



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CUIDADO CONFORTADOR AO DOENTE HOSPITALIZADO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Raquel Alexandra Machado Pereira Rosa

Lisboa, 3 de Março de 2014



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

O CUIDADO CONFORTADOR AO DOENTE HOSPITALIZADO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Raquel Alexandra Machado Pereira Rosa

Sob orientação de: Prof. Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Lisboa, 3 de Março de 2014

**Comfort may be a blanket or a breeze, Some ointment her to soothe my knees;
A listening ear to heat my woes, A pair of footies to warm my toes;
A PRN medication to ease my pain, Someone to reassure me once again;
A call from my doctor, or even a friend, A rabbi or priest as my life nears the end.
Comfort is whatever I perceive it to be, A necessary thing defined only by me.**

SD LAURENCE referido por Kolcaba, 1995

RESUMO

O presente Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho surge como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante os estágios que foram realizados nos serviços de Cuidados Intensivos Polivalentes, Serviço de Atendimento Permanente e Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

A elaboração deste relatório não é apenas uma descrição das atividades desenvolvidas mas acima de tudo possibilitou uma reflexão, avaliação e registo de todo um processo de formação que culminou com a aquisição de novas competências através das práticas clínicas sempre acompanhadas de formação contínua.

O Estágio referente ao Módulo I foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Proporcionou-me perceber a dinâmica dos cuidados prestados ao doente crítico nas diferentes áreas, nomeadamente no que respeita a área da ventilação invasiva e não invasiva, bem como o conforto do doente internado neste tipo de unidades. Avaliei as necessidades e realizei uma formação sobre ventilação não invasiva da qual resultou um guia orientador que permaneceu no serviço para consulta de toda a equipa.

O Estágio correspondente ao módulo II decorreu no Serviço de Atendimento Médico Permanente. Tive oportunidade de contactar com as diferentes áreas da urgência, o que me permitiu mobilizar/adquirir conhecimentos e competências nas áreas da triagem, sala de observações, sala de reanimação, sala de tratamentos e pequena cirurgia.

Procurei deixar nesta unidade o meu contributo na área do conforto pelo que realizei um estudo exploratório acerca da perceção dos doentes internados sobre o conforto em todas as dimensões.

O Estágio relativo ao módulo opcional, módulo III, teve lugar na Unidade de Cuidados Paliativos onde investi na prestação de cuidados ao doente em fim de vida e procurei investigar a perceção de uma doente paliativa e seu marido acerca do conforto à luz da teoria de Kolcaba.

Para finalizar este percurso com sucesso foi fundamental seguir o caminho da investigação com base na premissa de que prestamos cuidados baseados na evidência de uma forma sistemática e intencional no sentido de acrescentar valor ao conhecimento já adquirido.

Tal como muitos outros enfermeiros sinto, mais que nunca, a necessidade de refletir sobre as minhas práticas diárias e sobre a atenção confortadora que devo disponibilizar ao outro para que este possa atingir o maior nível de bem-estar possível.

Este foi o meu maior desafio ao longo dos últimos meses.

Descritores: Comunicação, Conforto, Perceções do doente/família.

ABSTRACT

The presente report is included on a Master study plan in Nursing, Specialization in Medical-Surgical Nursing, lectured by Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. This work appears as an illustrative document of the knowledge acquired during the training performed on the following services: Polyvalent Intensive Care, Permanent Care Unit and Palliative Care Unit in Hospital da Luz.

The preparation of this report is not only a description of activities, but above all provided a reflection, evaluation and registration of a whole training process that culminated in the acquisition of new skills through clinical practice always accompanied by further training.

Stage I was conducted at the Polyvalent Intensive Care. It enabled me with the understanding of the dynamics of care to critically ill patients in different areas, in particular when regarding the area of invasive and noninvasive ventilation, as well as the comfort of hospitalized patients in such units. After assessing the needs of the unit, i conducted a training on noninvasive ventilation which resulted in a mentor guide that remained in the unit to be visualized by the whole team when necessary.

The module corresponding to Stage II took place on a Permanent Care Unit. I was able to contact with the different areas of emergency, which allowed me to mobilize / acquire knowledge and skills in the areas of screening, observation room, the resuscitation room, treatment room and minor surgery room.

I really wanted to leave my contribuit in this unit regarding patients confort, so i conducted an exploratory study on the perceptions of patients on confort and all it's dimensions.

The Stage on the optional module, Module III, took place at the Palliative Care Unit. Here i decided to invest in the confort of end of life patients, so i developed a study case by interviewing a palliative patient and her husband regarding the confort issue according to Kolcaba's theory.

To successfully complete this course was crucial to follow a way of research provide evidence-based care in a systematic and intencional manner adding value to previously acquired knowledge.

Like many other nurses, i feel, more than ever, the need to reflect on my daily practice and on the comforting attention I should provide to the patients so that they can achieve the highest level of wellness possible.

This was my biggest challenge over the past few months.

Keywords : Communication, Confort, perceptions of patient / family

Agradecimentos

À minha mãe, que sempre acreditou em mim e nunca me deixou desistir.

Ao Álvaro e ao meu pai, por todo o amor, apoio e incentivo.

Ao Ricardo, pela infinita paciência.

Aos familiares e amigos mais próximos pelo tempo que lhes subtraí, sobretudo ao Bruno e à Mara, pelas “emergências informáticas”.

À Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, minha orientadora neste longo percurso, que me dirigiu para os caminhos certos.

À Enfermeira Chefe do SPUFO do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo, Enfermeira Luísa Barbosa, pelo apoio e pelas várias ajudas nos períodos de estágio.

Aos Enfermeiros coordenadores: Enfermeiro Arnaldo Conceição, Enfermeira Ana Santos Pereira e Enfermeira Nélia Trindade, do Hospital da Luz pela amabilidade com que me receberam nas suas unidades.

Ao Enfermeiro Paul Titus.

À Enfermeira Ana Filipa Guedes.

À Enfermeira Ana Luísa Coutinho, que é um exemplo profissional e pessoal.

À Sr^a E., que já não está entre nós, e a todos os outros doentes que permitiram que eu os entrevistasse e entrasse um pouco no seu mundo para enriquecer o meu.

A todos, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente.

CF – Conferência Familiar.

CP – Cuidados Paliativos.

CPAP – Continuous positive airway pressure.

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System – Escala de avaliação de sintomas de Edmonton.

HLUZ – Hospital da Luz.

ICSRC – Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PAV – Pneumonia associada a ventilação.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem.

SO – Sala de observação.

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos.

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

VNI – Ventilação não invasiva.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
0. INTRODUÇÃO.....	1.
1. PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS:CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO DA LIETERATURA.....	5
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	13
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HLUZ (UCIP).....	13.
2.2. ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE DO HLUZ (AMP).....	23.
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HLUZ (UCP).....	36.
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47.
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 – Esquema conceptual da teoria do conforto de Kolcaba.....	33.
FIGURA 2 – Realidade atual dos CP, baseado no modelo Twycross	38.
FIGURA 3 - Realidade desejável em CP, baseado no modelo de Twycross.....	39.

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
APÊNDICE I - Questionário Diagnóstico e de reavaliação da formação na UCIP.....	52.

APÊNDICE II – Guia de VNI.....	54.
APÊNDICE III – Sessão de Formação sobre VNI.....	63.
APÊNDICE IV – Avaliação da sessão de formação sobre VNI na UCIP.....	86.
APÊNDICE V – Guião da entrevista semi – estruturada do AMP.....	88.
APÊNDICE VI – Artigo desenvolvido no AMP sobre conforto num serviço de atendimento permanente – Perceção dos doentes.....	91.
APÊNDICE VII – Guião da entrevista semi – extruturada na UCP.....	99.
APÊNDICE VIII – Consentimentos Informados entregues à doente e ao familiar.....	103.
APÊNDICE IX – Entrevista à doente internada na UCP.....	106.
APÊNDICE X – Entrevista ao familiar da doente internada na UCP.....	111.
APÊNDICE XI – Sessão de formação sobre conforto e teoria de Kolcaba apresentado em “Journal Club” na UCP.....	115.
APÊNDICE XII – Estudo de caso sobre perceção do conforto de doente e familiar desenvolvido na UCP .	124

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica foi-me proposta a elaboração do presente trabalho, que tem como objetivo descrever de forma clara e concisa as atividades realizadas ao longo dos Módulos I, II e III, com a finalidade de atingir os objetivos propostos no projeto de estágio bem como as competências de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A sua elaboração foi realizada com enorme satisfação pois foi baseada numa procura constante de partilhar as minhas expectativas, desafios e conquistas, explorando de forma contínua aquilo que penso ser a essência da nossa profissão de Enfermagem – O cuidado confortador.

No decorrer deste percurso formativo foi indispensável uma adequada relação teórico-prática, pois acredito que apenas desta maneira serei capaz de proporcionar cuidados de saúde diferenciados e humanizados. **Caminhar com o outro, acompanhando-o.** É este o percurso que como Enfermeiros devemos seguir para cuidar de modo a proporcionar conforto ao outro.

Segundo a OE, 2007:

... “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

O regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem define Enfermeiro Especialista da seguinte forma:

“ (...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

(REPE, IN www.ordemenfermeiros.pt), no ponto 3 do artigo 4º.

É com base nas definições supra citadas que tentei percorrer o meu caminho, conhecendo realidades diferentes da minha e aprendendo a lidar com situações específicas muito diferentes daquelas a que estou habituada no meu contexto laboral. E foi assim que aprendi, que mobilizei e adquiri novos conhecimentos e que me tornei numa enfermeira diferente. É uma viagem sem volta uma vez que depois de me apropriar de determinados conhecimentos não é possível voltar atrás no caminho.

Os conceitos de conforto, comunicação, família e humanização adquiriram uma nova dimensão e aprendi a aplicá-los na prática, tendo por princípio importantes bases teóricas.

