



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS COMO CAMINHO
PARA A EXCELÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

HEALTH CARE HUMANIZATION AS A PATH
TO EXCELLENCE IN NURSING PRACTICE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Cecília Manuela dos Santos Freitas

Porto – abril de 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS COMO CAMINHO
PARA A EXCELÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

HEALTH CARE HUMANIZATION AS A PATH
TO EXCELLENCE IN NURSING PRACTICE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Cecília Manuela dos Santos Freitas

Sob a orientação de

Prof^a Doutora Irene Oliveira

Porto – abril de 2017

RESUMO

Este relatório realizado no âmbito do mestrado com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, reflete um percurso realizado durante o estágio que se centrou na prestação de cuidados ao doente crítico, tendo como base a humanização, o cuidado personalizado, delineando-se assim objetivos e realizando-se atividades que refletissem tanto a vertente técnica e científica, como a vertente humana e espiritual. Este estágio decorreu entre 2 de maio de 2016 e 13 de janeiro de 2017, sendo o módulo I no serviço de urgência de um hospital central da zona norte, o módulo II em cuidados intensivos de uma unidade de saúde local, e o módulo III, opcional, na comissão de controlo de infeção da mesma unidade de saúde local. Neste enquadramento, a humanização dos cuidados constitui assim um desafio para os profissionais de saúde, concretamente para os enfermeiros, dada a proximidade que têm junto dos doentes, no sentido de transporem para a sua prática o cuidado holístico ao doente, considerando a sua dimensão bio-psico-social-cultural e espiritual, em ordem à excelência do cuidar, atendendo aos direitos fundamentais do ser humano, no respeito pela sua dignidade e individualidade.

O desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica centraram-se no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, numa perspetiva mais alargada, em consonância com as competências do enfermeiro especialista, concretamente em contexto de Cuidados Intensivos e de Urgência. A prestação de cuidados ao doente em contexto crítico representou uma parte significativa de todo o percurso, onde se pode integrar competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, em que os estudos de caso e os momentos de reflexão com base na pesquisa bibliográfica representaram momentos importantes de aprendizagem. Prestaram-se cuidados ao doente adulto com uma ou mais falências orgânicas, diagnosticaram-se necessidades e implementaram-se intervenções atendendo à visão global do doente, comunicação com o doente crítico, comunicação com a família e desenvolvimento de estratégias face aos problemas encontrados. No âmbito da formação salientou-se a ação de formação sobre “Espiritualidade nos cuidados de enfermagem” que contribuiu para perceber que a assistência ao doente não se reduz apenas ao técnico, mas pressupõe a dimensão holística da pessoa, onde se enquadra a dimensão espiritual, que nem sempre é tida em conta no plano de cuidados. O domínio da gestão compreendeu acompanhar a gestão de cuidados, dinâmica e metodologia utilizada, e o domínio da investigação centrou-se em transpor para a prática, através da pesquisa bibliográfica e outros conhecimentos adquiridos, resultados de investigação que ajudaram a fundamentar e a melhorar a prestação de cuidados.

O desenvolvimento de competências em controlo de infeção enquadrou a vigilância epidemiológica, visitas e auditorias, formação e informação, e melhoria da qualidade. Definiram-se objetivos específicos e atividades que contribuíram para aquisição de competências no âmbito do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, no que se refere à implementação de estratégias de melhoria da qualidade, com base no cumprimento de boas práticas, refletindo-se também na excelência dos cuidados prestados. Como resposta a uma necessidade encontrada desenvolveu-se uma semana/evento sobre a gripe, com o objetivo de informar e formar o público e os profissionais de saúde sobre as medidas para a prevenção da gripe na época sazonal.

Concluiu-se assim que a humanização dos cuidados compreende as necessidades globais do doente, valorizando-se uma resposta integral do cuidado de enfermagem que considera as necessidades físicas ligadas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existentes na condição de ser doente que está para além do tratamento da patologia.

Palavras-chave: doente crítico; humanização dos cuidados; enfermagem.

ABSTRACT

This report, carried out during this master degree in nursing specialization medical and surgical nursing, reflects a path taken during the stage that focused on providing care to the critical patient, based always on technical and scientific aspects, as well as human and spiritual aspects. This stage took place between may 2, 2016 and january 13, 2017, with module I in the emergency department of a central hospital in the northern zone, module II in intensive care of a local health unit, and module III, optional, in the infection control commission of the same local health unit. In this context, the humanization of care is thus a challenge for health professionals, specifically for nurses, being close to patients, in order to transpose holistic patient care into their practice, acknowledging their bio-psycho-social-cultural and spiritual dimension, aiming the excellence of care, considering the fundamental rights of the human being, with respect for their dignity and individuality.

The development of skills in critical care has focused on the provision of care in the field of training, management and research, from a broader perspective, in line with the expertise of the specialist nurse, specifically in the context of Intensive Care and Urgency. Caring for the patient in a critical context represented a significant part of the whole journey, where technical, scientific, human and relational skills could be integrated, where case studies and moments of reflection based on bibliographic research represented important moments of learning. Care was given to the adult patient with one or more organic failures, needs diagnosed and interventions implemented based on the patient's overall view, communication with the critical patient, communication with the family and development of strategies in the face of problems encountered. In the scope of training, the training action on "Spirituality in Nursing Care" was emphasized, which contributed to the realization that care for the patient is not limited to the technician but presupposes the holistic dimension of the person, where the spiritual, which is not always taken into account in the care plan. The field of management comprised the management of care, dynamics and methodology used, and the field of research focused on translating research results that helped to inform and improve care delivery through the use of bibliographical research and other acquired knowledge.

The development of competencies in infection control encompassed epidemiological surveillance, visits and audits, training and information, and quality improvement. Specific objectives and activities that contributed to the acquisition of skills in the control of health care associated infections were defined, with regard to the implementation of quality improvement strategies, based on the fulfillment of good practices, also reflecting excellence of care. In response to a need found, a week / flu event was developed to inform and educate the public and health professionals about seasonal flu prevention measures.

It was concluded that the humanization of care comprehends the global needs of the patient, valuing a comprehensive nursing care response that considers the physical needs linked to the psychological, social and spiritual suffering existing in the condition of being sick that is beyond the treatment of pathology.

Key words: critical patient; health care humanization; nursing.

*“Cuidar é manifestação da nossa humanidade
e é essencial para o nosso desenvolvimento
e plenitude como seres humanos”*

Simone Roach

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todos aqueles que ao longo de todo este percurso me manifestaram o seu apoio, de modo formal ou informal, contribuindo para que o meu principal objetivo se concretizasse, o crescer na excelência dos cuidados àqueles que me são confiados e aos quais sou chamada a servir como Irmã Franciscana Hospitaleira da Imaculada Conceição, concretamente na prática da enfermagem.

Foram inúmeros aqueles que me apoiaram e me ofereceram gratuitamente o seu sorriso e sua palavra encorajadora, transmitindo-me confiança e esperança.

Saliento:

- as Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição, pelo apoio, pela confiança e pela oportunidade que me deram de crescer como pessoa e como profissional;
- a minha orientadora, a Prof^ª Doutora Irene Oliveira, pela sua exigência, cordialidade e compreensão;
- os meus enfermeiros tutores, pela disponibilidade, pelo conhecimento e pela oportunidade de adquirir competências que me ofereceram;
- todos os profissionais dos serviços onde desenvolvi os meus estágios, pelo acolhimento e pelo ambiente familiar que me proporcionaram.

ABREVIATURAS

Enf^a – Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

Eng^a - Engenheira

pg. – página

pp. - páginas

SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

GGR – Grupo de Gestão de Resíduos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PNCI - Plano Nacional do Controlo de Infecção

POPCI - Plano Operacional da Prevenção e Controlo de Infecção

RIH – Reanimação Intra-Hospitalar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULS – Unidade Local de Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	17
2 – A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	21
3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO.....	25
4 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	31
4.1. – Domínio da Prestação de Cuidados.....	31
4.2 – Domínio da Formação.....	55
4.3 – Domínio da Gestão.....	62
4.4 – Domínio da Investigação.....	66
5 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTROLO DE INFEÇÃO.....	69
5.1. – Vigilância Epidemiológica.....	70
5.2. – Visitas e Auditorias.....	72
5.3. – Formação e Informação.....	77
5.4. – Melhoria da qualidade.....	82
6 – CONCLUSÃO.....	85
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
8 – APÊNDICES.....	99
APÊNDICE I – Estudo de Caso (Módulo II – Cuidados Intensivos).....	101
APÊNDICE II – Estudo de Caso (Módulo I – Urgência).....	115

APÊNDICE III – Ação de formação sobre a Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem.....	131
APÊNDICE IV – Folheto sobre a Gripe para o Público, em geral.....	205
APÊNDICE V – Poster sobre a Gripe para os Profissionais de Saúde.....	209
9 – ANEXOS.....	213
ANEXO I – Carta Microbiológica na Comunidade e Carta Microbiológica Hospitalar...	215
ANEXO II– Poster da Gripe da DGS.....	221
ANEXO III - Flyer da etiqueta respiratória da CCIRA.....	225

1 – INTRODUÇÃO

Este documento é realizado no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto, e surge como uma resposta a uma exigência pedagógica desta Unidade Curricular, traduzindo assim o percurso realizado ao longo de três módulos de estágio integrados no plano curricular, referente ao Estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, módulo I, módulo II e módulo III, para os quais se definiu um projeto com objetivos, atividades propostas e competências a atingir para a obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização mencionada.

Iniciei este percurso pelo módulo II, Cuidados Intensivos, que decorreu de 2 de maio a 25 de junho de 2016, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital inserido numa ULS (Unidade Local de Saúde), uma unidade polivalente com elevada diferenciação na prestação de cuidados ao doente adulto, em situação crítica.

O módulo I, Urgência, decorreu de 12 de setembro a 5 de novembro de 2016, no Serviço de Urgência (SU) de um hospital central da zona norte, um centro hospitalar com uma grande afluência de doentes, com diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, meios de diagnóstico e tratamento diferenciados na assistência ao doente crítico e menos crítico, em contexto de urgência/emergência.

O módulo III (opcional), Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) que decorreu de 7 novembro de 2016 a 13 janeiro de 2017, numa Comissão de Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA) de uma ULS, em que a pertinência da escolha deste módulo opcional se refere à necessidade de desenvolver competências no âmbito do controlo de infeção, estratégias e intervenções para prevenção e contenção das IACS. ‘As infeções associadas aos cuidados de saúde continuam a constituir um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade e custos associados, em que os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes, os quais representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam, em que as principais medidas de prevenção e controlo assentam, por um lado, no cumprimento de boas práticas e isolamento, e por outro, no uso racional de antimicrobianos’ (Pina, 2010). Compete no

entanto ao enfermeiro especialista “*maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (OE,2009:42), o que reforça a pertinência desta opção, mesmo em contexto de doente crítico, procurando assim adquirir competências no sentido de ajudar prevenir as IACS e respetivas complicações.

“A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem” traduz a dimensão holística do doente crítico que esteve presente ao longo dos três módulos de estágio, concretamente a humanização e a personalização dos cuidados, tendo em vista excelência no cuidar. Foi com base nesta dimensão que defini o projeto geral e o projeto para cada módulo, integrando conhecimentos e competências, numa perspetiva bio-psico-social-cultural e espiritual. O percurso de estágio em cuidados intensivos bem como o percurso de estágio em urgência centraram-se na aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, procurando-se inserir nestes domínios os objetivos traçados, estratégias e competências adquiridas. O módulo opcional, numa Comissão de Controlo de Infeção, dada a sua especificidade, além dos domínios comuns do enfermeiro especialista no qual também se integraram, concretamente no que se refere à formação, gestão e investigação, houve necessidade de definir este percurso com base em quatro vertentes que caracterizam uma Comissão de Infeção, vigilância epidemiológica, visitas e auditorias, formação e informação e melhoria da qualidade.

Os três módulos de estágio focaram-se assim no desenvolvimento e na aquisição de competências no âmbito do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, com um excelente contributo para a minha prática profissional, atendendo a que desenvolvo a minha atividade profissional num Serviço de Medicina e Cirurgia, onde vários desafios me têm sido colocados, no sentido de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, colaborar na gestão dos cuidados e na formação de outros profissionais, sempre numa visão holística, primando-se pela humanização e pela personalização dos cuidados.

Este relatório tem como objetivos demonstrar o percurso realizado ao longo dos três módulos de estágio; enumerar as situações/problemas diagnosticadas; descrever as intervenções desenvolvidas e as estratégias implementadas; demonstrar um espírito crítico-reflexivo; e analisar as experiências vividas e as competências desenvolvidas.

A metodologia utilizada neste relatório baseia-se numa metodologia descritiva e analítica, através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas durante os estágios, tendo como base o Projeto de Estágio, procurando dar resposta aos objetivos propostos, através da análise crítico-reflexiva das situações problema e das dificuldades encontradas, referindo as estratégias implementadas e os resultados obtidos.

2 – A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

A humanização dos cuidados remete para o homem, o ser humano que recebe cuidados desde o seu nascimento até à morte, em que, na ausência deste, a sua vida desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Humanizar é assim próprio da natureza humana, bondosa, humanitária, que procura o bem-estar, tanto individual como coletivo, incluindo benevolência, clemência, compaixão, respeitando-se deste modo a pessoa como um fim e não como um meio. Humanização e cuidados são pois indissociáveis, em que a humanidade é identificada ou evidenciada principalmente pelo cuidado, em que o cuidar designa amor, amizade, cura, em que esta não se restringe apenas ao técnico-curativo, mas principalmente ao sentimento universal da amizade e amor, expressos no cuidado (Corbani, 2009).

Enquadrado na enfermagem, falar de humanização é falar do seu instrumento de trabalho, o cuidado, que se caracteriza numa relação de ajuda, cuja essência se constitui numa atitude humanizada, apoiando o cuidado numa relação inter-humana. Cuidar é assim usar da própria humanidade para assistir a do outro, como um ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, com o qual se intui, se comunga e se cuida, com base nesta relação (Corbani e outros, 2009).

A palavra humanização é enquadrada num contexto em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, são reconhecidos os direitos dos doentes, é respeitada a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, não se esquecendo o reconhecimento do profissional que, como ser humano, pressupõe uma relação sujeito-sujeito. No ato de cuidar surge assim a relação entre dois sujeitos, dá-se um encontro, uma relação pessoa-pessoa, em que, quando isso não acontece, as relações no momento assistencial degradam-se, dificulta-se a expressão dos sujeitos, o que é essencial para uma assistência humanizada e personalizada (Almeida, 2014).

Com base num estudo que consistiu em investigar o significado da humanização para enfermeiros e médicos num hospital privado de São Paulo, Brasil, em 2015, os participantes utilizaram a palavra respeito, carinho e empatia para traduzir a humanização hospitalar, em que o respeito se relacionou com o respeito pelos costumes, desejos, crenças e valores dos pacientes, onde, embora as rotinas hospitalares tenham de estar presentes,

para se oferecer cuidados hospitalares com base na dignidade e no respeito, é importante que estas sejam adaptadas às necessidades dos pacientes e dos cuidadores. Assim, além da assistência técnica, deve ser prestado um serviço diferenciado que considere as particularidades de cada pessoa, o que implica dedicar-lhe tempo, considerar os seus medos e as suas ansiedades, o que também tem por base a empatia, um aspeto muito importante no processo da humanização (Calegari, 2015).

A humanização dos cuidados representa assim um conjunto de iniciativas que visam a produção de cuidados de saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento, o respeito ético e cultural das pessoas doentes, bem como visa proporcionar espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e dos respetivos doentes, isto com base num estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos referente à perceção dos profissionais de saúde sobre a humanização (Sanches, 2016). Neste estudo reflete-se também a importância de promover um ambiente de cuidado, tendo como essência o ser humano, em que, sendo este um ser singular e socialmente construído, depende diretamente da capacidade do profissional de o compreender como tal. Entende-se assim o cuidado como um ideal ético, o que confere a condição de humanidade às pessoas, dado que o ser humano vive o significado da sua própria vida por meio do cuidado.

Um outro estudo, também realizado em cuidados intensivos, referente a reflexões concetuais sobre humanização da saúde, com base na conceção dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos (Mongiovi, 2014), sobressai a empatia pelo doente como um instrumento valioso no processo da humanização, em que o profissional tenta colocar-se no lugar do doente e procura agir de acordo com os seus ideais e valores, o que qualifica o cuidado prestado. Foi também valorizada a atuação integral do cuidado de enfermagem, na tentativa de atender ao doente, percebendo as suas necessidades físicas ligadas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existentes na sua condição de doente, havendo assim referência à humanização como uma atitude de cuidado holístico, com base na realização de ações que estão para além do tratamento da patologia.

Humanizar o cuidado é então dar qualidade à relação profissional de saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito, respondendo com habilidade humana e científica, em que, diante de um quotidiano desafiador pela indiferença crescente, são imprescindíveis a solidariedade e o atendimento digno, com calor humano. Há pois que tornar-se sensível à situação do outro, criando um vínculo, graças a uma relação dialogal, para perceber o querer ser atendido

com respeito, numa relação de diálogo e de necessidades compartilhadas (Pessini e Bertachini, 2004).

Refletindo sobre a humanização do cuidado no ambiente hospitalar, Bertinelli, Waskievicz e Erdmann (in Pessini e Bertachini, 2004) iniciam pela questão do que representam as grandes inovações para a vida do ser humano. Os autores propõem a compreensão das condições multifatoriais do processo saúde-doença, alertando para o perigo da transformação do ambiente hospitalar num ‘centro tecnológico onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são, por isso, coisificadas’ (pg 319). Alertam assim para uma relação horizontal no cuidado, tanto na relação entre cuidador e paciente como entre os próprios profissionais, com o objetivo de humanizar as relações entre as pessoas, apelando a uma prática mais solidária e à importância da flexibilidade na utilização das normas e rotinas, sendo muitas vezes importante a revisão dos protocolos utilizados em meio hospitalar.

Humanizar implica assim acolher o doente na sua essência, partindo de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente na sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente, a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao doente um atendimento mais seguro e afetuoso. É um ato de aliar a competência técnica à ternura humana, permitindo ao profissional de saúde utilizar a comunicação como meio para compreender a história de vida, o modo de ser e de agir do doente, bem como percebê-lo como ser humano em todas as suas dimensões e manifestações (Bezerra, 2015).

3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Atendendo a determinadas circunstâncias, iniciei o estágio pelo **módulo II**, referente a **Cuidados Intensivos**, que se desenvolveu num Serviço de Medicina Intensiva de um hospital inserido numa Unidade Local de Saúde, EPE (Entidade Pública Empresarial), que se situa no piso zero, no mesmo piso do Serviço de Urgência, sendo assim facilitada a acessibilidade e a comunicação entre estes dois serviços. Trata-se de uma unidade fechada, autónoma, de nível III, pois compreende equipas funcionalmente dedicadas; assistência médica qualificada nas 24 horas; acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; e ainda, controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em Cuidados Intensivos (Sociedade Europeia de Medicina Intensiva in DGS, 2003). É uma unidade polivalente e multidisciplinar, pois compreende o atendimento de doentes com diversas patologias, características e tratamentos, do foro médico e do foro cirúrgico, provenientes da sua área de influência, recebendo também doentes de outros hospitais de fora de área, com indicação para cuidados intensivos, por falta de vaga nesses hospitais.

Quanto à estrutura física esta divide-se em zona de trabalho, zona de apoio ao serviço e zona de acesso ao serviço. A zona de trabalho tem atualmente em funcionamento nove unidades de doentes, distribuídas numa área comum, sendo cinco unidades separadas por cortinas e quatro correspondem a quartos de isolamento, dadas as condições que apresentam. Nesta zona existe ainda um balcão de trabalho, uma sala de sujos e uma copa para preparação da refeição dos doentes. Quanto à zona de apoio ao serviço, esta é constituída por gabinetes médicos e de enfermagem, arrecadação com equipamentos e material clínico; armários com stocks de soros e medicação; uma sala para o aparelho de gasimetria, e ainda outros espaços mais destinados ao pessoal do serviço. Na zona de acesso, entre outros, é de salientar o secretariado referente ao SMI, sala de espera para os familiares e a porta de acesso devidamente codificada e com campainha, uma mais-valia para controlar o acesso ao serviço, mantendo-se assim a devida segurança.

Quanto aos recursos humanos temos a equipa médica, constituída pelo médico diretor de serviço, dois médicos anestesistas, quatro médicos de medicina interna e um médico de cirurgia geral, em que todos possuem formação em medicina intensiva. A equipa de enfermagem é constituída por 23 enfermeiros: a enfermeira chefe, quinze

enfermeiros generalistas, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e seis enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, um dos quais é considerado o enfermeiro de referência. Existe também a equipa dos assistentes operacionais bastante alargada, a qual tem um papel determinante no funcionamento do serviço.

Pude assim constatar que este SMI é dotado de instalações, condições, equipamentos e pessoal diferenciado, que com o apoio da tecnologia avançada, proporcionam ao doente com uma ou mais funções em risco imediato um tratamento eficaz, minimizando assim a mortalidade e a morbilidade associada ao médio e alto risco que a maior parte dos casos clínicos aí admitidos comportam.

Quanto à dinâmica de trabalho, no SMI é utilizado o método individual, não obstante o conceito global, sendo por isso as passagens de turno realizadas em dois momentos: num primeiro momento, o enfermeiro responsável apresenta uma síntese, “*um briefing*”, onde refere os aspetos gerais para toda a equipa; num segundo momento, o enfermeiro responsável do doente, relata somente ao enfermeiro que o vai substituir o estado do doente no turno com base na folha de registos. A totalidade dos cuidados é então prestada pelo enfermeiro responsável do doente, o qual estabelece prioridades, define objetivos e avalia os resultados obtidos, tendo ou não necessidade de melhorar estratégias, em conformidade com o médico responsável pelo doente, sobretudo no que se refere às intervenções interdependentes, tendo por isso que estar presente nas passagens de turno dos médicos, nomeadamente no momento em que é relatado o estado clínico do doente que lhe está atribuído. Este método de trabalho pareceu-me muito adequado ao contexto de cuidados intensivos, pois implica uma abordagem global e interdisciplinar que o doente em estado crítico requer, bem como exige do enfermeiro uma grande integração de competências técnicas, científicas e mesmo relacionais, que lhe permitem diagnosticar adequadamente as necessidades do paciente e realizar um plano de cuidados em conformidade, tendo como suporte a CIPE, implementada no serviço.

O **módulo I, Urgência**, desenvolveu-se no Serviço de Urgência de um hospital central da zona norte, que se situa no piso 1 e está inserido num hospital central e universitário. É caracterizado como um serviço de urgência polivalente, possuindo uma grande diferenciação, com capacidade de resposta para as mais diversas situações de urgência/emergência de grande parte da população do norte. É constituído por diferentes áreas: área de admissão – administrativa; área de triagem, área azul, área verde, área de psiquiatria, área amarela, área laranja e unidade de curta permanência – UCP; área de

traumatologia – ortopedia e pequena cirurgia; área de emergência – sala de emergência; e ainda, urgência de especialidades que se distribui por outros espaços. O SU no seu espaço físico possui também um posto da PSP, um gabinete de apoio ao acompanhante e salas para os acompanhantes junto das diferentes áreas de funcionamento. Possui ainda uma sala designada sala da família, a qual reúne todas as condições de privacidade para acolher os familiares/pessoas significativas do doente, onde os médicos ou os enfermeiros podem fornecer informação sobre o estado clínico do seu familiar.

A equipa multidisciplinar do SU é composta por profissionais de várias áreas: Médicos de diferentes especialidades, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos de Córdio-Pneumologia e Assistente social. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 90 enfermeiros: enfermeiro chefe, sete enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outros enfermeiros com formação específica, concretamente em SIV (Suporte Imediato de Vida), SAV (Suporte Avançado de Vida) e Trauma, entre outras, os quais se distribuem por quatro equipas (A,B, C e D), sendo cada grupo constituído por 22 elementos que se organizam pelas diferentes áreas, tendo um enfermeiro como coordenador e na sua ausência o subcoordenador, em que o plano diário habitualmente é o seguinte: Área de Triagem – 2 Enf^o; Área Azul/Verde e Urgência de Psiquiatria – 1 Enf^o ; Área Amarela – 4 Enf^o; Área Laranja – 2 Enf^o + UCP (1-4; 5-8) – 2 Enf^o; Ortopedia – 1 Enf^o; Pequena Cirurgia - 1 Enf^o. Para a Sala de Emergência habitualmente são destinados três enfermeiros, sendo dois com formação em SAV, podendo o terceiro ter também formação em SAV e no mínimo formação em SIV. Dos três, um é destacado para RIH (Reanimação Intra-Hospitalar) e outro com formação específica em Trauma fica mais ligado aos casos de trauma, podendo muitas vezes ser o mesmo. Os enfermeiros são assim distribuídos pelas diferentes áreas do SU, onde procuram trabalhar em equipa e em algumas situações vão mesmo colaborar numa outra área onde é maior a afluência de doentes.

O sistema informático “ Alert” possibilita a articulação na prestação dos cuidados, sendo este destinado à equipa multidisciplinar, médico, enfermeiro e assistente operacional, em que cada um destes pode ter acesso aos registos, prescrições e exames complementares de diagnóstico. Assim, os doentes quando alocados a determinada área são assumidos pelo enfermeiro que se responsabiliza pela prestação de cuidados e valida as prescrições e os exames realizados, tendo também a possibilidade de registar sinais vitais e de realizar notas gerais. Considerei este método seguro e eficaz, no sentido de que oferece a possibilidade de ter uma panorâmica geral do serviço e de poder saber quais os doentes

que ainda não foram assumidos, as prescrições e exames não realizados, podendo ser o enfermeiro que está mais disponível a assumir.

O **módulo III**, opcional, referente à **Comissão de Controlo de Infecção**, desenvolveu-se na Comissão de Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA) de um hospital, inserido numa ULS. Em 2013 pelo despacho ministerial nº 15423 define constituir-se GCL-PPCIRA (Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos), em que, como elemento facilitador nesta ULS, definiu-se como CCIRA, pelo que neste relatório opto por esta nomenclatura.

Esta Comissão situa-se no espaço reservado ao funcionamento das Comissões Hospitalares no piso 1 do respetivo hospital, possuindo condições adequadas para o seu funcionamento: secretariado, gabinete da CCIRA, sala de reuniões e espaço próprio para arquivo e todo o equipamento que é necessário. É composta uma equipa multidisciplinar de assessoria técnica de apoio à gestão da ULS com a missão de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional da Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI), constituída pelo núcleo executivo, o núcleo consultivo e os elos de ligação.

