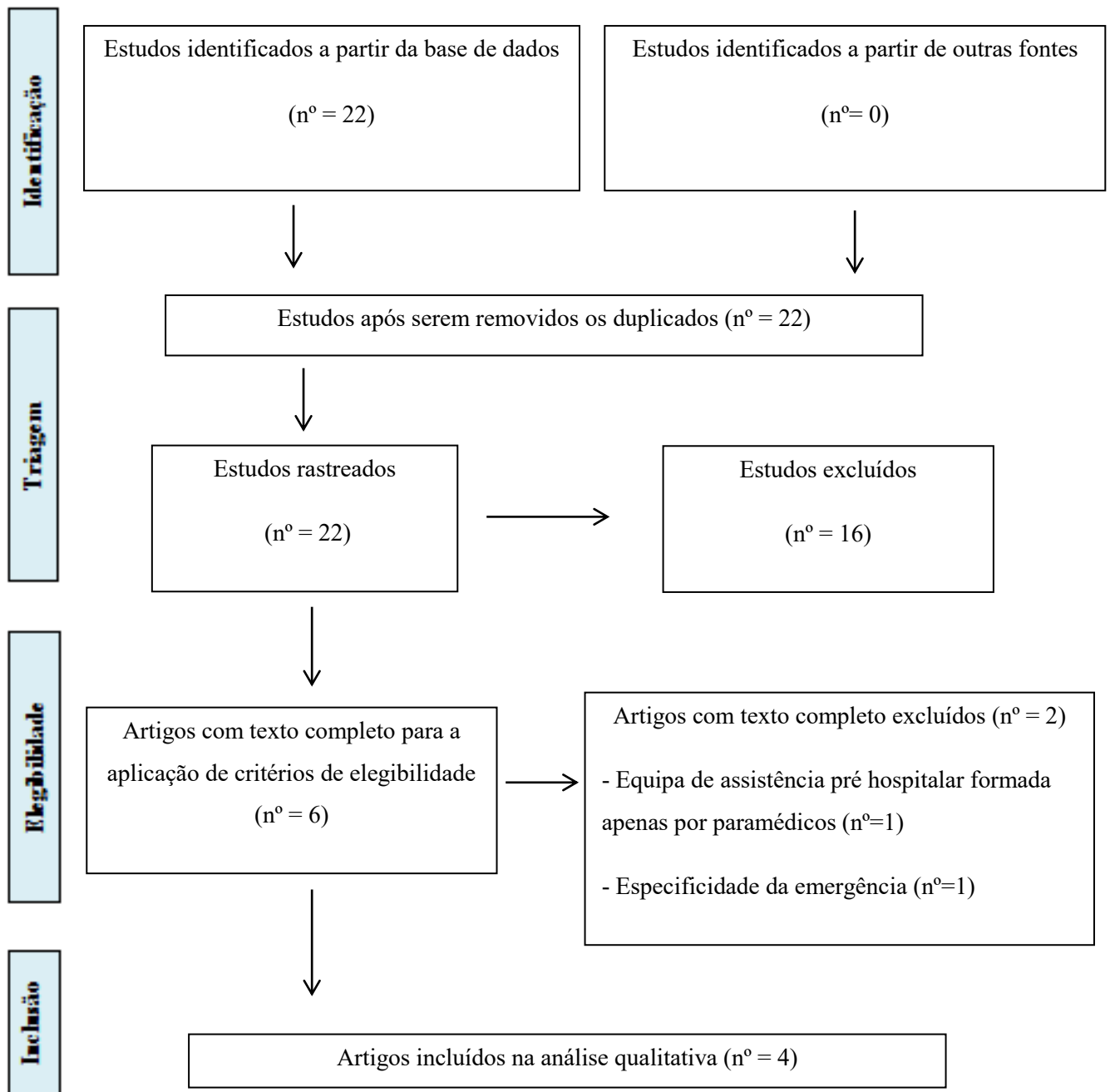


Figura 1. Processo de seleção dos artigos

Autor/ano País	Título do artigo	Objetivo	População e Método	Resumo dos resultados
Ribeiro, Luciene Silveira, Carla Castanheira, Carlos (2015, Brasil)	Nurse's roles in mobile prehospital care services in Brazil: integrative review	- Analisar, na literatura nacional e internacional, a atuação do enfermeiro nos serviços de atendimento pré-hospitalares móveis no Brasil, os desafios encontrados e suas perspectivas.	Revisão integrativa que analisou artigos científicos publicados no período de 2009 a 2013	<p>- A atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel é uma atividade recente. Desde então, este profissional é participante ativo, desenvolvendo várias funções e enfrentando muitos desafios.</p> <p>- Pré-requisitos gerais do enfermeiro: Disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipa; disponibilidade para a capacitação, bem como para a recertificação periódica.</p> <p>- Atividades a desenvolver: Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; fazer controlo de qualidade do serviço, obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem, conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.</p> <p>- O estudo evidenciou baixo conhecimento dos enfermeiros recém-formados quanto às questões de urgência e emergência, entretanto, mesmo com os desafios encontrados, realizam com sucesso a prestação do cuidado.</p>

Imbriaco, Guglielmo Mostardini, Marco Erbacci, Matteo Gamberini, Giovanni La Notte, Michele Dal Bosco, Luca Lopez, Rodrigo Fazi Andrea (2010, Itália)	Analysys of nursing staff competences in prehospital emergency medical services: results of an italian multicentric survey	- Analisar as competências de enfermagem no pré hospitalar em Itália	Pesquisa multicêntrica realizada através de um questionário, preenchido por telefone ou e-mail	- A assistência de enfermagem no território varia de acordo com a área geográfica, sendo maior a percentagem de enfermeiros na APH no centro-norte do que no sul e ilhas em que são os paramédicos e voluntários socorristas os responsáveis pela APH. - A intervenção dos enfermeiros traz benefícios para o doente em termos de sobrevivência, qualidade de vida e custos relacionados com a hospitalização.
Aftyka, Anna Droz' ak, Ewa Rybojad, Beata (2012, Polónia)	A comparison of ambulance responses to incidents of Medical Emergency Teams led by nurses and paramedics— A retrospective single-center study	- Comparar as respostas aos incidentes de equipas de emergência com enfermeiros e equipas de paramédicos, em termos de frequência de uso de farmacoterapia e procedimentos	Análise retrospectiva dos relatórios de chamada de ambulância.	- O enfermeiro deve ser uma pessoa com o título de especialista ou especializada em emergência, anestesia, cuidados intensivos, cirurgia, cardiologia ou pediatria.
Almeida, Alexsandro Nascimento, Eliane Rodrigues, Jeferson Schweitzer, Gabriela (2012, Brasil)	Intervention in situations of psychic crisis: challenges and suggestions of a prehospital care staff	- Conhecer como os profissionais do pré-hospitalar percebem as intervenções nas pessoas em crise psíquica	- Pesquisa descritiva, qualitativa	- Necessário investir em processos de formação, além de rediscutir a estratégia de protocolos como sistemas norteadores e não padronizadores. - A escuta favorece uma perspectiva histórica e explícita as contradições e os conflitos que mobilizam a crise.

Tabela 1. Resumo dos artigos consultados

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção do enfermeiros no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis, a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local da ocorrência, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção na unidade de saúde adequada (2).

Nalguns países, a presença do enfermeiro na assistência pré-hospitalar ainda é recente (8,9), no entanto, o enfermeiro assume um papel importante e ativo na equipa e no atendimento assistencial ao doente, prevenindo complicações, avaliando riscos potenciais e conduzindo o cuidado de forma segura e com qualidade. Na verdade, o enfermeiro do pré-hospitalar presta cuidados às vítimas em estado crítico, e o simples facto de iniciar gestos simples no local da ocorrência, pode marcar a diferença entre a vida e a morte.

Este é um profissional indispensável no atendimento pré-hospitalar pela sua liderança, conhecimento, agilidade, tranquilidade, oferecendo conforto ao doente. A sua intervenção traz benefícios para o doente em termos de sobrevivência, qualidade de vida e custos relacionados com a hospitalização (9).

No Brasil, em 2002, foram definidas as funções do enfermeiro e o perfil desse profissional na assistência pré-hospitalar (8). Nessa Portaria os enfermeiros são responsáveis por supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipa na assistência pré-hospitalar; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a doentes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nascido; realizar partos sem distócia; participar nos programas de formação de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controlo da qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem e conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, em 2007 (2) emitiu as várias orientações para as intervenções do enfermeiro no pré- hospitalar:

- Atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;

- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.

A prestação de cuidados de enfermagem em emergência pré-hospitalar implica trabalhar e tomar decisões complexas, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas, e em que a vida das pessoas e o seu restabelecimento dependem muito da qualidade da assistência imediata e dos procedimentos efetuados. É exigido aos profissionais de saúde a tomada de decisões complexas num curto espaço de tempo, em que por vezes, a informação clínica a que têm acesso sobre o doente é pouco detalhada ou precisa, obrigando-os a terem que assumir algum grau de risco pessoal.

De entre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem no pré-hospitalar, está o raciocínio clínico para a tomada de decisão, capacidade física e psíquica para lidar com situações de stress, capacidade de trabalhar em equipa e habilidade para executar as intervenções prontamente. A experiência, a formação e a habilidade técnica são características indispensáveis nestes profissionais. AFTYKA, et al., 2012 considera que o enfermeiro para trabalhar em contexto de pré-hospitalar, deve ser detentor do título de especialista ou especializado em emergência, anestesia, cuidados intensivos, cirurgia, cardiologia ou pediatria (10).

Da análise dos estudos, podemos ainda constatar que existe uma deficiência na formação destes profissionais, na área da urgência e emergência, sendo que este tema, ainda é insuficiente nos cursos de licenciatura (8,11).

Na realidade portuguesa, todos os enfermeiros que prestam cuidados no INEM têm formação específica para a adaptação ao contexto extra-hospitalar, que os habilita à sua atividade, conferindo as competências teórico - práticas consideradas essenciais.

Para além da formação inicial obrigatória, anualmente é instituído um plano de formação contínua com frequência obrigatória para os enfermeiros próprios do INEM e aberto a todos os outros que, apesar de terem vínculo aos hospitais, também colaboram com o INEM. Estas ações representam momentos importantes para a discussão de

problemáticas atuais da emergência pré-hospitalar, servindo de alavanca para a melhoria do serviço de enfermagem no INEM, com repercussões positivas nos cuidados que são disponibilizados à população.

É ainda de referir que cada vez mais, os enfermeiros no decurso das suas atividades procuram o aperfeiçoamento das suas habilidades e o aumento dos seus conhecimentos, e frequentam pós-graduações na área da emergência pré-hospitalar e cursos de longa duração, o que vai de encontro com ALMEIDA, et al. (2012) quando refere que é necessário investir em processos de formação (11).