Inicialmente, elaborei uma revisão sistemática acerca de comunicação de más notícias que me permitiu desenvolver boas noções gerais acerca comunicação, mais especificamente no que respeita à comunicação de más notícias. Estes conhecimentos adquiridos foram importantes na medida em que me ajudaram muito na comunicação em todos os estágios, mas, sobretudo, na área de paliativos.

HESBEEN (2000, p.1) refere que *“Demasiadas vezes, por razões diversas, verifica-se um desfasamento considerável entre a finalidade dos cuidados que anima os profissionais e a realidade das modalidades práticas de realização desses mesmos cuidados”*. Ainda segundo o autor as equipas prestadoras de cuidados, *“não estando sobrecarregadas de trabalho, nem por isso são mais disponíveis ou calorosas nem passam mais tempo junto dos pacientes.”* (p.5).

Esta é uma temática que tem vindo a ganhar ênfase no mundo não só da Enfermagem, mas da saúde de uma forma geral. **Será que passamos tempo suficiente com os doentes? Será que os nossos cuidados são, deveras, confortadores?**

De acordo com Apóstolo, Batista, Macedo & Pereira (2006), a pessoa quando está doente sente-se fragilizada, insegura e preocupada com o seu futuro, questionando-se sobre os seus limites, valorizando as pequenas coisas em detrimento de outras. A doença é vista como um desconforto do momento experienciado, e leva o doente a repensar os seus valores e as suas capacidades face ao futuro. Tende assim a procurar bem-estar e conforto.

À luz da sua teoria, refere Katharine Kolcaba (2003) que, o conforto pode ser definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”. A mesma autora diz ainda que conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) ”.

O processo de conforto é, assim, revestido de um **carácter intencional**. Constrói-se mediante ações e intenções dos enfermeiros/prestadores de cuidados dirigidas ao doente e às suas necessidades globais.

O que me propus ao longo destes três estágios foi avaliar e compreender as perceções de doentes e familiares (uma vez que a componente familiar não pode ser descurada) acerca do conforto em todas suas dimensões.

Ao longo do 1º semestre do Mestrado, depois de ler o Regulamento Geral, de ter reunido com colegas de profissão, de ter recebido os contributos resultantes das reuniões com a minha professora orientadora e de acordo com o conhecimento prévio que já tinha de alguns serviços, questionei-me onde seria pertinente desenvolver os estágios, tendo em conta os interesses e as competências a desenvolver. Desta reflexão resultou a seguinte estrutura:

- Prática Clínica I, referente ao módulo de Cuidados Intensivos, decorreu no HLuz, na **UCIP**, no período de 22 de Abril a 22 de Junho de 2013, num total de 180 horas.
- Prática Clínica II, referente ao módulo de enfermagem de urgência, teve lugar no HLuz no **Serviço de Atendimento Permanente**, no período de 23 de Setembro a 16 de Novembro de 2013, num total de 180 horas.
- Prática Clínica III, referente ao módulo Opcional, decorreu no HLuz na **Unidade de Cuidados Paliativos** no período de 18 de Novembro a 31 de Janeiro de 2014, num total de 180 horas.

As escolhas dos campos de estágio prenderam-se com os mais variados motivos. Em primeiro lugar, optei por realizar os estágios no HLuz por este ser um hospital que, sem dúvida, se encontra na vanguarda daquilo que podem ser considerados cuidados de excelência.

A **UCIP** do HLuz é a mais moderna unidade de Cuidados Intensivos existente em Portugal, além de condições físicas raras possui características tecnológicas ímpares. Foi um estágio muito proveitoso em tive oportunidade de aprender imensamente e desenvolver competências na área do doente em situação crítica.

A escolha do **AMP** do HLuz prende-se com o fato de ser uma das mais recentes Unidades Hospitalares, que segundo o seu site ...*“assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de uma medicina de excelência e inovação”*. A minha passagem pelo AMP foi muito importante uma vez que me permitiu tomar contato com uma realidade diferente no que respeita aos cuidados em contexto de urgência/emergência. Apesar de não receber doentes politraumatizados, foi uma surpresa perceber todo o movimento e afluência que se regista no serviço. Num tempo em que se implementa uma profunda reforma do sistema de Saúde e em que o sistema público se encontra em franca crise, foi essencial para mim tomar contato com uma realidade como a do AMP.

O módulo III, opcional, realizou-se na **UCP**. A escolha foi com base na sugestão da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, minha orientadora de estágio. Foi, sem sombra de dúvida, uma excelente escolha. A UCP do HLuz foi distinguida como ESMO Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology, pela European Society of Medical Oncology (2011-2013).

As ações praticadas nesta unidade centram-se muito nos doentes e famílias e são delineadas e estruturadas de uma forma muito específica e dirigida a cada situação. Aprendi valores importantíssimos não só relacionados com a profissão de Enfermagem mas também de carácter pessoal.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes principais: a primeira, descrevo os objetivos a que me propus nos estágios referentes aos módulos I, II e III respetivamente,

através das atividades realizadas, as situações e ou problemas identificados e onde pude ter intervenção, assim como, sinalizo os contributos e sugestões para a melhoria continua dos cuidados prestados, e descrevo as competências adquiridas e mobilizadas; na segunda parte descrevo e reflito sobre os contributos que este percurso formativo me proporcionou e como pude contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e sinalizo também algumas sugestões. Na conclusão será dada ênfase à análise crítica dos principais aspetos trabalhados, considerações sobre todo o processo de aprendizagem, dificuldades e limitações.

Em anexo, foram colocados os trabalhos elaborados durante os estágios bem como todos os artigos científicos e outros elementos de estudo/ auto – aprendizagem que fui pesquisando ao longo dos últimos meses.

1. Papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias ao doente adulto e pessoa/as significativas: contributos para uma revisão sistemática da literatura

Pereira, Raquel Alexandra Machado ¹

RESUMO: A presente revisão da literatura tem como propósito sistematizar conhecimentos acerca do papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias ao paciente adulto e pessoa/as significativas. Frequentemente o enfermeiro é a pessoa mais próxima do paciente e das suas pessoas significativas motivo pelo qual acaba por ser o profissional com maior entendimento sobre o paciente e a sua dinâmica familiar. Apesar da maior parte da literatura abordar esta temática sob o ponto de vista das estratégias médicas na comunicação de más notícias, a atual revisão reúne alguns artigos que demonstram os importantes contributos que podem ser dados pelas equipas de enfermagem. No planeamento e condução desta revisão sistemática foi utilizada a metodologia PI[C]OD. Foram identificados dois artigos naquelas condições, cujos achados foram analisados e sintetizados. Os achados concorrem apenas para o conhecimento parcelar sobre o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias ao paciente e pessoa/as. Concluiu-se ser necessário o desenvolvimento de mais trabalhos de investigação acerca desta temática no sentido de valorizar o trabalho desenvolvido por este grupo profissional.

Descritores: Comunicação, Más Notícias, enfermeiro, papel

ABSTRACT: This literature review aims to systematize knowledge about the role of the nurse in communication process of breaking bad news to patients and relatives. Often the nurse is the person closest to the patient/ relatives and turns out to have the most professional understanding of the patient and their family dynamics. Although most of the literature address this issue from the point of view of medical communication strategies for breaking bad news, the current revision includes some articles that demonstrate the important contributions that can be given by nursing teams. In planning and conducting this systematic review methodology was used the PI [C] OD method. Six articles were identified in those conditions, whose findings were analyzed and synthesized. The findings concur only to spread knowledge about the role of the nurse in the communication process of breaking bad news. It is found to be necessary developing more research about this subject in order to enhance the work of this professional group.

Keywords: Breaking bad news, nurse, role

Introdução

Comunicar é algo que está presente no quotidiano diário das equipas de enfermagem e tem vindo a tornar-se num instrumento precioso para uma relação bem-sucedida entre paciente, enfermeiro e restantes membros da equipa. Estes aspetos assumem papel de destaque numa

área mais específica da comunicação em saúde: a comunicação de más notícias. “Má notícia” significa “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”

É que, de fato, a comunicação das “más notícias” em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. São situações que geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação.

Má notícia pode ser compreendida como aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao seu futuro. Esta definição implica que a resposta do paciente dependerá, entre outras coisas, da sua perspectiva de futuro, sendo esta única, individual e influenciada pelo contexto psicossocial do mesmo.

É consensual que uma má notícia é sempre aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.

Normalmente os mensageiros das “más notícias” são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também que gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Por outro lado, os profissionais encaram, em certas situações, estas notícias, como um sinónimo de fracasso, numa sociedade em que se tem verificado uma grande evolução tecnológica e científica nas ciências da saúde, associada a um aumento da esperança de vida o que incute uma ideia de imortalidade.

Comunicar uma má notícia ao paciente ou à família nunca é fácil. Não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas características e a atuação do profissional deve ser adequada a cada situação.

Em 1994, Buckman criou um protocolo de ação para a transmissão de más notícias. Este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para os pacientes que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a compartilham. O protocolo SPIKES é constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência. Os principais componentes deste protocolo incluem a demonstração de empatia, reconhecendo e validando os sentimentos do paciente, explorando a sua compreensão e aceitação das más notícias, e fornecer informações sobre possíveis intervenções.

Grande parte da literatura em torno da comunicação de más notícias apresenta foco no momento em que estas são comunicadas pelo médico. Pouca tem sido a atenção dada ao papel do enfermeiro na transmissão destas notícias, principalmente em ambiente hospitalar.

Contudo, as necessidades de informação e de apoio dos pacientes vão para além do momento de dar uma má notícia, estando os enfermeiros envolvidos no fornecimento dessa assistência, principalmente devido à relação que criam com o paciente e a sua família ao longo do tempo.