O núcleo executivo integra uma Médica Infeciologista (Coordenadora), um Técnico Superior de Microbiologia, duas Enfermeiras Especialistas, uma Enfermeira Graduada, uma Médica Patologista Clínica, uma Médica de Cirurgia Geral, uma Farmacêutica, uma Médica dos Cuidados de Saúde Primários, e ainda, o apoio de uma Administrativa. O núcleo Consultivo integra um Médico Anestesiologista com função de Gestor do Risco Clínico, um Enf^o da Unidade de Saúde Pública, um Médico de Cirurgia Geral, uma Eng^a Diretora do Serviço Gestão de Risco, uma Gestora Diretora dos Serviços Hoteleiros, uma Gestora Diretora dos Serviços de Compras, uma Enf^a Responsável pelo Serviço Central de Esterilização, uma Farmacêutica, um Gestor dos Serviços de Instalações e Equipamento, e ainda, o Grupo de Gestão de Resíduos (GGR). Os elos de ligação, um médico e um enfermeiro em cada serviço, são os membros dinamizadores nos respetivos serviços, têm como objetivo sensibilizar os pares para as questões de prevenção e controlo de infeção; participar na elaboração de normas para o respetivo serviço da unidade, com base nas recomendações da CCIRA; pôr em prática e acompanhar o cumprimento das mesmas; identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados e informar a CCIRA em caso de surto epidémico ou de outras situações de risco em controlo de infeção; participar e dinamizar as ações de formação promovidas na área da prevenção e controlo de infeção; colaborar com a CCIRA na identificação de necessidades de formação nos seus serviços.

A CCIRA tem carácter técnico, consultivo, multidisciplinar, representativo e ajustado à ULS, que enquadra o Hospital e o ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), constituído por quatro Centros de Saúde, os quais funcionam em estreita colaboração com o hospital, tanto a nível organizacional como a nível de referência e encaminhamento de doentes. É o Conselho de Administração que aprova o regulamento interno do CCIRA, o qual deve definir a composição, atribuições dos diversos membros. É também o órgão de gestão da ULS que define em colaboração com o Coordenador da CCIRA a composição e organização mais adequadas, de modo a cumprir os objetivos no PNCI (Plano Nacional do Controlo de Infeção). As recomendações internas e os planos de ação produzidos, após a sua aprovação pela gestão, têm carácter vinculativo.

No âmbito do Conselho de Administração relativamente à CCIRA, pode constatar que são cumpridas as orientações do Manual de Operacionalização da DGS (2008), concretamente no que se refere às responsabilidades atribuídas a este órgão, tais como: dotar a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) de recursos humanos, físicos e financeiros, adaptados às suas necessidades; garantir a formação inicial e contínua dos profissionais da CCI; garantir o cumprimento do enquadramento legal vigente; aprovar e apoiar o POPCI ; reunir periodicamente com os membros da CCI, apoiando as atividades e iniciativas desenvolvidas; discutir e aprovar os Relatórios de Atividades da CCI; colaborar com o Grupo Coordenador do PNCI, criando condições para a participação da CCI nas atividades propostas a nível nacional.

4 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Enfermeiro Especialista é o *‘enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção’* (OE 2010, pg 2). Neste âmbito procurei conhecer melhor as competências do enfermeiro especialista apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, as quais se enquadram em quatro domínios: o domínio da prestação de cuidados, o domínio da formação, o domínio da gestão e o domínio da investigação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, independentemente da área da especialidade, *‘todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem’* (OE 2010, pg 2). Foi assim com bases nestes quatros domínios que enquadrei os percursos de estágio referentes ao módulo de Cuidados Intensivos e ao módulo de Urgência, salientado os objetivos, atividades desenvolvidas e competências adquiridas, bem como os desafios para a minha prática profissional.

4.1. – Domínio da Prestação de Cuidados

O domínio da prestação de cuidados é o cerne do exercício da enfermagem, que implica competências específicas numa determinada área de especialização, assente num conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizados para o contexto da prática clínica, e que comporta a adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Neste domínio, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, cujo alvo é o cuidado ao doente crítico, deve procurar desenvolver *‘cuidados altamente qualificados à pessoa com uma ou mais funções em risco, de forma contínua, de modo a manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como principal objetivo a sua recuperação total’* (OE 2010,pg 1).

Cuidados Intensivos

Considerando os objetivos delineados para o estágio em Cuidados Intensivos, no domínio da prestação de cuidados enquadrei o **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; o demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família; o desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; e ainda, o formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, bem como demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

No SMI os doentes habitualmente provêm do Serviço de Urgência e/ou são transferidos de outras unidades da instituição hospitalar, sendo a admissão destes no SMI da responsabilidade do médico de serviço neste dia, o qual é incumbido de transmitir sempre essa informação à equipa de enfermagem. Dos enfermeiros de serviço no turno, existe um responsável pelo doente a admitir, competindo a este a verificação e a preparação da unidade, de acordo com a condição clínica do doente.

Os critérios de admissão são determinados por uma ou mais falências orgânicas, predominantemente falência respiratória e falência hemodinâmica, podendo os doentes ser do foro médico ou do foro cirúrgico. Tive oportunidade de participar e de colaborar nos cuidados a doentes do foro médico: Sépsis por ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*), síndrome de insuficiência respiratória aguda, em vários casos associada a Pneumonia grave por vírus Influenza A H1N1; pancreatite aguda; agravamento de patologia cardíaca; intoxicações medicamentosas, associadas a tentativas de suicídio, em doentes com antecedentes de patologia psiquiátrica; entre outros. Do foro mais cirúrgico, tendo estes também uma forte componente médica associada, assisti predominantemente a doentes politraumatizados com complicações respiratórias e/ou hemodinâmicas e a doentes submetidos a cirurgia major da especialidade de cirurgia geral.

Nos cuidados a estes doentes foi possível aplicar conhecimentos provenientes da minha formação inicial, bem como conhecimentos específicos no cuidado ao doente em estado crítico, onde saliento a prestação de cuidados a vários doentes submetidos a ventilação invasiva e alguns casos, doentes submetidos a ventilação não invasiva; a avaliação da dor, agitação e delirium, com implementação de estratégias para gestão da dor, agitação e delirium; a aplicação de medidas de prevenção de úlceras de pressão; a avaliação do estado nutricional, onde prestei concretamente cuidados a doentes com nutrição parentérica; e, de um modo geral, a doentes com cateterização venosa central e cateterização arterial. Proporcionou-se assim um desenvolvimento gradual das competências técnicas, científicas e relacionais, que me ajudou a compreender e a colaborar mais ativamente no plano de intervenção global e a adquirir autonomia na prestação dos cuidados, de modo a saber **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada** e a **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

Embora não tivesse experiência na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos, o acompanhar o enfermeiro tutor e os restantes elementos da equipa na prestação de cuidados, de acordo com o método de trabalho utilizado e integrando a dinâmica do serviço, contribuiu para o **desenvolvimento de uma metodologia científica** nos cuidados prestados (colheita de dados, análise e interpretação da informação, planeamento dos cuidados, implementação dos cuidados e avaliação dos resultados), o que me ajudou a sistematizar e a organizar a informação, bem como a integrar conhecimentos específicos, de modo a ser capaz de colaborar na implementação das melhores estratégias para a obtenção de melhores resultados nos doentes atribuídos. Pude assim crescer no espírito de iniciativa e manter de forma contínua o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Foi para mim relevante aprofundar conhecimentos relativos a monitorização hemodinâmica, ventilação, monitorização terapêutica, técnicas dialíticas, entre outras, onde pude perceber que as intervenções mais complexas relacionadas com a prevenção de PAVI (Pneumonia Associada a Ventilação Invasiva), o manuseamento de CVC (Cateter Venoso Central) e de CA (Cateter Arterial), a monitorização de PAI (Pressão Arterial Invasiva), a monitorização de PVC (Pressão Venosa Central), a monitorização de PIA (Pressão Intra-Abdominal) e da PA (Perfusão Abdominal), estão devidamente definidas, havendo

protocolos e procedimentos que são rigorosamente cumpridos, garantindo-se assim uma assistência de excelência.

As técnicas dialíticas são habitualmente realizadas por um enfermeiro do serviço com formação específica nesta área, sendo a hemodiafiltração veno-venosa contínua a técnica de eleição em doentes críticos hemodinamicamente instáveis, a qual tive oportunidade de assistir, num caso, aplicada a um doente com quadro hepático-renal, disfunção multi-orgânica com suporte de aminsas, e noutro caso, aplicada a um doente com disfunção renal relacionada com disfunção cardíaca, foco arritmico, com EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio), onde pude constatar que em ambos os casos foram cumpridos os pré-requisitos (cateter central de duplo lúmen veno-venoso para técnicas dialíticas, circuito extra-corporal para hemofiltro, bomba de sangue e bomba de efluente, líquido de substituição e líquido dialisante), bem como o respeito dos princípios das técnicas dialíticas: hipocoagulante no circuito; citrato de sódio para prevenir a formação de trombina; reposição de sódio; vigilância iónica e ácido-base apertada, garantindo-se assim os objetivos destas técnicas, o mimetizar as funções e fisiologia dos rins, a promoção de uma depuração sanguínea qualitativa e quantitativamente adequada, o restaurar e manter a homeostasia, o evitar complicações e o favorecer condições para a recuperação da função renal. De acordo com a experiência obtida e com base em alguma pesquisa realizada, pude assim perceber que a insuficiência renal aguda é uma condição muito comum em doentes internados em cuidados intensivos, em que, a preferência por métodos contínuos é determinada, principalmente, pela sua melhor tolerância hemodinâmica, derivada de uma remoção mais gradual de solutos e líquidos, permitindo menores oscilações na molaridade sanguínea e uma contínua adaptação do volume circulante (Garcês, 2007).

Ainda relacionado com os protocolos e os procedimentos apliquei conhecimentos relacionados com o controlo de infeção, as precauções adicionais: via aérea, as precauções adicionais: gotícula e as precauções adicionais: contacto, estando estes devidamente protocolados no serviço. Concretamente, quanto à prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA (*Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus*), pude constatar que estão bem definidos os critérios para o rastreio de portadores de MRSA, e quando confirmada é iniciada a descolonização e são mantidas as precauções de contacto (isolamento); é monitorizada a sua eficácia, com a realização de três rastreios *follow-up* (7º dia, 14º dia e 21º dia); e no caso do primeiro rastreio *follow-up* ser positivo, repete-se o procedimento, nunca se efetuando mais do que dois cursos de procedimento.

Entrando num âmbito mais global do doente, aprofundei conhecimentos relacionados com a dor, agitação e *delirium* no doente crítico, aspetos estes incorporados na prestação de cuidados aos doentes nesta unidade. Assim, com base num estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos que consistiu na avaliação dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de agitação em doentes críticos (Almeida; 2016), percebeu-se que os fatores mais associados à agitação são o *delirium*, a dor moderada ou intensa, a ventilação mecânica e o tabagismo, sendo a dor claramente um fator de risco bastante comum nos casos de agitação. A ventilação mecânica é também muitas vezes um fator de agitação, relacionado com a presença do tubo endotraqueal, secreções e assincronia com o ventilador, e ainda, a relação que pode existir com a incapacidade de o doente comunicar as suas necessidades à equipa de saúde, dado ao facto de estar ventilado.

Tive oportunidade de observar e de colaborar na avaliação da dor, da agitação e do *delirium* no doente crítico. Para avaliação da dor utilizei a escala objetiva da dor, BPS-IP (*Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*), sendo esta utilizada no serviço e aplicada nos doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. Nos casos em que não se verificavam estes pressupostos, apliquei a escala numérica da dor, sendo também esta bastante aplicada no serviço, quer pelos enfermeiros quer pelos médicos. Em algumas situações foi importante gerir a dor e a agitação, na maior parte das vezes relacionadas, não apenas com medidas farmacológicas, mas também com medidas não farmacológicas, salientando-se o posicionamento adequado no leito, o evitar estímulos nocivos, a estabilização das fraturas em alguns casos, a terapêutica com calor ou frio, e outras como o relaxamento, a massagem, a distração e musicoterapia, tendo oportunidade de implementar, dentro destas, as me pareceram mais viáveis, como sendo o posicionamento adequado no leito e o evitar os estímulos nocivos.

O *delirium*, uma sintomatologia que também pode estar presente nos doentes internados em cuidados intensivos, habitualmente relacionado com a gravidade do estado clínico, a sedação, a agressividade das intervenções e o ambiente, que em consonância com a dor e a agitação, segundo Fernandes (2009), são fenómenos que necessitam de ser identificados e de uma intervenção antecipada para que se possam diminuir os índices de morbilidade e de mortalidade, além de contribuir para melhorar a interação equipe médico-enfermeiro-paciente. Neste âmbito, participei numa formação em serviço sobre “Sedação, analgesia e *delirium*”, com Workshops, promovida por uma equipa de formadores do respetivo serviço, constituída por enfermeiros e médicos, onde se abordou: as indicações

específicas para sedação, referindo-se a analgesia epidural como uma alternativa eficaz; a avaliação objetiva da sedação e agitação pela aplicação do BIS (*Bispectral Index Score*) e a avaliação subjetiva da sedação e agitação pela aplicação da escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*); a aplicação TOF (*Train Of Four*), monitorização do bloqueio neuromuscular na sequência de quatro estímulos para prevenir o excesso da sedação e melhorar a adaptação ao ventilador; e ainda, a avaliação do *delirium* pela aplicação do CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the ICU*). Conhecimentos estes que pude aprofundar e transpor para a prática, nomeadamente a escala RASS e a escala CAM-ICU, em que para avaliação do *delirium* é necessário associar a monitorização da sedação e da agitação através do RASS. No serviço é notória a aplicação destes escalas, bem como a monitorização BIS e a monitorização TOF nas situações que se justifiquem, de modo a despistar e a prevenir complicações no doente crítico associadas ao internamento em cuidados intensivos.

Tive oportunidade de colaborar na monitorização BIS e TOF, concretamente nos casos de doentes ventilados, sedados e curarizados, quer do foro médico quer do foro cirúrgico, em que com a monitorização BIS constatei que se pode avaliar a atividade eletromiográfica, mantendo-se valores entre 40-60 (sendo 0 – completamente sedado e 100 – estado vígil), com o objetivo de preservar os reflexos, gerindo-se deste modo a sedação adequada. Em alguns casos, quando disponível, foi também possível a monitorização TOF, com o objetivo de prevenir o excesso de sedação e de melhorar a adaptação ao ventilador. Nestas monitorizações pode-se assim oferecer ao doente sedado e curarizado uma sedação bastante mais controlada, melhorando-se a sua adaptação ao ventilador e prevenindo-se futuras complicações.

A participação nas formações desenvolvidas no serviço foram uma mais valia para o meu crescimento na prática, onde tive também oportunidade de participar na formação “SAV – ritmos desfibriláveis e ritmos não desfibriláveis”, o que me ajudou a integrar e a aprofundar conhecimentos já adquiridos, de modo a poder colaborar mais eficazmente na reanimação intra-hospitalar. Tive a oportunidade de assistir a um caso no próprio serviço e a outros dois casos em serviços diferentes, para os quais foi chamada a Emergência Interna, médico e enfermeiro do SMI, que pude acompanhar e colaborar nomeadamente nestas duas situações, o que contribuiu para **desenvolver a capacidade de reagir perante as situações imprevistas e complexas** e refletir sobre a atuação que foi realizada.

Nos dois casos ocorridos nos serviços, um num serviço de Medicina e o outro num serviço de Cirurgia, pude acompanhar o transporte intra-hospitalar do respetivo serviço

para a sala de emergência, onde constatei as seguras condições com que este foi realizado, sendo o doente devidamente estabilizado e monitorizado antes de ser transportado. No âmbito de transporte intra-hospitalar tive outras situações, em contexto de transporte do SMI para a realização de exames complementares, onde também pude verificar que foram respeitados todos os requisitos e concretamente as três fases previstas neste tipo de transporte, a fase da decisão, a fase do planeamento e a fase da efetivação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008), de modo a evitar qualquer tipo de retrocesso no estado clínico do doente, sendo garantido que o nível de cuidados no transporte não fosse inferior ao do serviço de origem, prevendo-se a necessidade de o elevar, o que implicou uma boa coordenação, a avaliação do risco/benefício (risco do transporte, risco clínico, risco da deslocação; doente previamente estabilizado), a presença de todo o equipamento (oxigénio para mais de 30', ventilador de transporte, desfibrilhador), a devida monitorização e a medicação adicional.

Em todas as situações de prestação de cuidados procurei agir eticamente, no respeito pela dignidade da pessoa e no respeito pelos seus valores e crenças, procurando implementar os cuidados de uma forma personalizada e segura, onde me deparei com problemas de maior complexidade, saliento o caso de um doente vítima de enforcamento em PCR, com antecedentes de patologia suicida, revertido no final de 6 ciclos de SAV e encontrando-se no SMI monitorizado e ventilado, mas em morte cerebral, sobre o qual se tomaram decisões muito complexas, como o quando o decidir só medidas de conforto, decisões estas que implicaram um elevado sentido ético e legal, bem como o envolvimento da família, com a participação do médico e do enfermeiro, sempre com uma postura acolhedora e recetiva, onde se procurou transmitir as decisões de uma forma adequada, providenciou-se espaço e condições para a família poder estar com o doente, esclareceram-se dúvidas e ofereceu-se o apoio e o conforto necessário.

Neste âmbito, pude colaborar nos cuidados ao doente já numa fase terminal e nos cuidados à família, onde se salvaguardaram os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), como respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, crenças e valores do doente e família, sendo esta sempre devidamente envolvida e informada, respondendo-se assim de forma personalizada e humanizada. A promoção de conforto ao doente em fase terminal, comporta assim aliviar desconfortos físicos como a dor e a angústia respiratória do doente, através do uso de analgésicos, de sedativos e do uso dos dispositivos tecnológicos, bem como oferecer suporte social e emocional à pessoa e à família, possibilitando a sua presença junto do familiar, tanto quanto possível, o que

implica do enfermeiro competências técnicas-científicas, éticas e humanas, de modo a direcionar o cuidado ao doente e à família na sua particularidade e integralidade (Silva, 2015).

Assisti ainda a dois casos de doentes em morte cerebral, mas mantidos com ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e terapêutica, por serem potenciais dadores de órgãos, onde pude observar a realização dos procedimentos e dos testes para diagnóstico de morte cerebral, e ainda a realização de exames e o cumprimento dos requisitos para a doação de órgãos, situações estas que podem levantar dilemas éticos, mas onde constatei que está tudo devidamente protocolado e fundamentado, o que define a elevada responsabilidade legal e ética que é colocada nestas situações, não obstante a realização de reuniões de serviço ou mesmo a consulta da Comissão de Ética sempre que se justifique, informação esta que obtive junto de um dos enfermeiros tutores quando questionado sobre este assunto. Aprofundei conhecimentos e com base na consulta do link da Sociedade Portuguesa de Transplantação (2014) constatei que após confirmada a morte, e se o cadáver tiver características adequadas à doação, compete ao coordenador hospitalar para a transplantação de se informar, por todos os meios ao seu alcance, sobre a vontade expressa em vida daquele indivíduo relativamente à doação, em que, para este efeito, são consultados os Registos nacionais de Não-dadores e, sobretudo, os familiares próximos do falecido.

Neste enquadramento, Patrício (2013) salienta alguns elementos fundamentais relacionados com a doação de órgãos, concretamente no caso de morte confirmada, tais como: são potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério a sua qualidade de não dadores; admite-se a possibilidade de indisponibilidades parciais para a dádiva de órgãos ou tecidos ou em vista de certas finalidades, mas as mesmas devem ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão; atendendo aos graves riscos, normalmente irreversíveis, que decorreriam das colheitas realizadas em indivíduos erradamente presumidos cadáveres, há uma natural exigência de detalhamento da certificação da morte; e ainda, aponta o princípio do respeito pelo cadáver, evitando-se todas as mutilações e dissecações não estritamente indispensáveis.

A reflexão crítica foi estratégia que me ajudou a integrar conhecimentos e a desenvolver, para além do pensamento crítico-reflexivo, uma assistência global e integrada ao doente em estado crítico.

Ao longo deste módulo de estágio, centrado nos cuidados ao doente crítico, apercebi-me que a comunicação com o doente representa um desafio para os profissionais de saúde, atendendo a que a maioria das vezes o doente não comunica, está com ventilação mecânica e com alterações do estado de consciência. Dentro dos desafios que me foram colocados, sobretudo nas situações em que estive na prestação cuidados a este tipo de doentes, percebi que neste contexto de debilidade e de sofrimento, para além da componente técnica e científica, é determinante a relação que o enfermeiro estabelece com o doente, cujo sucesso irá depender bastante da capacidade que o enfermeiro tem de encarar o sofrimento, o que implica desenvolvimento da capacidade de escuta e de compreensão, o estar atento ao comportamento do doente, a todas as atitudes, inclusive linguagem verbal e não-verbal, em que muitas vezes a linguagem não-verbal transmite tanto ou mais que a linguagem verbal.

Comunicar com o doente é pois a essência de enfermagem, em que quando o doente se encontra numa situação fisiológica de ausência de *feedback*, todo o processo de cuidar adquire características específicas, que suscitam desafios às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros (Saraiva e Martinho, 2011). Assim, é determinante a criatividade na comunicação, o recurso à estimulação de sentidos, como a audição e o tato em particular, o que permite transmitir ao doente uma sensação de controlo sobre o ambiente que o rodeia, transmitindo-lhe afeto, solidariedade e tranquilidade.

Os doentes em estado crítico na maioria das vezes são submetidos a tratamentos invasivos, agressivos e mesmo dolorosos, sendo estas experiências marcadas pela solidão, pelo desamparo, pelo controlo das máquinas, pela incerteza da sua situação, e ainda, o desconforto físico e insegurança emocional, muitas vezes expressas por reações como o silêncio, o choro e a agitação (Rosenheir, Lunardi e Filho, 2008). E é neste contexto que o processo da comunicação adquire uma importância relevante, no que se refere à diminuição destes sintomas, e que passa essencialmente pela transmissão de segurança e de confiança por parte dos profissionais de saúde.

Existem por vezes dificuldades e aspetos facilitadores neste processo de comunicação com o doente, bem como com a família, que é importante identificar. Assim, no que respeita às dificuldades, Santos e Silva (2006), salientam as informações nem sempre compreendidas; a gravidade do próprio doente; a dinâmica e o espaço da unidade que pode ser inadequado; o grau de desconhecimento pelo profissional de saúde da evolução clínica do doente; o desconhecimento do modo de ser e perceber do doente e

família; o constrangimento, a insegurança, o uso de linguagem técnica e o fornecimento de informações pelos profissionais; e ainda, a abordagem mais formal e prudente em relação ao doente e à família. Os mesmos autores apontam aspetos facilitadores da comunicação, como sendo o interesse do profissional em se aproximar do doente e família, a empatia do profissional, bem como a paciência e a sensibilidade do mesmo.

Neste âmbito, é importante sair do tecnicismo, acentuar a relação terapêutica, reforçar os ensinamentos ao doente e família, disponibilizar-se para escutar e compreender, bem como encontrar outras estratégias verbais e não verbais, que fomentem uma assistência cada vez mais integrada e humanizada ao doente em estado crítico. Como estratégias de comunicação verbal, Rosário (2009) enquadra as técnicas do devolver, do clarificar e do reformular, o que implica que o enfermeiro primeiramente devolva ao doente por linguagem verbal, o que entendeu da sua mensagem; de seguida, tente clarificar, pedindo ao doente que lhe forneça mais dados; e por fim, que o enfermeiro após ter interpretado a mensagem, procure reformulá-la, para ver se é mesmo isso que este lhe queria transmitir. Relacionado com a impossibilidade de comunicar verbalmente, Simões e Fernandes (2006), referem que o relacionamento enfermeiro-doente tem de se integrar num processo terapêutico de interação, afinidade, compreensão e conhecimento mútuo e de aceitação, demonstrados na expressão facial, na postura corporal, nos movimentos e gestos, na linguagem escrita e na visualização.

Tal como já referido, a comunicação com família é também um ponto a refletir e a considerar na abordagem ao doente crítico, atendendo a que estas situações acarretam habitualmente instabilidade emocional, afetiva, fragilidade, impotência, insegurança, incerteza, não podendo esta ficar de fora, mas antes, sempre que possível e pertinente, ser integrada neste processo de comunicação.

Relacionado assim com uma abordagem mais holística do doente, pareceu-me oportuno o desenvolvimento de um estudo caso (Apêndice I) ocorrido no contexto da prática, com o objetivo de aplicar conhecimentos relativamente à comunicação com o doente em estado crítico, onde foi possível implementar um plano de cuidados, numa vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual, em que salientei e explorei os focos mais relacionados com o processo comunicacional.

Ao longo do turno da manhã e turno da tarde, tempo em que estive na prestação de cuidados, concretamente com o doente que estudei, um doente do foro cirúrgico, no 4º dia após cirurgia major, esofagectomia eletiva, no dia 5 no SMI, pude verificar que as intervenções de enfermagem relacionadas com os focos que desenvolvi, comunicação,

ansiedade, conforto, são implementadas durante a prestação de cuidados, embora nem sempre tidas em conta, não sendo por isso avaliadas nem registadas.

Foi possível constatar que apesar das dificuldades que se colocaram no desenvolvimento do processo de comunicação com o doente em estado crítico, como sendo o próprio estado clínico, o facto de estar ventilado, sedado e analgesiado, surgem sempre alternativas e estratégias verbais e não verbais que podem ser implementadas, no sentido de realizar uma abordagem ao doente mais humana e integrada, contribuindo concretamente para a diminuição da ansiedade e para um melhor conforto e bem estar, focos estes que também aprofundi e desenvolvi.

Como pude verificar, a família tem também um papel determinante neste processo, devendo sempre que possível ser envolvida na prestação de cuidados, dado que com a presença de alguém com uma relação mais próxima com o doente, pode-se mais facilmente obter informações sobre este, sobretudo no que respeita aos seus gostos, preferências e mesmo quanto ao seu estado emocional e preocupações, aos quais poderemos responder mais assertivamente, diminuindo assim os sintomas associados a um internamento em cuidados intensivos, tal como Martinez (2011) refere, os familiares são elementos muito importantes no processo de evolução do doente internado em UCI, pois contribuem de uma maneira muito significativa para uma boa evolução na doença e participam de forma ativa na tomada de decisão, sendo a fonte mais importante de apoio e de ligação entre o doente e a equipa.

Em suma, este estudo de caso, bem como a reflexão sobre a comunicação foram estratégias que me ajudaram a ter uma compreensão e uma intervenção mais holística junto do doente e família, e mesmo ter a possibilidade de poder partilhar com outros profissionais aspetos que podem ser de extrema importância na evolução positiva deste, e que nem sempre são suficientemente valorizados. Permitiu-me também poder desenvolver e **demonstrar a consciência crítica para com os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Foi interessante poder observar e constatar que dentro das ações autónomas e interdependentes que constituem a intervenção do enfermeiro, é na intervenção autónoma que o enfermeiro desenvolve esta aproximação mais holística com o doente, podendo com esta dar um grande contributo e trazer situações que necessitem de discussão em equipa, e que por vezes podem ficar despercebidas, sobretudo quando há uma grande preocupação com a componente técnica. Dada a sua maior proximidade com o doente, o enfermeiro tem assim a possibilidade de conhecer melhor o seu contexto, adquirir informações e dados

pertinentes para melhor compreender o seu estado clínico, perceber as suas inquietações e as suas preocupações, como por exemplo agitação associada ao medo da noite, insegurança associada à complexidade do ambiente que o rodeia, a incerteza associada à sua situação concreta, entre outras.