CONCLUSÃO

Trabalhar no contexto pré-hospitalar exige um conjunto de competências, no entanto, a evidência científica sobre essa temática é ainda escassa neste campo.

O trabalho do enfermeiro, de forma geral, exige que cada profissional conduza as suas ações e tome as suas decisões fundamentando-se em evidências científicas, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre em conta a eficácia previsível da intervenção. O trabalho de enfermagem exige competência científica e técnica, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante.

Mas as intervenções de enfermagem vão mais além, promovendo a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética implícita no cuidar, que valoriza a dignidade humana de quem precisa, não apenas de tratamentos, mas também de cuidados globais centrados na própria pessoa.

Em suma, o enfermeiro do pré-hospitalar terá de prestar cuidados para a promoção da saúde, ser responsável pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora, consultar outros peritos de enfermagem ou outros profissionais de saúde, exercer os seus cuidados de acordo com o Código deontológico e decidir efetivamente sobre a ética dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª Edição, 2013.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar. [Em linha] 2007. [Consult. 5 Nov. 2016]. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17jan2007.pdf>

3. LE BOTERF, G. - Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed, 2003.
4. PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2002.
5. MARTINS, J. - Atuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competências in – MALAGUTTI, William – Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
6. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritos. [Em linha] Conselho de Enfermagem, 2001. [Consult. 5 Nov. 2016]. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
7. OLIVEIRA, A. - Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: experiências. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
8. RIBEIRO, L.; SILVEIRA, C.; CASTANHEIRA, C. - Nurse's roles in mobile prehospital care services in Brazil: integrative review. *Journal of nursing*. Vol.9, nº8 (2015), p.8882-8889.
9. IMBRIACO, G.; MOSTARDINI, M.; ERBACCI, M.; GAMBERINI, G.; LA NOTTE, M.; DAL BOSCO, L.; LOPEZ, R.; FAZI, A. - Analysis of nursing staff competences in prehospital emergency medical services: results of an italian multicentric survey. *Scenario*. Vol.27, nº4 (2010), p.35-42.
10. AFTYKA, A.; RUDNICKA-DROZAK, E.; RYBOJAD, B. - A comparison of ambulance responses to incidents of Medical Emergency Teams led by nurses and paramedics - A retrospective single-center study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.51, (2014), p.555-561.
11. ALMEIDA, A.; NASCIMENTO, E.; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. - Intervention in situations of psychic crisis: challenges and suggestions of a prehospital care staff. *Rev Bras Enferm*. Vol.67, nº5 (2014), p.708-714.

**APÊNDICE V - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE
IMPLANTADO**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Alunas: Carla Marisa da Silva Magalhães

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

Porto, Janeiro 2017

Abreviaturas e Siglas

CVC - Cateter Venoso Central

CVCTI - Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

IPO - Instituto Português de Oncologia

SU - Serviço de Urgência

TVP - Trombose Venosa Profunda

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	253
2. CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO	255
2.1.INDICAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DE CVCTI	256
2.2.CONTRA-INDICAÇÕES	256
2.3.VANTAGENS DO CVCTI	257
2.4.COLOCAÇÃO DO CVCTI	258
2.5.COMPLICAÇÕES	260
3. CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CATETER	265
3.1.MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA A MANIPULAÇÃO DO CVCTI.....	267
3.2.PROCEDIMENTO	268
3.2.1. Manipulação do CVCTI	268
3.2.2. Colheita de sangue por vácuo (recomendada) / seringa	270
3.2.3. Remoção da agulha	273
3.2.4. Heparinização do CVCTI	275
4. CONCLUSÃO	279
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281
APÊNDICES	285
APÊNDICE 1 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	287
APÊNDICE 2 - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	293
APÊNDICE 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	309

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com vista a dar resposta ao objetivo de estágio “promover e participar na formação em serviço”.

Este trabalho tem como tema: Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) e surgiu de uma proposta dos enfermeiros do Serviço de Urgência (SU) visto que a manipulação do CVCTI é uma prática pouco frequente pelo receio que gera e pela diminuta formação nesta área.

Tendo em conta a minha experiência profissional na manipulação destes dispositivos, adquirida diariamente na minha atividade profissional como enfermeira num serviço de medicina oncológica do Instituto Português de Oncologia (IPO) Porto considerei que também seria benéfico para mim e para os outros profissionais, esta partilha de conhecimentos práticos e baseados na evidência científica.

A formação e o treino dos enfermeiros, no que respeita à manipulação destes dispositivos, às indicações para o uso, aos procedimentos relativos à inserção, à manutenção e às medidas apropriadas de controlo de infeção são essenciais para uma prática mais segura e frequente.

O Cateter Venoso Central (CVC) tornou-se muito comum na prática clínica e é usado universalmente nas mais variadas situações das quais se destacam a monitorização hemodinâmica, hemodiálise, suporte nutricional e administração de medicação, constituindo-se como um recurso indispensável na prática médica. Cada vez mais é utilizado para garantir um acesso venoso duradouro a doentes com fragilidade vascular e cutânea, que necessitam de um tratamento prolongado, diminuindo-se assim o número de procedimentos dolorosos a que o doente será submetido.

Mas se por um lado, a sua utilização permitiu avanços terapêuticos também conduziu à origem de vários riscos associados, dos quais salientamos principalmente a infeção e a obstrução do cateter, fatores que contribuem para o aumento do período de internamento, da morbilidade e dos custos de hospitalização (SILVA e CAMPOS, 2009; ENCARNAÇÃO e MARQUES, 2013).

Na prática clínica, a manipulação, manutenção e otimização do CVC torna-se conivente ao valor preponderante dos cuidados de enfermagem, devendo o enfermeiro reunir um conjunto de conhecimentos e competências que lhe permitam manipular o CVC corretamente.

Como tal considereei pertinente realizar uma sessão de formação para os enfermeiros do SU para dar a conhecer as técnicas e protocolos de atuação na manutenção e manuseamento do CVCTI com reservatório subcutâneo, para assim diminuir os medos e receios na manipulação deste acesso e incentivar e aprimorar a atuação (APÊNDICE 2).

Após a sessão de formação será aplicada uma ficha de avaliação da sessão (APÊNDICE 3), de forma a verificar se os objetivos foram alcançados, bem como, perceber a satisfação dos enfermeiros com a sessão de formação.

Neste trabalho serão abordados temas como as indicações para a colocação de CVCTI, as contra-indicações, as vantagens e as complicações que decorrem do seu uso, o material e equipamento necessário para o correto procedimento na sua manipulação, colheita de sangue e heparinização.

Espero que com esta atividade possa contribuir para uma melhor qualidade na prestação de cuidados de enfermagem nesta área e deste modo que a eficiência do cuidar pontue os nossos atos.

2. CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

A cateterização de uma veia central começou em 1929 quando Forssman, introduzindo um tubo esterilizado numa veia do seu braço, descreveu as vantagens deste método para a Medicina. Porém, só desde o final dos anos 50 do século XX é que se desenvolveu a técnica de cateterismo central como procedimento na prática clínica, originando um avanço nos materiais utilizados, promovendo igualmente uma contínua melhoria nas opções terapêuticas ao dispor dos doentes (MENDES, 2007).

A introdução de cateteres de longa duração para administração de quimioterapia é uma técnica que começou a ser utilizada na década de 70, no entanto, a sua popularização só ocorreu na década de 80 após o desenvolvimento de reservatórios subcutâneos mais confiáveis e fáceis de utilizar (SILVA e CAMPOS, 2009).

O CVC tem vindo a ser progressivamente mais utilizado no cuidar de doentes que envolvem procedimentos terapêuticos complexos, como é o caso de um doente crítico ou de um doente oncológico, sendo utilizado essencialmente nos doentes que se encontram a realizar quimioterapia endovenosa.

O CVCTI com reservatório subcutâneo vulgarmente conhecido pelos profissionais de saúde por *implantofix*® (nome atribuído pela marca *B-Braun*®), consiste num sistema de acesso venoso a uma veia profunda, geralmente a veia subclávia. Estes são colocados em ambiente estéril de bloco operatório ou sala de pequena cirurgia através de anestesia local e inseridos cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente introduzidos sob a pele (BANHA, PIRES, VIVAS, 2009; SHEEHY, 2001).

O sistema é composto por uma câmara e por um cateter, sendo que o cateter é fabricado com silicone ou poliuretano, em que o extremo distal se situa normalmente na veia cava superior e o extremo proximal é fixado na câmara que é implantada no tecido subcutâneo do doente. A câmara ou reservatório subcutâneo é constituído normalmente por titânio recoberto por uma capa de silicone, cuja parte superior é formada por uma membrana em silicone designada por septo - destinado a receber a punção.

2.1. INDICAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DE CVCTI

Existem várias situações identificadas que levam à colocação do CVCTI, nomeadamente:

- Necessidade de infusão de fluídos quando não existe uma veia periférica adequada ou quando existe a impossibilidade de puncionar acessos periféricos;
- Doentes com necessidade de acesso venoso a longo prazo;
- Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia;
- Necessidade de administração de fármacos vasoativos;
- Administração de soluções hiperosmolares, com uma osmolaridade bastante elevada (superior a 700 mmol/L), tal como a nutrição parentérica;
- Monitorização da pressão venosa central;
- Administração de sangue e hemoderivados;
- Colheita frequente de sangue para análises laboratoriais (CORELLA CALATAYUD, et al., 2015; B BRAUN MEDICAL, 2005).

2.2. CONTRA-INDICAÇÕES

Como qualquer técnica cirúrgica, o cateterismo vascular tem um número de contra-indicações que podem ser absolutas impedindo absolutamente a sua colocação, ou relativas que implicam avaliar a estrita necessidade da sua colocação, as vantagens para o doente e os possíveis inconvenientes.

Como contra-indicações absolutas existem:

- Trombose completa do sistema venoso profundo como na síndrome da veia cava superior;
- Febre de origem desconhecida ou de causa inexplicável;
- Neutropenia absoluta.