Neste contexto, elaborei a seguinte questão de investigação: *Qual o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias ao paciente adulto e pessoa/as significativas?* O principal objetivo consiste em identificar o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias ao paciente adulto e pessoa/as significativas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura construída de acordo com metodologia de PI[C]OD, da qual apenas foi possível identificar os primeiros dois itens: a população: enfermeiros e a intervenção: papel do enfermeiro na comunicação de más notícias ao paciente adulto e suas pessoas significativas. A atual revisão envolveu a avaliação de apenas uma revisora, a autora, que avaliou a pertinência de cada um dos artigos selecionados. Foram considerados critérios de inclusão neste estudo os seguintes: estudos realizados no intervalo de tempo entre 2008 e 2013, que apresentavam texto integral e gratuito; redigidos em Português ou Inglês e que tinham como participantes enfermeiros.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados online (PUBMED e EBSCO Host) com os seguintes termos de busca: **PUBMED:**

MESH Terms: Truth Disclosure e Nursing Care

Filtros ativos: Full text free and available; published in the last 5 years

Na base de dados supracitada foram encontrados um total de 8 artigos dos quais foram excluídos 5 artigos pelo título. Os restantes 3 foram analisados sendo que nenhum respeitava os critérios de inclusão desta revisão. (resultados).

EBSCO Host:

Breaking bad news AND Nursing AND role

Na EBSCO Host com as palavras-chave acima referidas foram encontrados um total de 42 artigos dos quais foram excluídos 30 pelo título. Posteriormente foram excluídos 12 após a leitura do resumo. Apenas 2 respeitavam os critérios de inclusão desta revisão. (resultados)

Neste contexto os 3 estudos selecionados foram analisados

Tabela I – Identificação dos artigos científicos selecionados

Identificação	Título	Autores	Data e Fonte de Publicação	Idiomas
Artigo A	Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse.	Warnock C.; Tod A.; Foster J; Soreny	Journal of advanced nursing (J ADV	Inglês

Artigo B		C.	NURS), 2010 Jul; 66 (7): 1543-55. (28 ref)	
	How to break bad news: Physicians' and nurses attitudes	Arbabi M; Roozdar A; Taher M; Shirzad S; Arjmand M; Mohammadi MR; Nejatisafa AA; Tahmasebi M; Roozdar A,	Iranian Journal Of Psychiatry [Iran J Psychiatry], ISSN: 2008-2215, 2010 Fall; Vol. 5 (4), pp. 128-33; PMID: 22952506	Artigo Iraniano, lido em Inglês

Grelha de análise II – Apresentação dos objetivos, amostra e intervenções

Identificação	Objetivos	Amostra	Intervenções
Artigo A	Explorar o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias em contexto hospitalar e providenciar formação e apoio aos enfermeiros nesta área.	236 Enfermeiros em 59 contextos hospitalares.	Foi entregue aos enfermeiros um questionário por meio da escala de Lickert detentor de 5 parcelas: Papel do enfermeiro na comunicação de más notícias, barreiros a este tipo de comunicação, experiencia dos enfermeiros no que respeita ao seu envolvimento na comunicação de mas notícias, formação prévia na área e informação acerca do seu papel e do tempo de serviço.
Artigo B	Identificar as atitudes dos profissionais de saúde relativamente à comunicação de más notícias.	100 Profissionais de saúde: 50 médicos e 50 enfermeiros do Cancer Isntitute of Imam Khomeini Hospital	Foi entregue aos profissionais de saúde um questionário baseado nas atitudes dos profissionais aquando do processo de comunicação de más notícias.

Grelha de análise III – Apresentação dos resultados

Identificação	Resultados	Conclusões
Artigo A	<p><u>No que respeita ao envolvimento do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias:</u></p> <p>55.5% Afirmam dar suporte ao paciente e família após a má noticia ter sido revelada.</p> <p>55.9% Referem proporcionar ao doente oportunidades para falar acerca da má noticia recebida.</p>	Do artigo A conclui-se que os enfermeiros encaram a comunicação de más notícias como um processo que envolve uma vasta gama de atividades. O seu principal papel prende-se com a relação estabelecida com os doentes e seus significativos bem como gerir a imprevisibilidade do contexto hospitalar.

Artigo A (Cont.)

47.7% Afirmam ajudar os doentes e significativos a compreender as implicações da má notícia a longo prazo.

39.1% Referem estar presentes no momento em que o médico informa o doente da má notícia.

36.5% Esclarecem termos da má notícia com o doente e família.

35.5% Preparam o doente e significativos para receber a notícia.

22.5% Efetivamente dão a má notícia ao doente e significativos.

77.5% Dos enfermeiros revela que estar envolvido no processo fortificou a sua relação com doente e significativos

No que respeita às barreiras sentidas:

43% dos enfermeiros consideram não ter tempo suficiente para participar adequadamente neste processo.

No que respeita ao apoio e formação recebida pelos enfermeiros na área de comunicação de más notícias:

53% Referem não ter qualquer formação na área.

12% Afirmam ter entre 1 a 2 horas de formação.

12% Afirmam ter assistido a cerca de meio-dia de formação.

11% Um dia completo de formação.

5% Entre dois a cinco dias de formação.

1% Entre 6 a 10 dias de formação.

5% Mais de 10 dias de formação

1% Não avaliado

Artigo B

74% Dos enfermeiros, principalmente os mais experientes tendem a revelar o diagnóstico aos doentes.

42% Dos enfermeiros classificaram as suas capacidades para revelar más notícias em *medianas*. 36% Classificaram as mesmas capacidades em *fracas* ou *muito fracas*.

44% dos médicos preferem revelar a notícia na presença apenas do doente.

60% dos enfermeiros preferem dar a notícia ao doente na presença da pessoa

O seu envolvimento ocorre em todos os passos do contexto hospitalar desde o diagnóstico e do tratamento à reabilitação ou morte. Cerca de metade dos enfermeiros inquiridos afirmam participar mais ativamente no processo após a notícia já ter sido revelada pelo médico. Só uma pequena parcela (22.5%) é que efetivamente revelam a má notícia em si ao doente.

A dificuldade/ barreira mais referida pelos enfermeiros é a falta de tempo para participar adequadamente.

Por outro lado, conclui-se também que os enfermeiros não recebem apoio ou formação adequada que lhe confira capacidades e confiança no processo de comunicação de más notícias.

Conclui-se, do artigo B, que o papel do enfermeiro neste processo se prende com a relação estabelecida entre doente – significativos – enfermeiro. A maioria dos enfermeiros prefere revelar a notícia na presença de uma pessoa importante para o doente. Por outro lado, à semelhança do artigo A, este estudo revela que a maioria dos enfermeiros não possui formação nem treino adequado a estas situações o que provoca falta de confiança no seu desempenho. A grande

	mais significativa para ele.	maioria classifica as suas competências nesta área em medianas, fracas ou muito fracas.
	94% Dos enfermeiros declararam não ter adquirido formação nem treino acerca deste tema quer durante o percurso académico quer no percurso profissional.	

Discussão

Os estudos analisados revelam que o enfermeiro se encontra envolvido no processo de comunicação de más notícias de diferentes maneiras. Seja na preparação do doente para receber a notícia pelo médico, seja no apoio ao doente e significativos após a revelação da notícia ou no esclarecimento de alguns termos complexos utilizados pelo médico. Menos frequentemente poderá ser o próprio enfermeiro a dar a notícia. É geralmente o médico que assume o papel de dador de más notícias, porque é ele que tem a responsabilidade pelas decisões do tratamento médico. No entanto, uma má notícia também pode ser entendida como um processo, que inclui as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a má notícia é comunicada.

Assim, como parte do processo é importante preparar os pacientes e/ou pessoas significativas recetores da má notícia, esclarecer e explicar as informações que foram dadas e ajudá-los a perceber as implicações da situação. Por tudo isto, a comunicação de más notícias pode ser vista como uma atividade multidisciplinar que requer a participação ativa de um vasto número de profissionais de saúde que devem trabalhar como uma equipa.

As atividades de apoio que os enfermeiros desempenham em torno das más notícias incluem a avaliação das necessidades de informação, identificando e esclarecendo mal entendidos, a obtenção de informações e explicação de informação médica complexa, ajudando os pacientes e seus familiares a lidar com as suas reações emocionais.

O papel do enfermeiro em comunicação de más notícias foi explorado no estudo expresso no **Artigo A** que revela evidência de que, para os enfermeiros, é mais correto olhar a comunicação de más notícias como um processo que se estende para além do momento em que a má notícia é revelada. Este fator molda o papel do enfermeiro e confere-lhe características únicas, tais como: a diversidade de papéis e a influência da relação enfermeiro – doente.

Por outro lado, a diversidade de papéis assumidos pelo enfermeiro acompanha as várias fases do doente em contexto hospitalar desde o diagnóstico até à reabilitação ou morte, o que ilustra a complexidade do seu papel. O processo pode estender-se por um longo período de tempo e envolver múltiplas interações entre o enfermeiro, o doente e os seus significativos.

O mesmo artigo identifica a relação do enfermeiro com o doente e significativos como uma dimensão única do papel do enfermeiro nesta área. Muitos enfermeiros inquiridos consideraram que estar envolvido neste processo intensificou a sua relação com o doente e significativos. No entanto as respostas dos enfermeiros também sugerem que a sua envolvimento no processo pode criar dificuldades. Entre estas dificuldades destacam-se: ser

confrontado com questões inesperadas, não ter tempo para se preparar, ter que continuar a trabalhar em contato próximo com o paciente após dar a notícia bem como restrições temporais devido à competitiva carga de trabalho associada aos turnos de enfermagem.

O desempenho do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias não está ainda muito desenvolvido nem foi alvo de grande investigação. Consequentemente, pouco se conhece acerca do apoio, formação e treino que os enfermeiros necessitam para levar a cabo esta atividade.⁵ Relativamente à questão da falta de formação e apoio aos enfermeiros o **Artigo B** sublinha os mesmos pontos que o Artigo A.