Pude observar esta complementaridade e preocupação com a globalidade do doente, concretamente na programação e na realização das consultas de *follow-up*, organizadas pelo médico e pelo enfermeiro responsáveis por esta vertente. Estas centram-se no despiste do risco de SPICI (Sequelas Pós Internamento em Cuidados Intensivos), aplicado uma semana após internamento em Cuidados Intensivos e aplicado nas consultas, um mês após a alta, se o doente ainda estiver internado no hospital e três meses após a alta. Tive oportunidade de poder assistir às consultas de *follow-up* nos três meses após em alta, portanto com utentes que já se encontravam no domicílio e que se deslocaram ao hospital, em cinco casos diferentes, onde pude constatar que estas foram baseadas na análise dos questionários preenchidos pelos utentes no domicílio, na análise do Diário que é realizado no internamento em Cuidados Intensivos, e na aplicação de escalas tendo como base a entrevista, de modo a despistar sequelas como alteração da mobilidade, insónias, *delirium*, afetação da memória, afetação da concentração, ou outros. Nos casos em que foram diagnosticados este tipo de problemas, a enfermeira em conjunto com a médica, realizaram a devida orientação e encaminhamento.

No âmbito da humanização dos cuidados, considerei a implementação do Diário uma intervenção concreta de cuidado personalizado e humanizado, pois com base neste foi possível que o doente tivesse a oportunidade de compreender melhor o que se passou consigo durante o tempo de internamento em cuidados intensivos, ajudando-o a percorrer um caminho intenso de acontecimentos que os profissionais diariamente aí vão relatando e explicando, de forma perceptível, comunicando-lhe confiança e esperança, desdramatizando-se assim uma experiência que pode deixar sequelas negativas. Nas consultas de *follow-up*, constatei que alguns casos os doentes referiram que ao ler o seu Diário perceberam melhor o que lhes aconteceu, bem como sentiram particularmente o interesse, o empenho e a proximidade dos profissionais que os cuidaram.

A prestação de cuidados foi um domínio que preencheu grande parte do meu estágio em cuidados intensivos, onde tive a oportunidade de desenvolver e demonstrar **capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, pela adoção de uma postura facilitadora de integração na equipa, demonstração de espírito de equipa e interajuda, pela partilha de conhecimentos e

experiências, pela exposição das dificuldades experimentadas, pela participação nas passagens de turno e ainda pela discussão dos casos relevantes, concretamente com os enfermeiros tutores. Tive também oportunidade de interagir com profissionais de outros serviços, nomeadamente com os do Serviço de Urgência, UCI (Unidade de Cuidados Intermédios), Internamento (medicina e cirurgia) e Bloco, quer no contexto de admissão quer no contexto de transferência de doentes, onde pude perceber que existe uma adequada articulação e uma eficaz comunicação entre os profissionais de saúde, garantindo-se assim a continuidade e a qualidade dos cuidados, onde também tem um papel determinante o Sistema de Informação, concretamente o SClínico, implementado neste Hospital.

Serviço de Urgência

O estágio de urgência enquadrado no Serviço de Urgência de um Hospital Central que responde a uma vasta e diversificada população, a assistência ao doente crítico em contexto de urgência/emergência constituiu um grande desafio, onde pude desenvolver competências que assentaram no reconhecimento precoce, estratificação de prioridades e encaminhamento adequado do doente crítico, minimizando-se assim o risco de complicações associadas à sua situação crítica, habitualmente urgente, muito urgente ou mesmo emergente. Foi também uma oportunidade para mobilizar conhecimentos teóricos, técnicos e científicos, bem como comunicacionais e relacionais, de modo a **gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.**

Integrei e mobilizei conhecimentos na prestação de cuidados a doentes do foro médico, onde pude constatar a grande afluência de uma população mais idosa, onde predominam as morbilidades, a doença crónica, casos de tratamento paliativo, e mesmo as situações de fim de vida.

Numa urgência com grande capacidade de resposta tal como esta, pude acompanhar o processo de vários doentes no que se refere ao seu estudo e encaminhamento, sobretudo na área amarela e na área laranja, área da pequena cirurgia e ortopedia e na sala de emergência, onde constatei a participação de uma equipa multidisciplinar, muitas vezes com necessidade de várias especialidades para o mesmo doente, a realização dos meios complementares de diagnóstico necessários, a discussão dos resultados, mesmo com a equipa de enfermagem, o que permitiu uma sólida abordagem ao doente crítico e menos crítico, de forma metódica e diferenciada, e o mais completa possível. Colaborei na prestação de cuidados a estes doentes, onde pude mobilizar além de conhecimentos do foro

médico, conhecimentos do foro cirúrgico, sobretudo no que se refere às especialidades mais prevalentes: cirurgia geral, urologia, cirurgia vascular, ortopedia, neurocirurgia.

A integração numa urgência deste âmbito implicou aprofundamento de conhecimentos, pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos e experiências anteriores para o desenvolvimento das atividades, concretamente para a prestação de cuidados e para a gestão de situações complexas que observei e experienciei.

No intuito de responder aos objetivos deste módulo procurei percorrer as diferentes áreas do SU: triagem; sala de emergência; área laranja/UCP (Unidade de Curta Permanência); área de pequena cirurgia/ortopedia; área verde; área azul; área da psiquiatria.

Foram várias oportunidades de participar na triagem, realizada por enfermeiros, habitualmente dois, onde percebi que esta implica uma formação específica e algum tempo de experiência no respetivo local de trabalho, dado que, entre outros, é também importante um bom conhecimento dos recursos existentes, para que haja um adequado encaminhamento do doente, que proporcione um atendimento em tempo útil, com eficaz resolução da sua situação, tanto quanto possível.

Neste hospital, à semelhança de outros, é utilizado o sistema de prioridades de triagem de *Manchester*, integrado no Sistema de Informação “ALERT”, com a designação de “*Módulo Manchester*”, que tem como objetivo realizar a triagem de prioridades, de um modo objetivo e sistematizado, contemplando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo recomendado até à observação médica. De acordo com a norma da Direção-Geral da Saúde sobre triagem de *Manchester* e referência interna imediata (DGS 2015, pg 6), ‘este sistema de triagem identifica perante os sintomas um critério prioridade não estabelece diagnósticos clínicos, em que a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão são suportadas por algoritmos, que garantem aos profissionais de saúde, num contexto de afluxo significativo de doentes, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustados às necessidades, com a maior qualidade e segurança’.

Na triagem, inicialmente o enfermeiro observa o doente e em função da queixa apresentada avalia a respiração, a saturação de oxigénio, a frequência cardíaca, a temperatura, a dor e o estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow. Depois de identificada a queixa principal é selecionado o fluxograma correspondente, são percorridos os discriminadores de certos sinais e sintomas e o doente é categorizado numa

das cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo, que corresponde ao tempo alvo ou tempo máximo de observação inicial.

Tive oportunidade de colaborar e mesmo de realizar alguns casos de triagem, onde pude constatar que é determinante a comunicação e a empatia com o doente e família, de modo a captar devidamente o que os preocupa, com realismo e objetividade, bem como o ser capaz de interpretar devidamente os dados provenientes da avaliação inicial e capacidade de organização para responder adequadamente às necessidades e solicitações dos doentes, estabelecendo prioridades. Este processo nem sempre é fácil, uma vez que implica a gestão de um conjunto de questões, nomeadamente o ter de correlacionar sintomas com o antes, o agora e, em algumas situações, o facto de aquele doente ter grande probabilidade de vir a complicar. Para tal relembro o caso de um doente que veio ao SU por dor, desconforto e sensação de aperto na região cervical, no local de uma biópsia a “massa” cervical realizada no dia anterior neste hospital. Atendendo à sintomatologia, o sistema categorizava este doente para a área amarela, no entanto, havia grande probabilidade de este vir a complicar e por isso exigia uma vigilância contínua, tendo assim critérios para área laranja, o que implicou que a enfermeira da triagem tivesse de realizar algumas adaptações no sistema.

Compete também ao enfermeiro da triagem saber gerir o descontentamento de alguns doentes/familiares no que se refere à prioridade no atendimento, sendo mesmo muitas vezes alvo de agressões, sobretudo nos casos em que já não é a primeira vez que estes veem ao SU e associam a cor da pulseira a determinado tempo de espera que ultrapassa o que é previsto e que na prática até se constata, mas que é difícil de contornar, dada à grande afluência de doentes, sobretudo de casos não urgentes, situações que poderiam ser estudadas e orientadas pelo médico de família.

O sistema de triagem contempla para além da triagem habitual, uma triagem secundária que são as vias verdes: via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral); via verde trauma; via verdes sépsis e via verde coronária, as quais tive oportunidade de acompanhar todo o processo.

Na via verde AVC, com sintomatologia, de instalação súbita e espontânea, sem recuperação, com instabilidade dos sinais vitais ou coma segue diretamente para a sala de emergência. Se início de sintomatologia há menos de 6 horas ou se hora desconhecida, segue também para a sala de emergência, onde será contactado o médico decisor da via verde AVC. No caso de início de sintomatologia superior a 6 horas e inferior a 24 horas e

no caso de dependência prévia de terceiros segue para área laranja, onde é sempre avisado o Coordenador Médico e Enfermagem da área.

Pude acompanhar vários casos de via verde AVC, concretamente na Sala de Emergência (SE), onde pude colaborar na prestação de cuidados e acompanhar todo o processo desde a admissão na SE até ao internamento. Pude verificar que em menos de 20 minutos o doente é avaliado pelo neurologista, o qual decide a realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) e, mediante o resultado e o tempo de início de sintomas, decide se este tem ou não indicação para iniciar terapia trombolítica com Actylise, existindo uma pequena mala com a medicação e o material necessário que acompanha o enfermeiro à unidade de TAC, sendo logo aí iniciada quando indicado. Neste âmbito consultei as normas para trombólise no AVC existentes no serviço e aprofundei conhecimentos relativamente à terapia trombolítica com Alteplase, onde constatei que os critérios de inclusão para esta terapia são a nomeadamente a confirmação de AVC em qualquer território cerebral; a possibilidade de iniciar o tratamento dentro de 3 horas desde o início dos sintomas, podendo a janela terapêutica em alguns casos ser mais estendida, até 5 horas; a tomografia computadorizada cerebral ou ressonância magnética sem evidência de hemorragia; e ainda, paciente com idade superior a 18 anos (Maniva, 2012).

Acompanhei vários doentes à TAC, e num dos casos pude mesmo assistir e colaborar na terapia trombolítica com Alteplase, um doente independente nas atividades de vida diária até então, com instalação súbita de hemiparesia esquerda, desvio da comissura labial para a esquerda, desvio do olhar conjugado para a esquerda, discurso incompreensível e hipotensão, em que foi diagnosticado AVC isquémico, com início da sintomatologia há menos de 6 horas. Houve pelo menos dois casos em que apesar da sintomatologia, não foi aplicado protocolo AVC, um caso com antecedentes de demência e outro caso com várias comorbilidades associadas, sendo transferidos para o internamento de medicina. Houve ainda outras situações em que não se verificou AVC, mas dado existir sintomatologia similar, como confusão e desvio do olhar, estes doentes foram alocados à área alaranja, onde ficaram sob vigilância contínua e onde se fez o seu estudo e despiste de complicações.

Os casos de via verde trauma seguem um conjunto de critérios de referência, em que com base nesses critérios o enfermeiro na triagem decide se deve encaminhar o doente para a equipa de trauma e em cuja ponderação para esta ativação são também consideradas determinadas co-morbilidades, como idade superior a 65 anos, doença respiratória prévia, doença cardiovascular prévia e mecanismo de lesão.

Tive oportunidade de assistir a alguns casos de via verde trauma, concretamente na sala de emergência, em que saliento o caso de um politraumatizado, vítima de uma queda 7-10 metros, acompanhado pela VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), e um outro caso, outro politraumatizado, vítima de um acidente de viação, também acompanhado pela VMER. Em ambos os casos pude acompanhar e participar na admissão destes na SE, colaborar na avaliação primária, A,B,C,D,E, com a implementação das intervenções adequadas e monitorização contínua, no acompanhamento a realização de exames complementares de diagnóstico, e na avaliação secundária, com a descrição pormenorizada de todas as lesões, interpretação dos resultados e implementação de um plano terapêutico. No primeiro caso, depois do doente ser estabilizado colaborei na sua preparação e ida para o bloco, onde foi submetido a uma grande cirurgia, atendendo às múltiplas fraturas e lesões internas que apresentava. No segundo caso, depois de este ter sido devidamente estabilizado, colaborei na preparação da sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Gerais (UCIPG), o qual também pude acompanhar.

De via verde coronária foram vários os casos cuja ativação pude presenciar na triagem, em que um dos principais critérios para esta ativação é a dor torácica, tendo o enfermeiro de triagem autonomia para articular com o técnico de cardiopneumologia para a realização de eletrocardiograma (ECG). Participei e colaborei nos cuidados a este tipo de doentes, concretamente na área laranja e na sala de emergência. Na área laranja acompanhei a monitorização, a realização de ECG, colheitas e administração de terapêutica a doentes com sintomatologia coincidente com elevado risco de EAM, como um caso de um doente com dor torácica, síncope e subida da Troponina I de Alta Sensibilidade (TnIAS). Na SE assisti a pelo menos dois casos de Enfarte Agudo Miocárdio com supradesnivelamento ST, onde colaborei na monitorização, colheitas, administração de terapêutica, seguindo todo protocolo de terapêutica anti-trombótica até à realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP), no laboratório de hemodinâmica.

Com estes casos e de acordo com a bibliografia que consultei pude constatar que a dor torácica é um sintoma muito comum no EAM e que o seu tratamento em situações de risco de vida é tanto mais eficaz quanto mais precocemente for iniciado. É determinante o tempo de realização e de interpretação de ECG que deve ser inferior a 10 min, bem como, quando indicado, o início de tratamento fibrinolítico, que deve ser inferior a 30 minutos desde a entrada no SU ou outro tipo de intervenções, como a Intervenção Coronária Percutânea - ICP que deve ser realizada em 90 minutos ou menos, desde a entrada do doente no SU (Norte, 2013).

Na via verde sépsis, a avaliação é paralela à da triagem de *Manchester* e de outra via verde (ex: AVC), onde são considerados critérios de inclusão e de exclusão já definidos. Os doentes da via verde sépsis são encaminhados para a área indicada pela triagem e os acompanhantes devem ficar acessíveis à equipa. Na triagem o enfermeiro após a verificação de determinados sintomas articula diretamente com o técnico de cardiopneumologia para pedir gasimetria. Acompanhei o caso de um doente na área laranja com dor abdominal, hipertermia, dispneia e expetoração, em que foi ativada a via verde sépsis.

Na sala de emergência tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a um doente queimado, com queimaduras de 1º e 2º grau na face, couro cabeludo e membros superiores, um acidente doméstico, vítima de um incêndio provocado pela aproximação de uma fonte de calor a um local com elevada concentração de monóxido de carbono, onde pude mobilizar conhecimentos adquiridos no âmbito da EEMC: permeabilização das vias aéreas, avaliação de critérios para entubar, dado ao risco de edema supraglótico nas primeiras 24 horas, em que neste caso não foi necessário (para esta avaliação foi importante a realização raio x do tórax, gasimetria e o considerar determinados sintomas como rouquidão, estridor, expetoração, partículas na orofaringe, que não se verificaram); auscultação e oxigenoterapia; acessos venosos para fluidoterapia [com aplicação da fórmula de Parkland (Brooke) modificada para cálculo da solução cristalóide nas primeiras 8 horas], analgesia e sedação; prevenção de hipovolemia e hipoxia; retirar roupas e outros, com prevenção de hipotermia; irrigação abundante da área corporal queimada durante 20-30 minutos e proteção das queimaduras; monitorização contínua; realização de outros exames complementares de diagnóstico como ECG (dado que era um doente idoso) e monitorização analítica de 6/6 horas até ao reencaminhamento para unidade especializada (Unidade de Queimados), existente no respetivo hospital.

Constatei que a assistência ao doente queimado, tal como refere Silva (2010), exige o trabalho de uma equipa multidisciplinar cuja atuação visa a redução das lesões e sequelas físicas, orgânicas e psicológicas, de modo a diminuir o tempo de internamento, a taxa de mortalidade e futuramente a sua melhor integração na sociedade. A equipa de enfermagem tem um papel determinante no sentido de identificar os problemas e de os solucionar, onde se enquadra o processo de enfermagem, colheita de dados, diagnósticos e intervenções, permitindo que a atuação junto do doente seja organizada de um modo sistemático, integral e personalizada, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada e para uma reabilitação mais rápida do doente.

Relativamente à prestação de cuidados ao doente crítico, muito urgente, na área laranja, concretamente na Unidade de Curta Permanência (UCP), tive a oportunidade de realizar vários turnos, onde constatei uma grande afluência de doentes muito críticos, com necessidade de vigilância permanente e de monitorização contínua, concretamente alguns casos como: dispneia; fibrilação auricular, hipoglicemia ou hiperglicemia, mas sem alteração do estado de consciência; outro tipo de descompensação metabólica, como hipocalémia; intoxicação medicamentosa por tentativa de suicídio; tentativa de enforcamento; crises convulsivas; e ainda doentes em fim de vida.

Na pequena cirurgia/ortopedia habitualmente são alocados os doentes com pequenas lesões, feridas crónicas, feridas cirúrgicas, feridas traumáticas, queimaduras, fraturas e casos de traumatismo cranioencefálico (TCE). Nesta área tive a oportunidade de realizar um turno, onde me apercebi da grande afluência de doentes, concretamente doentes com suspeita de TCE, para realização de exames complementares de diagnóstico, estudo analítico, analgesia e vigilância, com posterior reencaminhamento.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar constituiu um objetivo/competência preliminar também no âmbito do estágio no Serviço de Urgência, em que neste contexto, uma das minhas principais preocupações, além de conhecer as necessidades do serviço, foi o conhecimento a estrutura e dinâmica do SU, concretamente a dinâmica desenvolvida em cada área, onde pude constatar que a dinâmica de cada área estava de acordo com o tipo de doentes que aí são alocados, concretamente a sua prioridade clínica. Procurei também conhecer as normas e protocolos vigentes, concretamente as que se referiam à Triage de *Manchester* e à triagem paralela, as vias verdes, com os seus respetivos algoritmos de atuação. Constatei a existência de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, na qual me procurei integrar, partilhando também os meus conhecimentos e experiências, e onde me apercebi como a boa articulação entre os saberes de diferentes áreas, concretamente médica, mas também de enfermagem e dos técnicos dos meios complementares de diagnóstico, pode contribuir para a eficácia na intervenção e no tratamento do doente, bem como para o adequado reencaminhamento para a unidade especializada.

Concretamente na equipa de enfermagem pude perceber como é importante a boa comunicação nas equipas e entre as equipas, bem como a disponibilidade de tempo para discutir determinados casos, o que nem sempre se verifica, mas que pode fazer toda a diferença na organização, planificação e continuidade dos cuidados prestados, sendo a passagem de turno um momento importante, mas por vezes insuficiente, havendo assim

necessidade de outras formas de reunião. A comunicação é assim um elemento essencial no cuidado e nas suas variadas formas tem um significado humanizador, configurando-se como um elemento essencial no cuidado, em que para tal é importante que a equipa esteja disposta para estabelecer essa relação e para entender o doente como um sujeito ativo do cuidado e não como um sujeito passivo. A comunicação eficiente entre todos os membros da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem melhor se a assistência ao doente está a ser ou não humanizada, e em que para que o processo de humanização seja efetivo, transformador e se realize, é imprescindível estreitar os laços de comunicação, de forma a desvendar e a respeitar o ser profissional, favorecendo assim a compreensão contínua da realidade do doente e do profissional de saúde (Broca e Ferreira, 2012).

Tal como refere Lucas (2010), a comunicação no seio de uma equipa multidisciplinar representa a partilha de informação especializada entre os vários profissionais de saúde de forma a ser possível intervir com maior fundamento e abrangência, através de uma avaliação holística da situação do doente, podendo a comunicação ser influenciada por vários fatores que condicionam a forma como este processo é experienciado pelos elementos da equipa, os quais podem conduzir a conflitos que quando mal geridos conduzem à ineficiência e à fragmentação dos cuidados prestados, ocupando assim a comunicação um papel vital em todas as dimensões.

Tive oportunidade de participar nas passagens de turno, em que apesar de no início ser um pouco confuso, sobretudo nas áreas com mais afluência de doentes, acabei por conseguir integrar-me e captar o que era importante relativamente a cada doente. Procurei adotar uma postura facilitadora de integração na equipa, expondo as minhas dificuldades e procurando esclarecimentos sobre alguns aspetos que considerei pertinentes, como por exemplo a razão de determinado doente ser alocado a determinada área, a razão de determinados procedimentos, a razão da implementação de determinadas medidas relativamente a alguns doentes, entre outros.

A articulação com outros serviços é também um aspeto determinante no SU e é realizado com mais frequência com os serviços de realização de meios complementares de diagnósticos, com o laboratório de hemodinâmica e, se for o caso, com os serviços onde o doente é internado, unidade de cuidados intensivos polivalentes, unidade de cuidados intermédios, internamento de medicina e internamento de especialidades. Assisti ao processo de transferência de alguns doentes, onde pude verificar que este exige do médico e do enfermeiro a gestão de um conjunto de fatores e como estes podem interferir na

efetividade e na eficácia dos cuidados prestados. Nestes fatores insere-se o profundo conhecimento da situação clínica do doente, o conhecimento geral dos serviços, a gestão da prioridade das situações, a boa comunicação entre os profissionais, a lotação dos serviços que com frequência se verifica, o que implica uma boa organização, eficiência e eficácia na atuação e no reencaminhamento dos doentes.

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, bem como demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas foram aspetos que estiveram bem presentes ao longo do estágio no SU.

No SU os cuidados de enfermagem estão maioritariamente centrados na realização de atitudes terapêuticas interdependentes como a administração de terapêutica e a execução de técnicas, correndo-se o risco da prestação de cuidados não ser individualizada, centrada na pessoa do doente/família e na resposta às suas necessidades específicas, o que pode dificultar a elaboração de um plano de intervenção e a qualidade dos cuidados prestados. Apesar de numa ou outra situação se discutir sobre o plano de intervenção, nem sempre os contextos permitem que sejam discutidas as necessidades de cada doente e a ponderação sobre a forma mais eficaz de atendimento.

Tive várias oportunidades de prestação de cuidado especializado à pessoa com doença grave ou em estado crítico, concretamente na SE assisti a um doente em PCR após EAM, com indicação para trombólise com alteplase e para SAV durante 60 minutos, durante o qual não se conseguiu recuperar funções vitais, vindo-se a confirmar o óbito; assisti a vários casos de *periparagem*; casos de falência respiratória, maioritariamente EAP (Edema Agudo do Pulmão); e outras situações graves de perda de vida ou função de um órgão. Estes doentes foram provenientes do exterior, trazidos pela SIV e pela VMER, de outras áreas do SU e do meio intra-hospitalar, através do RIH. Para RIH em cada turno é destinado um médico e um enfermeiro, ambos com formação em SAV, os quais pude acompanhar e colaborar na assistência ao doente crítico em contexto de internamento, em que saliento um caso de uma doente num serviço de medicina, em PCR, em que se procedeu a manobras de SAV e que posteriormente se suspenderam quando se verificou que não tinha indicação para SAV. Surgiram outros casos que pude acompanhar, concretamente no serviço de urologia, uma doente nas primeiras horas de pós-operatório de cirurgia à suprarrenal, com alteração do estado de consciência, hipotensão e bradicardia, posteriormente levada para a Sala de Emergência dada a sua instabilidade hemodinâmica. Um outro caso, no serviço de cirurgia mulheres, uma doente no 3º dia pós-operatório de

reconstrução intestinal, prostrada, com alteração do estado de consciência, transportada para a TAC e de seguida para a SE, onde se deu continuidade aos procedimentos e inclusive se iniciou perfusão de heparina.

Nas diferentes situações colaborei na admissão e na estabilização do doente crítico, na sua monitorização invasiva e não invasiva, nas manobras de reanimação cardio-respiratória e outros procedimentos, mobilizando assim entre outros conhecimentos, conhecimentos de SBV e de SAV. Pude também colaborar na preparação de transferência intra-hospitalar e inter-hospitalar, bem como a realização de notas gerais e registos de sinais vitais. Na SE tive ainda oportunidade de colaborar na verificação da operacionalidade da sala, bem como na verificação e reposição da mala de RIH e da mala de trombólise, nas diferentes situações em que participei e em que estas foram utilizadas.

No geral, a capacidade de reagir perante as situações imprevistas e complexas, bem como a capacidade de tomar decisões de forma fundamentada foram aspetos que com o decorrer do estágio foram melhorando, possibilitando-me também mais autonomia de intervenção e mais espírito de iniciativa, em que a experiência de vários casos, o estudo, o conhecimento das normas e procedimentos, a partilha de experiências da equipa, foram sem dúvida uma mais valia para o meu crescimento.

Num contexto de urgência/emergência pude constatar como por vezes é difícil o processo de tomada de decisão, sobretudo quando o doente vem do exterior (e tem alteração do estado de consciência) e as informações sobre o seu percurso saúde/doença são ainda escassas e podem ser determinantes nas medidas terapêuticas a implementar. Muitas vezes é junto dos familiares que se adquirem essas informações, mas que nem sempre estão presentes ou demoram a chegar, o que pode atrasar todo o processo. Os casos de PCR também carecem de uma atenção especial e podem mesmo ser um ponto de reflexão para a equipa médica e para a equipa de enfermagem, sobretudo no que se refere à decisão de não reanimar ou de interromper as manobras de reanimação, colocando-se dilemas éticos que nos devem levar a atuar de acordo com a “*leges artis*” e de acordo com o princípio da beneficência e não maleficência, uma decisão que deve ser ponderada em equipa, salvaguardando sempre o respeito pela autonomia e pela dignidade do doente.

As mesmas questões se levantam nos casos em que se tem de tomar a decisão de suspender ou mesmo de não submeter o doente a determinados procedimentos, em que saliento o caso de um doente admitido no SU, via verde trauma, uma queda no domicílio, resultante num TCE com alguma extensão, um senhor idoso e portador de algumas comorbilidades. No decorrer de todo o processo foi ponderada a decisão de entubar o

doente com tubo orotraqueal, em que, considerando vários fatores, o médico decidiu não submeter o doente a este procedimento, uma vez que não ia trazer qualquer benefício, sendo posteriormente transferido para uma unidade de cuidados intermédios.