Como contra-indicações relativas:

- Alterações da coagulação: trombocitopenia, anticoagulação, ou coagulação intravascular disseminada;
- Choque séptico ou infeção não controlada;
- História clínica prévia de complicações com anterior acesso vascular;
- Doente não colaborante;

- Doente politraumatizado em que haja lesão da clavícula ou da veia subclávia;
- Irregularidades anatómicas ósseas, adenopatias cervicais ou mediastínicas, tumores dos tecidos moles, cirurgia torácica prévia, trajeto venoso anômalo conhecido, cirurgia reconstrutiva do pescoço;
- Doente com alergia conhecida ao material do dispositivo a implantar;
- Infecções ou processos inflamatórios/ dermatológicos na zona do implante do cateter;
- Doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) grave;
- Antecedentes de irradiação no local de colocação do cateter;
- Pneumonia bilateral;
- Neoplasia do pulmão (CORELLA CALATAYUD, et al., 2015)

2.3. VANTAGENS DO CVCTI

Os CVCTI possuem uma série de vantagens no tratamento das doenças oncológicas, nomeadamente:

- Ser um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar por profissionais qualificados;
- Baixa taxa de complicações;
- Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite;
- Menos suscetibilidade a infeções locais e sistémicas;
- Diminuição do traumatismo, sofrimento e stress associado a sucessivas punções;
- Permite uma boa mobilidade e conforto para o seu portador, não interferindo com as suas atividades de vida diárias;
- Possibilita o tratamento em regime de ambulatório;
- O tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos), possibilitando um enorme número de punções (CORELLA CALATAYUD, et al., 2015).

Apesar de todas as vantagens estes dispositivos pode também apresentar alguns inconvenientes, tais como o preço elevado do equipamento, a necessidade de profissionais especializados na sua manipulação, a sua colocação em ambiente de bloco operatório ou a

necessidade de os serviços possuírem material adequado para a sua punção – agulhas de Hubber (*cytocan*®).

2.4. COLOCAÇÃO DO CVCTI

O CVCTI é introduzido pela técnica de *Seldinger* na veia cava superior através das veias subclávia, cefálica ou jugular interna. A implantação normalmente é realizada através de uma pequena incisão subcutânea na área da fossa infraclavicular e termina numa veia de grande calibre do tórax, como a subclávia. A localização do reservatório subcutâneo pode ser alterada em função das características do doente, pois no caso em que não seja possível a implantação no tórax devido a uma mastectomia bilateral, o reservatório pode ser implantado na zona do ombro, mais propriamente no trapézio (COPPER, PACANOWSKI, BELL, 2005).

Para a colocação do CVC posiciona-se o doente em decúbito dorsal com a cabeceira da cama a 30°, em posição de *Trendelenburg* e insere-se um coxim ou rolo debaixo das escápulas, deixando a cabeça levemente estendida e rodada para o lado oposto ao da punção. Dá-se preferência ao lado direito, pois as complicações como pneumotórax, hemotórax e quilotórax são mais frequentes após tentativas de punção do lado esquerdo, isto ocorre porque o ápice do pulmão é mais alto à esquerda do que à direita e o ducto torácico localiza-se à esquerda. Além disso, o caminho entre a veia jugular interna direita e o átrio direito é mais direto (CARLOTTI, 2012).

A colocação de acessos venosos continua a ser efetuada de uma forma cega, sendo utilizadas as referências anatómicas, obtendo-se taxas de sucesso entre os 75 e os 99%. Embora a colocação de cateteres guiada por ecógrafo continue a ser pouco utilizada, esta tem uma taxa de complicações inferior a 1%. Quando utilizadas exclusivamente referências anatómicas, o risco de ocorrência de punção arterial inadvertida é de 8,4%. No entanto, o risco de punção arterial é de 6% se for utilizada a veia jugular interna, e de 0,5-4% se utilizada a veia subclávia (NAYEEMUDDIN, PHERWANI, ASQUITH, 2013).

Fatores como o morfotipo (obesidade, pescoço curto), hipotensão e hipovolemia, assim como a hipoxémia (pela dificuldade em distinguir o fluxo arterial do venoso), são de risco à lesão arterial. Também a existência de cicatrizes, ou de múltiplas utilizações prévias, como por exemplo na insuficiência renal crónica, pode conduzir à distorção da anatomia normal (NAYEEMUDDIN, PHERWANI, ASQUITH, 2013).

Durante a colocação do cateter, existem alguns sinais de alarme que devem levar à suspeita de lesão arterial. Estes incluem a constatação de fluxo retrógrado pulsátil de sangue bem oxigenado e a hemorragia persistente em redor do local de inserção do cateter. As várias técnicas para confirmação clínica da lesão arterial passam pela realização de um ecodoppler, pela tomografia axial computadorizada e pela angiografia com injeção de contraste, via lúmen do cateter. Também o trajeto do cateter na radiografia de controlo pode fazer suspeitar da sua localização na árvore arterial, principalmente se colocado nos vasos cervicais (PIKWER, et al., 2009).

Após a colocação as manifestações clínicas de punção arterial são normalmente autolimitadas, mas em cerca de 30% dos casos tornam-se sintomáticas, com conseqüente desenvolvimento de hemorragias/hematoma em expansão, hemotórax, deficits neurológicos (AVC por trombose arterial ou embolia cerebral) ou sintomas isquémicos, revestindo-se por vezes de grande gravidade.

A posição do cateter deverá ser confirmada após a sua colocação por radiografia do tórax, não apenas para controlo, mas para despiste de possíveis complicações imediatas. Este tipo de cateteres pode ainda ser colocado com o auxílio de fluoroscopia - técnica radiológica que permite obter imagens em tempo real do doente, que envolve radiação ionizante, mas que é bastante dispendiosa e envolve o recurso a equipamento adicional e profissionais bastante especializados. No entanto, a radiografia de tórax de controlo após a colocação do cateter revelou eficácia semelhante à fluoroscopia durante a implantação com uma menor exposição a radiação (LABELLA, et al., 2005).

Deve também ser verificada se a ponta do cateter fica próxima ao átrio direito, de modo a que os batimentos cardíacos e a alta pressão venosa ajudem a manter a ponta do cateter livre de aderências e com menos hipótese de trombose (MALCATA e PEQUITO, 2007).

Quando a conexão do cateter ao reservatório está terminada, é feito um teste com soro fisiológico 0.9% para aferir a funcionalidade do dispositivo. Após os testes de correto funcionamento do cateter, a fixação deste dispositivo é efetuada de uma sutura com polipropileno (*prolene*®).

Deve haver, por parte do médico que coloca o cateter, a preocupação de para que este não fique muito profundo, de modo a facilitar a sua palpação e posterior punção. Outro dos aspetos a ter em conta, é que a sutura não fique, se possível, situada por cima do local de acesso do reservatório subcutâneo, para não dificultar a punção do cateter.

É ainda de referir que deve ser dada particular atenção ao cateter implantado por cima da veia subclávia, para que este seja introduzido fora do espaço costoclavicular, pois pode ocorrer rutura do cateter na veia subclávia (fenómeno de “*pinch-off*”) e o risco de extravasamento de drogas infundidas e a embolização da extremidade distal podem ter consequências sérias. Quando tal ocorre, deve haver uma vigilância rigorosa existindo alguns sinais clínicos que indicam que o cateter está comprimido, tais como: o doente necessita de levantar o braço para permitir a infusão, dificuldade de aspiração ou infusão, dor subclavicular ou inchaço durante a infusão, palpitações ou desconforto no peito podem significar fratura do cateter (B BRAUN MEDICAL, 2005).

A primeira punção do CVCTI só deve ser feita 48 a 72 horas após a sua colocação, porque pela necessidade de palpação do reservatório é criada uma pressão e há o risco de seroma, hematoma e de deiscência da sutura do local de inserção (CORELLA CALATAYUD, et al., 2015).

2.5. COMPLICAÇÕES

O CVCTI tal como qualquer cateter pode apresentar algumas complicações aquando a sua colocação e posterior utilização. As complicações que podem surgir não são apenas operatórias decorrentes da própria técnica cirúrgica da colocação do cateter (pneumotórax, hemotórax ou falso trajeto), podem ser também complicações imediatas ou tardias, de carácter local ou relacionadas com o próprio cateter.

As **complicações locais** podem ser: hemorragia, hematoma subcutâneo, reação inflamatória, infeção, ulceração ou necrose cutânea, deiscência da ferida, dor, embolia ou trombose venosa.

As **complicações mecânicas** associadas ao material/dispositivo podem ser: fratura do cateter, migração da câmara, obstrução do cateter - por dobragem do mesmo, bloqueio do extremo distal contra a parede vascular, compressão do cateter entre a clavícula e a primeira costela e oclusão por precipitação de fármacos ou coágulos (MALCATA e PEQUITO, 2007).

A **infeção relacionada com o CVC** é relatada em muitos estudos como sendo a principal causa do aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos adicionais nos cuidados de saúde (ROSENTHAL, et al., 2004; PINA, et al., 2010).

A infeção relacionada com o CVC pode ser localizada ou sistémica, sendo que o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2011) define a infeção localizada como

o crescimento significativo de um microrganismo (> 15 unidades formadoras de colónias) da ponta do cateter, do segmento subcutâneo, ou lúmen do cateter, usando um método semiquantitativo. Por sua vez, uma infecção sistêmica engloba a infecção localizada, mais o crescimento do mesmo organismo a partir da cultura de uma amostra de sangue periférico.

A SOCIEDADE ESPANHOLA DE NEFROLOGIA (2004) define 4 tipos principais de infecções associadas ao CVC: bacteriemia, por isolamento do mesmo microrganismo no sangue e no cateter por métodos semiquantitativos (≥ 15 unidades de colónias) ou quantitativo (≥ 1000 unidades de colónias) na ausência de outro foco infeccioso; infecção do túnel subcutâneo, quando existe presença de sinais inflamatórios e exsudado purulento desde o cuff de dracon até ao orifício de saída, associado ou não a bacteriemia; infecção do orifício de saída do cateter, associado à presença de exsudado purulento através do orifício de saída do cateter não associado a infecção do túnel e geralmente sem repercussão sistêmica e por último, a colonização pelo cultivo por método semiquantitativo de ≥ 15 unidades formadoras de colónias ou ≥ 1000 por método quantitativo.

Um dos fatores determinantes no desenvolvimento de infecções é a formação de um biofilme pelas bactérias, fator que contribui para a oclusão do cateter. As observações de biofilmes foram, inicialmente, feitas por Antonie Van Leuwenhoek, no entanto, a primeira publicação detalhada que descreve biofilmes foi realizada por Zobell em 1943. O biofilme é um fenómeno caracterizado pela aderência, multiplicação e formação de uma comunidade de microrganismos estruturada, fechada e protegida numa matriz, onde estes cooperam mutuamente, para se protegerem de um ambiente hostil, composto por neutrófilos e antimicrobianos. O grande problema da formação de um biofilme é a enorme resistência que este tipo de bactérias, agregadas, possui relativamente aos agentes antimicrobianos (DONLAN, 2001).

Os microrganismos que são isolados com maior prevalência em CVC são por exemplo: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, e *Pseudomonas aeruginosa* (DONLAN, 2001).