Este estudo revelou que a maioria dos enfermeiros (à semelhança dos médicos) nunca havia beneficiado de formações ou apoio na área comunicação e decisão de comunicação de más notícias. 42% dos enfermeiros afirmaram ainda que classificavam a sua capacidade de comunicação de más notícias em mediana e 36% consideram a sua capacidade em fraca ou muito fraca.

A maioria dos enfermeiros inquiridos consideram que o principal fator que dita se a notícia é ou não dada tem a ver com a vontade do doente e da família. O mesmo estudo concluiu que, atualmente, os médicos e enfermeiros se encontram mais dispostos a partilhar informação com os pacientes. No entanto, a falta de competências de comunicação adequadas bem como a reação do paciente e família à má notícia constituem uma preocupação para ambos os grupos profissionais.

Neste contexto, o atendimento de qualidade em fim de vida começa com a comunicação com o paciente, logo que lhe é diagnosticada uma doença terminal. Trata-se de discutir as opções existentes com os pacientes e suas famílias antes que um acontecimento crítico surja, de modo a que o paciente possa ter a oportunidade de decidir por si. No entanto, muitas vezes existe uma lacuna no sentido de proporcionar aos pacientes e suas famílias as informações mais adequadas sobre o seu prognóstico para que eles possam ter expectativas realistas e fazer escolhas informadas sobre os tipos de tratamento e cuidados existentes e quais eles estão dispostos a aceitar.

O papel do enfermeiro é fundamental para melhorar esta situação, fazendo com que, de acordo com a vontade do paciente/família, a equipa de saúde se mova em direção ao consenso para a terapêutica e os cuidados mais adequados naquela situação. É importante perceber que o cuidado em fim de vida é um processo evolutivo em que as diferenças de opiniões entre a equipa de saúde e os pacientes/famílias podem surgir. Assim, ter estratégias de comunicação eficazes e verificar a garantia dos princípios morais e éticos pode ajudar a prevenir conflitos e a facilitar a tomada de decisão mútua.

Considerações Finais

Conclui-se com esta revisão sistemática da literatura que o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias muitas vezes não é visualizado, reconhecido ou valorizado.

Apesar disso, os enfermeiros desempenham, um papel essencial neste e noutros processos de comunicação. O enfermeiro é capaz de possuir um entendimento de qual a melhor altura para dar a notícia ao paciente, identificar necessidades de informação, clarificar alguns termos técnicos utilizados pelo médico que o paciente não tenha compreendido inteiramente, prestar apoio colaborando com o paciente na gestão das suas reações emocionais à notícia.

Porém, os enfermeiros sentem dificuldades crescentes na sua envolvência neste processo, nomeadamente a falta de apoio, formação e treino nesta área. Os estudos abordados nesta revisão revelam que os enfermeiros se encontram disponíveis para esclarecimento dos pacientes e famílias, mas todos são concordantes na falta de competências adequadas e treinamento para o fazer.

A investigação desempenha uma função muito importante na área do conhecimento científico, porém o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias não tem sido alvo de muitos estudos. A grande maioria da literatura nesta temática encontra-se focada especialmente nas funções e no papel do médico aquando da comunicação da notícia. Considero necessário o desenvolvimento de novas pesquisas com enfoque na importância do papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias a fim de valorizar o trabalho importante que tem vindo a ser desenvolvido por este grupo profissional.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com o novo modelo profissional, surgem outras áreas, mais direcionadas, mais específicas, o que implica uma atualização do conhecimento e uma promoção da aquisição de competências, num domínio específico, que passa por uma profunda compreensão da pessoa e dos processos saúde/doença, para que a resposta do enfermeiro seja direcionada às necessidades específicas de cada indivíduo.

Este processo, esta aquisição e aprofundar de conhecimentos passam então por desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, de forma a adquirir e otimizar a resposta ao doente/pessoa/as significativa/as, de uma forma abrangente, mas, em simultâneo, dirigida a um determinado contexto específico.

Os momentos de aprendizagem que os estágios me proporcionaram, contribuíram de forma decisiva para que fosse capaz de co-relacionar as unidades curriculares lecionadas durante o período de aulas teóricas e a sua aplicabilidade prática. Tentei apropriar-me do universo de conhecimentos adquiridos em contexto laboral, refletindo sobre os mesmos, complementando-os e abrindo portas para novos momentos de exploração do saber, tendo como finalidade máxima uma melhor assistência ao doente e família, a qual se preconiza global e integrada.

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz (UCIP)

“Nurses are the people best equipped to confront this isolation (of the patient) and bring comfort to the suffering”.

Katharine Kolcaba

O hospital da Luz é uma das mais recentes unidades Hospitalares que têm como Missão segundo o site...“*Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais*”. Esta Instituição apostou na inovação tecnológica ao adquirir equipamentos médicos de última geração e ao desenvolver e utilizar sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

Optei por este campo de estágio em particular por ser uma unidade polivalente em que a ocupação, em termos de patologias, é multifacetada, sendo constituída por doentes do foro médico e do foro cirúrgico. Trata-se de uma unidade muito moderna com equipamentos tecnológicos recentes e alguns deles, desconhecidos para mim até então.

O estágio teve a duração de 180 horas presenciais sob supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica Paul Titus e 25 tutoriais com a Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Os objetivos traçados foram:

Objetivo Geral: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais no cuidado à pessoa/família em situação crítica na UCIP.

Objetivos específicos:

1. Prestar cuidados de enfermagem que impliquem conhecimentos especializados ao doente/família em situação crítica na UCIP.
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da ventilação não invasiva como forma de prevenção da infeção respiratória.

Desde o início do curso de mestrado que este foi o estágio que me causou mais insegurança. Durante a licenciatura nunca tive oportunidade de estagiar numa unidade de cuidados intensivos e, por este motivo, toda a dinâmica destas unidades me causava algum receio e renitência.

Iniciei o estágio dia 22 de Abril e dirigi-me ao Enfermeiro Arnaldo (Enfermeiro Chefe da unidade) que me recebeu da melhor forma e rapidamente me apresentou aquele que seria posteriormente um dos meus orientadores de estágio: O Enfermeiro Paul Titus.

O Enfermeiro Titus fez-me o acolhimento no primeiro dia e deu-me a conhecer toda a unidade. Fiquei desta forma a conhecer as características da estrutura física, da orgânica e do funcionamento da unidade. A UCIP possui 8 camas monitorizadas centralmente, todas em quarto individual e oferece condições únicas de segurança e privacidade aos doentes, bem como a possibilidade de disporem de acompanhamento familiar durante períodos prolongados (das 10 às 22 horas). Um dos quartos permite manter os doentes em isolamento e dois dos 8 quartos individuais estão equipados para realização de hemodiálise.

Posteriormente fui sendo apresentada aos restantes membros da equipa que me acolheram bem e mostraram bastante disponibilidade para me ajudar em tudo aquilo que fosse necessário ao meu crescimento enquanto aluna da especialidade. A equipa de Enfermagem é constituída por elementos jovens, alegres e bastante dinâmicos. Todos eles se demonstraram muito recetivos à minha chegada, tentando sempre apoiar-me quando revelei ter alguma dúvida / dificuldade na realização dos cuidados. Foram todos extremamente acolhedores, abertos e tolerantes à minha presença e por isso devo um muito obrigado a todos os elementos da unidade.

Este primeiro contacto com a unidade e com os doentes foi de grande impacto. Trata-se de uma realidade muito diferente daquela a que estou habituada no meu contexto de trabalho. Trabalho num serviço de Oncologia e de Pneumologia em que a maioria dos doentes, embora necessite de vigilância, não carece de cuidados tão específicos como os doentes internados nesta unidade.

Por outro lado os próprios recursos, principalmente os recursos materiais que a unidade tem à disponibilidade da equipa de enfermagem são também muito diferentes do meu contexto. Numa altura em que nos deparamos nos Hospitais públicos com um elevado número de cortes a nível de recursos materiais e até humanos é importante para mim observar e prestar cuidados num contexto em que em a realidade dos cortes e da escassez de recursos não é tão evidente.

A integração na equipa multidisciplinar fez-se progressivamente. No início com alguma ansiedade pois tudo era novo, os espaços físicos, a equipa multidisciplinar, as dinâmicas, o sistema informático implementado, tendo, a forma como me receberam na equipa e partilharam saberes e experiências, sido fator decisivo para a concretização deste percurso.

A adaptação ao sistema informático foi complexa uma vez que o sistema instituído neste unidade muito distinto do sistema em que trabalho no CHBM.

O sistema informático adotado pelo HLuz é o Soarian Clinicals. Trata-se de um programa de fácil de acesso e eficaz na obtenção de qualquer informação possibilitando uma partilha da mesma em tempo útil, sendo isso indispensável para a continuidade de cuidados. Este sistema está disponível em Portugal sendo certificado por uma entidade norte-americana independente. O Soarian Clinicals é um: ... “Sistema de informação para gerir fluxos de trabalho na área da saúde que permite aos médicos ou outros prestadores de cuidados registar e acompanhar os seus processos” e trás também vantagens na gestão do risco e da farmácia ... ” dispensar medicamentos com exactidão e eficiência e permite à equipa de enfermagem verificar diversos dados quando administra medicamentos, tais como se é o paciente correcto, se está a receber o fármaco na altura e com a frequência adequadas e quais são as vias de administração e dosagens.”

O sistema implementado permite, assim, que os processos dos doentes estejam permanentemente actualizados, pois a informação vai sendo introduzida com uma rapidez ímpar, sendo por esse facto geradora de ganhos em saúde pela sua eficiência.