Neste enquadramento, de acordo com Lucília (2015), é com alguma frequência que se verifica que é a consciência moral que influencia de maneira determinante a tomada de decisão, tendo como base os conhecimentos, as habilidades e a experiência profissional, cuja perícia requer conhecimentos e experiência refletida, levando a que, perante dilemas éticos, se escolha com base na deontologia profissional e na arbitragem a sua própria consciência moral.

No SU procurei **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC**. Deste modo, apercebi-me que a ansiedade e o medo são sentimentos muito comuns no doente e na família em contexto de urgência, dada a situação de imprevisibilidade com que são confrontados e às incertezas que se colocam perante a sua situação clínica e as consequências que daí poderão advir, concretamente nos casos mais críticos, como aqueles que habitualmente são alocados à área laranja/UCP e à Sala de Emergência. São grandes os desafios que se colocam ao enfermeiros nestes contextos dado ao complexo processo relacionado com a doença crítica e/ou falência orgânica, exigindo do enfermeiro a mobilização de conhecimentos e saberes, habilidades técnicas-científicas, humanas e relacionais, de forma a responder adequadamente às necessidades do doente/família, numa dimensão holística.

A capacidade de responder às necessidades do doente /família implica gerir a prestação de cuidados diferenciados à pessoa em ameaça de vida, o gerir protocolos e procedimentos, de modo a responder adequadamente e em tempo útil à situação urgente/emergente, estabelecendo prioridades, o que muitas vezes pode comprometer a capacidade de escuta e a atenção ao doente/família, e mesmo influenciar a ajuda que se pode dar na gestão das perturbações emocionais que estas situações acarretam. Posso salientar o caso de uma doente que foi admitida na SE, proveniente de um serviço de cirurgia, a qual pude acompanhar e cujos familiares não tinham sido suficientemente informados, e em que, dado aos limites da minha intervenção como estagiária, tive necessidade de reencaminhar a situação para o enfermeiro coordenador.

Os cuidados de saúde prestados no serviço de urgência devem assim ser prestados para além do físico, sendo os fatores emocionais e sociais de suma importância para o atendimento do doente como um todo, contudo a sobrelotação nestes serviços faz com o

cuidado ao doente se torne mecânico e automático, mais voltado para os procedimentos técnicos, o que torna o ambiente mais stressante, e em que, apesar das condições adversas com os enfermeiros se deparam, estes acreditam num cuidado mais humanizado, que pressupõe dentro doutros aspetos o envolvimento da família no processo de cuidar (Silva, 2004). Neste sentido, apercebi-me que o doente e a família sempre que possível são envolvidos no processo terapêutico e que, quer na área laranja quer na SE, é dada à família a possibilidade de estar junto do doente, mesmo que seja só por curtos períodos. Os casos de fim de vida ou mesmo de morte que acontecem são situações muito complexas de gerir, em que o enfermeiro precisa de dar um apoio particular à família e em que é preparado o ambiente de modo a que esta possa permanecer mais tempo junto do seu familiar. Para estas situações ou para outras que se revistam de atenção especial, concretamente à família, existe no serviço uma sala designada “Sala da família” que o enfermeiro ou médico podem utilizar sempre que necessário.

Dentro dos limites da minha intervenção, procurei responder adequadamente às necessidades do doente e da família, exercitando a capacidade de escuta e de compreensão, bem como a capacidade de resposta em tempo útil às necessidades encontradas, onde me apercebi que a par das habilidades técnicas e científicas devem também ser desenvolvidas as habilidades humanas e relacionais, contribuindo-se assim para a qualidade e a humanização dos cuidados.

Ao longo deste estágio procurei **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**, acompanhando a enfermeira tutora e os restantes elementos da equipa na prestação de cuidados de acordo com o método de trabalho utilizado, onde constatei que se procura trabalhar em equipa, com responsabilidade e corresponsabilidade, no sentido de se mobilizar todos os recursos para uma assistência eficaz e em tempo útil aos doentes que recorrem ao SU. Procurei integrar-me na dinâmica do serviço, colaborando na prestação de cuidados nas diferentes áreas, utilizando a metodologia de trabalho mais adequada, procurando planear os cuidados tanto quanto possível, o que nem sempre é fácil dado ao facto de as intervenções serem maioritariamente interdependentes. Tive oportunidade de realizar um estudo de caso com mais profundidade e mais completo possível, onde pude demonstrar que mesmo num contexto de urgência é possível a prestação de cuidados holísticos e humanizados.

Os cuidados ao doente crítico, em contexto de urgência/emergência devem ser prestados atendendo ao doente como pessoa, com necessidades individualizadas, avaliadas numa perspetiva holística, em que durante o processo de assistência é imprescindível a

monitorização e a utilização de tecnologias, mas também é importante que não se descure os cuidados humanizados, estabelecendo-se uma relação de ajuda, valorizando-se as necessidades, vontade e autonomia da decisão do doente, pormenores que podem fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados.

O cuidado holístico num serviço de urgência, envolvendo todas as vertentes da pessoa, torna-se um grande desafio, atendendo a que além do ‘impacto total, imediato e concentrado de stress, que advém do cuidado constante com pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas, por vezes repulsivas e até angustiantes, a dinâmica intensa de atendimento, a rápida tomada de decisão, são todo um conjunto de exigências que podem muitas vezes dificultar o cuidado humanizado’ (Versiani, 2012). Integrado no cuidado humanizado e personalizado está o cuidado espiritual, pois é muitas vezes nestas situações de stress e de ameaça de perda de vida que o doente e a própria família recorrem de uma forma mais intensa às suas crenças religiosas e aos seus princípios espirituais, sendo pois premente da parte dos profissionais de saúde permitir e facilitar esta dimensão.

Com o desenvolvimento do estudo de caso (Apêndice II) foi possível implementar um plano de cuidados, onde pude ter presente o doente como um ser holístico, numa vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual, em que salientei e explorei focos da prática que me pareceram pertinentes e que nem sempre são tão explorados na abordagem ao doente crítico, em contexto de urgência/emergência, sendo estes também importantes para o crescimento na humanização e na qualidade dos cuidados prestados. Pude assim constatar que a implementação de algumas intervenções como a escuta ativa, o permitir a expressão de sentimentos, o permitir a expressão de crenças e convicções, o proporcionar ambiente adequado, entre outras, são aspetos que contemplam o ser holístico do doente, mesmo o ser espiritual, cuja implementação é um grande desafio e nem sempre é possível a sua realização, dado que, para além do tempo, que quase sempre é limitado nestas circunstâncias, é também importante a sensibilidade, a maturidade e a preparação do próprio enfermeiro.

4.2 – Domínio da Formação

O domínio da formação é um alicerce importante na profissão de enfermagem, sendo cada enfermeiro responsável pela atualização do seu próprio conhecimento e pelo desenvolvimento da profissão, devendo por isso procurar atualizar os conhecimentos

técnico-científicos e relacionais, de modo a acompanhar as mudanças e a desenvolver uma adequada resposta às necessidades das pessoas, no âmbito da sua intervenção.

Concretamente no módulo II, estágio em **Cuidados Intensivos**, foram várias as oportunidades formativas desenvolvidas no serviço, nas quais tive oportunidade de participar e de aprofundar conhecimentos relativamente à assistência ao doente crítico, sendo a formação uma preocupação constante de toda a equipa de enfermagem e equipa médica, não se descurando as oportunidades de crescimento e de aprendizagem, também alargadas aos assistentes operacionais quando pertinente.

Para enriquecimento da minha visão holística da enfermagem, no período referente a este módulo, tive também a oportunidade de participar no fórum das especialidades de enfermagem “As Pessoas, a Violência e os Cuidados de Saúde”, promovido pela UCP-ICS, no dia 3 de junho de 2016, onde pude perceber o enquadramento interdisciplinar e multidisciplinar que tem os aspeto da violência, em que os enfermeiros, dado à proximidade que têm com as pessoas, ocupam uma postura privilegiada na sinalização e na orientação de situações que atentem os respeito pela pessoa e pela sua dignidade.

Neste enquadramento, todos os profissionais envolvidos na assistência à pessoa a qualquer nível, nos casos suspeitos ou confirmados de violência, devem tomar rapidamente as providências necessárias, impedindo que o problema se agrave a ponto de causar danos para a vítima e mesmo para o agressor. Dado que o enfermeiro tem uma visão abrangente dos diversos níveis e até ocupa cargos de gestão e de intervenção nas políticas públicas, é por isso um dos principais agentes na concentração de esforços para atender os grupos nas suas necessidades e na resolução dos seus problemas (Melo, 2016). Pude assim constatar, com base nas comunicações apresentadas neste fórum, como a intervenção do enfermeiro nos diferentes níveis pode influenciar a saúde física, psicológica e emocional dos intervenientes nos casos de violência, minimizando e mesmo impedindo os danos e as sequelas que estas situações habitualmente comportam.

Promover a formação em serviço na área da EEMC foi um objetivo dentro do domínio da formação, ao qual procurei responder com a preparação e a realização de uma ação de formação “A Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem” (Apêndice III), no sentido de ir de encontro a uma necessidade manifestada pelo serviço. A formação foi desenvolvida por mim e por outra colega, em que para melhor percebermos o interesse e a pertinência desta, procedemos à realização de um questionário aos enfermeiros do serviço, cujos resultados foram apresentados ao longo da sessão de formação, em que se constatou que referente à pergunta sobre a importância dos enfermeiros terem formação na área da

espiritualidade e do cuidado espiritual, 80 % dos inquiridos responderam sim, enquanto que 20 % responderam que não; relativamente à pergunta sobre a participação em formação sobre espiritualidade/cuidado espiritual, 100% responderam que nunca participaram, sendo estes os primeiros resultados que nos motivaram ao desenvolvimento desta sessão.

A formação desenvolvida teve como base uma extensa pesquisa bibliográfica, realizada na plataforma EBSCO Discovery Service, B-On, Scielo e Medline, sendo utilizados como principais descritores “spirituality” e “nursing care”. Esta pesquisa constou também da consulta de bibliografia (livros, revistas, teses, dissertações) disponível em suporte físico na biblioteca do ICS-UCP.

Relativamente ao conceito de espiritualidade, nas respostas obtidas através do questionário prevaleceu o sentido para a vida (46,7%), o transcendente da vida (26,7%) e o conjunto de crenças e valores (26,7). De acordo com Goddard (1995) e Narayanasamy (1999), a espiritualidade define-se como a 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. 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 perceção racional, e que dá significado e sentido à visão pessoal do mundo e da própria vida. 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. 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 (Alves, 2011).

Relativamente à espiritualidade versus religiosidade pode-se aprofundar 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 (Alves, 2011). No confronto com as respostas obtidas percebeu-se que a maior parte dos inquiridos, 93,3%, tem percepção da diferença entre espiritualidade e religiosidade, o que se considerou um dado muito positivo, embora tenha surgido a necessidade de aprofundar e de esclarecer estes aspetos, acentuando-se a abrangência e a importância que a espiritualidade tem na vida de cada pessoa.

Relacionado com as necessidades espirituais da pessoa doente, salienta-se que as necessidades espirituais que os doentes frequentemente referem são o ser reconhecido como pessoa, o reconciliar-se com a própria vida, o buscar um sentido para a sua existência, o transcender-se e manter a esperança. Narayanasamy (2001) partilha esta ideia e apresenta as seguintes necessidades espirituais: necessidade de sentido e objetivo de vida; necessidade de amar e de relacionamentos amorosos; necessidade de perdoar; necessidade de uma fonte de esperança; necessidade de criatividade; necessidade de confiança; necessidade de expressar as crenças e os valores pessoais. Estas necessidades estão presentes na vida das pessoas que cuidamos, mas nem sempre estamos sensibilizados e procuramos oferecer as condições adequadas para a sua realização.

Considerando a pessoa como um ser holístico, o cuidado espiritual é um aspeto a ser aprofundado e integrado nos cuidados de enfermagem, e concretamente nos cuidados intensivos é de salientar que esta abordagem adquire uma certa especificidade, atendendo a que muitas vezes o doente está ventilado, o que o poderá impossibilitar 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.

No enquadramento da família, o internamento em cuidados intensivos é habitualmente para esta 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 acidental. 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), em quem 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. 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, em que 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.

De acordo com os enfermeiros inquiridos sobre os cuidados espirituais nos cuidados de enfermagem, 73,3% consideraram que esta é uma componente a integrar nos cuidados, enquanto que 26,7% acharam que não. No âmbito da abordagem das necessidades espirituais dos doentes e família, 40% considerou não se sentir seguro, 26,7% referiu sentir-se completamente incapaz, 20% considerou-se incapaz; 13,3% capaz, não se registando ninguém completamente capaz. Colocam-se assim várias questões relacionadas com a dificuldade existente na abordagem ao doente e família sobre os cuidados espirituais, em que, com base no questionário, pode-se verificar que as principais barreiras/dificuldades que se salientaram foram a falta de formação (33,3%), a falta de tempo para abordar o assunto (20%), ausência de conhecimento sobre o que é a espiritualidade (13,3%), a subjetividade do conceito (13,3%), o considerar que a espiritualidade é da responsabilidade de outras disciplinas (13,3%), e ainda, o não considerar o cuidado espiritual importante (6,8%).

A nível nacional e internacional são vários os estudos que abordam as barreiras ou dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prática dos cuidados espirituais e que, de acordo com McEwen (2005) existem três tipos de inibidores ou de barreiras à prestação dos cuidados espirituais: os pessoais, os que estão relacionados com o conhecimento e ainda os que estão 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. 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) (Edwards, 2010).

Segundo Caldeira (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 a 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 2015-2017) que identificou e operacionalizou, entre outros, os seguintes diagnósticos de enfermagem: disposição para bem-estar espiritual melhorado; religiosidade prejudicada; disposição para esperança melhorada; sofrimento espiritual.

Em suma, pode-se constatar que na prática de enfermagem com o despertar do cuidado à pessoa como um ser holístico, numa vertente bio-psico-social-cultural e espiritual, tem-se valorizado cada vez mais o cuidado espiritual, salvaguardado no Código Deontológico do Enfermeiro 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.

Relativamente ao desenvolvimento da sessão em si, participaram 16 enfermeiros num universo de 23 e o *feedback* dos participantes foi muito positivo. Consideraram o tema bastante pertinente e, de acordo a o preenchimento da ficha de avaliação da sessão que foi entregue no final, 50% considerou muito bom relativamente à avaliação global da sessão, 44% considerou bom e 6% suficiente. Surgiu mesmo a sugestão de que '*Idealmente seria de continuar ou completar a formação com conteúdo sobre a espiritualidade e como abordar o doente e ajudá-lo*'.

Ao preparar e ao desenvolver esta ação de formação pode assim contribuir para a promoção da formação da área da especialização, colaborando no desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, respondendo a uma necessidade expressa, a necessidade de formação sobre a espiritualidade nos cuidados de enfermagem.

Com base nos conhecimentos adquiridos na preparação e na realização desta sessão de formação foi possível compreender melhor a importância da integração do cuidado espiritual nos cuidados de enfermagem, procurando assim transpor esses conhecimentos para a prestação de cuidados ao doente em contexto de cuidados intensivos e posteriormente no contexto de urgência/emergência. Constitui uma mais valia para uma abordagem holística, mais personalizada e humanizada ao doente, onde pude também constatar a existência de algumas barreiras, concretamente a dificuldade em perceber a receptividade e a necessidade de abordar este assunto, a falta de privacidade e mesmo a falta de tempo.

No contexto do **Serviço de Urgência**, a formação em serviço é também um pilar muito importante e esta surge em simultâneo com a prática profissional, permitindo a integração e a mobilização de conhecimentos teóricos para a prática, com o objetivo de responder aos problemas que vão surgindo e de implementar uma prática reflexiva, fundamentada e crítica.

Ao longo deste módulo tive várias oportunidades de formação, situações pertinentes que me fizeram refletir e aprofundar conhecimentos técnico-científicos e relacionais. Em serviço tive oportunidade de participar numa formação sobre ECMO (Extracorporeal Membrane Oxigenation), promovida pelo médico responsável por este projeto. O ECMO é assim um suporte da função cardíaca e pulmonar utilizado em doentes com insuficiência cardiopulmonar reversível, concretamente PCR em contexto pré-hospitalar e urgência, sendo os critérios pré-hospitalares bem definidos e onde pude compreender os seus benefícios e aplicações, mesmo no caso de transplante de órgão. Para a aplicação do ECMO é necessário uma equipa de três elementos, um especialista em ECMO, um médico e um enfermeiro com formação em SAV, em que para responder a esta situação apercebi-me que com o decorrer desta formação a equipa de enfermagem se organizou de modo a haver um enfermeiro destinado para o ECMO em contexto intra-hospitalar. Pude assim compreender em que consiste o ECMO, os critérios para a sua utilização em ambiente extra-hospitalar e intra-hospitalar, os seus benefícios e a pertinente necessidade de

formação dos profissionais mais diretamente envolvidos (Intensive Care Nurse Huse Staff Manual, 2004).

Em relação a algumas situações problema que também existem pode constatar que a situação dos acompanhantes é uma situação de difícil gestão, no sentido de que neste contexto de urgência, dada à grande afluência de doentes, nem sempre é possível poderem estar junto dos seus familiares. Com base na **Lei nº 15/2014 de 21 de março**, no nº 1, do artigo 12º, secção I, capítulo 3, pg. 2, referente ao **direito ao acompanhamento**, em que: *nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço*, é assim salvaguardo o direito de acompanhamento, no entanto há contextos em que nem sempre é possível, sobretudo quando se compromete a privacidade e a dignidade dos outros doentes, bem como o normal funcionamento, como é caso desta SU. Houve assim necessidade de seleccionar situações específicas, como o caso de um doente desorientado, um doente com deficiência, casos de dependência, casos de doença incurável e em estado de fim de vida. Nas outras situações tenta-se minorar este impacto de não poder estar junto dos seus familiares, fornecendo a informação pertinente sobre a situação do doente e possibilitando que os familiares estejam junto do doente apenas por curtos períodos, pois também de acordo com no nº 1, artigo 31º, secção III, capítulo VI, pg.5, da **Lei nº 15/2014 de 21 de março**, referente à **adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento**, em que: *os estabelecimentos do SNS que disponham de serviço de urgência devem proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de urgência, de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar prejuízos ao normal funcionamento daqueles serviços*.

Dentro das limitações existentes, pode constatar que há um grande esforço, quer da equipa de enfermagem quer da equipa médica, no sentido de que estes direitos dos acompanhantes se cumpram, proporcionando ao doente o conforto, o apoio e o suporte que necessita na sua situação crítica, minimizando assim medos, incertezas e inseguranças que por vezes existem.

4.3 – Domínio da Gestão

O domínio da gestão compreende a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas

delegadas. Compreende também a adequada realização os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (OE,2010).

Cuidados Intensivos

Neste âmbito, para poder aprofundar conhecimentos relativamente à **gestão dos cuidados prestados na área de EEMC** e ter alguns contributos relativamente aos pontos que pareceram pertinentes desenvolver e aprofundar com a enfermeira chefe, baseie-me no *Regulamento de competências do Enfermeiro Gestor* (OE, 2014).

Quanto à gestão de cuidados, dinâmica e metodologia utilizada, apercebi-me que, de acordo com o enfermeiro chefe, é desenvolvido um modo de gestão que garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; garante a prática profissional baseada na evidência. De acordo com a OE (2014), o Enfermeiro Chefe é assim o motor do desenvolvimento profissional (técnico, científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, competindo-lhe gerir as pessoas, a segurança dos cuidados, a adequação dos recursos, a formação, o risco clínico, as relações profissionais, entre outros.

Relativamente à gestão e dinâmica, para além da enfermeira Chefe, responsável máxima da gestão e de avaliação dos cuidados, existe um enfermeiro de referência, nomeadamente de 2^a a 6^a, no horário das 8h00 às 16h00, responsável por garantir a supervisão e a continuidade dos cuidados. Na prestação dos cuidados habitualmente estão quatro enfermeiros com rácio de 1 a 1,6 (60%), de acordo com aplicação do NAS (Nursing Activities Score), instrumento de gestão aplicado neste serviço que ajuda a fundamentar este rácio, correspondente a 1 a 2 doentes, de acordo com o nível de cuidados. Na ausência da enfermeira chefe e do enfermeiro de referência é nomeado pela enfermeira chefe um responsável de turno, habitualmente um enfermeiro especialista. Procura-se ainda que em cada turno esteja um enfermeiro com formação específica em hemodiálise.

De acordo com um estudo prospetivo, quantitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido por Conishil e Gaidzinski (2007) numa Unidade de Cuidados Intensivos, o NAS representa um interessante e valioso instrumento para classificação de pacientes e avaliação de carga de trabalho, uma vez que o quantitativo de profissionais de enfermagem

sugerido está muito próximo ao da realidade encontrada neste campo de estudo. No entanto, existem novas perspectivas para estudos a serem desenvolvidos no sentido de clarificar a aplicabilidade deste instrumento de quantificação de carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de cuidados intensivos, a fim de que possa ser utilizado de forma consciente, para classificação de pacientes segundo carga de trabalho e dimensionamento do pessoal, orientado para a busca da qualidade assistencial de enfermagem.

Concretamente nesta unidade pude verificar que através da aplicação do instrumento NAS, validado para a língua portuguesa (Queijo, 2009), é possível uma melhor gestão dos cuidados e um adequado rácio enfermeiro/doente, o que influencia determinantemente a qualidade dos cuidados prestados.

Existe por parte da enfermeira chefe a incrementação de uma dinâmica participativa e responsável, em que em cada ano são nomeados dois responsáveis pela organização e coordenação da formação em serviço, bem como responsáveis nas diferentes áreas de intervenção: formação em serviço, emergência interna, consultas de *follow-up*, formação SIV/SAV.

A garantia de uma prática profissional e ética passa pela formação em serviço (para enfermeiros e médicos), reuniões entre enfermeiros, reuniões entre médicos e enfermeiros, concretamente num contexto de resolução de dilemas éticos complexos, sendo estes resolvidos de uma forma participativa, não obstante a relação estreita com a Comissão de Ética. As más notícias habitualmente são comunicadas pelo médico e pelo enfermeiro do respetivo doente. Em algumas situações mais críticas, em que se prevê a morte do doente, é permitido a presença dos familiares mais próximos no serviço para além do horário regulamentar, nomeadamente durante a noite.

Quanto à garantia contínua da qualidade, existem equipas que fazem as auditorias diárias - internas e externas e há a existência no serviço de dois elos de ligação para a qualidade, um médico e um enfermeiro. Concretamente a Enfermeira Chefe tem funções de acessória e consultadoria, sendo membro da comissão executiva, com reunião uma vez por mês para avaliar pontos fortes, pontos fracos e melhorias.

Tal como já referido ao longo do relatório, a formação em serviço é um aspeto muito valorizado neste serviço, havendo assim uma forte incidência na preparação, na realização e na participação na formações em serviço, as quais se desenvolvem com frequência, por vezes mesmo integradas nas reuniões de serviço, onde se partilham aspetos a melhorar, conhecimentos, documentos, acentuando-se a prática baseada na evidência.

Relativamente à gestão tive ainda a oportunidade de gerir a prioridade dos cuidados, dentro dos limites da minha intervenção; de gerir adequadamente os recursos materiais que estão ao meu dispor; de procurar perceber como se realiza um horário; de procurar perceber como se realiza a gestão dos stocks e equipamentos; e ainda, o perceber como se realiza a avaliação de desempenho. Aspetos estes que foram uma mais valia para a minha formação como futura enfermeira especialista, e mesmo para o contexto do serviço onde desenvolvo a prática clínica, onde também realizo algumas atividades mais relacionadas com a gestão.

Serviço de Urgência

A gestão dos cuidados é também um aspeto determinante no serviço de urgência e desta depende em grande parte a qualidade dos cuidados prestados, onde é importante modo como se rentabilizam os recursos humanos e materiais, como resposta às necessidades que vão surgindo e que neste contexto se podem contar sempre com alguma imprevisibilidade.

Relativamente aos recursos materiais, o SU é dotado de condições e de equipamento adequado às características dos doentes que habitualmente são alocados às diferentes áreas, concretamente a SE possui equipamento de reanimação, com monitorização invasiva e não invasiva, e produtos farmacológicos de forma a poder assistir vários doentes com funções vitais comprometidas, em simultâneo.

De acordo com o que observei e de acordo com algumas questões que coloquei ao enfermeiro-chefe tendo por base o regulamento das competências do enfermeiro gestor (OE, 2014), é exercida um tipo de liderança partilhada e participativa, havendo em cada grupo um coordenador e um subcoordenador, em que o coordenador do turno (habitualmente um enfermeiro mais experiente e se possível especialista), ou na sua ausência o subcoordenador, é responsável por realizar o plano diário tendo em conta o nº elementos presentes e as suas competências, fazendo alocar os doentes aos diversos membros da equipa, e ainda, motivando e supervisionando de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a exercê-las de uma forma eficaz.

Embora não exista uma avaliação de desempenho propriamente definida, o enfermeiro-chefe com a ajuda dos enfermeiros coordenadores procuram ajudar os membros da equipa a concretizar os objetivos de serviço, proporcionam aos novos enfermeiros a integração no funcionamento e na dinâmica do serviço, e procuram ainda motivar os enfermeiros para a melhoria dos cuidados prestados.

A gestão da prioridade dos cuidados e a gestão dos recursos materiais ao meu dispor foram aspetos que também considerei e procurei colocar em prática neste estágio. Pude constatar que existe um stock geral e que existe um stock mais pequeno em cada área, cuja reposição e revisão é da responsabilidade dos assistentes operacionais. Tive também conhecimento de que se procede a revisão semanal dos equipamentos, a qual é validada pelo Enfermeiro-chefe.

4.4 – Domínio da Investigação

A investigação tem um papel importante na visibilidade da enfermagem, possibilitando aos profissionais de enfermagem partilharem saberes baseados na evidência científica, bem como contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada enfermeiro. Assim de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE 2010, pg.10) o Enfermeiro Especialista *'assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação'*, bem como, de acordo com as competências do grau de mestre numa área de especialização, permite ao enfermeiro **ser capaz de demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e o incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

Relativamente a este domínio procurei transpor para a prática, através da pesquisa bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos na EEMC, resultados de investigação que me ajudaram a fundamentar e a melhorar a prestação de cuidados, no que se refere ao *processo de tomada de decisão* e à implementação de intervenções relacionadas com os diferentes níveis de conhecimento.

As pesquisas bibliográficas realizadas serviram para aprofundar conhecimentos que sustentaram a prática e contribuíram para encontrar soluções para os problemas identificados permitindo assim o confronto dos aspetos que necessitaram de melhoria com os conhecimentos adquiridos.