Quanto aos sinais e sintomas associados à infecção do CVC incluem a nível local: eritema, edema, aumento da sensibilidade do local de saída do cateter ou do túnel subcutâneo, celulite e/ou drenagem purulenta pelo local. A nível sistêmico pode verificar-se febre, calafrios, alteração do estado mental, fadiga muscular, náuseas, vômitos, hipotensão, taquicardia e/ou hiperventilação.

As infecções relacionadas com o cateter têm origem multifatorial e complexa. São consideradas potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares: as mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, os fluidos contaminados e a via hematogénea (SILVA, OLIVEIRA, RAMOS, 2009; ROSENTHAL, et al., 2004).

Para a sua identificação deve-se colher uma hemocultura de veia periférica e outra do cateter procedendo à respetiva identificação, evitando a colheita em pico febril ou em alturas em que há maior concentração de antibiótico em circulação (CDC, 2011). Após a identificação da infeção e do microorganismo causal é que deve ser instituída a antibioterapia adequada e nos casos em que o doente não responde à terapêutica, pode ser indicada a remoção do dispositivo intravascular (VASQUES, REIS, CARVALHO, 2009; PIRES e VASQUES, 2014).

A melhor forma de prevenir este tipo de complicações é a utilização de técnica asséptica durante a manipulação do cateter assim como respeitar os prazos estabelecidos de troca de agulha e conexões (VASQUES, REIS, CARVALHO, 2009). É também essencial na prevenção da infeção a existência de protocolos de cuidados atualizados, a formação e treino dos profissionais que manuseiam este tipo de dispositivos, a escolha do tipo de cateter e do local de inserção, a desinfecção da pele na colocação e no manuseamento do cateter e ainda o tipo de penso utilizado. Todas estas medidas, baseadas na melhor evidência disponível, concorrem para o aumento da segurança dos cuidados prestados aos doentes, e a sua aplicação de modo integrado, estruturado e sistematizado tem vindo a demonstrar resultados bastante positivos (PINA, et al., 2010).

Cabe assim aos profissionais de saúde um melhor conhecimento e domínio sobre o recurso aos cateteres implantados, a sua manipulação, respeitando a assepsia do mesmo, de modo a minimizar as complicações tendo em conta que grande parte dos portadores tem baixa imunidade, uma vez que estão sob tratamento de quimioterapia.

Uma outra complicação do CVCTI é a **obstrução** que consiste num bloqueio causado pela precipitação de medicação, formação de coágulos ou compressão anatómica, o que conduz à incapacidade de infundir ou injetar fluidos e de aspirar sangue.

As causas de obstrução podem ser agrupadas em três grandes grupos: intrínsecas à implantação, intrínsecas à manipulação do CVC ou intrínsecas à pessoa (CABALLERO, 2006). As causas intrínsecas à implantação estão diretamente relacionadas com a colocação do cateter quando a ponta do cateter fica localizada no espaço intracardíaco, quando há a migração da ponta para outro vaso ou quando esta se encontra encostada à parede do vaso.

As causas intrínsecas à manipulação do CVC englobam a técnica de manipulação e a técnica de lavagem, a precipitação de fármacos e a atuação em caso de obstrução parcial, ou seja, a atuação quando se suspeita de depósitos de fibrina no interior do lúmen do cateter.

Por último, as causas intrínsecas à pessoa estão diretamente relacionadas com o doente englobando as alterações da coagulação, a hipertensão venosa, a presença de tumores mediastínicos ou de alterações anatómicas que provoquem compressão ao longo do percurso de inserção do cateter, bem como, a fibrose dos vasos.

No caso da obstrução deste dispositivo por formação de coágulos, esta surge como consequência da ativação da coagulação. Na obstrução por formação de coágulos, as causas principais são o contacto do sangue com uma superfície estranha como é o material do cateter, a perda de endotélio vascular como dano secundário à implantação do próprio cateter, os fármacos administrados, os episódios de infeção do cateter ou a estase venosa no lúmen do CVC (VASQUES, REIS, CARVALHO, 2009).

Como forma de prevenir a obstrução do cateter é recomendada a lavagem com 20cc de soro fisiológico 0.9% regularmente entre a administração de dois ou mais medicamentos e após o uso do dispositivo, proceder à sua heparinização cuja solução deve ter concentração final de 100UI/ml (VASQUES, REIS, CARVALHO, 2009). Deve-se ainda avaliar possíveis oclusões mecânicas como: mau posicionamento do cateter, dobras e, até mesmo, mau posicionamento da agulha (PIRES e VASQUES, 2014).

Existem alguns sinais clínicos que podem indicar que a permeabilidade e a integridade do CVCTI pode estar comprometida, de entre eles ressaltam-se: o doente tem de elevar o braço para permitir a infusão, funcionamento intermitente do cateter, dificuldade em aspirar ou infundir, dor subclavicular ou edema local, durante a infusão, palpitações ou desconforto no peito. Quando o doente apresentar algum destes sinais/sintomas deve ser contactado o médico assistente para observar o doente e despistar a existência de alguma complicação com o CVCTI.

A **Trombose Venosa Profunda** (TVP) é uma complicação grave e relativamente frequente podendo ocorrer de forma aguda ou insidiosa. Quando aguda, ela surge abruptamente, provocando dor, algumas vezes febre, circulação colateral e edema do pescoço ou do braço, quando insidiosa, é caracterizada por uma queda progressiva no rendimento do cateter, reduzindo inicialmente o refluxo e posteriormente, de forma gradativa, também o seu fluxo até à obstrução completa (ALBUQUERQUE, 2005).

Assim os enfermeiros devem estar atentos e identificar precocemente possíveis sinais e sintomas desta eventual complicação, como a dor ou o edema.

Por último, o **extravasamento** que pode ocorrer como consequência da formação de fibrina ou trombo na ponta do cateter e a fratura do dispositivo, sendo responsáveis, respectivamente, por 1% a 2% e mais de 2% das ocorrências. Este extravasamento pode ainda estar relacionado com a inserção incompleta da agulha na câmara, deslocamento da agulha decorrente de mudanças no posicionamento e manipulações frequentes, bem como desconexão entre o cateter e o reservatório (VASQUES, REIS, CARVALHO, 2009).

Uma vez que a causa do extravasamento é multifatorial, os mesmos autores descrevem as medidas de prevenção desses fatores. Assim, relativamente à incompleta inserção da agulha na câmara recomendam, evidentemente, uma punção em que a agulha fique totalmente inserida no dispositivo e o uso do tamanho adequado da mesma. Quanto ao deslocamento da agulha, este pode ser evitado com a realização de um penso que proteja inteiramente a agulha, evitando a tração dos equipamentos conectados ao cateter. Em relação ao extravasamento provocado pela rutura do cateter, não se deve utilizar a forte pressão exercida pelas seringas de pequeno calibre.

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CATETER

Se por um lado esta técnica facilita a prática de procedimentos terapêuticos, por outro, pode constituir um grave problema na vida de um doente. Por isso, além da correta colocação do cateter, não é menos importante a segurança e eficiência na sua utilização e manipulação, cumprindo à enfermagem um papel fundamental. É o enfermeiro que tem a função preponderante na vigilância da segurança do doente e do CVC e na avaliação da eficiência do seu funcionamento. Assim, exige-se que preste cuidados de qualidade ao doente com CVCTI, para assegurar o seu correto funcionamento e despistar possíveis complicações que possam ocorrer.

De forma a existir um correto manuseamento do CVCTI é fundamental existirem alguns cuidados e/ou precauções com o dispositivo, nomeadamente:

- Antes da colocação do CVCTI devemos assegurar-nos que o doente tem conhecimento do procedimento a que vai ser sujeito e obter o seu consentimento e colaboração (MALCATA e PEQUITO, 2007);
- O local de inserção do CVC deve ser observado diariamente para despiste de sinais de inflamação local (eritema, edema, exsudado) ou sangue. Sinais de infeção sistémica também devem ser monitorizados, nomeadamente hipertermia (Nipo111, 2016);
- Na existência de sinais inflamatórios, não deve ser utilizado o cateter, e deve ser informado o médico assistente (MALCATA e PEQUITO, 2007);
- A manipulação do cateter deve ser feita com estrita técnica asséptica, de modo a prevenir a contaminação do mesmo (Nipo111, 2016); Devem ser alternados os pontos de punção da agulha sobre a pele (MALCATA e PEQUITO, 2007);
- O sistema a utilizar na punção (agulha/seringa ou agulha/sistema) deve estar completamente livre de bolhas de ar (Nipo111, 2016);
- Após a punção não mexer ou rodar a agulha quando esta estiver no interior da câmara, para não haver lesão da membrana e não aumentar o orifício da punção, aumentando o risco de infeção e extravasamento (Nipo111, 2016; N1096.3, 2016);
- Nas situações em que o tratamento preconizado tem a duração de apenas algumas horas utilizam-se as agulhas tipo “hubber” anguladas, com alas. Nas situações em

que o tratamento perdura por um ou vários dias utilizam-se as agulhas *intrastick*, caracterizadas por patela adesiva, sistema em harmónio e prolongamento com válvula anti refluxo (Nipo111, 2016);

- A agulha deverá ser substituída no máximo de 7/7 dias (Nipo111, 2016; N1096.3, 2016);

- Deve-se substituir sistemas de soros, incluindo torneiras, conectores e prolongadores, de 72/72 horas e em cada episódio de colheita de hemoculturas (Nipo111, 2016);

- No caso de administração de sangue e/ou derivados deve-se trocar no final da perfusão (máximo 4 horas). Os sistemas de administração utilizados para a nutrição parentérica completa (com emulsões lipídicas) trocam-se todas as 24 horas e os das alimentações parentéricas sem emulsões lipídicas de 48/48 horas, quanto aos sistemas de albumina substituem-se de 12/12 horas (Nipo111, 2016);

- No caso específico de perfusões de lípidos como é exemplo o *propofol*®, a mudança de linhas e conexões do sistema de perfusão deve ser feita a cada 12 horas (CDC, 2011);

- Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva no dispositivo de acesso, o que poderá danificar o cateter (Nipo111, 2016; N1096.3, 2016);

- Sempre que se sentir resistência à administração deve parar-se imediatamente a injeção/perfusão. A resistência pode ser sinal de uma incorreta colocação da agulha, de uma obstrução por trombo ou placa de ateroma na câmara (Nipo111, 2016; N1096.3, 2016);

- Evitar manipulações desnecessárias de conexões e linhas de perfusão e aceder às conexões, efetuando a desinfeção alcoólica prévia com álcool a 70° (CDC, 2011);

- Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção (pensos de gaze ou transparentes de poliuretano semipermeáveis para o local de inserção do CVC (CDC, 2011);

- Se o doente está diaforético, ou se há hemorragia no local de punção ou extravasamento, utilizar penso com gaze até ter o problema resolvido (CDC, 2011);

- Remover o penso sempre que se encontrar húmido, descolado e visivelmente sujo (CDC, 2011);

- Efetuar o tratamento do local de inserção do CVC com penso de gaze pelo menos a cada 2 dias e se o penso for transparente pelo menos a cada 7 dias (CDC, 2011).