O Enfermeiro Titus desde o primeiro dia se mostrou bastante disponível para me ajudar. Começou por me familiarizar com as escalas a serem avaliadas diariamente nomeadamente a escala de Dor, de Glasgow ou de Braden bem como as escalas de carga de trabalho de Enfermagem, neste caso a TISS 28 que já havíamos abordado nas aulas teóricas com o professor Baquero.

A escala de carga de trabalho de Enfermagem TISS 28 é um instrumento muito importante para o bom funcionamento das unidades de cuidados intensivos. De acordo com ELIAS et al (2006), *“à medida que a terapia intensiva se desenvolve, a diversidade dos pacientes de UCI, a organização, a estrutura e a gerência dessas unidades também têm aumentado e, conseqüentemente, o desenvolvimento e utilização de sistemas de graduação têm contribuído para a análise do desempenho das unidades de terapia intensiva, para estimar probabilidade*

de morte no ambiente hospitalar, prever a evolução e resultados dos pacientes à terapêutica instituída, calcular custos e melhorar a alocação de recursos materiais e humanos”.

Os autores supracitados referem ainda que “ o TISS 28 é composto de 7 grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada uma destas categorias é constituída de itens específicos, com pontuações que variam de um a oito. (...) os pacientes são classificados em quatro grupos conforme a necessidade de vigilância e de cuidados intensivos.”

O orientador deu-me também a conhecer outro aspeto do sistema informático que eu desconhecia: O Innovian. O sistema é diferente daquele que utilizo no Hospital do Barreiro pelo que o próprio registo das atividades que realizei ao início foi também uma adaptação. O bloco operatório e a unidade de cuidados intensivos em que me encontro possuem este tipo de registo, que permite fazer o controlo específico das entradas e saídas de fluidos de hora a hora.

Tive facilidade na abordagem aos doentes mas algumas das técnicas mais básicas da unidade para mim eram completamente desconhecidas. Técnicas como a avaliação da PIA (pressão intra abdominal), montagem do sistema e manipulação de linha arterial, manipulação de ventiladores e cuidados ao doente entubado eram para mim situações que necessitavam de muita exploração.

Tive oportunidade de assistir num dos turnos à realização de uma traqueostomia. Foi uma experiência interessante e nova. Embora no meu serviço na área da Pneumologia preste cuidados a muitos doentes traqueostomizados nunca tinha tido oportunidade de assistir efetivamente à realização do estoma e colocação da cânula. Fiquei impressionada com a rapidez com que a técnica é feita e ajudou-me a ter outra perceção acerca deste procedimento.

O Enfermeiro Titus ao ter conhecimento do meu interesse na área de infeção colocou-me a par das *bundles* já instituídas na unidade relativas à prevenção de infeção do cateter venoso central e também no que respeita aos cuidados de enfermagem no sentido de prevenção de infeção respiratória e pneumonia no doente ventilado. Este foi o primeiro contato que tive com o termo “bundle” que, até este estágio, me era completamente desconhecido. BRACHINE ET AL (2012), referem que *“atualmente existe uma infinidade de estratégias desenvolvidas para diminuir o risco de infeções associadas às intervenções dos profissionais de saúde. Tais estratégias estão descritas como diretrizes e vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, denominado, na língua inglesa, de bundle. Esses cuidados são essenciais para a segurança do paciente e quando aplicados juntos geram resultados significativamente melhores. O bundle pode incluir vigilância constante, educação da equipe de saúde, treinamento do time de inserção e cuidados com o cateter e estratégias de prevenção de infeção de corrente sanguínea. É importante salientar que para garantir melhores resultados, é*

necessário que haja alta adesão ao bundle e que as diretrizes propostas sejam aplicadas conjuntamente e de maneira uniforme para todos os pacientes, se tornando poderosa ferramenta para cultura de segurança.”

Percebi claramente durante o ensino clínico na unidade que o respeito pelas recomendações das várias bundles instituídas poderá significar um decréscimo muito significativo em termos de infecção hospitalar.

De acordo com SILVA ET AL (2012), as bundles de prevenção da PAV (Pneumonia associada à ventilação), construídas por enfermeiros e fisioterapeutas, incluem as seguintes recomendações: higiene oral com clorexidina 0,12%, elevação da cabeceira entre os 30 e os 45°; pressão de insuflação do cuff entre os 20 – 30 cmH₂O e utilização de técnica asséptica na aspiração de secreções via endotraqueal.

Outra bundle de grande importância instituída nesta unidade é relativa à prevenção das infecções da corrente sanguínea associada à presença de cateter venoso central. BRACHINE ET AL (2012) refere que os *“cateteres intravenosos centrais são dispositivos indispensáveis na assistência à saúde nos dias de hoje”*. No entanto, *“Apesar das vantagens de seu uso, há riscos associados, dentre eles a colonização e a infecção de corrente sanguínea”*.

Os mesmos autores acrescentam que *“a maioria das ICSRC é ocasionada por microrganismos da microbiota cutânea, pela contaminação do local de inserção do cateter, por infusão de soluções intravenosas contaminadas, pelas conexões do dispositivo, por via hematogênica e pelas mãos da equipe”*. Acrescentam também, no mesmo artigo que *“As intervenções baseadas em evidência que estão sendo utilizadas nos bundles podem ser aplicadas para qualquer tipo de população ou dispositivo central e, por serem implementadas em conjunto, geram resultado significativo na redução das taxas de infecção de corrente sanguínea. Dentre as diretrizes descritas estão: a higienização das mãos antes da manipulação do cateter; gluconato de clorexidina como antisséptico para preparo pele; barreira máxima de precaução durante a inserção do cateter central; curativo transparente estéril para cobertura do dispositivo, com sua troca sempre que sujo, húmido ou solto; uso de cateteres impregnados com antibióticos ou antissépticos; revisão diária da necessidade de uso do dispositivo com sua remoção imediata quando não mais essencial; educação da equipe; lista para verificação do procedimento para auditoria dos procedimentos, entre outros...”*

Para além de me apropriar de novos conhecimentos como o conceito de bundle tive também oportunidade de sedimentar conhecimentos antigos a aplicá-los diariamente na prática. Por exemplo, uma das técnicas que tive oportunidade de desenvolver e praticar bastante foi a aspiração de secreções em doentes ventilados. Embora tenha muita prática na técnica em questão (uma vez que trabalho num serviço em que uma das valências é Pneumologia), nunca tinha tido oportunidade de executar a técnica num doente ventilado. Existem algumas especificidades interessantes da técnica que exigem conhecimento específico do enfermeiro e que contribuem para uma correta execução e, obviamente, para o conforto do doente ventilado. A frequência com que esta técnica é realizada na UCIP levou-me a pesquisar evidência

científica e linhas orientadoras acerca da temática. Existem, de facto, muitos artigos e documentos que relatam com exatidão este procedimento. De acordo com a AARC Clinical Practice Guidelines (2010), recomenda-se o uso de cateteres de aspiração mais pequenos sempre que possível uma vez que o nível de pressão negativa transmitida à via aérea é determinado pela combinação entre o calibre da sonda de aspiração e a pressão de sucção. De acordo com o mesmo documento cada aspiração (com movimentos rotativos circulares) não deverá exceder os 15 segundos e deverá ser feita uma pré - oxigenação no ventilador antes e depois do procedimento. O mesmo nunca deverá ser realizado por rotina mas sim quando o doente apresenta sinais evidentes de secreções na via aérea com necessidade de aspiração.

A questão da ventilação mecânica foi, inicialmente, um dos meus maiores medos no que respeita a cuidados de enfermagem. Trata-se de cuidados muito específicos que exigem grande conhecimento técnico. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes ventilados e procedi também a alguma investigação nesta área que me permitiu aprofundar conhecimentos e pô-los em prática na UCIP. Citando RODRIGUES ET AL, (2012) *“O enfermeiro, ao monitorar o ventilador, deve observar: o tipo de ventilador; as modalidades de controlo; os parâmetros de volume corrente e frequência respiratória; os parâmetros de fração de inspiração de oxigênio (FiO2); a pressão inspiratória alcançada e limite de pressão; a relação inspiração/expiração; o volume minuto; os parâmetros de suspiro, quando aplicáveis; a verificação da existência de água no circuito e nas dobras ou a desconexão das traqueias; a umidificação e a temperatura; os alarmes, que devem estar ligados e funcionando adequadamente; e os níveis da pressão positiva no final da expiração (PEEP) e/ou suporte de pressão, quando aplicável.”*

Outro tipo de ventilação que tive oportunidade de investigar bastante durante o presente ensino clínico foi a ventilação não- invasiva. O fato de trabalhar num serviço com camas de Pneumologia em que muitos doentes se encontram a realizar binível ou CPAP, faz com que tenha já alguma experiência nesta área. Decidi então realizar uma formação acerca da temática abordando alíneas que considero de extrema importância, entre elas: parâmetros ventilatórios, tipos de interfaces, fatores de sucesso e insucesso, vantagens, complicações e algumas dicas que facilitam a adaptação do doente. A formação foi precedida de um questionário para fazer o diagnóstico dos conhecimentos dos enfermeiros da UCIP (**Apêndice I**). O mesmo questionário foi aplicado no final da formação no sentido de avaliar de que forma o seu conteúdo foi ou não benéfico para os colegas em termos de novos conhecimentos.

Seguindo uma sugestão do Enfermeiro Titus decidi elaborar também um guia de ventilação não invasiva que para além dos conteúdos abordados na formação, possui uma lista de cuidados de enfermagem importantes e que podem fazer toda a diferença na adaptação do doente (**Apêndice II**). Este guia será facultado a todos os enfermeiros da UCIP, incluindo o enfermeiro Arnaldo, via e – mail. Desta forma todos os profissionais terão acesso online e sempre que surja alguma dúvida podem consultar o guia. No fundo, acabou por ser uma forma de eu deixar algum contributo daquilo que é a minha prática nesta unidade de onde absorvi tanto conhecimento.