Entre outras, saliento a pesquisa bibliográfica estrutural relativamente extensa sobre a espiritualidade nos cuidados de enfermagem para a realização de uma ação de formação, como forma de responder a uma necessidade expressa da equipa de enfermagem do serviço de cuidados intensivos onde estagiei, o que contribuiu para oferecer uma visão mais

holística na prestação de cuidados ao doente crítico, em contexto de cuidados intensivos. Como já foi referido, esta pesquisa foi realizada com recurso a plataforma EBSCO Discovery Service, B-On, Scielo e Medline, sendo utilizados como principais descritores “spirituality” e “nursing care”. Esta pesquisa foi também baseada na consulta de bibliografia (livros, revistas, teses, dissertações) disponível em suporte físico na biblioteca da ICS-UCP.

Saliento também a pesquisa sobre a humanização dos cuidados em contexto de urgência/emergência, dado que a humanização dos cuidados e o considerar o doente como um ser holístico, no âmbito de urgência/emergência, foi o desafio que mais me sensibilizou e motivou, implicando o aprofundamento e a aplicação de conhecimentos neste âmbito, de modo que a minha assistência aos doentes nesta realidade específica fosse o mais humanizada e mais personalizada possível.

Relacionado com a humanização dos cuidados em enfermagem realizei também pesquisas a plataforma EBSCO Discovery Service, B-On, Scielo e Medline, sendo utilizados como principais descritores “nursing care” e “humanization”, obtendo-se numa das pesquisas 2169 artigos, dos quais selecionei os mais recentes e os mais pertinentes dentro do enquadramento deste relatório.

Nas pesquisas realizadas procurou-se a utilização de termos de saúde, selecionaram-se descritores, considerou-se o tipo de artigo, o autor, o ano e as fontes bibliográficas, de preferência as fontes primárias e as mais atuais. Relativamente aos estudos considerou-se particularmente o meio, a amostra, o método e os conceitos em estudo.

5 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTROLO DE INFEÇÃO

No âmbito da enfermagem, 'é exigível que o enfermeiro integre o núcleo executivo ou técnico da CCI e possua competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados, ainda que indiretamente, e no domínio das aprendizagens profissionais, todas comuns ao Enfermeiro Especialista' (OE, 2013).

De acordo com o Plano Nacional de Controlo de Infeção, aprovado em 2007, integrado na Direção de Serviços da Qualidade Clínica, na Divisão de Segurança Clínica, da DGS, a principal estratégia de intervenção no controlo das IACS assenta em três grandes áreas de intervenção, na Vigilância Epidemiológica (VE) em rede, ou seja, no registo contínuo, análise, interpretação e informação de retorno aos profissionais, na formação e informação dos profissionais, e na elaboração e divulgação de normas e recomendação de boas práticas (Manual de Operacionalização, PNCI, 2008).

Foi com base nestes três pilares que procurei construir o meu percurso na CCIRA, em colaboração com a minha enfermeira tutora, que me sugeriu o programa de integração dos estudantes na CCIRA, bem como com toda a equipa multidisciplinar, onde pude assim definir melhor os objetivos e adequar as atividades planeadas para este estágio, sendo estes **o compreender a dinâmica e o funcionamento da CCIRA; integrar as atividades propostas pela CCIRA; colaborar na vigilância epidemiológica; conhecer os tipos de vigilância epidemiológica disponíveis na área de IACS; identificar os Microrganismos Multirresistentes e de controlo nosocomial mais frequentes; colaborar na implementação de estratégias para controlo de microrganismos multirresistentes; participar nas auditorias de serviço; colaborar na prevenção dos principais tipos de infeção; implementar medidas de prevenção de transmissão cruzada; e ainda, desenvolver outras atividades consideradas pertinentes.**

Para facilitar o enquadramento dos objetivos citados, a concretização das respetivas atividades e as competências atingidas, organizei o percurso na CCIRA em Vigilância Epidemiológica; Visitas e Auditorias; Formação e Informação; e ainda, Melhoria da Qualidade.

O compreender a dinâmica e o funcionamento da CCIRA, bem como integrar as atividades propostas, foram dois objetivos que estiveram sempre presentes ao longo deste

estágio, tanto nas atividades que fui integrando como nas atividades que fui desenvolvendo. Relativamente à dinâmica, pude constatar que nesta ULS, à semelhança de outras, a CCIRA organiza-se e funciona com recursos humanos e logísticos que permitem o cumprimento das vertentes essenciais do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção, em que, concretamente na organização das suas atividades, consta um plano de ação e relatório de atividades, e um plano de reuniões, estas a nível do núcleo executivo, a nível do núcleo consultivo e elos de ligação.

5.1. – Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é uma ferramenta indispensável para o controlo das IACS, a qual assenta na recolha, no registo contínuo, na análise e na interpretação sistemática de informações sobre doentes e infeções, de modo a que se implementem medidas adequadas de prevenção e controlo de infeção. Tem assim como objetivos ‘controlar diretamente a doença, detetar modificações de padrões/medidas de prevenção, identificar práticas que possam originar IACS, avaliar medidas de controlo e definir prioridades do POPCI’ (DGS, 2008).

Neste estágio tive oportunidade de **colaborar na vigilância epidemiológica, de conhecer os tipos de vigilância disponíveis na área de IACS, de identificar os microrganismos multirresistentes e de controlo nosocomial, e ainda, colaborar na implementação de estratégias para controlo dos microrganismos multirresistentes.**

De acordo com a DGS (2013), a dinamização do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos radica na notificação imediata de microrganismos “alerta” e na notificação mediata de microrganismos “problema”, realizada à Direção-Geral da Saúde e ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em que, nos casos de microrganismos “alerta”, esta tem de ocorrer num prazo máximo de 48 horas, enquanto que nos casos de microrganismos “problema”, esta tem de ocorrer com uma periodicidade de 3 meses no máximo.

Contactei com o *Sistema Alerta de Microrganismos Problema*, em que diariamente o laboratório de microbiologia comunica os *Microrganismos Alerta* e os *Microrganismos Problema*, designado *VIGIguard*, procedendo-se ao registo, à implementação das medidas de acordo com o microrganismo e à respetiva comunicação ao serviço onde se encontra o doente. Todos os casos são registados numa base criada no serviço, designada *REGISTO MMR*, onde todos Profissionais de Saúde desta ULS podem ter acesso. No caso de isolamento (via aérea, contacto, gotícula), este é mesmo prescrito no SClínico pelo médico.

Enquadrado no sistema de *Vigilância Epidemiológica* (protocolos, bases de dados e resultados) colaborei na vigilância epidemiológica diária, através da lista de doentes com isolamento que tiveram no internamento um microrganismo resistente, no controlo das altas dos doentes em isolamento por EPC (Entebacteriaceae Produtoras de Carbapenemases); vigilância de doentes em isolamento, na vigilância de doentes com MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente à Metilcilina) e na vigilância de doentes em alerta MMR (Microrganismo Multi-Resistente). Concretamente, observei e colaborei na orientação de casos de doentes com alta, com agente positivo para EPC, com indicação para isolamento, os quais são reportados para a CCIRA que posteriormente encaminha o *Alerta* e destino do doente para a ARS Norte.

Acompanhei a ida aos serviços para a operacionalização das precauções de isolamento, onde saliento, entre outras, uma ida ao Serviço de Internamento para confirmar o isolamento de contacto de um doente do foro médico com EPC (produtor de carbapenemases que pode ser para Klebsiela ou para Colistridium) há menos de 6 meses e com outros problemas, como ascite e colonização na urina, o qual foi colocado numa enfermaria em isolamento Neste sentido, sugeriu-se um plano que constou da ida do doente para isolamento num quarto, e de seguida, realizou-se a limpeza terminal e a desinfeção da enfermaria onde se encontravam os outros doentes. Estas medidas sugeridas ficaram arquivadas numa pasta da CCIRA.

Tive ainda a oportunidade de observar e de colaborar na vigilância das Infeções Associadas ao Local Cirúrgico (IALC) e na vigilância das Infeções Associadas à Corrente Sanguínea, onde se enquadra o HELIC'S Cuidados Intensivos, o HELIC'S Neonatologia e o HELIC'S Cirurgia, em que no caso desta ULS refere-se à vigilância nos serviços de Ortopedia (Prótese Total da Anca e Prótese Total do Joelho), Obstetrícia, Ginecologia, Cirurgia Geral (Colecistectomia e Cirurgia do Cólon) e Urologia. Neste âmbito da vigilância da infeção associada ao local cirúrgico, pude acompanhar todo processo relacionado com a infeção da ferida cirúrgica no serviço de ginecologia, concretamente a análise de casos, realizado pela Enfermeira da CCIRA com a colaboração dos elos de ligação (médicos) do respetivo serviço.

Ao colaborar nestas atividades relacionadas com a vigilância epidemiológica pude desenvolver a metodologia de trabalho eficaz, demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, e ainda, demonstrar aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC. Pude assim constatar que a vigilância epidemiológica nesta ULS é uma vertente que está devidamente organizada, de

modo a responder adequadamente e em tempo útil às situações que vão surgindo, implementando e indicando medidas adequadas no controlo das IACS.

5.2. – Visitas e Auditorias

As Visitas e as Auditorias constituíram uma estratégia para a concretização de alguns dos objetivos deste estágio, entre os quais o compreender a dinâmica da Comissão neste âmbito, o integrar atividades que são realizadas em articulação com os serviços e o poder **participar nas auditorias de serviço**. Foram também uma oportunidade para conhecer melhor o campo de atuação da CCIRA e para diagnosticar algumas necessidades pertinentes. De acordo com o Manual de Operacionalização, PNCI (2008), devem ser realizadas auditorias internas às práticas de prevenção e controlo de infeção, aplicadas em todas as unidades de saúde, aos três níveis dos cuidados (Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Comissão de Controlo de Infeção), que têm por base a avaliação das práticas e controlo de infeção e são realizadas através da aplicação da metodologia de auditoria interna pelos Profissionais das CCI com a colaboração direta dos Membros Dinamizadores ou Elos de ligação.

Visita à instituição com demonstração do circuito de limpos e sujos

‘A existência de resíduos provenientes da prestação de cuidados a seres humanos, incluindo as atividades médicas de prevenção, diagnóstico, tratamento e investigação, constitui um problema de saúde pública e ambiental e determina a crescente atenção na salvaguarda dos efeitos, pelo que, pelo Despacho 16/90 de 21 de Agosto, foram definidas normas de organização e gestão dos resíduos hospitalares, as quais são um contributo válido para esta problemática’.

Ao realizar a visita à instituição pude observar a implementação de um circuito de limpos e sujos e verifiquei que estes circuitos estão definidos. Os resíduos são devidamente triados e fazem um percurso restrito desde a sua recolha até ao seu tratamento, havendo concretamente elevadores marcados com uma fita vermelha para circularem os resíduos contaminados. No armazém central de armazenamento de resíduos mantém-se a mesma logística, ou seja, resíduos contaminados são armazenados (no máximo 24h) separados, no espaço físico, dos resíduos limpos ou para triagem seletiva.

Nos serviços de internamento observei a existência de uma estrutura e uma organização com a mesma filosofia relativamente aos circuitos. Concretamente a estrutura das enfermarias e a respetiva unidade do doente; a existência de uma sala só para a preparação da medicação; um armazém só para material clínico; uma sala para sujios, onde é depositado todo o material que vem das enfermarias para reprocessamento. Os serviços contemplam ainda, um espaço adequado para a roupa contaminada, lixo contaminado e de risco biológico.

Tive oportunidade de visitar outros serviços, concretamente em contexto de isolamento, onde constatei que existem áreas distintas e separadas, assim como circuitos de limpos e sujios bem definidos, de modo a que não exista cruzamento entre eles. Conclui assim que esta medida comporta grandes benefícios práticos, a nível da instituição hospitalar, no que se refere à prevenção da infeção através do ambiente.

Visita à central de esterilização

Com base no Manual sobre o Processo de Esterilização da ARS (Administração Regional de Saúde) Norte, 2010, pude aprofundar conhecimentos sobre esterilização e definir objetivos gerais e específicos para a visita à central de esterilização. Os objetivos gerais centraram-se em conhecer as funções do enfermeiro de uma central de esterilização e em conhecer o controlo total do processo de esterilização. Como objetivos específicos defini conhecer a estrutura e o funcionamento de uma central de esterilização; identificar os circuitos definidos na central de esterilização; conhecer os tipos de tratamento que os DM (Dispositivos Médicos) são submetidos na fase de lavagem, empacotamento e métodos de esterilização; observar os métodos de esterilização disponíveis; perceber quais os agentes esterilizantes utilizados; conhecer os procedimentos do processo de esterilização; observar os diferentes tipos de embalagens utilizadas; e ainda, perceber e conhecer os tipos de controlo e eficácia do processo de esterilização (integradores, etc).

A função do enfermeiro na central de esterilização centra-se na coordenação, definição dos circuitos, supervisão e rastreabilidade dos dispositivos. Quanto à estrutura e funcionamento observei que a central de esterilização é constituído pelo gabinete do Chefe e pelos dois principais circuitos, circuito dos sujios e circuito dos limpos. O circuito dos sujios, é onde se recolhe o material sujo e onde se incorpora a sala de lavagem e desinfeção, o circuito dos limpos, é onde se enquadra a sala de empacotamento e o tratamento dos materiais, os autoclaves e a sala de esterilização. Observei o processo de lavagem e desinfeção, onde são adequados os produtos ao tipo de materiais e o tempo de lavagem.

Observei também o empacotamento, a selagem e a colocação de etiqueta no interior da caixa com nome do responsável, ciclo, dispositivo, ciclo de carga, e ainda, o preenchimento da folha de registos, na qual consta o autoclave, o método, o número do ciclo e a hora, tendo em vista a rastreabilidade.

Tive conhecimento dos métodos de esterilização disponíveis, o método do vapor, o método do plasma (peróxido de hidrogénio) e o método do óxido de etileno, sendo o método do vapor o mais utilizado, uma vez que é adequado para a maior parte do equipamento. Para controlo do processo de esterilização/eficácia do processo de esterilização é utilizado o teste do autoclave, que testemunha a temperatura e a pressão num determinado tempo; o teste de carga com indicador químico, o qual testa se toda a carga foi submetida à mesma temperatura e à mesma pressão, durante o mesmo tempo; e ainda, o teste biológico, o qual testa se houve eliminação de todos os microrganismos.

A central de esterilização ocupa assim um lugar determinante no controlo da infeção, assegurando uma adequada desinfeção de materiais críticos e semi-críticos. No caso desta ULS todo o processo de esterilização (recolha de dispositivos sujos nas diferentes unidades, lavagem dos dispositivos médicos, inspeção-verificação e lubrificação dos dispositivos médicos, empacotamento, esterilização, entrega de pacotes esterilizados) é centralizado, servindo deste modo todas as áreas da ULS, o que contribuiu para que existam adequadas condições de estrutura, de processo e de resultado, com critérios de qualidade evidenciados.

Visita ao laboratório de microbiologia

O laboratório de microbiologia tem uma importância relevante e determinante no controlo das IACS, cuja estrutura e funcionamento tive oportunidade de conhecer com a visita ao respetivo laboratório, para a qual defini como objetivos conhecer a estrutura de um laboratório de microbiologia, conhecer o circuito da amostra, perceber qual o “timing” de segurança entre a colheita da amostra e o seu tratamento, conhecer as melhores técnicas de colheita e transporte de amostras versus inviabilidade da amostra, conhecer as estratégias utilizadas para que durante o processamento da amostra não haja contaminação, e ainda, conhecer quais os meios de comunicação com os serviços aquando do isolamento de microrganismos problema.

Relativamente à estrutura, este é composto pela zona de triagem dos produtos, zona das sementeiras, zona das incubadoras, zona dos testes rápidos, zona dos bacteriológicos, zona dos microscópios e balcão de trabalho.

O circuito da amostra é definido pela recolha da amostra, triagem, sementeira; processamento da amostra, interpretação do resultado, validação do resultado e comunicação do resultado. Na identificação das amostras, realiza-se a ligação das amostras com as requisições em papel, onde são anotadas todas as informações pertinentes. Faz-se a sua identificação e registo e a amostra é colocada no meio de cultura, sementeira. Segue-se o processamento da amostra, realiza-se de novo a identificação das amostras, e, no caso de crescimento, faz-se isolamento com coagulação e teste rápido. Se positivo, é logo registado no SClínico (relevante para crescimento e positivo) e é realizado o controlo externo.

Ao acompanhar toda a dinâmica do laboratório de microbiologia pode perceber a importância deste na vigilância epidemiológica, concretamente na identificação dos casos de colonização e/ou infeção, na identificação dos microrganismos alerta ou microrganismos problema em causa, bem como na comunicação dos resultados obtidos com a maior brevidade possível, de modo a que se implementem as medidas de isolamento, precaução e prevenção de transmissão cruzada.

No âmbito consultivo, o laboratório tem também um papel importante na colaboração da implementação do programa de Vigilância Epidemiológica, concretamente no que se refere ao estudo e controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, bem como no alerta da CCIRA e dos serviços clínicos quando surgem estes padrões de resistência dos microrganismos. Assim como no PAPA (Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos), as médicas microbiologistas fazem parte do grupo dos valiam a prescrição de antibióticos nesta ULS.

Visita ao ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde)

Tendo como apoio o Relatório do Inquérito de Prevalência de Infeção e uso de antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados (DGS, 2013) e com base na norma da DGS sobre as PBCI (Precauções Básicas de Controlo de Infeção) (DGS,2012) pude definir os objetivos para a visita ao ACES, sendo estes, conhecer a articulação da CCIRA com o ACES; perceber o papel do enfermeiro da CCIRA no ACES; conhecer as prioridades de sensibilização e de intervenção a nível de controlo de infeção no ACES; conhecer os planos de formação/informação em vigor; conhecer os recursos adicionais de Controlo de Infeção existentes no ACES; perceber como é realizada a vigilância epidemiológica no ACES; perceber como se desenvolvem as auditorias; e ainda, assistir a uma auditoria.

Participei na visita ao ACES, acompanhando a Enfermeira da CCIRA responsável por esta área, em contexto de auditoria, realizada a um dos Centros de Saúde deste Agrupamento, o qual é composto por várias Unidades, autónomas entre si:

A Enfermeira da CCIRA tem como função realizar a vigilância epidemiológica diária, comunicar os microrganismos alerta e os microrganismos problema, bem como comunicar e informar sobre as respetivas medidas de isolamento, precaução, prevenção de transmissão cruzada. Compete-lhe ainda diagnosticar problemas de processo e de estrutura, tendo como base as auditorias, pelo menos anuais, em cada Centro de Saúde. É também sua função promover formação e dar informação relacionada com o Controlo de Infeção, com prioridade para épocas sazonais, em casos de surtos, entre outros. A formação e a informação são assim programadas ocasionalmente, de acordo com o levantamento das necessidades.

Cada Centro de Saúde, concretamente cada Unidade que integra o respetivo Centro, habitualmente têm disponíveis recursos adicionais relacionados com a CCIRA, sobretudo no que se refere aos casos de isolamento, surtos, tendo estes que ser ativados e contando sempre com a ajuda da CCIRA.

Pude então acompanhar a auditoria ao Centro de Saúde, com base na aplicação do instrumento de processo e de estrutura das PBCI da DGS, onde se fizeram algumas constatações. Numa Unidade salientou-se problemas com a disponibilidade de EPI adequado, concretamente nos casos de risco, e a ainda em relação à etiqueta respiratória, no que se refere à formação e à informação adequada. Numa outra unidade, tive conhecimento de alguns projetos, unidades móveis, concretamente a Unidade Móvel “Novas Metas” direcionada para os casos de dependência de drogas, com toma de metadona assistida, implementação esquema de metadona e desmame, onde nos foram comunicados problemas de estrutura, concretamente no que se refere às condições da Unidade Móvel. Numa terceira unidade, diagnosticou-se particularmente problemas de estrutura, más condições físicas dos gabinetes e salas de tratamento, sendo estas fotografadas para serem reportadas. Diagnosticou-se ainda o sifão de despejo de sujios num dos gabinetes e má ambientação dos espaços. Reforçou-se a indicação para o uso de EPI adequado nos casos de risco, a etiqueta respiratória e a informação relacionada com a época sazonal. Numa quarta Unidade encontraram-se melhores condições, mas reforçou-se também o uso de EPI adequado nos casos de risco, a etiqueta respiratória e a informação relacionada com a época sazonal.

Ao integrar e ao colaborar nestas atividades pude perceber concretamente a importância de um serviço de esterilização e de um laboratório de microbiologia no que concerne à prevenção e controlo das IACS, em articulação com a CCIRA. As visitas aos serviços e o conhecimento do circuito dos limpos e sujos contribuíram para compreender a importância da definição dos circuitos, bem como para conhecer a particular importância da CCIRA na implementação de estratégias nos casos de isolamento de doentes. Pude assim desenvolver a consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar; e ainda, desenvolver um discurso pessoal fundamentado, atendendo às diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados.

Nas auditorias aos serviços procurei desenvolver a reflexão sobre a prática de forma crítica e a capacidade de tomar iniciativa e de ser criativa na interpretação e na resolução dos problemas encontrados. Pude assim perceber a importância das auditorias, concretamente no que respeita à avaliação da estrutura e à identificação de problemas até considerados urgentes, os quais interferem na prestação de cuidados com qualidade aos utentes.

5.3. – Formação e Informação

A formação na CCIRA está organizada do seguinte modo: formação sobre temas pertinentes (para Profissionais de Saúde ou Outros); formação para assistentes operacionais (durante 15 dias); curso de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (para todos os Profissionais de Saúde); curso de Controlo de Infecção, uma vez por ano, para Médicos e Enfermeiros desta ULS; sendo estas considerações prioritárias.

Os Assistentes Operacionais têm ainda, uma vez por ano, formação sobre o plano de higienização, precauções básicas e de isolamento, tratamento dos resíduos hospitalares, sendo o plano de higienização e as precauções básicas enviados para todos eles, de forma personalizada.

Pontualmente pode surgir a necessidade de formação em serviço sobre controlo de infeção, de acordo com as necessidades encontradas, em que habitualmente um dos membros da CCIRA procura estar presente.

A comunicação dos resultados e as medidas corretivas referentes ao PAPA, à Higiene das Mãos e às Auditorias, bem como a emissão da Carta Microbiológica pelo

Serviço de Patologista e a divulgação dos indicadores de resultado, são aspetos também integrados na formação, os quais podem servir para melhorar e para perceber a pertinência desta.

Tertúlia sobre a redução de Resíduos em Embalagens

De acordo com o despacho 242/96 surge ‘a necessidade imperiosa de criar condições que propiciem, por um lado, a proteção da saúde das populações e, por outro, o reconhecimento do relevante papel que para tanto representa a preservação do ambiente, objetivos primaciais de um aumento da qualidade, que impõe a reformulação das normas que regulamentam, no âmbito do Ministério da Saúde, as situações a tutelar’.

A CCIRA fazendo parte do GGR, participou ativamente no evento “Tertúlia sobre a redução de Resíduos em Embalagens”, no qual tive oportunidade de participar. Integrada na Semana Europeia da Prevenção de Resíduos, esta Tertúlia, onde estiveram presentes as várias parcerias desta ULS, centrou-se na descoberta de estratégias para a redução dos resíduos em embalagens, na promoção da diminuição da utilização de embalagens e no modo de como evitar a produção excessiva de resíduos, em que se salientou que a desmaterialização de um produto pressupõe aplicabilidade, reforçou-se a substituição do produto por soluções alternativas, a redução do uso de materiais e a otimização da vida e do fim de vida de um produto, sendo importante o consumidor crescer na consciência ambiental e o preferir produtos recarregáveis. Abordou-se também o modo de como reduzir o papel relacionado com o empacotamento dos dispositivos médicos, lançando-se algumas soluções viáveis, como o uso das embalagens PACK e o aproveitamento do papel azul da esterilização para reciclar, quando não contaminado. Apontaram-se ainda modos mais viáveis para tratamento de roupas, concretamente no que se refere ao empacotamento das roupas sujas e ao empacotamento de roupas limpas, exemplificando-se a substituição do plástico por sacos de pano. Num outro momento, abordaram-se também os resíduos alimentares e a substituição de alguns empacotamentos.

Ao participar nesta atividade, foi uma oportunidade para conhecer estratégias para melhorar o ambiente, diminuindo a quantidade de resíduos, com base em outras alternativas de empacotamento dos produtos, sem ser comprometida a integridade destes ou mesmo a sua esterilidade, em que foi notória a preocupação da ULS nesta temática.

“Dia do Antibiótico”

Os antibióticos são usados em todo o mundo, muitas vezes sem qualquer prescrição ou controlo, seleccionando-se assim a resistência a numerosas espécies de bactérias uso indevido de antibióticos, dificultando o tratamento, sendo este um problema que quase todos os países enfrentam, onde é determinante a sensibilização e a educação como estratégias (Harbarth et al, 2015).

Particpei no “Dia do Antibiótico” ligado ao “Dia Europeu dos Antibióticos”, programado e preparado pela CCIRA, em que se abordou o PAPA, onde se referiu que a nível nacional a maioria dos médicos desconhece o PAPA, e é de suma importância a utilização judiciosa dos antimicrobianos, concretamente no que se refere à redução da utilização dos Carbapenemos e à redução da utilização das Quinolonas, com o intuito de diminuir a resistência das várias espécies de bactérias. A nível desta ULS percebeu-se que esta cultura está implementada e que no geral existe um uso criterioso dos antibióticos. Concretamente no ACES salientou-se a diminuição do uso dos antimicrobianos no ambulatório, seguindo-se as normas de orientação clínica, implementando-se estratégias “*front-end*” (pensar antes de prescrever), questionando-se se há realmente infeção e tendo em conta a carta microbiológica. Como apoio a esta prescrição criteriosa de antibióticos, foi entregue aos participantes, concretamente aos médicos, uma ferramenta para decisão de início de antibioterapia em ambulatório e uma ferramenta para decisão de início de antibioterapia em internamento hospitalar, bem como se reforçou o uso da carta microbiológica na Comunidade e no Hospital (Anexo II).

Evento “Gripe”

O plano de contingência para temperaturas extremas adversas proposto pela DGS, ativado em Portugal Continental, entre 1 de novembro de 2016 e 31 de março de 2017, e eventualmente noutros períodos em função das condições meteorológicas, assenta na avaliação do risco, gestão do risco e comunicação do risco e integra a informação, a prevenção/contenção/controlo e comunicação. Tendo como base este plano, no âmbito da CCIRA propôs-se a realização de uma semana/evento que assentasse na divulgação e informação de prevenção da gripe, direcionada para os profissionais de saúde e para o público, em geral. Esta semana/evento de sensibilização divulgação decorreu entre 12 e 16 de dezembro de 2016.