3.1. MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA A MANIPULAÇÃO DO CVCTI

Para punção da câmara implantada:

- ✓ Máscara cirúrgica
- ✓ Avental ou bata
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado
- ✓ Álcool a 70°
- ✓ Solução antisséptica com chlorohexidina a 2% (Ex: *Skinprep*®)
- ✓ Seringas esterilizadas de 10cc
- ✓ Agulha tipo “*Hubber*” angulada ou *intrastick*
- ✓ Seringa com heparina pré diluída (*Fibrilin*)
- ✓ Conectores sem pressão ou pressão neutra (tipo *Bionecteur*®)
- ✓ Soro fisiológico 0,9%
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Penso adesivo esterilizado (*IV 3000*®/*Tegaderm*®)
- ✓ Saco de resíduos do Grupo II e III

Para colheita de sangue:

- ✓ Máscara cirúrgica
- ✓ Avental ou bata
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado
- ✓ Álcool a 70°
- ✓ Seringas de 10cc ou maiores
- ✓ Agulhas
- ✓ Material de colheita por vácuo (adaptador e porta tubos esterilizado)
- ✓ Tubos de colheita
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10cm
- ✓ Soro fisiológico 0,9%
- ✓ Saco de resíduos do Grupo II e III

Para remoção da agulha de punção:

- ✓ Máscara cirúrgica
- ✓ Avental ou bata
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado
- ✓ Álcool a 70°
- ✓ Seringas de 10cc
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10cm
- ✓ Soro fisiológico 0,9%
- ✓ Seringa com heparina pré diluída (*Fibrilin*)
- ✓ Solução antisséptica com chlorhexidina a 2% (Ex: *Skinprep*®)
- ✓ Protetor cutâneo (Ex: *Cavillon*® ou similar)
- ✓ Película adesiva pequena (Ex: *Optiskin*® ou similar)
- ✓ Saco de resíduos do Grupo II e III

3.2. PROCEDIMENTO

3.2.1. Manipulação do CVCTI

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Identificar o doente	Evitar erros
2. Explicar o procedimento ao doente	Direito à informação/obter correta colaboração do doente
3. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata	Prevenir risco de infeção
4. Proceder à desinfeção do carro/tabuleiro de apoio do material esterilizado com álcool a 70°	Prevenir contaminação do material
5. Preparar todo o material e equipamento e transportá-lo para junto do doente	Economizar tempo
6. Isolar o doente	Respeitar privacidade

<p>7. Posicionar o doente de acordo com o local de acesso:</p> <p><i>Veias jugular e subclávia:</i> Decúbito dorsal ou sentado, com a cabeça voltada para o lado contrário à manipulação</p> <p><i>Veia femoral:</i> Decúbito dorsal</p>	<p>Melhor acesso à câmara do cateter / evitar conspurcar local da punção</p>
<p>8. Verificar, por palpação, a câmara e observar a existência de hipersensibilidade, rubor, tumefação ou serosidades</p>	<p>Identificar o local de punção</p> <p>Despistar potencial infeção</p>
<p>9. Colocar solução antisséptica com clorhexidina a 2%, sobre o local a puncionar</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>10. Proceder à desinfeção higiénica das mãos</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>11. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, em técnica asséptica, todo o material esterilizado necessário</p>	<p>Facilitar o acesso ao material</p> <p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>12. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (ex: frasco soro)</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>13. Calçar 2ª luva esterilizada</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>14. Proceder à segunda assepsia do local de punção e área circundante, usando compressas embebidas em solução antisséptica com chlorhexidina a 2%, executando movimentos em espiral do centro para periferia, deixando atuar cerca de 15 segundos</p>	<p>Prevenir risco de infeção</p>
<p>15. Localizar o acesso por palpação da câmara e fixá-la entre os dedos, indicador e polegar.</p>	<p>Imobilizar a câmara</p>

16. Dirigir a agulha (previamente preenchida com soro fisiológico 0.9%) ao ponto central, entre os dedos e perpendicularmente à pele e ao septo, mantendo a câmara imobilizada	Aceder corretamente à câmara Evitar danificar o cateter
17. Pesquisar refluxo de sangue	Confirmar correto posicionamento da agulha dentro da câmara
18. Aspirar com seringa de 10cc, cerca de 5cc de sangue e rejeitar	Evitar contaminação com heparina
19. Adaptar seringa contendo 10cc de soro fisiológico 0.9% e administrá-los em bólus push/pause	Remover qualquer resíduo de sangue de forma a prevenir a obstrução do cateter
20. Efetuar o procedimento para o qual o cateter foi puncionado: administração de medicação e/ou colheita de sangue	Seguimento dos cuidados definidos
21. Fixar a agulha com película adesiva esterilizada (<i>IV 3000®/Tegaderm®</i>)	Evitar deslocação da agulha Evitar contaminação do local de inserção
22. No final rejeitar o material usado, nos respetivos contentores	Promover a segurança do ambiente
23. Retirar as luvas e lavar as mãos	Prevenir risco de contaminação

3.2.2. Colheita de sangue por vácuo (recomendada) / seringa

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Confirmar a requisição da colheita a efetuar	Evitar erros
2. Identificar o doente	Evitar erros

3. Validar a identificação do doente com as requisições e etiquetas de identificação dos produtos	Evitar erros
4. Explicar o procedimento ao doente	Direito à informação/obter correta colaboração do doente
5. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata	Prevenir risco de infeção
6. Preparar todo o material e equipamento, e transportá-lo para junto do doente	Economizar tempo
7. Parar as perfusões em curso antes de proceder à colheita (se for o caso)	Evitar alteração da amostra
8. Proceder à desinfeção higiénica das mãos	Prevenir risco de infeção
9. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, com técnica asséptica, todo o material necessário	Prevenir risco de infeção
10. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (ex: frasco soro, frasco álcool, ...).	Prevenir risco de infeção
11. Calçar 2ª luva esterilizada	Prevenir risco de infeção
12. Com uma compressa embebida em chlorohexidina a 2%, envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador de agulha e obturador	Prevenir risco de infeção
13. Retirar o sistema de perfusão, protegendo-o adequadamente (ex: agulha capsulada) se for para voltar a utilizar	Prevenir risco de infeção

<p>14. Administrar 10 a 20cc de soro fisiológico 0.9% em bólus push/pause</p>	<p>Remover qualquer resíduo de medicação de maneira a não contaminar a amostra</p>
<p>15. Com compressas embebidas em álcool abrir o adaptador e conecta-lo ao porta tubos</p> <p>Na impossibilidade de colheita por sistema de vácuo, utilizar uma seringa</p>	<p>Evitar contaminação</p> <p>Proceder à colheita</p>
<p>16. Com compressa embebida em álcool segurar o cateter</p>	<p>Evitar contaminação</p>
<p>17. Com compressa embebida em chlorohexidina a 2%, conectar tubo de provas de compatibilidade e colher 3 a 5cc de sangue ou conectar seringa e colher a mesma quantidade</p>	<p>Este sangue será rejeitado pois contém soro; no entanto pode ser aproveitado para provas de compatibilidade ou hemoculturas, caso seja necessário</p>
<p>18. Efetuar as colheitas, conectando os diversos tubos com ajuda de compressas embebidas em chlorohexidina a 2%, respeitando a ordem: seco, gel seco, EDTA</p>	<p>Dar seguimento aos pedidos</p> <p>Evitar contaminação</p>
<p>19. Substituir as luvas usadas por outro par esterilizado</p>	<p>Prevenir risco de infecção</p>
<p>20. Conectar uma seringa com 10cc de soro fisiológico 0.9% e administrá-los em bólus push/pause</p>	<p>Remover qualquer resíduo de sangue que possa obstruir o cateter</p>
<p>21. Friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador da agulha e obturador, se existir, com uma compressa embebida em chlorohexidina a 2%</p>	<p>Prevenir risco de infecção</p>

22. Retomar as perfusões ou heparinizar o cateter segundo norma	Dar seguimento aos cuidados Evitar obstrução do cateter
23. Rejeitar o material usado, nos respetivos contentores	Promover a segurança do ambiente
24. Retirar as luvas e lavar as mãos	Prevenir contaminação
25. Identificar os tubos de colheita com as etiquetas e encaminhar para os respetivos laboratórios	Evitar erros
26. Validar a colheita	Evitar erros

3.2.3. Remoção da agulha

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Identificar o doente	Evitar erros
2. Explicar o procedimento ao doente	Direito à informação/obter correta colaboração do doente
3. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar máscara, avental ou bata	Prevenir risco de infeção
4. Proceder à desinfeção do carro/tabuleiro de apoio do material esterilizado com álcool a 70°	Prevenir contaminação do material
5. Preparar todo o material e equipamento e transportá-lo para junto do doente	Economizar tempo
6. Isolar o doente	Respeitar privacidade
7. Posicionar o doente de acordo com o local de acesso:	Melhor acesso à câmara do cateter / evitar conspurcar local da punção

<i>Veias jugular e subclávia:</i> Decúbito dorsal ou sentado, com a cabeça voltada para o lado contrário à manipulação <i>Veia femoral:</i> Decúbito dorsal	
8. Parar as perfusões em curso (se for o caso)	Dar sequência ao procedimento
9. Proceder à desinfecção higiénica das mãos	Prevenir risco de infeção
10. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, em técnica asséptica, todo o material esterilizado necessário	Prevenir risco de infeção
11. Calçar uma luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar a outra mão para manusear material não estéril (ex: frasco soro, frasco solução de heparina pré-diluída....)	Prevenir risco de infeção
12. Calçar 2ª luva esterilizada	Prevenir risco de infeção
13. Com uma compressa embebida em chlorohexidina a 2% envolver e friccionar durante 15'' a extremidade do prolongador de agulha	Prevenir risco de infeção
14. Retirar o sistema de perfusão	Prevenir risco de infeção
15. Terminado o procedimento, instilar 10cc de soro fisiológico 0.9% em bólus push/pause, criando no final uma “pressão positiva terminal”	Evitar o refluxo de sangue na extremidade terminal do CVC
16. Administrar a heparina pré diluída com a mesma técnica de bólus	Garantir o bom funcionamento do cateter
17. Remover a agulha mantendo firmemente a	Evitar formação de hematoma

câmara segura entre os dedos polegar e indicador	
18. Exercer pressão local com compressas embebidas em solução antisséptica com chlorohexidina a 2%	Evitar formação de hematoma
19. Remover com <i>Sterillium</i> ® (ou similar) resíduos da película adesiva, se necessário	Prevenir maceração da pele
20. Colocar protetor cutâneo e proteger local da punção com película adesiva	Prevenir risco de infecção
21. Rejeitar o material usado, nos respetivos contentores	Promover a segurança do ambiente

3.2.4. HEPARINIZAÇÃO DO CVCTI

No contexto da otimização do CVCTI existem controvérsias acerca do uso ou não de heparina como meio para diminuir o risco de obstrução. A evidência científica sobre o assunto é reduzida, havendo necessidade de se realizarem mais ensaios clínicos randomizados comparando o uso destas soluções. Dos estudos realizados não existem diferenças entre o uso de solução heparinizada e o uso de soro fisiológico 0,9% no que respeita à permeabilidade do CVC em doentes adultos.