A ventilação não invasiva em alguns casos é, sem dúvida, uma alternativa extremamente viável à ventilação mecânica e permite ventilar o doente de uma forma menos invasiva e, conseqüentemente, menos susceptível de desenvolver infeção. Por vezes, nas unidades de doentes mais críticos a aderência e receptividade à ventilação não invasiva é baixa e progride-se de imediato para a ventilação mecânica invasiva. O meu objetivo com a formação foi despertar um pouco os colegas da unidade para esta realidade e chamar a atenção para os benefícios que a sua utilização poderá ter na prevenção e no controlo de infeção bem como desenvolver estratégias que permitam que o doente cumpra este tratamento e se sinta o mais confortável possível.

Penso que este objetivo foi bem-sucedido uma vez que consegui elaborar uma sessão de formação sucinta, com objetivos bem delineados e com intervenções e dicas práticas que ajudam os enfermeiros a tornar a ventilação invasiva mais adaptada e principalmente mais confortável para o doente submetido a este tipo de tratamento (**Apêndice III**). Todos, sem exceção, me deram um feed back muito positivo desta formação o que me deixou extremamente satisfeita. Para além disso, ao analisar os questionários diagnósticos aplicados aos 20 enfermeiros que assistiram à formação constatei que 18 dos questionários apresentavam diferenças significativas quando comparando o questionário pré e pós formação. Constato portanto que 90% da população – alvo da minha formação adquiriu novos conhecimentos ou sedimentou conhecimentos antigos nesta área.

Analisei também as “avaliações da formação” (**Apêndice IV**), aplicadas no final da sessão no sentido de os enfermeiros da UCIP avaliarem a qualidade e a pertinência da sessão. Desta análise conclui que 100% da população (20 enfermeiros) considerou a formação pertinente e adequada às necessidades da unidade sendo que 19 enfermeiros (95%) consideraram a sessão muito pertinente. Quanto aos conteúdos da formação a totalidade da população (100%) consideraram que os conteúdos eram adequados e explícitos. Por fim, quanto ao formador a totalidade da população considera que dominou os conteúdos e foi explícito sendo que 19 enfermeiros (95%) consideraram que o formador foi muito explícito e dominou muito bem os conteúdos.

Pelos motivos acima descritos considero que este objetivo foi plenamente atingido e julgo ter conseguido deixar um pouco do meu contributo na unidade transmitindo conhecimentos específicos da minha área de intervenção sobretudo no que respeita à dimensão do conforto neste tipo de unidades tão específicas.

Ainda na área respiratória pude investigar um outro tema que, para mim, não era completamente novo: o cough assist. O enfermeiro Arnaldo planeava alugar este tipo de equipamento para a unidade e acabei por me interessar pelo assunto uma vez que já tinha tido contacto com este tipo de aparelho no meu serviço. Para além das técnicas básicas de insuflação pulmonar e limpeza das vias aéreas já conhecidas como por exemplo a insuflação com ressuscitador manual e máscara; aparelhos de suporte pressóricos não invasivos ou ventilador mecânico convencional, existe esta possibilidade de assistência ao doente que se chama cough assist ou In/Exsufador respiratório. Segundo PASCHOAL ET AL (2007) “Todas

essas técnicas para aumentar o volume inspiratório devem ser utilizadas com auxílio manual da tosse, situação na qual o fisioterapeuta ou o cuidador empurra o diafragma para cima com uma das mãos e comprime a face anterior do tórax com a outra, em sincronia com o esforço de tosse do próprio paciente, se esse esforço existir. Nas situações em que a força para tossir praticamente não existe, está formalmente indicado um aparelho capaz de fazer insuflação com pressão positiva e aspiração, com pressão negativa, imediatamente após a expansão pulmonar. Este aparelho é conhecido como IN-Exsufflator ou Cough-assist”.

Este tipo de equipamento tem grandes benefícios terapêuticos sobretudo no que respeita ao tratamento de doentes neuromusculares que não tem capacidade funcional para expelir a tosse. Nestes casos específicos os benefícios do cough assist são inúmeros e acaba por ser um fator preponderante no conforto do doente.

A dimensão do conforto, como já referi anteriormente, é outra das linhas orientadoras que me conduziu ao longo dos três ensinamentos clínicos. Nesta unidade em específico tive a preocupação de estar atenta ao conforto dos doentes e de tentar perceber efetivamente o que é que para o doente significava “*estar confortável*”. Muitas vezes neste tipo de unidades em que o estado do doente é crítico, as preocupações com o conforto e bem-estar acabam por ficar perdidas num segundo plano. Felizmente não foi este o caso na UCIP em que estagiei. Ainda assim, por me encontrar a realizar um estágio que remete para a especialidade, tentei ir um pouco mais além e investiguei nesta área começando, como não poderia deixar de ser, pela teórica Katharine Kolcaba e a sua teoria do conforto. Esta teoria aborda os conceitos de Enfermagem, doente, ambiente e saúde. Para a mesma autora existem 3 tipos de conforto sendo eles o alívio, a tranquilidade e a transcendência. Nem sempre é fácil estar desperto para estas importantes dimensões do nosso cuidar de enfermagem. Mas esta é, sem dúvida, uma dimensão “muito nossa”. O conforto do doente e também da família numa UCI pode ser um desafio para a equipa de enfermagem. Citando FREITAS ET AL, (2012) “*O conforto tem sido considerado uma experiência positiva, multidimensional, subjetiva, dinâmica, que se modifica no tempo e no espaço, e é resultante das interações que o indivíduo estabelece consigo, com aqueles que o circundam e com as situações que enfrenta no processo de doença e cuidado em saúde. Esse fenômeno vem sendo considerado um conceito fundamental à prática da enfermagem e aceite como um resultado desejado para o cuidado do indivíduo, seja ele a pessoa internada ou seus familiares. Esta perspectiva, consiste num objetivo a ser atingido pelas práticas em saúde e enfermagem e a sua promoção aos familiares tem-se tornado imperativa, pois a família é um sistema do qual o parente hospitalizado faz parte, devendo ser considerada elemento integrante do cuidado em saúde.*” Os mesmos autores, no seu estudo, concluíram que: “*os significados de conforto para os familiares que possuem um ente na UTI. As categorias identificadas retrataram a multidimensionalidade do fenômeno, como já foi constatado por outros autores e expressaram que a promoção do conforto implica em conciliar sensibilidade, racionalidade e condições materiais na atenção a família e seu parente. Os significados de conforto identificados permitiram também reforçar esse fenômeno como uma experiência positiva, subjetiva, dinâmica, que se modifica no tempo e no espaço e resulta das interações*

que o indivíduo estabelece consigo, com o ambiente, com aqueles que o circundam e com as situações que enfrenta. A categoria Segurança evidenciou que a família, ao interagir com o risco de vida do ente, deposita na racionalidade médico-científica a possibilidade de garantia de sua sobrevivência. Nesse sentido, o conforto advém da confiança na qualidade técnica do atendimento, fazendo emergir a UTI não como local destinado ao fim da vida, mas como cenário de possibilidade de recuperação da potência do ser.”

Prestar cuidados numa unidade de cuidados específicos e intensivos, ao contrário do que se possa pensar, é, no fundo uma oportunidade única para potenciar a dimensão do conforto, do bem-estar e da comunicação com o doente e com a sua família/ pessoas significativas. Por vezes a carga de trabalho de enfermagem acaba por ser pesada o que pode condicionar de certa forma algumas das dimensões acima referidas. No entanto, **se considerarmos o conforto do doente como algo essencial ao seu equilíbrio e se pensarmos que a ausência de conforto extrema pode até conduzir a um desequilíbrio hemodinâmico, o conforto deixa de ser uma ação secundária e passa a ser uma ação primordial.**

No que respeita às minhas principais dificuldades devo dizer que me senti, em alguns momentos, insegura. O estágio apesar de tudo acaba por ser curto e quando finalmente nos sentimos mais adaptados já é altura de terminar.

Senti alguma dificuldade em técnicas muito específicas com as quais tive pouco contacto no decorrer do meu exercício profissional. Uma dessas técnicas foi a diálise. Nunca tinha tido oportunidade de realizar a técnica pelo que a aprendizagem foi lenta e complicada. A própria montagem da máquina implica uma séria de conhecimentos técnicos por parte do enfermeiro e isso foi um pouco intimidante.

O Enfermeiro Titus explicou-me os procedimentos associados à montagem da máquina e à conexão efetiva ao doente. Os próprios cuidados ao cateter de hemodiálise tem especificidades diferentes dos cuidados a outros tipos de cateteres. Foi-me também explicado que a administração de um anti coagulante é absolutamente fundamental para o procedimento pelo que os doentes fazem perfusão contínua de heparina para evitar que o sangue coagule no interior das linhas do sistema. Esta técnica obrigou-me, sem dúvida, a fazer uma extensa pesquisa bibliográfica e a procurar artigos científicos nas bases de dados que me ajudassem a compreender melhor todo o processo. A anti coagulação pode ser feita com vários componentes pelo que nem sempre a heparina é o mais indicado. Depende do tipo de terapia dialítica a que o doente se encontra sujeito. De acordo com GARCÉS ET AL (2007) *“A oclusão, completa ou parcial, do cateter de diálise por qualquer motivo (coágulos intra-luminais, dobras, má posição) ocasiona bloqueio ou redução do fluxo de sangue no circuito. Um fluxo de sangue turbulento, observado em cateteres com diâmetros pequenos, produz ativação de leucócitos e plaquetas dentro do lúmen do cateter, predispondo a trombose. Consequentemente, recomenda-se a utilização de cateteres de maior calibre (duplo lúmen de 12F com 4mm de diâmetro) e comprimento que varie entre 16 e 24 cm, inseridos em locais onde mudanças de*

posição do paciente não influenciem no fluxo do cateter.” Os mesmos autores referem que “Vários esquemas de anti coagulação têm sido descritos como efetivos na prevenção da trombose do circuito de hemodiálise. A grande maioria deles é pouco utilizada, devido à falta de disponibilidade do fármaco em nosso meio e um alto custo da terapia. Entre essas opções terapêuticas temos: prostaglandinas e análogos, dextrans de baixo peso molecular , proteína C ativada, hirudina recombinante , anti-trombina III recombinante, argatroban, danaproide e mesilato de nafamostat. Recentemente, vem se popularizando o uso de circuitos de diálise recobertos com heparina.”