O Plano de contingência para temperaturas extremas adversas tem como finalidade prevenir e minimizar os efeitos negativos do frio extremo e das infeções respiratórias,

nomeadamente da gripe, na saúde da população em geral e dos grupos de risco em particular. Pretende assim promover em todos os níveis do Sistema de Saúde e avaliação do risco, a gestão do risco e a comunicação do risco e é constituído pelos seguintes eixos: informação; prevenção, contenção e controlo; comunicação (DGS, 2016).

As medidas de Saúde Pública consistem em comunicar aos cidadãos, profissionais de saúde e comunicação sobre o início do Plano “Inverno e Saúde”; promover a utilização de Saúde 24 (808 24 24 24) como primeiro contacto com o sistema de saúde; promover a literacia, divulgação e reforço das recomendações para a população e grupos de risco em particular; promover a adoção de medidas de higiene respiratória e controlo de infeção: reforço das medidas de higiene das mãos, aplicável ao público e aos profissionais de saúde; aconselhamento aos doentes com infeções respiratórias, nomeadamente com síndrome gripal, a adoção da medida de “distanciamento social”; promoção da utilização de equipamentos de proteção individual, quando aplicável; promover vacinação, cujo objetivo é vacinar, pelo menos, 60% dos cidadãos com 65 ou mais anos de idade (DGS,2016).

Nos doentes com Gripe os sintomas mais comuns são febre, dores de cabeça, tosse seca, garganta irritada, congestão nasal e dores musculares. As crianças podem também ter náuseas, vómitos e diarreia. Determinadas complicações podem surgir aliadas a sintomas mais graves, como o desenvolvimento de bronquite e pneumonia (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge).

A vacinação anual é a principal forma de prevenção contra a gripe sazonal e a melhor forma de reduzir o impacto de uma epidemia. As vacinas da gripe estão assim disponíveis e já são usadas há mais de 60 anos. Estas são seguras e eficazes, reduzindo não só a incidência como a gravidade e a mortalidade entre os idosos e os doentes crónicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) devem ser vacinados, preferencialmente em Outubro os indivíduos com idade igual e superior a 65 anos grupos de pessoas com risco acrescido de complicações e, grupos de pessoas que podem transmitir o vírus a outras pessoas consideradas de risco, como por exemplo os profissionais de saúde (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016). A vacina contra a gripe é gratuita para pessoas com 65 anos ou mais anos de idade, para os residentes em instituições e para alguns grupos de risco (DGS, 2016).

Os profissionais de saúde são habitualmente a principal fonte de aconselhamento e de motivação para a vacinação dos grupos de risco. São também estes os que por vezes comportam maior probabilidade de adquirirem gripe e de a transmitirem aos seus

familiares e aos doentes aos seus cuidados, sendo por isso os grupos alvo prioritário e com acesso gratuito à vacina (DGS,2016).

Em Portugal, o sistema de vigilância da gripe é composto pelas seguintes redes: Rede Médicos-Sentinela; Serviços de Urgência/Obstetrícia; Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico do Vírus da Gripe; Unidade de Cuidados Intensivos: Este programa tem início no princípio de outubro, termina em maio do ano seguinte e integra componentes clínicas e laboratoriais.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) a taxa de síndrome gripal foi de 13,0 por 100.000 habitantes. Até à semana 45 de 2016 foram detetados vírus da gripe do subtipo A (H3) e do tipo A (não subtipado) nas amostras no Laboratório Nacional de Referência para o Vírus Respiratórios do INSA e na Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico do Vírus da Gripe. Nas 19 UCI que enviaram informação não foi reportado nenhum caso de gripe. Na Europa a atividade gripal tem baixa intensidade, em que na semana 44, 93% dos vírus influenza testados pertenciam ao tipo A e 7% pertenciam ao tipo B. Dados mais recentes do boletim epidemiológico, publicado a 07/12/2016, desde a semana 45/2016 observou-se um aumento do número de vírus da gripe detetados. Na semana 48/2016, foram identificados 6 vírus da gripe do subtipo A (H3).

Para a prevenção da gripe direcionada para o público, em geral, propus-me à realização de um folheto (apêndice IV) direcionado ao público, para ser colocado nos espaços mais frequentados por este, como por exemplo nas salas de espera de alguns serviços, quer no Hospital quer no ACES, juntamente com um poster da gripe da DGS (Anexo II) e o flyer da etiqueta respiratória (Anexo III) já existente na CCIRA, com o objetivo de alertar para a prevenção da gripe; dar a conhecer os principais sintomas da gripe; informar sobre as medidas de prevenção da gripe; informar sobre a importância da vacinação, salientando-se os grupos prioritários. No âmbito da prevenção da gripe direcionada aos profissionais de saúde propus-me à realização de um poster (Apêndice V) com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a prevalência da gripe nesta época sazonal; informar sobre as medidas de prevenção; alertar para implementação de precauções adicionais nos casos de doentes com gripe.

No âmbito da intervenção, procedeu-se à fixação do póster da DGS, à entrega dos folhetos sobre a gripe e à entrega do flyer da etiqueta respiratória (da CCIRA) nos espaços comuns de alguns serviços do hospital: Serviço de Urgência; Consulta Externa; Medicina Física e Reabilitação; Imagiologia; Hospital de Dia; Cirurgia de Ambulatório; Serviço de

Pneumologia; Bloco de Partos, por determinação da direção Clínica e após aprovação. O mesmo material foi enviado pelo correio para as várias Unidades do ACES, em que para completar também se enviou em suporte informático o folheto sobre a gripe, o flyer da etiqueta respiratória e o poster para os profissionais de saúde. No entanto, a administração desta ULS considerou pertinente o envio do folheto sobre a gripe e o poster dirigido aos profissionais para todos os funcionários da ULS, ficando a distribuição do folheto e afixação do póster ao critério dos mesmos.

Com o desenvolvimento desta semana/evento pude responder concretamente a dois objetivos específicos, como sendo o **colaborar na prevenção dos principais tipos de infecção** e o **implementar medidas de prevenção de transmissão cruzada**, bem como desenvolver competências no sentido de identificar as necessidades formativas, promover a informação e a formação, e ainda, ser capaz de tomar iniciativas e desenvolver a criatividade na interpretação e na resolução dos problemas. Pude assim corresponder à necessidade de informar e formar o público e profissionais de saúde sobre as medidas para a prevenção da gripe nesta época sazonal, um aspeto que verifiquei e constatei na colaboração na vigilância epidemiológica e nas auditorias, quer no Hospital quer no ACES, acentuando-se assim a urgência desta intervenção.

Relativamente aos ecos desta semana/evento, pode colher a informação de que em alguns serviços, concretamente no internamento o póster para os Profissionais de Saúde foi afixado na sala de trabalho e o folheto dirigido ao público, em geral, foi também afixado e distribuído aos doentes e famílias.

5.4. – Melhoria da qualidade

A melhoria da qualidade integra um conjunto de eixos que parametrizam a qualidade dos serviços prestados, um dos quais se insere o taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde. De acordo com o Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos é um dos objetivos estratégicos, em que uma das ações consiste na monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde, no consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos; uma outra ação consiste no reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas. Relativamente às metas atingir temos uma taxa de prevalência hospitalar de 8%; o reduzir em 50% face a 2014, o consumo dos antimicrobianos; o atingir uma taxa de MRSA de 20%; o reduzir em

50% face a 2014, o consumo de carbapenemos; e ainda, o reduzir a 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.

Com base neste enquadramento, no decorrer do estágio aproveitei todas as oportunidades para me integrar numa Comissão de Controlo de Infeção, perceber as dinâmicas e atividades desenvolvidas, conhecer a documentação e legislação, registo, tratamento de dados e comunicação de resultados, bem como conhecer algumas parcerias no âmbito do controlo das IACS.

Conhecer a estrutura de Manual de Controlo de Infeção foi um dos objetivos deste meu estágio, onde pude assim conhecer o Manual de Controlo de Infeção desta ULS, concretamente no que se refere à sua estrutura e conteúdos, o qual se encontra disponível em suporte de papel e em suporte informático.

Tive também oportunidade de conhecer o Sistema de Gestão das Não Conformidades (SGNC), inserido na Gestão Documental (GD), onde as auditorias registam e reportam à CCIRA as não conformidades ou fazem mesmo observações pertinentes. Compete à CCIRA analisar, pedir a colaboração dos respetivos intervenientes e proceder à resolução do problema que pode implicar alteração de norma, procedimento. De seguida, dá-se a aprovação, a divulgação, o registo e o envio à respetiva auditoria. Todo o processo só fica concluído quando for validado pela auditoria. Neste sentido, observei todo o processo.

Tive ainda oportunidade de conhecer o Serviço de Higiene e Segurança, coordenado por duas engenheiras que trabalham com a CCIRA em parceria sobre todo o domínio do risco biológico, no qual se enquadram as medidas preventivas e as ações de melhoria contínua das boas práticas/práticas seguras, bem como a sua monitorização, aspetos que também são relevantes na melhoria da qualidade.

6. CONCLUSÃO

A humanização dos cuidados constituiu ao longo de todo o percurso um desafio ao cuidado holístico, procurando-se responder às necessidades do doente atendendo à sua vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual, valorizando-se assim uma atuação integral do cuidado de enfermagem, onde se enquadram competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, e que tem como base a dignidade e o respeito pela individualidade de cada pessoa.

O desenvolvimento do estágio em contexto de **Cuidados Intensivos** representou um momento importante de aprendizagem, onde pude desenvolver competências que são fundamentais para o desempenho da minha atividade profissional no âmbito da especialização. Foram vários os desafios que se colocaram ao longo deste estágio e que exigiram de mim muito estudo e reflexão, dada à especificidade e diferenciação dos cuidados que são prestados neste contexto, o que também implicou uma adaptação das minhas propostas iniciais de atividades bem como os respetivos indicadores de avaliação. Na primeira parte do estágio senti que me centrei bastante nos aspetos mais técnicos, como ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e terapêutica, entre outros, no entanto, com o decorrer do estágio fui conseguindo adquirir uma visão mais global do doente, aspeto que procurei demonstrar na realização deste relatório, o que me levou a ter uma visão mais holística deste e até a responder adequadamente a uma necessidade do serviço, através ação de formação sobre a espiritualidade nos cuidados de enfermagem, que eu penso que foi uma mais valia e um bom contributo para melhorar a prática, sobretudo no que refere à humanização dos cuidados.

O desenvolvimento do estágio no **Serviço de Urgência** representou também um momento importante no meu processo de aprendizagem, onde pude no geral atingir quase todos os objetivos propostos com a realização de diferentes atividades, centradas na prestação de cuidados ao doente crítico, em contexto de urgência/emergência, desenvolvendo competências como a aplicação de uma metodologia eficaz na assistência ao doente crítico; a mobilização de conhecimentos adquiridos na EEMC no âmbito da assistência ao doente na urgência, procurando integrar conhecimentos adquiridos; a capacidade de reagir a situações imprevistas; o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva para com os problemas da prática relacionados com o doente e com a família;

entre outros. Foram vários os desafios que se colocaram ao longo deste estágio e em que, de acordo com o conhecimento que fui obtendo do serviço, da sua realidade e necessidades, procurei adaptar as propostas iniciais de atividades bem como os respetivos indicadores de avaliação, de modo a que a atingir os objetivos propostos. Ao longo do estágio pude concluir que a assistência ao doente crítico em contexto de urgência/emergência é uma realidade que exige a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, humanos e relacionais, o que implica não só a capacidade de resposta adequada a determinada falência orgânica, implementando-se um conjunto de intervenções e procedimentos muitas vezes já definidos, mas também a capacidade de ver o doente como um ser holístico, procurando situá-lo numa família que por vezes tem necessidade de ser envolvida no processo terapêutico, podendo-se oferecer assim tanto ao doente e como à família um cuidado mais humano e personalizado.

Em ambos os módulos de estágio, Cuidados Intensivos e Urgência, definiu-se assim percurso que consignou a aquisição competências na assistência ao doente em situação crítica, enquadradas no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, sendo o domínio da prestação de cuidados aquele que prevaleceu nestes contextos da prática, o que foi de encontro às minhas expectativas, concretamente no que se refere ao contributo para a realidade onde desenvolvo a profissão.

Com o desenvolvimento do estágio em **Comissão de Controlo de Infeção** pude desenvolver competências específicas referentes à prevenção e à contenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, concretamente no que se refere à implementação de estratégias de melhoria de qualidade, com base no cumprimento das boas práticas. Pude perceber melhor o papel do enfermeiro na CCIRA, cuja intervenção é determinante na área da vigilância epidemiológica, na área das normas de boas práticas e na área de formação, e ainda, no papel de assessoria do enfermeiro diretor e dos enfermeiros supervisores e /ou coordenadores de departamento nas atividades de gestão da unidade de saúde, no que concerne à área da prevenção e ao controlo de infeção. Com este módulo pude assim integrar competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados, ainda que indiretamente, no domínio das aprendizagens profissionais. Inicialmente tive alguma dificuldade em acompanhar toda a dinâmica e funcionamento da CCIRA, mas à medida que me fui integrando nas diferentes atividades propostas, pude desenhar melhor o meu projeto de intervenção, o qual se centrou bastante na vigilância epidemiológica e na

informação/formação aos profissionais de saúde e ao público, em geral, concretamente com o desenvolvimento da semana/evento sobre a Gripe.

Em suma, não obstante as dificuldades encontradas, neste documento pude assim traduzir os desafios que se levantaram à humanização dos cuidados nos diferentes contextos da prática, os objetivos, as atividades e as competências adquiridas, as estratégias implementadas como resposta às necessidades ou propostas, e ainda, a capacidade crítico-reflexiva desenvolvida num âmbito mais diversificado e alargado.

Concluindo, a humanização dos cuidados compreende assim as necessidades globais do doente, valorizando-se uma resposta integral do cuidado de enfermagem que considera as necessidades físicas ligadas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existentes na condição de ser doente, implementando-se deste modo intervenções que estão para além do tratamento da patologia, mas que consideram o paciente como um ser holístico, no respeito pela sua dignidade e pela sua individualidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. A humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Vol.23 nº3. Florianópolis July/Sept. 2014. ISSN 0104-0707 (versão impressa).

ALMEIDA, T.; AZEVEDO, L.; NOSÉ, P.; FREITAS, F.; MACHADO, F.. Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2016; 28(4): 413-419.

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

ARS NORTE. Manual da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P (2010). Processo de esterilização.

BETTINELLI, ILA; WASKIEVICZ J; ERDMANN AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

BEZERRA, S.; MORAIS, G.; CARNEIRO, A.; FRANÇA, J.; ZACCARAS, A.; DUARTE, M. Educação em Saúde como compromisso para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, 9(5): 7835-42, maio., 2015. ISSN: 1981-8963.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem Reben, 65 (1): 97-103. [Documento www]. URL. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>. (consultado em novembro de 2016).

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

CALEGARI, R.; MASSAROLLO, M.; SANTOS, M.. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 49 no.spe 2 São Paulo. Dez. 2015. ISSN 0080-6234 (versão impressa). ISSN 1980-220X (versão On-line).

CONISHIL, R.; GAIDZINSKI, R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3): 346-54. www.ee.usp.br/reeusp/346.

CORBANI, N.; BRÊTAS, A.; MATHEUS, M. Humanização do cuidado de enfermagem: O que é isso? Revista Brasileira de Enfermagem REBEN. Brasília 2009 maio/junho: 62 (3): 349-354.

Despacho do Ministério da Saúde nº 16/90 de 11 de Julho, publicado no Diário da República, 2., 192, de 21 de Agosto de 1990.

Despacho do Ministério da Saúde nº 242/96 de 13 de Agosto. Classificação dos Resíduos Hospitalares. [Documento www]. URL. http://www.vetbiblios.pt/LEGISLACAO_TECNICA/ATIVIDADES_VETERINARIAS/Residuos_Hospitalares/Despacho_242-96_13-08.pdf (Consultado em dezembro de 2016).

Despacho nº 15423/2013. Diário da República nº 229. Série II, de 2013-11-26. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Criação de Grupos de Coordenação Local e Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos.*

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Acessível em: www.dgs.pt.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013). Programa Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Relatório. Inquérito de Prevalência de Infeção e uso de antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). Norma DGS: Vigilância Epidemiológica das Resistências as Antimicrobianos. Norma nº 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a 13/11/2015.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015). Norma DGS: Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Norma 002/2015 de 06/03/2015. [Documento www]. URL. http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/DGS_NormaTriagemManchester.pdf. (consultado em outubro de 2016).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2016). Comunicado conjunto. A vacinação dos médicos, enfermeiros e farmacêuticos é oportuna. [Documento www]. URL. <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/vacinacao-contr-a-gripe-dos-profissionais-de-saude.aspx>. (consultado em dezembro de 2016).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Política Nacional para a Qualidade na Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. [Documento www]. URL. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2016. Saúde Sazonal: Saúde e Inverno. Plano de contingência para temperaturas externas adversas. [Documento www]. URL. <file:///E:/Módulo%20III%20-%20CCIRA/Prevenção%20Gripe/i022850.pdf>. (consultado em dezembro de 2016).

EDWARDS, A.; et al. 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.; GOMES, J.; MORAES, R.; MARINHO, D.; HOLANDA, M.; OLIVEIRA, F. Avaliação sistemática do *delirium* e da dor em pacientes criticamente enfermos. Artigo de revisão. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *Revista Dor*, 2009; 10:2:158-168.

GARCÊS, E. O.; VITORINO, J.; VERONESE, F. Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal. Artigo de revisão. *Rev Ass Med Bras* 2007; 53 (5): 451-5.

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

HARBARTH ET AL (2015). Antimicrobial Resistance: one world, one fight. *Antimicrob Resist and Infect Control*. 4:49.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE (2016). Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Portugal. Época 2016/2017. Data de Publicação: 17/11/2016. ISSN: 2183-7392. [Documento www]. URL. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Documents/Gripe2.pdf> (consultado em novembro de 2016).

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE (2016). Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe. Portugal. Época 2016/2017. Data de Publicação: 17/12/2016. ISSN: 2183-7392. [Documento www]. URL. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Documents/Gripe2.pdf> (consultado em dezembro de 2016).

INTENSIVE CARE NURSEY HOUSE STAFF MANUAL (2004). Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO). Copyright© 2004 The Regents of the University of California.

Lei nº 15/2014, de 21 de março. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

LUCAS, H. Comunicação Interdisciplinar em Saúde: Importância e Desafios. NURSING Edição Portuguesa. Nursing nº 257; julho 2010. [Documento www]. URL. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3569-comunicacao-interdisciplinar-em-saude-importancia-e-desafios#.WNVJgIXXLIU> (consultado em março de 2017).

MANENTI, L.; SORATTO, M. – The importance of spirituality in patient care Cardiovascular ICU admission. Saúde em Revista. 2012, p.43-51.

MANIVA, S.; FREITAS, C. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquémico agudo: o que sabem enfermeiros? Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2012 maio-junho; 65(8): 474-81.

MARTINEZ, S.; ARNAL, R.; JÚLIA, B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) version breve: adaptación y validación en población española. An. Sist. Sanit. Navar. 2011, Vol. 34; Nº 3, septiembre-diciembre.

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

MELO, R.; SOUZA, S.; BEZERRA, C.; FERNANDES, F. Assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia. V.10, N. 32. Nov-Dez/2016 – ISSN 1981-1179. Edição eletrónica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

MENDES, J. (2006). Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. [Em linha]. Servir, Vol. 54, nº4, p.158-164. [Documento www]. URL. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3190/1/Artigo%20Rev.%20Servir%20-%202006.pdf>. (consultado em maio de 2016).

MONGIOVI, V.; ANJOS, R.; SOARES, S.; LAGO-FALCÃO, T. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN. 2014 mar-abr; 67 (2): 306-11.

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

NARAYANASAMY, A. (2001). Spiritual Care: a practical guide for nurses and health care practitioners. 2ªEdição. Wiltshire: Quay Books, 2001.

Norma da Direção-Geral de Saúde (DGS) nº 029/2012 – Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI).

NORTE, G. (2013). Enfarte Agudo do Miocárdio com supra-ST: Avaliação do Protocolo de Via Verde Coronária. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina (ciclo de estudos integrado). Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde. [Documento www]. URL. [http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1411/1/Disserta%
c3%a7%c3%a3o%20Gustavo%20Norte.pdf](http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1411/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Gustavo%20Norte.pdf). (consultado em outubro de 2016).

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 10ªEdição.

NUNES, L. Dilemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. Revista de bioética (Imp.). 2015; 23 (1): 187-99. [Documento www]. URL. [http://www.academia.edu/13875538/Problemas_%
C3%A9ticos_identificados_por_enfermeiros_na_rela%C3%A7%C3%A3o_com_usu%C3%A1rios_em_situa%C3%A7%C3%A3o_cr%C3%ADtica](http://www.academia.edu/13875538/Problemas_%C3%A9ticos_identificados_por_enfermeiros_na_rela%C3%A7%C3%A3o_com_usu%C3%A1rios_em_situa%C3%A7%C3%A3o_cr%C3%ADtica) (consultado em março de 2017).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. In Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). - Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. [Documento www]. URL. http://www.aesopenfermeiros.org/up/ficheirosbin2_ficheiro_pt_0519813001435324614-724.pdf. (consultado em maio de 2016).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010).- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Documento www]. URL. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf. (consultado em maio de 2016).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Parecer nº 06/2013. Pronuncia sobre Programa Prevenção e Controlo de Infeções, Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Documento www]. URL. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf. (consultado em novembro de 2016).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014). Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor. [Documento www]. URL. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf. (consultado em maio de 2016).

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; MATOS, B. Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista de Saúde Pública. 2010; Volume Temático (10): 25-29. ELSEVIER DOYMA (www.elsevier.pt/rpsp).

QUEIJO, A.; PADILHA, K. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP 2009; 43 (Esp): 1018-25. www.ee.usp.br/reeusp.

ROSÁRIO, E. (2009). Comunicação e Cuidados de Saúde. Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

ROSEINHEIR, D.; LUNARDI, V.; FILHO, W. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. Revista electrónica de enfermagem, 10(4), 1041-1049.

SANCHES, R.; GERHARDT, P.; RÊGO, A.; CARREIRA, L.; PUPULIM, J.; RADOVANOVIC, C. Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em unidade de terapia intensiva adulto. Escola Anna Nery 2016; 20 (1): 48-54.

SANTOS, K.; SILVA, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. Revista Brasileira de Enfermagem Reben, 59 (1), 61-66.

SARAIVA, D.; MARTINHO, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. Nursing Edição Portuguesa. Suplemento I. 8-14.

SILVA, R. C. G. (2004). Cuidado Humanizado. O olhar dos enfermeiros no serviço de emergência. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem, 2004.

SILVA, R.; CASTILHOS, A. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para a implementação das ações de enfermagem. Artigo de revisão. Revista Brasileira Queimaduras. 2010; 9 (2):60-5.

SILVA, R.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. Conforto para uma morte: perspectiva de uma equipa de enfermagem intensivista. Escola Anna Nery. Jan-Mar 2015. Revista de Enfermagem 19 (1): 40-46.

SIMÕES, L.; FERNANDES, J. A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma. Projeto de Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.

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.

SOCIEDADE EUROPEIA DE MEDICINA INTENSIVA [SEMI], in DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. 2003, p.9.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS [SPCI] E A ORDEM DOS MÉDICOS. Transporte de doentes críticos. Recomendações. 2008.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO [SPT]. Dador cadáver. 2014 © Sociedade Portuguesa de Transplantação. [Documento www]. URL. <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-23.php>. (consultado em junho de 2016).

VERSIANI, C.; SILVA, K.; BRETÃS, T.; MARQUES, F.; SOUTO, S.; MAGALHÃES, D.; RIOS, L.; ROCHA, D.; TEIXEIRA, L.; BATISTA, L.; BARBOSA, L. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires – Ano 17 – Nº170 – Julho de 2012. <http://efdeportes.com/>

8. APÊNDICES

APÊNDICE I – Estudo de Caso (Módulo II – Cuidados Intensivos)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Módulo II – Cuidados Intensivos

Serviço de Medicina Intensiva

Realizado por: **Cecília Manuela dos Santos Freitas**

Nº 396415017

Porto, junho de 2016

INDICE

I – Nota Introdutória.....	105
2 – Estudo de Caso.....	106
3 – Reflexão final.....	113
4 – Bibliografia.....	114

1 – NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Módulo I – Estágio de Cuidados Intensivos, a decorrer no Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade Local de Saúde, pareceu-se pertinente a aprofundar o caso clínico de um doente, com o objetivo de aplicar conhecimentos adquiridos na EEMC, salientando os conhecimentos relacionados com a comunicação com o doente em estado crítico, sobre a qual me propus refletir ao longo deste estágio.

Para o desenvolvimento deste estudo de caso, sobretudo no que respeita ao desenvolvimento do processo de enfermagem, recorri necessariamente à CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) à NANDA (North American Nursing Diagnosis Association International). Assim, estruturei este caso num capítulo, onde se insere a avaliação inicial e o plano de cuidados, e finalmente, apresentarei uma reflexão crítica sobre o caso desenvolvido.

2 – ESTUDO DE CASO

Avaliação inicial

Nesta primeira fase do processo de enfermagem, colheita de dados, à qual se segue a atividade diagnóstica, o planeamento, a implementação e a avaliação, foi realizada uma recolha sistemática dos dados relacionados com o doente, através da observação direta e participante e da consulta do processo clínico do doente (suporte de papel e suporte informático-SClínico). Nesta colheita de dados, pretendeu-se assim a apresentação fiel e rigorosa do doente, numa visão holística, em todas as suas dimensões.

Diagnóstico: Pós-operatório de esofagectomia por neoplasia do esófago, carcinoma epidermóide.

História da doença atual: Sr. R., homem de 53 anos, admitido eletivamente para ser submetido a esofagectomia, a 09.06.2016, por neoplasia do esófago, diagnosticada em dezembro de 2015. Proposto para quimioterapia e radioterapia radical, que terminou em abril de 2016. Submetido a dilatação esofágica a 19.05.2016 para alívio de disfagia e para otimização da parte nutricional. A 09.06.2016 é então submetido a esofagectomia eletiva dividida em dois tempos: abdominal e torácica; fez esplenectomia +lise de bridas + confecção de anastomose intratorácica com tubo gástrico.

Antecedentes pessoais: HTA/AVC há 9 anos, sem sequelas. Dislipidemia. Fumador desde os 20 anos, um maço por dia. Referência a um algum alcoolismo (4 copos de vinho branco + uma cerveja/dia). Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. Terminou radioterapia a 15.04.2016 e quimioterapia a 18.04.2016. Desconhece alergias.

Antecedentes familiares relevantes: Pai que faleceu com neoplasia da laringe? Irmão com HTA.

Familiar de referência: esposa.