Um estudo coorte observacional retrospectivo publicado em 2012 por BERTOGLIO e colaboradores, com 610 doentes demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas na sobrevivência dos cateteres e no número de eventos oclusivos entre o uso de solução heparinizada e o soro fisiológico 0.9% para manutenção da permeabilidade do local, tanto em análise univariada ($P = 0,9$) como em análise multivariada ($P = 0,7$). Um dos grupos recebeu solução heparinizada (10 mL / 500 U de heparina), enquanto que o outro recebeu 10cc de soro fisiológico 0,9%. No entanto os autores consideram que devem ser analisados determinados fatores de risco como: tipo de cateter, infusão de nutrição parentérica ou quimioterapia e o estado avançado da doença oncológica e apresentam como limitação ao estudo a utilização da heparina numa concentração baixa (50 UI/ml).

Um estudo semelhante foi realizado no Iraque por ARAM e colaboradores em 2014 e as conclusões foram as mesmas.

Contudo o uso da solução heparinizada tem sido o método mais utilizado para manter a permeabilidade do cateter, remontando à década de 70 do século XX. A sua utilização tradicional parece ter ocultado os seus efeitos negativos e, talvez por isso, esta intervenção tenha sido alvo de alguma controvérsia entre os profissionais de saúde nas últimas décadas. A própria inovação tecnológica dos cateteres e dos seus sistemas trouxe ainda mais dúvidas quanto ao uso de heparina (ENCARNAÇÃO e MARQUES, 2013).

Sabe-se que a heparina é um anticoagulante que atua ao nível da cascata da coagulação inibindo a agregação plaquetária, contribui para trombocitopenias e hemorragias, mesmo quando usada em pequenas quantidades na optimização (lavagem/flush) dos CVC (GETTINGS, et al., 2006). Por um lado a heparinização indiscriminada do CVC apresenta consequências económicas negativas quando comparadas com a utilização de soro fisiológico 0,9% e, por outro, a obstrução deste cateter implica uma interrupção das terapêuticas e um aumento de riscos associados à cateterização para o doente (MITCHELL et al., 2009), que na perspetiva da qualidade dos cuidados em saúde, torna-se mais importante.

Segundo COONEY (2006) a heparina é um agente terapêutico diariamente administrado em hospitais, estando cerca de 12 milhões de pessoas expostas à heparina anualmente dos quais estão documentadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas a complicações graves. A trombocitopenia associada à administração de heparina desenvolve-se em cerca de 1-5% da população exposta.

A heparinização do cateter ocorre por técnica asséptica e no caso da utilização da heparina, a diluição mais comumente utilizada, descrita na literatura, é de 1 ml de heparina (5000 UI) em 9cc de soro fisiológico 0,9% e de seguida administram-se entre 5 a 7 cc desta solução diluída. A quantidade a administrar depende também do protocolo de cada serviço.

Na norma de procedimento/instrução nº1096.3 emitido pelo Hospital de Dia do Hospital Pedro Hispano, para heparinizar o CVCTI utiliza-se uma seringa de 10cc aspira-se de um frasco de heparina (5000UI/ml) 1cc de heparina, de seguida roda-se o embolo da seringa permitindo que a superfície interna desta entre em contacto com a heparina, rejeita-se a heparina que está dentro da seringa e aspira-se 10cc de soro fisiológico 0.9% e preenche-se o cateter de seguida com 3cc. Por sua vez, no IPO do Porto é utilizado a

solução pronta de fibrilin® (heparina sódica 20UI/ml) e administra-se 3cc, posteriormente à lavagem prévia do cateter, com cerca de 20cc de soro fisiológico 0,9%.

De acordo com a principal marca de fabricante deste tipo de cateteres a B-Braun®, a periodicidade recomendada para a heparinização do cateter é a cada 4 semanas. É ainda de referir que no IPO é fornecido a todos os portadores do CVCTI um guia - “como lidar com o seu cateter”, que reúne toda a informação sobre o CVCTI, os cuidados a ter no dia da colocação e as intervenções dos profissionais de saúde para manter o cateter em bom funcionamento.

4. CONCLUSÃO

Os CVCTI são dispositivos com bastantes vantagens, podendo ser muito úteis nos doentes oncológicos ou com doenças crónicas pois promovem a qualidade de vida e a dignidade humana, ao evitarem uma série de procedimentos dolorosos ao doente. A colheita de sangue para análise, a administração de medicação e a cateterização frequente de veias provocam dor e desconforto.

Este tipo de acesso venoso tem como vantagem apresentar uma baixa taxa de infeção e obstrução e comparativamente a outros cateteres têm uma maior facilidade de manutenção, diminuem a ansiedade dos doentes antes dos tratamentos, melhoram a auto-imagem pois cosmeticamente são mais apelativos por não serem visualizados, possibilitam a execução de quase todas as atividades físicas e por isso são bem aceites pelos doentes.

A utilização destes dispositivos para a administração de fluidoterapia, sangue e derivados e fármacos deve ser uma prioridade dos enfermeiros, no intuito de minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de quem mais sofre, no entanto é necessário formação contínua e o treino na manipulação dos CVCTI.

Com a realização deste trabalho procurei elucidar sobre a manipulação do CVCTI e irei disponibilizar este documento no SU como fonte de conhecimentos para a melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem.

A principal dificuldade na realização deste trabalho residiu na pouca evidência científica sobre esta temática, no entanto, considero que no final, o trabalho responde às necessidades sentidas pelos profissionais do SU.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. - Cirurgia dos cateteres de longa permanência nos centros de transplante de medula óssea. Revista Medicina, Ribeirão Preto. Vol. 38, nº2 (2005), p.125-142.

ARAM, B.; GORAN M.; HAZHA, A.; ALLAA, S. - HEPARIN versus Saline Solution for Locking of Totally Implantable Venous Access Port (TIVAP): Cohort Study of the First Kurdistan Series of TIVAP. Advances in Lung Cancer. Vol. 3, nº4 (2014), p.67-74.

BANHA, F.; PIRES, R.; VIVAS, P. - Heparinização de Cateteres. Nursing. Ano 21, nº245 (2009), p.39-44.

B BRAUN MEDICAL - Celsite®. [Em linha]. França, 2005. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na https://www.bbraun.com/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/CW_01_NEW/en-01/b43/instructions-foruse9.pdf.bb-.26249851/instructions-foruse9.pdf

BERTOGLIO, S.; SOLARI, N.; MESZAROS, P.; VASSALLO, F.; BONVENTO, M.; PASTORINO, S.; BRUZZI, P. - Efficacy of normal saline versus heparinized saline solution for locking catheters of totally implantable long-term central vascular access devices in adult cancer patients. Cancer Nurs. Vol. 35, nº4 (2012), p.35-42.

CABALLERO, M. - Tratado de administración parenteral. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2006.

CARLOTTI, A. - Acesso Vascular – Revista Medicina Ribeirão Preto. Vol. 45, nº2 (2012), p.208-214.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. [Em linha]. 2011. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>

COONEY, M. - Heparin-Induced Thrombocytopenia: Advances in Diagnosis and Treatment. Crit Care Nurse. Vol. 26, nº6 (2006), p.30-36.

COPPER, C.; PACANOWSKI, J.; BELL, J. - The Trapezius Port: A novel Approach for Port Access. The American Surgeon. Vol. 71, nº2 (2005), p.106- 109.

CORELLA CALATAYUD, J.; FUSTER DIANA, C; VÁZQUEZ PRADO, A.; CORELLA MAS, J.; GALBIS CARAVAJAL, J.; MAS VILA, T.; RABADÁN HONTANGAS, R.; CORELLA MAS, L.; ROIG VILA, J.; RODRIGUEZ MIQUEL, V.; SILVESTRE ALCAIDE, M.; VÁZQUEZ TARRAGÓN, A.; ROIG REVERT, P.; CANELLES CORELL, E.; HERNÁNDEZ SANRUPERTO, F.; CARRILLO DE ALBORNOZ, G - Reservorios, acceso venoso de larga duracion. Abordaje y Complicaciones. Sociedad Valenciana de Cirugía, 2015.

DONLAN, R. - Biofilms and device-associated infections. Emerg Infect Dis. Vol. 7, nº2 (2001), p. 277-281.

ENCARNAÇÃO, R.; MARQUES, P. - Permeability of central venous catheter: a systematic literature review. Revista de Enfermagem Referência. III Série, n.º9 (2013), p.161-169.

GETTINGS, E.; KATHRYN, A.; ELIZABETH, M.; WILLIAM, E. - Outcome of postoperative critically ill patients with heparin-induced thrombocytopenia: an observational retrospective case-control study. Critical Care. Vol. 10, nº6 (2006), p. 1-7.

LABELLA, G.; KERLAKIAN, G.; MUCK, P.; CHUNG, D.; VAUGHAN, A.; RITCHISON, A. - Port-A-Cath Placement without the aid of Fluoroscopy or Localizing Devices: A Community Hospital Series. The Cancer Journal. Vol. 11, nº2 (2005), p.157-159.

MALCATA, M.; PEQUITO, S. - Cateter venoso central totalmente implantado e as respetivas intervenções de enfermagem. Nursing (2007), p.12-16.

MENDES, L. - O Doente com Cateter Venoso Central. [Em linha]. Nursing nº223, 2007. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3012-o-doente-com-cateter-venoso-central#.WHaQWvmLTIU>

MITCHELL, M.; ANDERSON, B.; WILLIAMS, K.; UMSCHIED, C. - Heparin flushing and other interventions to maintain patency of central venous catheters: a systematic review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 65, nº10 (2009), p.2007-2021.

NAYEEMUDDIN, M.; PHERWANI, A.; ASQUITH, J. - Imaging and management of complications of central venous catheters. Clinical Radiology, Vol. 68, nº5 (2013), p.529-544.