A técnica de plasmaferese foi outra das que senti evidentes dificuldades. Foi a primeira vez que observei algum doente a realizar a técnica. Acaba por ser, em parte, semelhante à técnica de diálise. É uma técnica de substituição plasmática mas que, no caso do doente em questão, foi feita com albumina 5%. O orientador explicou-me o procedimento e a forma de montagem da máquina, das tubuladuras, da preparação do líquido de substituição (neste caso a albumina) e da preparação do anticoagulante (heparina).

Pesquisei vários artigos científicos acerca desta técnica e, em praticamente todos eles, ficaram confirmados os benefícios da mesma em doentes neurológicos como por exemplo doentes com síndrome Guillan – Barré. De acordo com NEGRÃO ET AL, (1999) “ *Na atualidade, é opinião consensual, que a plasmaferese em primeiro lugar e a imunoglobulina humana mais recentemente, são terapêuticas eficazes no tratamento do Síndrome Guillan – Barré (superiores ao tratamento médico de suporte), diminuindo o tempo para a recuperação completa, nos doentes com ou sem dependência do ventilador.*”

Por último, gostava apenas de fazer uma breve referência à analgesia e à sedação dos doentes internados na UCIP. Na minha opinião (profissional e também humana) a garantia de uma boa analgesia é algo fundamental para o bem – estar e para a dimensão do conforto do doente. Um doente que se encontre com dor, leve, moderada ou grave jamais estará confortável. Na UCI é comum o doente ter dor associada a vários procedimentos invasivos ou a cirurgias prévias. Uma boa analgesia ou até mesmo a sedação torna-se algo fulcral. Dependendo do grau e do tipo de dor do doente (obviamente tendo sempre em conta que dor é a que o doente diz que sente) pode ser usada vária medicação desde gentes anti-inflamatórios leves até opióides. De acordo com SAKATA (2010), as principais causas de dor e desconforto experimentadas pelos doente internados em unidades de terapia intensiva prendem-se com: aspiração de secreções endotraqueal, alternância de decúbitos, úlceras por pressão, trauma, lesões cirúrgicas, queimaduras, tubo nasogástrico, cateter venoso central, cateter/linha arterial e drenos variados. Para o autor, o “nível ideal” de sedação é uma questão controversa. No passado, a sedação profunda era o mais indicado. No entanto, a recuperação é influenciada pela escolha do doente, pelo nível de sedação e pelo controlo da dor. A sedação inadequada poderá evidentemente resultar em dor, ansiedade, agitação auto extubação, isquemia miocárdica ou hipoxemia. Por outro lado, a sedação profunda prolongada tem como

consequências úlceras por pressão, compressão nervosa, delirium e prolongamento da ventilação mecânica.

Em suma, posso dizer que este ensino clínico foi extremamente produtivo para mim em todos os sentidos na medida em que me permitiu ter contato, pela primeira vez, com uma unidade de cuidados intensivos. Apropriei-me de muito conhecimento técnico, de muitos conceitos novos mas também pude aprofundar áreas mais abrangentes como o conforto do doente internado em UCI que é um enorme mundo e que pode ser muito compensadora quer para o doente quer para o enfermeiro. Realizei inúmeras pesquisas e tomei contato com vários artigos científicos que me permitiram estudar e aprofundar o conhecimento que me era fornecido na prática do ensino clínico.

Termino o estágio com o sentimento de “missão cumprida” e com a certeza de que dei o meu melhor. Nem sempre consegui ser brilhante mas também penso que não é isso que se pretende. Pretende-se uma aprendizagem verdadeira e profunda, pretende-se que tente ultrapassar os meus limites e dar um passo em frente no caminho da minha formação e do meu crescimento. Tentei superar-me, ir mais além dos cuidados gerais e apropriar-me de noções e de conhecimentos próprios dos cuidados especializados. É precisamente neste sentido que considero que atingi todos os meus objetivos.

2.2 Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz (AMP).

“ Todos nós nos preparamos para matar dragões e terminamos sendo devorados pelas formigas dos detalhes, aos quais nunca prestamos atenção”

Paulo Coelho in “ Histórias para pais, filhos e netos”.

Este ensino clínico decorreu entre 23 de Setembro de 2013 a 16 de Novembro num total de 180 horas presenciais sob supervisão da Enfermeira Ana Luísa Coutinho e 25 horas tutoriais com a Professora Patrícia Pontífice de Sousa.

Optei por este campo de estágio por considerar que é um local privilegiado para aprender bastante uma vez que permite ter a noção do funcionamento de um serviço de urgência num hospital privado.

Os objetivos traçados foram:

Objetivo Geral: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais no cuidado à pessoa/família em situação crítica, urgente ou emergente.

Objetivos específicos:

1. Prestar cuidados de enfermagem que impliquem conhecimentos especializados ao doente/família em situação de médio e alto risco no serviço de urgência.

2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de elaboração de um estudo sobre a percepção dos doentes internados em SO acerca do conforto e sensibilização dos enfermeiros para esta temática.

O Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz é um Serviço de prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, disponível 24 horas por dia, que dispõem de recursos físicos, tecnológicos e humanos necessários para prestar cuidados e é de acordo com site: *“...Vocacionado especialmente para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência, bem como de situações que embora não possam ser definidas como tal requerem uma intervenção rápida.”*

Da equipa do AMP fazem parte médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos especializados e funcionários administrativos.

Estão sempre disponíveis médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, em Medicina Interna, em Pediatria e em Ginecologia/Obstetrícia, que nas situações que julguem necessário podem recorrer, por chamada, a todas as especialidades existentes no Hospital. O AMP conta também com o apoio da Unidade de Cuidados Intensivos e trabalha de forma direta com o laboratório de análises clínicas e centro de imagiologia.

As condições são, efetivamente, extraordinárias. O AMP dispõe de todo um conjunto de recursos materiais e também humanos que permitem que os doentes usufruam de cuidados de excelência. É quase impossível não fazer comparações ou analogias com a realidade em que estou habituada a prestar cuidados. Por mais que pensemos que é indiferente faz toda a diferença prestar cuidados sem a preocupação de ter que improvisar quando não temos lençóis suficientes, almofadas ou até compressas.

No primeiro dia de estágio dirigi-me à Enfermeira Ana Santos Pereira (Enfermeira chefe do serviço) que me recebeu com toda a disponibilidade e atenção. Informou-me que a minha orientadora de estágio seria a Enfermeira Ana Coutinho. A Enfermeira Ana Santos Pereira disponibilizou-se para me fazer uma espécie de visita guiada ao AMP. O espaço físico do AMP inclui áreas de utilização comum, áreas reservadas especificamente para as crianças e áreas reservadas especificamente para os adultos, devidamente equipadas para uma prestação diferenciada. Conheci o serviço de observação de adultos (SO) que tem capacidade para um total de 6 camas, sendo que uma delas se encontra num recinto separado por porta para situações em que existe necessidade de isolamento. Conheci também o SO de pediatria mas acordei com a Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Orientadora que não seria pertinente fazer turnos nesta área. De seguida pude observar o espaço destinado para sala de tratamentos, a sala de triagem, o gabinete dos administrativos, os gabinetes médicos, a sala de pequena cirurgia, a sala de gessos bem como a sala de reanimação com 2 camas e com um ventilador. Os espaços reservados especificamente para as crianças incluem uma área de

espera, quatro gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos, uma sala de arrefecimento rápido e uma sala de observação com quatro camas.

Acordei com a Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Ana Coutinho que a maioria dos meus turnos seriam passados no **SO adultos** por ser, sem margem para dúvidas, o local com situações de maior interesse para a especialidade

Qualquer pessoa pode dirigir-se ao AMP, no entanto este hospital é uma unidade de saúde privada, pelo que se o paciente não for beneficiário de nenhum subsistema de saúde ou seguro, as despesas serão pagas na totalidade pelo próprio. Quem recorre ao AMP faz a sua inscrição apresentando os documentos pessoais e posteriormente é encaminhado para as áreas de espera específicas (crianças, adultos ou grávidas). O atendimento médico é programado em função do estado clínico do doente, determinado pela triagem feita por um enfermeiro, segundo protocolos estabelecidos.

O AMP do Hospital da Luz é uma Urgência onde maioritariamente os doentes são de médio risco com uma prevalência de doentes com insuficiência respiratória agudizada, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias, patologias renal e vesicular, e acidente vascular cerebral.

No decorrer do ensino clínico não foram admitidos doentes em situação de alto risco ou em situação crítica, pois segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) o doente crítico é... *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”*. Na sala de reanimação pude observar e manusear o equipamento e saber quais os procedimentos de manutenção dos mesmos. Durante o período de estágio, como já referi previamente, não ocorreu nenhuma situação clínica que necessitasse da utilização deste espaço. No entanto, pude ter contacto com os equipamentos nomeadamente monitores e ventiladores que já me eram familiares.

Neste contexto procurei estar muito atenta a situações mais particulares pois o principal objectivo do estágio seria o de prestar cuidados especializados ao doente de alto/médio risco em situação de urgência/emergência.

A enfermagem em urgência é definida por MACPHAIL (2001), como a... *“prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticadas, ou que necessitem de outras intervenções. Estes cuidados são episódios primários e normalmente agudos”*. A resolução pode pois ir desde cuidados mínimos até medidas de reanimação.