A 09/06/2016, no pós-operatório imediato de cirurgia major, esofagectomia Ivor Lewis (esofagectomia trans-hiatal versus transtorácica), ficou com 2 drenos torácicos (1 pleural + 1 mediastínico) + 1 dreno abdominal sentinela ao hiato e loca esplénica. Perdas

hemáticas estimadas no intra-operatório de 1,5 L, com necessidade de suporte de vasopressor (narodrenalina) e de transfusões de glóbulos rubros e cristalóides. Neste mesmo dia deu entrada no SMI com EOT (entubação orotraqueal), sob ventilação mecânica; sedado, analgesiado e com manutenção de vasopressor.

A 13.06.2016, encontra-se no 4º dia pós-operatório, dia 5 no SMI.

Turno da Manhã - Vigil, orientado no tempo e no espaço. Sem alterações cutâneas. Hemodinamicamente estável. Necessidade de ventilação invasiva. Foi extubado às 48 horas, mas houve necessidade de reentubar por fadiga respiratória e hipóxia. Atualmente apresenta como modo ventilatório PA/CPAP.

Apresenta: cateter arterial na radial esquerda; cateter venoso central na jugular interna à direita; cateter epidural funcionando com Ropivacaina 2%, a 6 ml/h + Morfina 2mg, 12/12h. Sedado e analgesiado com propofol + fentanil. Insulinoterapia. Soroterapia.

Iniciou nutrição entérica que suspendeu por possível relação com alteração das características da drenagem abdominal. Iniciou nutrição parentérica que mantém.

Apresenta 2 drenos torácicos, com drenagem sero-hemática + 1 dreno abdominal com drenagem sero-hemática.

Algáliação funcional (algália foley nº 16) com diurese a 50 a 100ml/h e balanço negativo nas últimas 24h; indicadores de não comprometimento da função renal.

Sem edemas periféricos, bem perfundido. Mantém comprometimento da função respiratória.

Na escala da sedação, RASS (*Richmond Agitation and Sedation Scale*) = -3 (sedação moderada). Na escala objetiva da dor, BPS (*Behavioral Pain Scale*)=4.

Durante os cuidados de higiene apresentou período de agitação possivelmente associado ao TOT (tubo orotraqueal), com necessidade de gerir sedação.

Auto-extubou-se durante turno da manhã, referindo desconforto associado ao TOT.

Ficou com máscara facial com Fi O₂ a 40%. Suspendeu perfusão de propofol e insulinoterapia.

Turno da Tarde - Consciente e orientado. Sem sinais de alteração do estado mental – CAM-ICU (*Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*) negativa. Hemodinamicamente estável. Gasimetria melhor (PaO₂ = 80 para Fi O₂ a 40%), ventilação mais eficaz, sem necessidade de reentubar.

Por apresentar ainda comprometimento da função respiratória, derrame pleural, durante a tarde realizou ecografia torácica + toracocentese torácica à esquerda, diagnóstica e evacuadora. Colheita pra citologia, bioquímica e microbiologia. Posteriormente realizou Raio x do tórax.

Plano de Cuidados

No dia 13.06.2016, estive ao longo de todo o dia com este doente, no período correspondente ao turno da manhã e ao turno da tarde – 12h30, onde pude acompanhar a sua evolução e assim implementar um plano de cuidados, utilizando o como método científico o Processo de Enfermagem nas suas diferentes etapas.

Seguem-se os diagnósticos de enfermagem integrados no plano de cuidados do serviço, que tem como base a CIPE. Optei apenas por os identificar e referir, sem apresentar os resultados esperados, as intervenções e a avaliação dos resultados atingidos, uma vez que explorei outros focos da prática que considere mais pertinentes e que embora realizados, nem sempre entram no plano de cuidados e são devidamente registados.

Diagnósticos de enfermagem:

- auto cuidado higiene dependente em grau elevado;
- auto-cuidado posicionar-se dependente em grau elevado;
- auto-cuidado alimentar-se dependente em grau elevado;
- auto-cuidado levantar-se dependente em grau elevado; alto risco de UP;
- limpeza das vias aéreas comprometida em grau moderado;
- membrana mucosa comprometida em grau moderado;
- alto risco de queda;
- movimento muscular comprometido em grau moderado;
- ferida cirúrgica: A - abdómen central, B – tórax lado direito; drenos: dreno 1 no tórax superior à direita, dreno 2 no tórax inferior à direita e dreno 3 no abdómen à esquerda;
- dor;
- eliminação intestinal.

Outros:

Início			Termo
	Dados colhidos	Doente no pós-operatório de cirurgia major; Ventilado, em PA/CPAP; Durante os cuidados de higiene apresentou período de agitação	
13.06.2016 Manhã	Diagnóstico de enfermagem	Ansiedade	13.06.2016 Manhã
13.06.2016 Manhã	Resultado esperado	Diminuir a ansiedade	13.06.2016 Manhã
13.06.2016 Manhã	Intervenções de enfermagem	Transmitir segurança; Explicar procedimentos; Gerir sedação	13.06.2016 Manhã
13.06.2016 Manhã	Avaliação do resultado atingido	Aparentemente o doente ficou mais tranquilo.	13.06.2016 Manhã

Início			Termo
	Dados colhidos	Doente ventilado, sedado e analgesiado	
13.06.2016 Manhã	Diagnóstico de enfermagem	Comunicação verbal prejudicada	13.06.2016 Manhã
13.06.2016 Manhã	Resultado esperado	Estimular a comunicação não verbal	13.06.2016 Manhã
13.06.2016 Manhã	Intervenções de enfermagem	Utilizar um tom de voz adequado; Usar termos simples e precisos; Repetir a informação se necessário; Atender às manifestações não verbais do doente; Pedir sugestões da família e de outros profissionais Determinar o modo de comunicação usado pelo doente; Usar estratégias alternativas sempre	13.06.2016 Manhã

		que necessário	
13.06.2016 Manhã	Avaliação do resultado atingido	Durante a prestação dos cuidados foram implementadas algumas destas intervenções e pude observar o <i>feedback</i> do doente, sobretudo através da expressão facial.	13.06.2016 Manhã

Início			Termo
	Dados colhidos	Doente no pós-operatório de cirurgia major; Ventilado, sedado e analgesiado	
13.06.2016 Manhã	Diagnóstico de enfermagem	Conforto prejudicado	
13.06.2016 Manhã	Resultado esperado	Melhorar o estado de conforto, o bem estar pessoal	
13.06.2016 Manhã	Intervenções de enfermagem	Orientar/informar (dia, mês, hora, lugar, procedimentos, repetir); Posicionar no leito de forma adequada	

		<p>Facilitar a visita; Promover o ambiente familiar;</p> <p>Conhecer as preferências do doente;</p> <p>Envolver familiar nos cuidados;</p> <p>Reduzir o ruído</p>	
13.06.2016 Manhã	Avaliação do resultado atingido	<p>Ao longo do turno da manhã, embora o doente se tenha auto-extubado, pude observar que este se manteve tranquilo. Depois de extubado, sobretudo ao longo do turno da tarde, o doente pode mesmo expressar o seu conforto e bem-estar, apesar da situação crítica em que encontra, onde foi muito importante o envolvimento da família, concretamente a esposa.</p>	

3 – REFLEXÃO FINAL

Com o desenvolvimento deste estudo de caso pude aprofundar e aplicar conhecimentos referentes à EEMC. Foi possível implementar um plano de cuidados, onde pude ter presente o doente como um ser holístico, numa vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual, em que salientei e explorei os focos que me pareceram mais pertinentes no âmbito da reflexão desenvolvida sobre a comunicação.

Ao longo das 12:30 horas que estive na prestação dos cuidados, concretamente com este doente do foro cirúrgico, pude verificar que as intervenções de enfermagem relacionadas com os focos que desenvolvi, comunicação, ansiedade, conforto, são implementadas durante a prestação de cuidados, embora nem sempre tidas em conta, não sendo por isso avaliadas nem registadas.

Foi possível constatar que apesar das dificuldades que se colocaram no desenvolvimento do processo de comunicação com doente em estado crítico, como sendo o próprio estado clínico, o facto de estar ventilado, sedado e analgesiado, surgem sempre alternativas e estratégias verbais e não verbais que podem ser implementadas, no sentido de realizar uma abordagem ao doente mais humana e integrada, contribuindo concretamente para a diminuição da ansiedade e para um melhor conforto e bem estar, focos estes também relacionados, os quais também aprofundi e desenvolvi.

Como pude verificar, a família tem também um papel determinante neste processo, devendo sempre que possível ser envolvida na prestação de cuidados, dado que com a presença de alguém com uma relação mais próxima com o doente, pode-se mais facilmente obter informações sobre este, sobretudo no que respeito aos seus gostos, preferências e mesmo quanto ao seu estado emocional e preocupações, aos quais poderemos responder mais assertivamente, diminuindo assim os sintomas associados a um internamento em cuidados intensivos.

Em suma, este estudo de caso foi um meio facilitador para melhor compreender o doente holisticamente e para poder partilhar com outros profissionais aspetos que podem ser de extrema importância na evolução positiva deste, e que nem sempre são suficientemente valorizados.

4 – BIBLIOGRAFIA

- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 10ªEdição.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. 2002. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE – Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros e Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde. ISBN: 972-98149-5-3.

Apêndice II – Estudo de Caso (Módulo I – Urgência)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Módulo I – Urgência

Serviço de Urgência

Realizado por: **Cecília Manuela dos Santos Freitas**

Nº 396415017

Porto, outubro de 2016

INDICE

I – Introdução.....	119
2 – Estudo de Caso.....	121
3 – Reflexão final.....	129
4 – Bibliografia.....	130

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Módulo I – Estágio de Urgência, a decorrer no Serviço de Urgência de um Hospital Central da zona norte, pareceu-se pertinente a aprofundar o caso clínico de um doente, com o objetivo de aplicar conhecimentos adquiridos na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, onde procurarei ter em conta a visão holística do doente, a vertente bio-psico-social – cultural e espiritual, em contexto de emergência.

Os cuidados ao doente crítico, em contexto de urgência/emergência devem ser prestados atendendo ao doente como pessoa, com necessidades individualizadas, avaliadas numa perspetiva holística, em que durante o processo de assistência em que é imprescindível a monitorização e a utilização de tecnologias, é também importante que não se descure os cuidados humanizados, estabelecendo-se uma relação de ajuda, valorizando-se as necessidades, vontade e autonomia da decisão do doente, pormenores que podem fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados.

O cuidado holístico num serviço de urgência, envolvendo todas as vertentes da pessoa, torna-se um grande desafio, atendendo a que além do ‘impacto total, imediato e concentrado de stress, que advém do cuidado constante com pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas, por vezes repulsivas e até angustiantes, a dinâmica intensa de atendimento, a rápida tomada de decisão, são todo um conjunto de exigências que podem muitas vezes dificultar o cuidado humanizado’ (Versiani, 2012).

Integrado no cuidado humanizado e personalizado está o cuidado espiritual, pois é muitas vezes nestas situações de ameaça de perda de vida e de stress que o doente e a própria família recorrem de uma forma mais intensa às suas crenças religiosas e aos seus princípios espirituais, sendo pois premente da parte dos profissionais de saúde permitir e facilitar esta dimensão.

Para o desenvolvimento deste estudo de caso, para além da bibliografia relacionada com o doente em contexto de urgência, recorri necessariamente à CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e à NANDA (North American Nursing Diagnosis Association International) para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Assim, estruturei este caso num capítulo, onde se insere a avaliação inicial e o plano de cuidados, e finalmente, apresentarei uma reflexão crítica sobre o caso desenvolvido.

Este caso é referente ao um doente que foi admitido no SU, proveniente do exterior, uma via verde trauma, que considerei pertinente aprofundar no sentido de demonstrar como é possível um cuidado holístico ao doente, mesmo num contexto de emergência.

2 – ESTUDO DE CASO

Avaliação inicial

Nesta primeira fase do processo de enfermagem, colheita de dados, à qual se segue a atividade diagnóstica, o planeamento, a implementação e a avaliação, foi realizada uma recolha sistemática dos dados relacionados com o doente, através da observação direta e participante e da consulta do processo clínico do doente (suporte informático-*Alert*). Nesta colheita de dados, pretendeu-se assim a apresentação fiel e rigorosa do doente, numa visão holística, em todas as suas dimensões, em contexto de urgência/emergência.

Queixa: Politraumatizado, acompanhado pela VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), em plano duro, com colar cervical, estabilizadores laterais e cabrestos.

Triagem: Politraumatizado, acompanhado pela VMER, em plano duro com colar cervical e cabrestos.

Pioridade: Muito urgente.

Fluxograma: Grande traumatismo.

Discriminador: Mecanismo de lesão.

Escala de coma de Glasgow:

- Resposta ocular=4 (olhos abertos espontaneamente)
- Resposta motora=6 (cumprir ordens)
- Resposta verbal=5 (discurso coerente e orientado)

Glasgow total=15

História da doença atual: Sr. A., homem de 24 anos, admitido no SU (Serviço de Urgência), dia 10 de Outubro de 2016, pelas 22h33min, acompanhado pela VMER do respetivo hospital. Politraumatizado, vítima de acidente de viação entre dois ligeiros, com embate lateral esquerdo, com cinto de segurança. De acordo com os presentes no local terá tido perda de consciência cerca de 10 min. Encontrado pelos meios do pré-hospitalar já fora do veículo, consciente.

Antecedentes pessoais: rinite alérgica, septoplastia.

Alergias medicamentosas: refere alergia a ‘analgésico’ que desconhece o nome.

Sem medicação habitual.

Antecedentes familiares relevantes: Desconhecidos

Familiar de referência: Mãe

Na Sala de Emergência

Sinais Vitais e outros:

T= 36°C

FC=87bat/min

PA=117/68mmHg

FC=25ciclos/min

SatO₂=100%

PGC=161 mg/dl

Glasgow total= 15

Avaliação ABCDE:

A – Via aérea livre, com controlo da coluna cervical.

B – Eupneico, com O₂ por máscara de alta concentração com SatO₂=100%.

Expansão torácica aparentemente simétrica, sem cianose.

C – Normocárdico, normotenso. Tempo de preenchimento capilar < 2 segundos.

Acesso periférico a nível do braço direito, 14G, com fluidoterpia (SF, 500cc).

D – Mantém Glasgow=15. Pupilas na linha média, isocóricas, fotoreativas.

Mobiliza todos os membros, sem parestesias.

E – Ferida traumática com hematoma a nível da clavícula esquerda; ferida traumática no cotovelo esquerdo; hematomas a nível abdominal e feridas traumáticas nas cristas ilíacas (local do cinto de segurança); ferida traumática no pé esquerdo.

Refere dor intensa a nível do hemicorpo esquerdo, com base na aplicação da escala qualitativa da dor.

Mantém plano duro com colar cervical e cabrestos.

Proporcionou-se conforto e manteve-se temperatura corporal.

Colheita de sangue para análises e realização de ECG.

Efetuada tentativa de algaliação sem sucesso. Apresentava hematuria a nível da tubuladura.

Seguiu-se a realização de exames complementares de diagnóstico, TAC cerebral, TAC cervical e toraco-abdomino-pélvico, Rx coluna, Rx antebraço esquerdo, Rx bacia, acompanhado de médico e enfermeiro. De acordo com os resultados o doente apresentava: pequena contusão cerebral sem alterações com significado clínico, com indicação para repetir TAC após 24 horas; traumatismo torácico grave, com contusão pulmonar esquerda, fratura de 10º e 20º arcos costais e pequeno pneumotórax; sem traumatismo abdominopélvico; sem fraturas nos membros superiores e nos membros inferiores. Posterior tentativa de algaliação por urologia, sem sucesso. Teve micção espontânea, colocado coletor urinário.

Efetuada tratamento a feridas traumáticas: a nível da clavícula esquerda; a nível do cotovelo esquerdo; a nível das cristas ilíacas; a nível do pé esquerdo.

O doente depois de estabilizado, realizados os exames complementares de diagnóstico e de acordo com a equipa médica, onde estiveram envolvidas várias especialidades, é transferido para a UCIPG (Unidade Cuidados Intensivos Polivalente Geral), em que os familiares presentes, concretamente a sua mãe tem conhecimento. A sua transferência é realizada cerca das 2h12, a qual tive oportunidade de acompanhar.

Com o decorrer da situação pude constatar que o doente, embora não o demonstrasse verbalmente, apresentava um fácies de medo e de alguma ansiedade, de modo que, quando questionado, respondeu que estava preocupado com a sua situação, concretamente com o que lhe iria acontecer a seguir.

Plano de Cuidados

Na assistência ao doente crítico, em situação de muita urgência, em que o tempo é limitado, dada a necessidade de estratégias de intervenção para poder manter as funções vitais e minimizar as sequelas com base na avaliação primária e secundária, neste plano de cuidados procurei selecionar e aprofundar alguns aspetos, muitas vezes não tão explorados, com base nos dados colhidos, do qual constarão os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos, considerando o doente, neste caso politraumatizado, vítima de um acidente de viação, como um ser holístico.

Início			Termo
	Dados relevantes para o diagnóstico	O doente refere dor intensa a nível do hemicorpo esquerdo	
10.11.2016 Noite	Diagnóstico de enfermagem	Dor aguda	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Resultado esperado	Sem dor	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Intervenções de enfermagem	Avaliar dor, aplicando escala qualitativa da dor (dor intensa); Monitorizar Pulso e Pressão Arterial; Observar expressão facial; Gerir analgesia.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Avaliação do resultado atingido	Algum tempo após a administração de analgesia (morfina), o doente referiu estar confortável, sem dor.	10.11.2016 Noite

Início			Termo
	Dados relevantes para o diagnóstico	Doente politraumatizado, imobilizado. Ambiente desconhecido. Submetido a vários procedimentos e a vários exames complementares de diagnóstico.	
10.11.2016 Noite	Diagnóstico de enfermagem	Risco de ansiedade	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Resultado esperado	Diminuição do risco de ansiedade	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Intervenções de enfermagem	Explicar procedimentos; Respeitar privacidade; Transmitir segurança.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Avaliação do resultado atingido	O doente esteve aparentemente tranquilo.	10.11.2016 Noite

Início			Termo
	Dados relevantes para o diagnóstico	Doente politraumatizado, imobilizado.	
10.11.2016 Noite	Diagnóstico de enfermagem	Conforto prejudicado	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Resultado esperado	Melhorar o estado de conforto, o bem estar pessoal.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Intervenções de enfermagem	Orientar/informar (hora, lugar, procedimentos); Posicionar de forma adequada; Facilitar a visita de familiar; Reduzir o ruído.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Avaliação do resultado atingido	O doente demonstrou-se mais confortável e menos inseguro.	10.11.2016 Noite

Início			Termo
	Dados relevantes para o diagnóstico	Doente politraumatizado, vítima de acidente de viação, com possíveis sequelas (pelo menos a curto prazo).	
10.11.2016 Noite	Diagnóstico de enfermagem	Desesperança	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Resultado esperado	Manter esperança	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Intervenções de enfermagem	Conhecer as preocupações do doente; Escutar o doente; Transmitir confiança; Informar sobre a sua situação com realismo; Dar espaço para que o doente expresse as suas crenças e convicções.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Avaliação do resultado atingido	O doente manteve-se aparentemente otimista, apresentando um fâcies mais calmo e sereno.	10.11.2016 Noite

Início			Termo
	Dados relevantes para o diagnóstico	Vítima de acidente de viação entre dois ligeiros, com embate lateral esquerdo. Durante o transporte do doente para a UCIPG, na presença da sua mãe este manifestou-se culpado pelo sucedido.	
10.11.2016 Noite	Diagnóstico de enfermagem	Sentimento de culpa	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Resultado esperado	Diminuição do sentimento de culpa	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Intervenções de enfermagem	Proporcionar ambiente adequado; Oferecer escuta ativa; Facilitar a presença de familiar ou de outra pessoa significativa; Permitir expressão de sentimentos.	10.11.2016 Noite
10.11.2016 Noite	Avaliação do resultado atingido	O doente consegue expressar os seus sentimentos e pede desculpa à sua mãe pelo sucedido.	10.11.2016 Noite

3 – REFLEXÃO FINAL

Com o desenvolvimento deste estudo de caso pude aprofundar e aplicar conhecimentos referentes à EEMC. Foi possível implementar um plano de cuidados, onde pude ter presente o doente como um ser holístico, numa vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual, em que salientei e explorei focos da prática que me pareceram pertinentes e que nem sempre são tão explorados na abordagem ao doente crítico, em contexto de urgência/emergência, sendo estes também importantes para o crescimento na humanização e na qualidade dos cuidados prestados.

A abordagem a este doente politraumatizado, vítima de um acidente de viação, constou de uma avaliação primária, A,B,C,D,E, onde se procurou um reconhecimento precoce e a estratificação da gravidade de todas as lesões e possíveis disfunções, com implementação das intervenções adequadas e monitorização contínua, visando o suporte das funções vitais, o controlo da dor e de outras possíveis complicações. Na avaliação secundária, procurou-se uma descrição mais pormenorizada das lesões, uma anamnese mais completa, a integração das informações imagiológicas e laboratoriais disponíveis, a implementação de plano terapêutico adequado e a preparação para a transferência do doente, neste caso, para a UCIPG.

Nesta abordagem, concretamente na avaliação secundária, pude verificar que para além da dor, um dos aspetos que mais afeta o conforto e a estabilidade do doente crítico, a qual deve ser devidamente avaliada e controlada (atendendo mesmo a que a esta poderão estar associadas outras complicações), existem outros focos da prática, como o conforto, a possível ansiedade, a desesperança, o possível sentimento de culpa, em que, dada à focalização em outros aspetos mais urgentes e vitais, estes que também são importantes para o doente e até para família nem sempre são tidos em conta.

A implementação de algumas intervenções como a escuta ativa, o permitir a expressão de sentimentos, o permitir a expressão de crenças e convicções, o proporcionar ambiente adequado, entre outras, são aspetos que contemplam o ser holístico do doente, mesmo o ser espiritual, cuja implementação é um grande desafio e nem sempre é possível a sua realização, dado que, para além do tempo, que quase sempre é limitado nestas circunstâncias, é também importante a sensibilidade, a maturidade e a preparação do próprio enfermeiro.

4 – BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional de Enfermeiros. 2002. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE – Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros e Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde. ISBN: 972-98149-5-3.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 10ª Edição.
- VERSIANI, C.; SILVA, K.; BRETÃS, T.; MARQUES, F.; SOUTO, S.; MAGALHÃES, D.; RIOS, L.; ROCHA, D.; TEIXEIRA, L.; BATISTA, L.; BARBOSA, L. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires – Ano 17 – Nº170 – Julho de 2012. <http://.efdeportes.com/>

APÊNDICE III – Ação de formação sobre a Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

A espiritualidade nos cuidados de enfermagem

Formação em serviço

Alunas: Carla Marisa da Silva Magalhães

Cecília Manuela dos Santos Freitas

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho e

Professora Doutora Irene Oliveira

Porto, junho 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

	Pag.
1. INTRODUÇÃO.....	136
2. DEFINIÇÃO: ESPIRITUALIDADE	138
3. ESPIRITUALIDADE VERSUS RELIGIOSIDADE.....	140
4. AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA DOENTE	142
5. O CUIDADO ESPIRITUAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	146
5.1. ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS.....	152
6. BARREIRAS OU DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS.....	155
7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ESPIRITUALIDADE.....	159
8. CONCLUSÃO	161
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
APÊNDICES.....	168
APÊNDICE I - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	169
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO: “A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM” APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	172
APÊNDICE III - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	175
APÊNDICE IV - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	198
APÊNDICE V - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	201

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 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 III), cujos objetivos gerais eram: perceber a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e elucidar acerca da importância da espiritualidade na prática dos cuidados de enfermagem. Para alcançar esses objetivos, inicialmente realizamos um questionário de diagnóstico de situação (Apêndice II), enviado por email para todos os enfermeiros da equipa antes da sessão de formação, 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 IV), de forma a verificar se os objetivos foram alcançados, bem como, perceber a satisfação dos enfermeiros com a sessão de formação.

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, Anandarajah & Hight, 2001, McSherry, 2006; Ross, 2006; Caldeira, 2011; Gijssberts, 2011; Wu, 2011; Koenig, 2012; Chan 2013). 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 (Alves, 2011).

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 (Alves, 2011).

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 caráter 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 (Alves, 2011).

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 (Alves, 2011).

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 encontrá-lo. Alguns poderão encontrá-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 percebidas 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, p.33).

– *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 contato pela natureza, pela apreciação de uma música, do contato 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 do Código Deontológico do Enfermeiro, 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*” (ICN, 2012, p.2 – código de ética).

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 contato 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 perspectiva 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 perspectiva 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 encaminha para o líder espiritual (Rego, 2007).

De acordo com Sawatzky & 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, ressalvam 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 referência 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 É importante auxiliar a pessoa a explorar estes sentimentos, dando o apoio e acompanhamento

fracasso necessários, para que esta mediante o perdão e a
(Bernard, 2008) reconciliação os possa resolver.

Promover as relações pessoais e de apoio à pessoa É primordial fomentar o contato humano de apoio à
(Bernard, 2008) 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 A família configura-se ao longo da vida como uma
(Bernard, 2008) 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 contato 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 contato 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 contato, 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 fato, 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 fato de nos tornarmos mais sensíveis e, conseqüentemente, mais vulneráveis aproxima-nos dos outros, tornando-nos mais despertos 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 fato 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, 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, 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 & 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 & Beresin, 2010; McSherry & Jamieson, 2011; Caldeira et al, 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 fato 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 (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 2015-2016) 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 poder maior que si mesmo e que pode ser fortalecido.

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

- Disposição para esperança melhorada, padrão de expetativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que pode ser fortalecido.

- Sufrimento espiritual, capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com 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 inaracterístico 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.

Foi notório percebermo-nos que muitas vezes se confunde espiritualidade com religiosidade, com o impacto que isto poderá ter nos cuidados de saúde. 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 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 no Código Deontológico do Enfermeiro 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 com esta 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. REFERENCIAS 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. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. Vol. 11, nº1 (2011), p. 47-52.

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

BERNAD, 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%201%20-%20Spiritual%20Care%20for%20Self%20%2526%20Others%20-%20web.pdf>

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

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

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. [Em linha]. CuidArte Enfermagem. Vol. 5, nº 2 (2011), p.123-128. [Consult. 21 Maio 2016]. Disponível na

http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14995/5/2011_artigo_Cuidarte_5%282%29123%2c128.pdf

CALLISTER, L., et al. Threading Spirituality Throughout Nursing Education. Holistic Nursing Practice. 2004, p.160-166.

CHAN, M. - Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. Journal of Clinical Nursing. Nº19 (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. (2010). 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.

EDWARDS, A., et al. 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.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. A arte de morrer. 3ª Edição. 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.

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.

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*. 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, 2011, p. 1757-1767.

MCSHERRY, W. *Making sense of Spirituality in nursing and healthcare practice*. 2ª Edição. 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: Direcção 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, 1999, p.274-285.