N 1096.3. 2016, Procedimento/Instrução - Manutenção e manipulação de cateter venoso central totalmente implantavel. Hospital Pedro Hispano: Manual de procedimentos e protocolos do serviço: Hospital de Dia.

N ipo111. 2016, Manipulação do cateter venoso central totalmente implantado. IPO: Manual de normas de enfermagem.

PIKWER, A.; ACOSTA, S.; KÖLBEL, T.; MALINA, M.; SONESSON, B.; AKESON, J. - Management of Inadvertent arterial Catheterisation Associated With Central Venous Access Procedures. Eur J Vasc Endovasc Surg. Vol. 38, nº6 (2009), p.707-714.

PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; MATOS, B. (2010) - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança. Revista portuguesa de saúde pública. Vol Temat, nº10 (2010), p.27-39.

PIRES, N.; VASQUES, C. - Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 23, nº2 (2014), p.443-450.

ROSENTHAL, V.; MAKI, D.; SALOMAO, R.; MORENO, C.; MEHTA, Y.; HIGUERA, F.; CUELLAR, L.; ARIKAN, O.; ABOUQAL, R.; LEBLEBICIOGLU, H.; INTERNATIONAL NOSOCOMIAL INFECTION CONTROL CONSORTIUM - Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. *Ann Intern Med.* Vol. 145, nº8 (2006), p.582-591.

SHEEHY, S. - Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ªed. Loures: Lusociência, 2001.

SILVA, F.; CAMPOS, R. - Complications of the use of the totally implantable cateter in oncological patients: na integrative review. *Cogitare Enferm.* Vol.14, nº1 (2009), p.159-164.

SILVA, A.; OLIVEIRA, F.; RAMOS, M. - Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Revista Referência. II Série, n.º11 (2009), p.125-134.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA - Guias de Acceso Vascular en Hemodiálisis. [Em linha]. 2004. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guia_acceso_vascular.pdf?check_idfile=984

VASQUES, C.; REIS, P.; CARVALHO, E. - Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrative. *Acta Paul Enferm.* Vol. 22, nº5 (2009), p.696-701.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Local da Formação: Sala de formação do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Formadores: Carla Magalhães

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Data: **Tempo previsto:** 20 min

Objetivo geral:

- Elucidar sobre a manipulação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)

Objetivos específicos/pedagógicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para uma correta manipulação do CVCTI;
- Demonstrar o procedimento de manipulação do CVCTI;
- Abordar temas como: indicações, contra-indicações e complicações, vantagens e técnica de colocação de CVCTI.

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO DA SESSÃO
I INTRODUÇÃO	3 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos objetivos e conteúdos; - Introdução ao tema. 		<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Projetor multimédia; - Material necessário para a manipulação do CVCTI 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação através de questões formuladas ao grupo de forma aleatória e informal, no final da sessão. - Aplicação de uma ficha de avaliação da sessão de formação.
II DESENVOLVIMENTO	12 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Indicações para a colocação de CVCTI; - Contra-Indicações; - Vantagens do CVCTI; - Colocação do CVCTI; - Complicações; - Considerações gerais na manipulação do CVCTI; - Procedimento na manipulação do CVCTI, colheita de sangue por vácuo, remoção da agulha e heparinização do cateter. 			
III CONCLUSÃO	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusão do tema; - Síntese das ideias principais; - Avaliação informal da sessão de formação. 			

APÊNDICE 2 - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LEIRIA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Estudante: Carla Magalhães

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Janeiro de 2017

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Conteúdos a abordar:

- O Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)
- Indicações e contra-Indicações
- Vantagens do CVCTI
- Colocação do CVCTI
- Complicações
- Considerações gerais na manipulação do CVCTI
- Procedimento na manipulação do CVCTI, colheita de sangue por vácuo, remoção da agulha e heparinização do cateter

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Objetivo geral:

- Elucidar sobre a manipulação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI).

Objetivos específicos/pedagógicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para uma correta manipulação do CVCTI;
- Demonstrar o procedimento de manipulação do CVCTI;
- Abordar temas como: indicações, contra-indicações e complicações, vantagens e técnica de colocação de CVCTI.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

DEFINIÇÃO: É um sistema, composto por uma câmara de injeção e um cateter, implantado debaixo da pele e que permite um acesso venoso através de um vaso de grande calibre.



INDICAÇÕES PARA O CATETER CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

- Quando não existe uma veia periférica adequada ou mau acesso;
- Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia;
- Administração de fármacos vasoactivos;
- Administração de soluções hiperosmolares;
- Monitorização da pressão venosa central;
- Administração de sangue e hemoderivados;
- Colheita frequente de sangue para análises laboratoriais.



[CORELLA CALATAYUD, et al., 2015; B BRAUN MEDICAL, 2009]

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

CONTRA – INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- Trombose completa do sistema venoso profundo
- Febre de origem desconhecida ou de causa inexplicável
- Neutropenia

CORELLA CALATAYUD, et al., 2015

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

CONTRA – INDICAÇÕES RELATIVAS:

- Alterações da coagulação;
- Choque séptico ou infeção não controlada;
- História clínica prévia de complicações com anterior acesso vascular;
- Doente não colaborante;
- Doente politraumatizado em que haja lesão da clavícula ou da veia subclávia;
- Alergia conhecida ao material do dispositivo a implantar;
- Infeções ou processos inflamatórios/ dermatológicos na zona do implante do cateter;
- Antecedentes de irradiação no local de colocação do cateter.

CORELLA CALATAYUD, et al., 2015

VANTAGENS DO CVCTI:

- Ser um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar;
- Baixa taxa de complicações;
- Diminuição do risco de lesões devido a extravasamento;
- Menos susceptibilidade a infeções locais e sistémicas;
- Permite uma boa mobilidade e conforto;
- Esteticamente pouco visível;
- Possibilita o tratamento em regime de ambulatório;
- Diminuição do traumatismo, sofrimento e stress associado a sucessivas punções;
- Tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos).

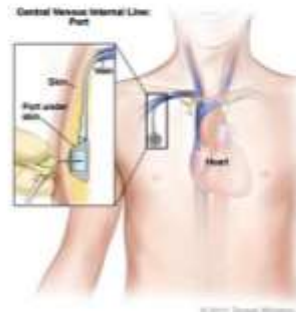


CORELLA CALATAYUD, et al., 2015

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COLOCAÇÃO DO CVC

Introduzido pela **técnica de Seldinger** na veia cava superior através das veias subclávia, cefálica ou jugular interna.



A primeira punção só deve ser feita 48 a 72 horas após a sua colocação

(CORELLA CALATAYUD, et al., 2013)

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COMPLICAÇÕES:

- **Locais:** hemorragia, hematoma subcutâneo, reação inflamatória, infecção, ulceração ou necrose cutânea, descência da ferida ou dor.
- **Mecânicas associadas ao material/dispositivo:**
 - Fratura do cateter,
 - Migração da câmara,
 - Bloqueio do extremo distal contra a parede vascular,
 - Compressão do cateter entre a clavícula e a 1ª costela.



(MILCATA • PEQUENO, 2007)

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COMPLICAÇÕES:

- **INFEÇÃO:** é a complicação mais frequente



Sinais e sintomas

- Eritema,
- Edema,
- Aumento da sensibilidade do local de saída do cateter ou do túnel subcutâneo,
- Drenagem purulenta pelo local,
- Febre,
- Hipotensão, taquicardia e/ou hiperventilação.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COMPLICAÇÕES:

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER



TÉCNICA ASSÉPTICA



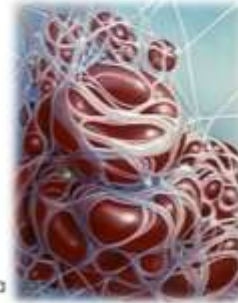
Respeitar os prazos estabelecidos de troca de agulha e conexões.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COMPLICAÇÕES:

▪ OBSTRUÇÃO:

- Precipitação de medicação
- Formação de coágulos
- Compressão anatômica
- Mau posicionamento do cateter ou da agulha
- Dobras no sistema



PREVENIR: recomendada a lavagem com 20cc de soro fisiológico 0.9% entre a administração de dois ou mais medicamentos e após o uso do CVCTI

(VASQUES, REB, CARVALHO, 2009)

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

COMPLICAÇÕES:

▪ TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

▪ EXTRAVASAMENTO

- Formação de fibrina ou trombo na ponta do cateter (1-2%)
- Fratura do dispositivo intravascular (mais de 2%)
- Posicionamento da agulha
- Desconexão entre o cateter e o reservatório

(VASQUES, REB, CARVALHO, 2009)

CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CVCTI

- Vigiar local de inserção do CVC.
- Devem ser alternados os pontos de punção da agulha sobre a pele.
- Após a punção não mexer ou rodar a agulha.
- Utilizam-se as agulhas tipo "hubber" anguladas, com alas ou as agulhas intrastick de acordo com a duração do tratamento.
- Evitar manipulações desnecessárias de conexões e linhas de perfusão e aceder às conexões, efetuando a desinfeção alcoólica com álcool a 70°.
- Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml.



(Npo111, 2016; N1096.3, 2016; CDC, 2011)

CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CVCTI

- Substituir agulhas no máximo de 7/7 dias.
- Substituir sistemas de saros, incluindo fomeiras, conectores e prolongadores, de 72/72 horas e em cada episódio de hemoculturas.
- Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue e/ou derivados no final da perfusão (máximo 4 horas).
- Substituir os sistemas de administração utilizados para alimentação parentérica completa (com emulsões lipídicas) todas as 24 horas; e os das alimentações parentéricas sem emulsões lipídicas de 48/48 horas.
- Substituir os sistemas de albumina de 12/12 horas.

(Npo111, 2016; N1096.3, 2016; CDC, 2011)

CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CVCTI

- Substituir agulhas no máximo de 7/7 dias.
- Substituir sistemas de soros, incluindo torneiras, conectores e prolongadores, de 72/72 horas e em cada episódio de hemoculturas.
- Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue e/ou derivados no final da perfusão (máximo 4 horas).
- Substituir os sistemas de administração utilizados para alimentação parentérica completa (com emulsões lipídicas) todas as 24 horas; e os das alimentações parentéricas sem emulsões lipídicas de 48/48 horas.
- Substituir os sistemas de albumina de 12/12 horas.

(Npo111, 2016; N1096.3, 2016; CDC, 2011)

CONSIDERAÇÕES GERAIS NA MANIPULAÇÃO DO CVCTI

- Sempre que sentir resistência à administração deve parar imediatamente a injeção/perfusão.
- Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção (pensos de gaze ou transparentes de poliuretano semipermeáveis).
- Se o doente está diaforético, ou se há hemorragia no local de punção ou extravasamento, utilizar penso com gaze até ter o problema resolvido.
- Remover o penso sempre que se encontrar húmido, descolado e visivelmente sujo.
- Efetuar o tratamento do local de inserção com penso de gaze pelo menos a cada 2 dias e se o penso for transparente pelo menos a cada 7 dias.