NARAYANASAMY, A. *Spiritual Care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. 2ªEdição. 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, nº 11 (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 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed, 2015. 10ªEdição.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005.

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>

PATRÍCIO, M. Notas sobre o regime legal dos transplantes em Portugal. *Ano 2* (2013), nº 11, 12881-12900/ <http://.idb-fdul.com/> ISSN: 2182-7567.

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.

SAWATZKY, R.; PESUT, B. Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. [Em linha]. Journal of Holistic Nursing. Vol. 23, nº 1 (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)
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, nº 5 (2011).

VERMANDERE, M.; et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. British Journal of General Practice, 2011, p. 749-760

APÊNDICES

APÊNDICE I - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A espiritualidade nos cuidados de enfermagem

Local da Formação: Sala de formação do Serviço de Medicina Intensiva

Formadores: Carla Magalhães e Cecília Freitas

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva

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	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Projetor multimédia; 	<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	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 II - QUESTIONÁRIO: “A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM” APLICADO
AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**



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, 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.

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 III – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
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

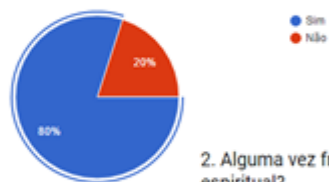
Conteúdos a abordar:

- ✓ 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



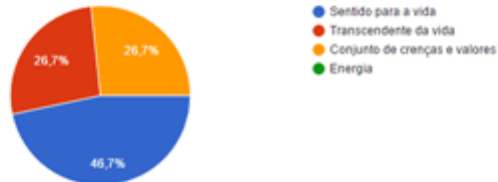
A felicidade abrange
o ser humano no seu todo.



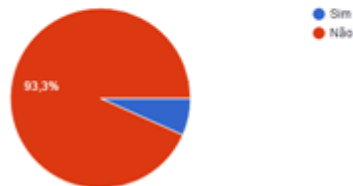
Melhor percepção do valor e da importância do
estado de espírito,
muito ligado ao modo como avaliamos e
interpretamos a realidade.

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

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



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



ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE



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
fenômenos 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

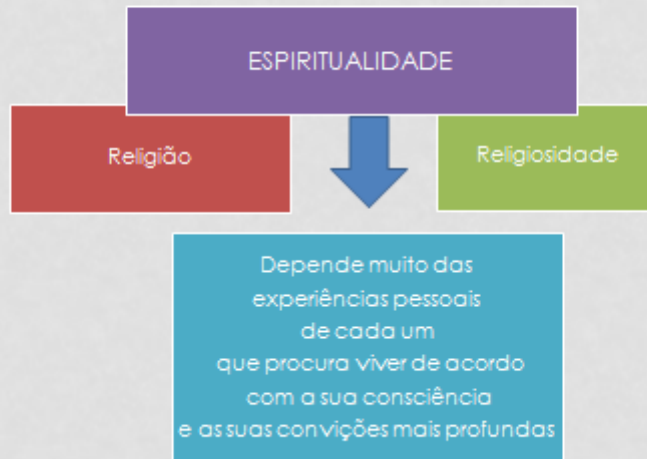
ESPIRITUALIDADE VS RELIGIOSIDADE

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

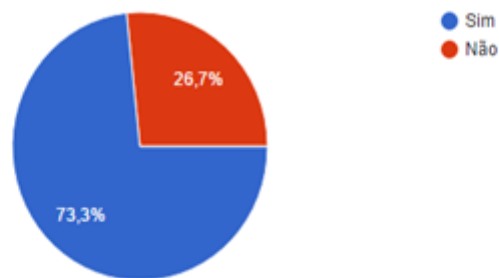
A photograph of a person walking on a path in a desert landscape at sunset. The sun is low on the horizon, casting a long shadow of the person on the sand. The sky is a mix of orange and yellow.

A espiritualidade 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.

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



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

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

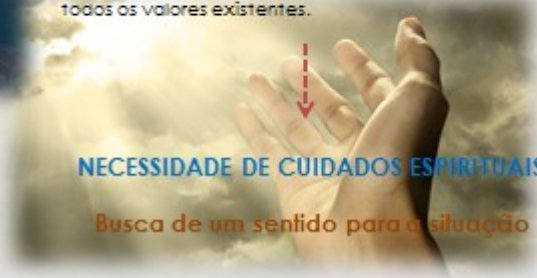
O presente decreto-lei estabelece a regulamentação da assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) concretizando o disposto no artigo 18.º da Concordata de 18 de Maio de 2004, celebrada entre a Santa Sé e a República Portuguesa, e, quanto 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

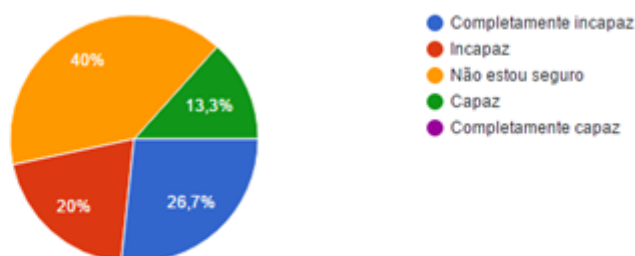


Narayanasmay (2001)

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.

Palliat Med. 2010 Dec;24(8):753-79. doi: 10.1177/0269216310375960. 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, Pano N, Shiu V, 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.

O genérico dos
ansiolíticos chama-se
ABRAÇO

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.

❖ ESTABELECE 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. xiv(1) no. 5 Coimbra dez. 2011

<http://dx.doi.org/10.12797/REI111331>

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

Silvia Caldeira^{*}; Zita Castelo Branco^{**}; Margarida Vieira^{***}

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 provoca 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):1084-90.

Spiritual care of families in the intensive care unit.

Walt RJ¹, Engelberg RA, Ories CJ, Glavan B, Curtis JR.

Author information

Texto completo - enferm, vol.21 no.3 Florianópolis Apr-June 2012

http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07022012000200002

ORIGINAL ARTICLE

Meaning of spirituality for critical care nursing

Rev Lat Am Enfermagem, 2008 Mar-Apr; 16(2): 212-7.

Spirituality in self-care for intensive care nursing professional

Dezotti LW¹, Crossetti Mda G

1 CRITICAL CARE NURSES PERCEIVED NEED FOR GUIDANCE IN ADDRESSING SPIRITUALITY IN CRITICALLY ILL PATIENTS
 Critical Care Nurse Journal of Critical Care 2012;28(7): 518-524. Base de dados: CINAHL, Complete
 Assunto: Critical Care Nursing; Spirituality; Spiritual Care; Adult; 19-44 years; Middle aged; 45-64 years; Male; Female

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

Tatey A, Ballantyne MD, MPH^{1,2}, Schickel J, Ballantyne PhD, MD^{1,2}, George Fiksel, DMin, PhD^{1,2}
 J Palliat Care Med 2015;17(1):199-197. doi:10.1177/10997265142614274

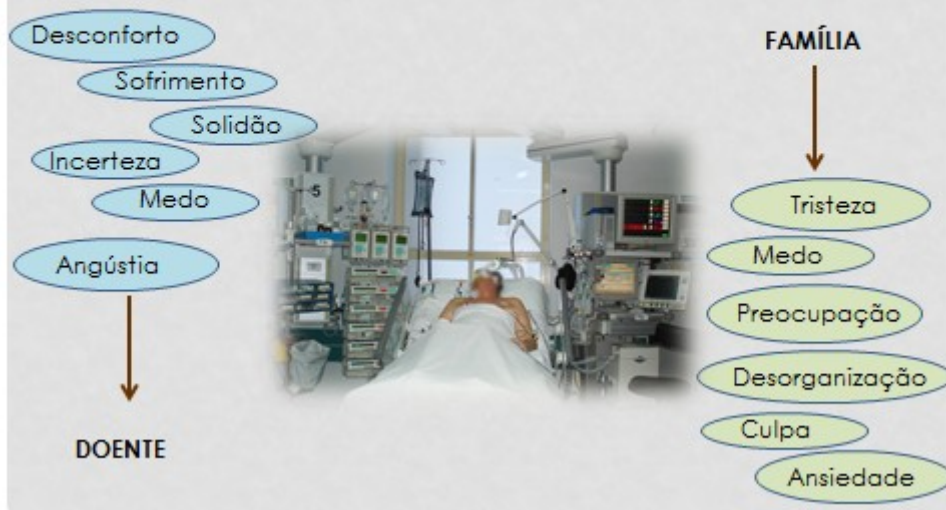
16 Total care (spirituality, positive psychology, and surgical home) to minimize demoralization syndrome in intensive care unit setting.
 J Palliat Care Med 2015;17(1):199-197. doi:10.1177/10997265142614274

Perception of nursing team of an intensive care unit about spirituality and religiosity.
 Includes abstract: Piper, Catherine, Quince, Glennis de Stavros, Japelova, Daniela, Bonatti, Graciele Soares, Leticia, Kusumita, Luciane, Camargo, Cristiane e Saule, Jéssica. J Palliat Care Med 2015;17(1):199-197. doi:10.1177/10997265142614274

4 Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit.
 Includes abstract: Pires, Carolina, Quince, Glennis de Stavros, Japelova, Daniela, Bonatti, Graciele Soares, Leticia, Kusumita, Luciane, Camargo, Cristiane e Saule, Jéssica. J Palliat Care Med 2015;17(1):199-197. doi:10.1177/10997265142614274

Spirituality in health care: The role of needs in critical care
 L. Dezotti, M. G. Crossetti

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^o 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 SCl 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 (Wal, 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 (Wal, 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 referidos 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)

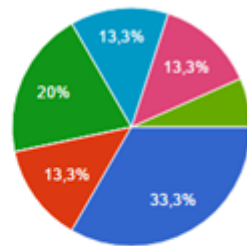
AMBIENTE

- 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

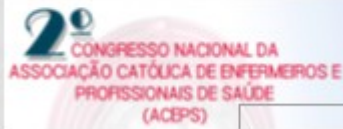


Center for Spirituality and Healthcare

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

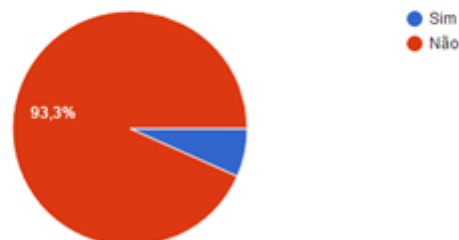


- ✓ Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem
- ✓ Congressos, simpósios, seminários
- ✓ Formação graduada

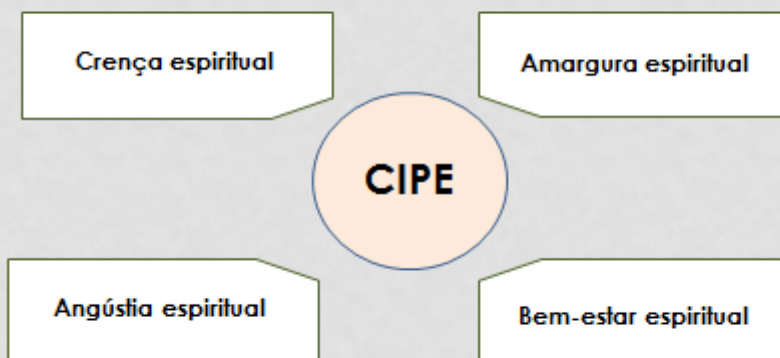
RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

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. (Colares, 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 IV – FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

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 expectativas 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

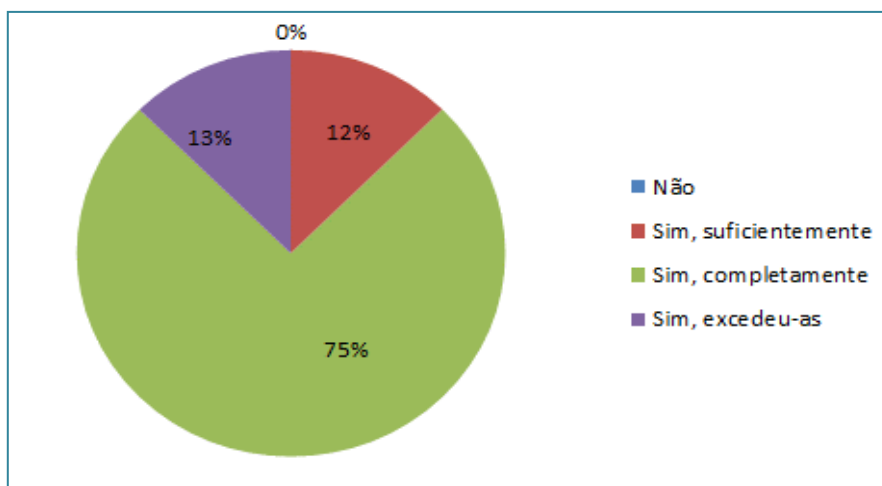
APÊNDICE V – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

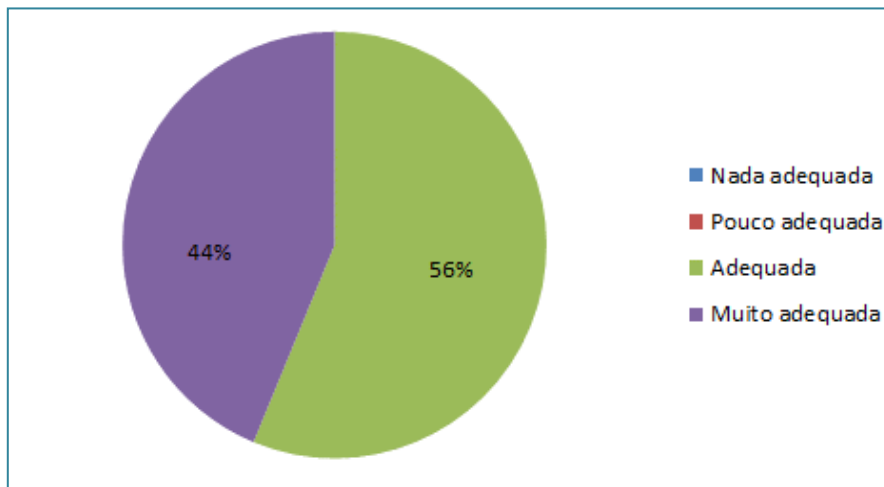
“A espiritualidade nos cuidados de enfermagem”

Número de enfermeiros presentes na sessão de formação: 16

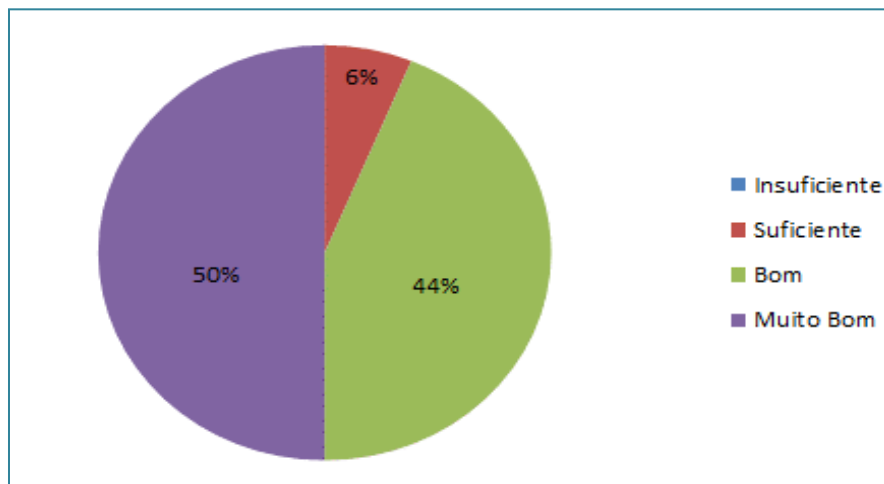
I – Considera que a sessão de formação satisfaz as suas expetativas quanto ao conteúdo?



2 - Considera que a metodologia utilizada foi adequada?



3 – Apreciação global da sessão



4 – Comentários e Sugestões:

Comentário I – “Idealmente seria de continuar ou completar a formação com conteúdo sobre a espiritualidade e como abordar o doente e ajudá-lo.”

APÊNDICE IV - Folheto sobre a Gripe para o Público, em geral

Principais sintomas

de Gripe:

- Febre
- Tosse
- Dores nos músculos
- Falta de ar

Mais informação em:

Direção-Geral da Saúde

<http://www.dgs.pt>



Trabalho realizado por: Cecília Freitas, (Estudante Mestrado Enfermagem, Esp. Enf. Médico-Cirúrgica, ICS/UCP)

VACINE-SE

Para estar protegido
é necessário
vacinar-se
todos os anos

INFORME-SE
NO SEU
CENTRO DE SAÚDE

Grupos prioritários:

- * Idade ≥ 65 anos
- * Doentes crónicos e imunodeprimidos (≥ 6 meses)
- * Grávidas
- * Profissionais de saúde



**Não dê a mão
ao vírus da
gripe!**



PREVINA-SE E AJUDE A PREVENIR...



Lave as mãos
frequentemente
com água e sabão



Sempre que tossir
ou espirrar
proteja o nariz e a boca



Deite no caixote
do lixo
os lenços de papel



Se tiver sintomas
de gripe guarde uma
distância de, pelo
menos, um metro,
quando falar com as
outras pessoas



Se tiver sintomas de gripe
fique em casa, não vá
trabalhar, nem à escola e
evite locais com muitas
pessoas



Se tiver sintomas
de gripe,
deve procurar usar
uma máscara



Se tiver sintomas de gripe,
evite cumprimentar com
abraços, beijos ou
apertos de mão



Se não tiver as mãos
lavadas,
evite mexer nos olhos,
no nariz e na boca



Se tiver sintomas
de Gripe,
ligue para a
Linha de Saúde 24:
808 24 24 24

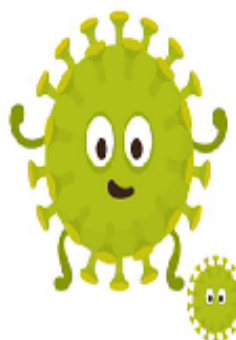
Adaptado de:
DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE e Doc. 1268/ULSM/GCLPPCIRA

APÊNDICE V – Poster sobre a Gripe para os Profissionais de Saúde

PREVINA-SE E AJUDE A PREVENIR

NÃO DÊ A MÃO

**AO VÍRUS
DA GRIPE**



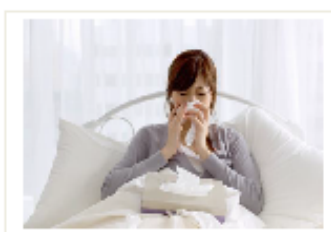
SABIA QUE:

A Gripe é uma doença que se previne com vacinação.

A Gripe é uma doença que tem uma morbidade e uma mortalidade elevada.

* A taxa de incidência de síndrome gripal foi de 30,0 por 100.000 habitantes, com tendência crescente.

* Na semana 48/2016 (28 de novembro a 4 de dezembro de 2016) foram identificados 6 vírus da gripe do subtipo A (H3).



Medidas gerais de prevenção:

- Precauções Básicas
- Reforço da Higiene das mãos
- Etiqueta Respiratória
- Vacinação

Grupos prioritários e com vacina gratuita:

- ≥ 65 anos
- Doentes crónicos e imunodeprimidos
- Grávidas
- Profissionais de Saúde

Nos casos de doentes internados com suspeita ou diagnóstico de Gripe, utilizar precaução de gotícula (durante cinco dias após o início dos sintomas):

- Uso de coorte/cortinas corridas. Manter distância mínima de um metro do doente infetado;

- Utilizar máscara resistente a fluidos e proteção ocular se permanecer a menos de um metro do doente e em procedimentos potencialmente geradores de secreções ou excreções e aerossóis;

- Uso de material individualizado nos doentes infetados;

- Transportar o doente com máscara resistente a fluidos;

- Avisar os profissionais do serviço onde o doente se desloca do tipo de isolamento;

- Educação do doente e família.

Tratamento: essencialmente sintomático.

Em alguns grupos de risco – É necessário tratamento com *Olsamitovir*.

Os profissionais com gripe devem cumprir as mesmas recomendações que os utentes doentes (cinco dias de isolamento de gotícula desde o início de sintomas).

* Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe_ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Portugal, Época 2016/2017. Data de publicação: 07/12/2016. ISSN: 2183-7393. [Documento www]. URL: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portuguese/Documents/Gripe2.pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2016. Saúde Sazonal: Saúde e Inverno. Plano de contingência para temperaturas externas adversas. [Documento www]. URL: <file:///E:/Módulo%20II%20-%20CIRA/Prevenção%20Gripe0022850.pdf>.

Trabalho realizado por: Cecília Freitas
(Estudante Mestrado Enfermagem,
Esp. Enf. Médico-Cirúrgica, ICS/UCP)



9. ANEXOS

ANEXO I – Carta Microbiológica na Comunidade e Carta Microbiológica Hospitalar





Estirpes da comunidade mais prevalentes (% de Susceptibilidade) - 2015

	<i>Escherichia coli</i> (93% urinárias)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (86% urinárias)	<i>Proteus mirabilis</i> (89% urinárias)	<i>Enterobacter cloacae</i> (69% urinárias)	<i>Morganella morganii</i> (76% urinárias)	<i>Klebsiella oxytoca</i> (81% urinárias)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (48% urinárias, 27% pele e tecidos moles, 10% respiratórias)	<i>Staphylococcus aureus</i> (34% pele e tecidos moles, 20% sangue, 15% respiratórias, 15% urinárias)	<i>Staphylo. saprophyticus</i> (97% urinárias)	<i>Enterococcus faecalis</i> (67% urinárias)
Total de Estirpes	1762	408	214	42	37	31	164	192	35	150
Beta - lactâmicos										
Ampicilina	50		64							100
Amox-Ac.clavulânico	80	67	88			94				
Oxacilina								65	63	
Cef - Acetil/Sódica	91 91	66 68	92 92			94 94				
Cefotaxima	96	73	96	83	78	100				
Ceftazidima							77			
Piperacilina -Taz							82			
Meropenem/Imip							80 88			
Aminoglicosídeos										
Gentamicina	93	78	87	95	89	100	92			72
Outros										
Nitrofurantoína	98								100	100
Cotrimoxazol	79	70	65	88	76	100		100	94	
Ciprofloxacina	86	68	70	88	76	97	64			
Clindamicina								64		
Ác. Fusídico								92		
Fosfomicina	99	67								

	< 50% de sensibilidade
	entre 50 e 80% de sensibilidade
	>80% de sensibilidade
	Resistências Naturais

Estirpes hospitalares mais prevalentes (% de Susceptibilidade) - 2015

	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Enterobacter cloacae</i>	<i>Pseud. aeruginosa</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Enterococcus faecium</i>
Total de Estirpes	297	207	82	42	141	179	122	57
Beta - lactâmicos								
Ampicilina	44		56				100	7
Amox-Ac.clavulânico	74	39	82					
Oxacilina						53		
Cefotaxima	91	47	92	74				
Ceftazidima					77			
Piperacilina -Taz	91	40	98	74	83			
Meropenem/Imip	100	94	100	100	77	83		
Aminoglicosídeos								
Gentamicina	91	50	85	98	92		67	79
Amicacina	91	58	90	98	91			
Outros								
Nitrofurantoína	100						100	
Cotrimoxazol	71	46	67	98		97		
Ciprofloxacina	78	44	73	93	68			
Linezolid						100	100	100
Vancomicina						100	100	49
Colistina					100			

	< 50% de sensibilidade
	entre 50 e 80% de sensibilidade
	>80% de sensibilidade
	Resistências Naturais

ANEXO I I – Poster da Gripe da DGS

GRUPE: INFORMACÃO IMPORTANTE

Se tiver sintomas de gripe, informe imediatamente um profissional de saúde

Sintomas de gripe: febre, tosse, dores nos músculos, falta de ar

1

Lave as mãos

- Muitas vezes, com água e sabão.
- Quando se assoar, espirrar ou tossir.



2

Tappe o nariz e a boca quando tossir ou espirrar

- Com um lenço de papel ou com o braço. Nunca com as mãos!
- Os lenços de papel devem ser deitados no lixo.



Se tiver sintomas de gripe, deve usar uma máscara. Por favor colabore.



Dúvidas sobre a gripe, ligue para a LINHA SAÚDE 24: **808 24 24 24**

ANEXO III – Flyer da etiqueta respiratória da CCIRA

**NÃO ESPALHE MICRÓBIOS QUE
PROVOCAM DOENÇAS
A SI E AOS OUTROS!**

ESTÁ A ESPIRRAR OU A TOSSIR?



**CUBRA A BOCA E O
NARIZ** com um lenço de
papel. Após utilizar deite-o
no lixo.

Se não tiver lenço: coloque o
seu antebraço (e não a mão)
à frente da boca e nariz.



Depois de tossir ou espirrar
**LAVE AS MÃOS OU
DESINFETE-AS** com uma
solução à base de álcool.

Em certas situações poderá
ser-lhe pedido para colocar
uma máscara para proteger
os que o rodeiam.



Baseado na campanha "Cover your cough" e com autorização do "Minnesota Department of Health" (EUA). Panfleto realizado no âmbito da Circular Informativa da DGS nº 36/DRUG de 15/05/06.

**NÃO ESPALHE MICRÓBIOS QUE
PROVOCAM DOENÇAS
A SI E AOS OUTROS!**

ESTÁ A ESPIRRAR OU A TOSSIR?



**CUBRA A BOCA E O
NARIZ** com um lenço de
papel. Após utilizar deite-o
no lixo.

Se não tiver lenço: coloque o
seu antebraço (e não a mão)
à frente da boca e nariz.



Depois de tossir ou espirrar
**LAVE AS MÃOS OU
DESINFETE-AS** com uma
solução à base de álcool.

Em certas situações poderá
ser-lhe pedido para colocar
uma máscara para proteger
os que o rodeiam.



Baseado na campanha "Cover your cough" e com autorização do "Minnesota Department of Health" (EUA). Panfleto realizado no âmbito da Circular Informativa da DGS nº 36/DRUG de 15/05/06.

**NÃO ESPALHE MICRÓBIOS QUE
PROVOCAM DOENÇAS
A SI E AOS OUTROS!**

ESTÁ A ESPIRRAR OU A TOSSIR?



**CUBRA A BOCA E O
NARIZ** com um lenço de
papel. Após utilizar deite-o
no lixo.

Se não tiver lenço: coloque o
seu antebraço (e não a mão)
à frente da boca e nariz.



Depois de tossir ou espirrar
**LAVE AS MÃOS OU
DESINFETE-AS** com uma
solução à base de álcool.

Em certas situações poderá
ser-lhe pedido para colocar
uma máscara para proteger
os que o rodeiam.



Baseado na campanha "Cover your cough" e com autorização do "Minnesota Department of Health" (EUA). Panfleto realizado no âmbito da Circular Informativa da DGS nº 36/DRUG de 15/05/06.