(Npo111, 2016; N1096.3, 2016; CDC, 2011)

MATERIAL E EQUIPAMENTO PARA A MANIPULAÇÃO DO CVCTI

- ✓ Máscara cirúrgica
- ✓ Avental ou bata
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ Campo esterilizado
- ✓ Álcool a 70°
- ✓ Solução antisséptica com chlorhexidina a 2% (Ex: skinprep®)
- ✓ Seringas esterilizadas de 10cc
- ✓ Agulha tipo "Hubber" angulada ou Intrasfick
- ✓ Seringa com heparina pré diluída (Fibrilin)
- ✓ Conectores sem pressão ou pressão neutra (tipo Bionecteur®)
- ✓ Soro fisiológico 0,9%
- ✓ Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ✓ Penso adesivo esterilizado (IV 3000®/Tegaderm®)
- ✓ Saco de resíduos do Grupo II e III



MANIPULAÇÃO DO CVCTI

Item	Descrição	Quantidade	Observações
1	Máscara cirúrgica	1	
2	Avental ou bata	1	
3	Luvas esterilizadas	2	
4	Álcool a 70°	1	
5	Solução antisséptica com chlorhexidina a 2% (Ex: skinprep®)	1	
6	Seringas esterilizadas de 10cc	1	
7	Agulha tipo "Hubber" angulada ou Intrasfick	1	
8	Seringa com heparina pré diluída (Fibrilin)	1	
9	Conectores sem pressão ou pressão neutra (tipo Bionecteur®)	1	
10	Soro fisiológico 0,9%	1	
11	Compressas esterilizadas 10x10 cm	1	
12	Penso adesivo esterilizado (IV 3000®/Tegaderm®)	1	
13	Saco de resíduos do Grupo II e III	1	



Este documento é uma ferramenta de trabalho para a manipulação do CVCTI. Deve ser utilizado em conjunto com o vídeo de orientação disponível no link abaixo.

Este documento é uma ferramenta de trabalho para a manipulação do CVCTI. Deve ser utilizado em conjunto com o vídeo de orientação disponível no link abaixo.

Este documento é uma ferramenta de trabalho para a manipulação do CVCTI. Deve ser utilizado em conjunto com o vídeo de orientação disponível no link abaixo.

<https://www.youtube.com/watch?v=UVYZM5ZGrdc>

HEPARINIZAÇÃO DO CVCTI



Cancer Res. 2012 Jul-Aug;32(4):E36-42. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-11-2611

Efficacy of normal saline versus heparinized saline solution for locking catheters of totally implantable long-term central vascular access devices in adult cancer patients.

Rebecca S¹, Solari N, Mazzoni F, Vissella F, Bonetto M, Pautasso S, Rossi F

Flushing the central venous catheter: is heparin necessary?
J Vasc Med Biol. 2014; 26(1): 241-246.
doi:10.1177/1078290813502221

Authors

Elvira Dall'Acqua, Elis Affari, Valeria Mantovani, Simona Wilson, Cristina Pavesi, Simona Cossu, Simona Bonelli, Doris Biondo, Laura Ravasi

ARTIGO DE REVISÃO

Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura

Permeability of central venous catheter: systematic review
Braz J Enferm. 2014; 67(1): 1-10. doi:10.1590/0034-7167-0121130211

Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial

S. A. Solari, N. Mazzoni, F. Vissella, F. Bonetto, M. Pautasso, S. Rossi, F. Rossi, J. Vasc Med Biol. 2014; 26(1): 241-246.

doi:10.1177/1078290813502221

Published online 2014

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

CONCLUSÃO

- ✓ Os CVCTI são dispositivos com bastantes vantagens, podendo ser muito úteis nos doentes oncológicos ou com doenças crónicas pois promovem a qualidade de vida e a dignidade humana, ao evitarem uma série de procedimentos dolorosos ao doente.
- ✓ A utilização destes dispositivos para a administração de fluidoterapia, sangue e derivados e fármacos deve ser uma prioridade dos enfermeiros.
- ✓ É necessário formação contínua e o treino na manipulação dos CVCTI.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. - Cirurgia dos cateteres de longa permanência nos centros de transplante de medula óssea. *Revista Médica Ribeirão Preto*, Vol. 38, nº2 (2005), p.125-142.
- BANHA, F.; PRES, R.; VNAS, F. - Hepatinização de Cateteres. *Nursing*, Ano 21, nº245 (2009), p.39-44.
- B BRAUN MEDICAL - Celis®. [Em linha]. França, 2005. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na https://www.bbraun.com/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/NEW_endUserInstructions_tonae9.pdf.bfo-25249631/instructions-tonae9.pdf
- BERTOGLIO, S.; SOLARI, N.; MEZAROS, P.; VASSALO, G.; SCHVENTO, M.; PASTORINO, S.; BRUZZI, F. - Efficacy of normal saline versus heparinized saline solution for locking catheters of totally implantable long-term central vascular access devices in adult cancer patients. *Cancer Nurs*, Vol. 35, nº4 (2012), p.35-42.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. [Em linha], 2011. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na <http://www.cdc.gov/hai/pdf/01-guidelines-2011.pdf>
- CORELLA CALATAYUD, J.; RUIZ DIANA, C.; VÁZQUEZ PRADO, A.; CORELLA MAS, J.; GALBIS CARAYAJAL, J.; MAS VILA, T.; FABADAN HONTANGAS, R.; CORELLA MAS, L.; ROIG VILA, J.; RODRIGUEZ MIGUEL, Y.; SILVESTRE ALCAIDE, M.; VÁZQUEZ TARRAGÓN, A.; ROIG REVERT, P.; CAMELES CORELL, E.; HERNÁNDEZ SANRUPERTO, F.; CARRILLO DE ALBORNOZ, G. - Reservorio, acceso venoso de larga duración, Abordaje y Complicaciones. *Sociedad Valenciana de Cirugía*, 2015.
- ENCARNAÇÃO, R.; MARQUES, F. - Permeability of central venous catheter: a systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, nº9 (2013), p.161-169.
- GETTINGS, E.; KATHRYN, A.; ELIZABETH, M.; WILLIAM, E. - Outcome of postoperative critically ill patients with heparin-induced thrombocytopenia: an observational retrospective case-control study. *Critical Care*, Vol. 10, nº6 (2006), p. 1-7.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LABELLA, G.; KERLEKIAN, G.; MUCK, G.; CHUNG, D.; VAUGHAN, A.; RITCHIE, A. - Port-A-Cath Placement without the aid of Fluoroscopy or Localizing Devices: A Community Hospital Series. *The Cancer Journal*, Vol. 11, nº2 (2005), p.137-159.
- MALCATA, M.; PEQUITO, S. - Cateter venoso central totalmente implantado e as respectivas intervenções de enfermagem. *Nursing* (2007), p.12-16.
- MENDES, L. - O Doente com Cateter Venoso Central. [Em linha]. *Nursing* nº223, 2007. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível na <http://www.sociedadnursing.org/boletim-tecnico/boletimnursing/tema3012-o-doente-com-cateter-venoso-central#.WbjaGVms3s>
- NAYEMUDDIN, M.; PHERWAH, A.; ASQUITH, J. - Imaging and management of complications of central venous catheters. *Clinical Radiology*, Vol. 68, nº5 (2013), p.528-544.
- N 10963, 2016. Procedimento/Instrução - Manutenção e manipulação de cateter venoso central totalmente implantável. Hospital Pedro Hispano: Manual de procedimentos e protocolos do serviço: Hospital de Dia.
- N 109111, 2016. Manipulação do cateter venoso central totalmente implantado. IFC: Manual de normas de enfermagem.
- PIKWER, A.; ACOSTA, S.; KOLBE, T.; MALINA, M.; SONESSON, S.; AKERSON, J. - Management of Inadvertent arterial Catheterization Associated With Central Venous Access Procedures. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, Vol. 38, nº6 (2009), p.707-714.
- PINA, E.; FERRERA, E.; MARQUES, A.; MATOS, S. (2010) - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança. *Revista portuguesa de saúde pública*, Vol Temat. nº10 (2010), p.27-39.
- PRES, N.; VASQUES, C. - Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol. 23, nº2 (2014), p.443-450.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ ROSENTHAL, V.; MAKI, D.; SALOMAO, R.; MORENO, C.; MEHTA, Y.; FIGUERA, F.; CUELLAR, L.; ARKAN, O.; ABOUQAL, R.; LEBEBICIOGLU, H.; INTERNATIONAL NOSOCOMIAL INFECTION CONTROL CONSORTIUM - Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. *Ann Intern Med*. Vol. 145, nº8 (2006), p.582-591.
- ◆ SELVA, F.; CAMPOS, R. - Complications of the use of the totally implantable catheter in oncological patients: an integrative review. *Cogitare Enferm*. Vol.14, nº1 (2009), p.159-164.
- ◆ SELVA, A.; OLIVEIRA, F.; RAMOS, M. - Infecção associada ao Cateter Venoso Central - Revisão da Literatura. *Revista Referência, II Série*, nº11 (2009), p.123-134.
- ◆ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA - Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis. [Em linha]. 2004. [Consult. 5 Jan. 2017]. Disponível no http://www.senefo.org/modulos/webbitubus/ta/guia_acceso_vascular.pdf?check=af1e3884
- ◆ VASQUES, C.; RBS, P.; CARVALHO, E. - Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. Vol. 22, nº5 (2009), p.696-701.

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado



Obrigada
e
Bom trabalho

APÊNDICE 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – “Cateter Venoso Central Totalmente Implantado”

Esta ficha de avaliação é confidencial, e tem como objetivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação.

Preencha o questionário e assinale com um de acordo com a sua opinião cada um dos aspetos da formação, utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 – Muito Bom
-------------------------	-----------------------	----------------	----------------------

Objetivos/ conteúdos	O tema abordado é importante?	1	2	3	4
	A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?	1	2	3	4
	Os conteúdos/objetivos propostos na formação foram alcançados?	1	2	3	4
	A duração e ritmo da formação foram adequados?	1	2	3	4
	A formação, em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	1	2	3	4
Formador	O formador demonstrou domínio dos conteúdos abordados?	1	2	3	4
	Procurou manter o interesse/motivação dos formandos?	1	2	3	4
	Foi claro na abordagem aos conteúdos?	1	2	3	4
	Em geral, o relacionamento do formador com os formandos foi:	1	2	3	4
Classifique globalmente a formação:		1	2	3	4

Comentários, sugestões, observações ou críticas:

Agradeço a sua colaboração,

Carla Magalhães