MORENO, (2000), faz referência às competências profissionais e pessoais inerentes ao enfermeiro de um serviço de urgência:

- Habituar-se a mudanças rápidas;
- Prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes;
- Ter espírito de trabalho em equipa;

- Ser capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem;
- Ser assertivo;
- Ter consciência profissional e responsabilidade;
- Ter capacidade de decisão;
- Ter destreza manual;
- Ter capacidade de gestão e de organização.

Tentei ao longo destas 180 horas de prática, desenvolver o mais possível as competências acima descritas sendo que tive mais facilidade umas do que noutras como é normal.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente de alto/médio risco escolhi a sala de observações como local de eleição, no entanto prestei também cuidados aos clientes na sala de triagem e mais esporadicamente na sala de tratamentos. Na sala de observações fiz acolhimento ao doente e família, prestei cuidados de enfermagem, elaborei registos, transmiti toda a informação dos clientes a colegas, fiz transferências e altas de doentes, penso, portanto, ter demonstrado capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Gradualmente fui partilhando conhecimentos adquiridos, procurando simultaneamente informação. Ao longo de todo o processo promovi momentos de reflexão sobre a prática clínica tendo desenvolvido duas reflexões que partilhei com a orientadora e também com a professora. Segundo WALDOW (2008) refletir acerca do que é feito, permite atualizar, renovar, simplificar e ao mesmo tempo, tornar melhor e mais eficiente. O facto de se refletir sobre a ação tem como vantagem a possibilidade de se interferir na situação em desenvolvimento, permitindo assim adquirir maior conhecimento sobre a prática e as ações nelas envolvidas e gerar novos conhecimentos.

Apesar da minha área de eleição para a realização deste estágio ter sido a sala de observações tive oportunidade de passar algum tempo na triagem. Contrariamente ao que eu estava à espera a triagem utilizada no AMP não é a da Manchester. Nesta Unidade Hospitalar a classificação na triagem era classificada como **emergente-1; Urgente-2; e não urgente-3.**

BRACKEN (2001) divide as categorias de urgência em três:

Emergente: utente que requer cuidados imediatos; em risco de vida, de membros ou visão;

Urgente: utente que requer cuidados tão rápido quanto possível, estado que constitui perigo, mas não grave;

Não -Urgente: utente que requer cuidados que podem ser prestados mais tarde.

Pude colaborar na triagem de alguns doentes com base na classificação previamente descrita. No entanto apenas estive 2 turnos na triagem, os restantes foram passados no SO adultos onde tive oportunidade de realizar diversas técnicas e procedimentos bem como familiarizar-me também com o sistema informático e com os registos habituais realizados no AMP. Não

posso deixar de referenciar a disponibilidade e sensibilidade com que fui recebida pela orientadora – Enfermeira Ana Coutinho. Desde o primeiro turno colocou-me absolutamente à vontade mostrando sempre uma compreensão ímpar e total disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que me surgisse.

Os turnos no SO adultos são bastante variáveis, podem ser calmos mas também podem ser muito agitados com toda a dinâmica das transferências, procura de vagas e internamento de novos doentes. Nem sempre é fácil fazer esta gestão.

No que diz respeito aos doentes é muito comum serem internados doentes com patologia cardíaca, com patologia respiratória (sobretudo no período mais frio) , doentes em sépsis e também doentes de ortopedia. Regra geral o AMP não recebe doentes politraumatizados (são escoados para outros hospitais próximos). Embora a maioria das situações e patologias que ocorreram até à data já me sejam conhecidas, aprendi imenso no que respeita à abordagem destes doentes em contexto de urgência /emergência. É muito diferente a abordagem inicial e em situação de cuidado imediato da abordagem diária que é feita em contexto de enfermaria. Nestes dois meses de estágio tive presente alguns casos que me ficaram na memória e que deixaram espaço para alguma investigação e estudo. Deparei -me algumas vezes com situações de doentes com fibrilhação auricular crónica que são internados no SO adultos para recobro de ablação. Não era uma situação com a qual estivesse muito familiarizada, motivo pelo qual fiz alguma investigação acerca da temática que se encontra em anexo. Resumidamente, a ablação por catéter é um método de tratamento das [arritmias cardíacas](#) através do qual é feita a cauterização dos seus focos, localizados pelo estudo electrofisiológico. Esta cauterização é realizada pela aplicação de energia de radiofrequência, por meio de cateteres. (ABREU, 2005).

BREDA ET AL (2008), acrescenta que *“os doentes encaminhados para operação cardíaca podem apresentar-se com fibrilhação atrial no pré - operatório. Essa taquiarritmia, quando não tratada, pode diminuir a sobrevivência e aumentar o risco de eventos neurológicos”*. (...) *“Entre as alternativas para o tratamento operatório da FA destaca-se a ablação por radiofrequência, que é uma corrente elétrica alternada, com a mesma frequência das ondas de rádio. Sua aplicação está associada à irrigação contínua com solução salina da ponta do eléctrodo, para resfriar a interface com o tecido atrial e diminuir a possibilidade de lesões iatrogénicas de órgãos ou tecidos vizinhos.”*

De referir ainda outra situação em que foi admitida uma doente com insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica. A doente chegou acordada, consciente, sob aporte de oxigénio a 5 litros, com oximetrias periféricas de 93%, estável do ponto de vista hemodinâmico apresentando apenas ligeira taquicardia sinusal.

Foi puncionado acesso venoso periférico, retirei amostra de sangue para análises, fez-se culturas e iniciou antibioterapia empírica. Colheu-se-lhe sangue para gasimetria arterial e como apresentava discreta hipoxemia sem retenção de CO₂, aumentou-se o débito de oxigénio segundo prescrição médica. Por estar febril foi administrado antipirético com efeito, resolvendo

a taquicardia. Abordei tranquilamente a doente, explicando gradualmente a evolução da sua situação clínica bem como o porquê das nossas intervenções. Posteriormente, fiz o acompanhamento para a unidade de intermédios. Esta atitude continuada de pôr em prática toda a minha experiência foi sem dúvida muito enriquecedora e estruturante para que durante este meu percurso académico, a ansiedade e insegurança do início do estágio fosse substituída por confiança e implementação de várias estratégias permitido assim prestar cuidados diferenciados a doentes em situação de maior risco. Esta actividade sistematizada permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e à família.

Outra situação muito comum no AMP é o aparecimento de doentes com acidentes isquémicos transitórios (AIT'S). Segundo SOUZA, 2003, *“o acidente isquémico transitório (AIT) corresponde a um episódio súbito e transitório de manifestações neurológicas ou retinianas, de natureza isquémica, que é reversível dentro de 24 horas. Na realidade o AIT raramente dura mais que uma hora, geralmente dura entre 10 e 15 minutos. Considera-se que o AIT precede um acidente vascular cerebral isquémico definitivo em 9.4 a 26% dos pacientes. Citando o mesmo autor, os fatores de risco do AIT são os mesmos das doenças encéfalovasculares em geral: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, doenças cardíacas, abuso de alcoólicos, vida sedentária. Há aumento dos casos de AIT com o aumento da idade, sendo também mais frequentes em determinadas raças. A determinação da causa provável do AIT é importante porque pode propiciar o tratamento etiológico e reduzir, então, o risco de um acidente vascular cerebral isquémico. A principal causa de AIT é a aterosclerose dos vasos cervicais e/ou intracranianos; o ateroma da artéria carótida interna extracraniana é o maior responsável por AIT cerebral ou retiniano; ateroma da aorta ascendente é outra localização importante. O início súbito de um déficit neurológico focal com resolução em menos de uma hora, sugere o AIT. Se o território arterial comprometido é da artéria carótida, os sintomas mais frequentes são: mono ou hemiparesia, amaurose fugaz unilateral, hemianopsia homónima, disfagia ou combinação destes sintomas. No território vertebro-basilar, costumam ocorrer sintomas de nervos cranianos associados a paresia ou parestesia contra lateral, desequilíbrio e vertigens ou diminuição de força muscular ao nível dos quatro membros”*.

Apesar de trabalhar num serviço com a valência de pneumologia tenho tido oportunidade de aprender alguns novos conceitos bem como novas técnicas nesta área. Assisti à colocação de uma drenagem torácica num jovem com pneumotórax espontâneo. Assistir a este procedimento foi produtivo pois pude identificar diferentes tipos de materiais que não são utilizados no meu serviço bem como uma técnica diferente de colocação da drenagem em aspiração activa. De acordo com ANDRADE FILHO ET AL (2006), o tratamento do pneumotórax é muito variado e depende de vários fatores. Podem ser tomadas condutas desde tratamentos mais conservadores, como a observação domiciliar, até a toracotomia com ressecção pulmonar e pleurectomia.

O mesmo autor refere que vários factores devem ser considerados na abordagem terapêutica do pneumotórax, entre eles: tamanho do pneumotórax, intensidade dos sintomas e repercussão clínica, primeiro episódio ou recorrência, pneumotórax simples ou complicado por hemotórax, doenças pulmonares associadas e ventilação mecânica. A drenagem torácica com dreno tubular é sempre o tratamento inicial de escolha, exceto em pacientes estáveis com pneumotórax muito pequeno (laminares, ou <1 cm). A justificativa para esta conduta está no fato de que pacientes com doença pulmonar apresentam menor complacência pulmonar, e de que muitas vezes um pneumotórax que aparenta ser pequeno já é suficiente para gerar graves consequências.

Nos primeiros turnos tive oportunidade de reunir com a Enfermeira Ana Santos Pereira e com a Enfermeira Ana Coutinho. Expliquei-lhes a minha intenção de desenvolver um projecto na área do conforto, explorando os seus diversos contextos. Segundo a Enfermeira Ana Santos Pereira seria muito pertinente desenvolver no serviço esta temática no sentido de acrescentar algo ao conforto dos doentes internados nesta unidade. Decidimos procurar respostas junto dos doentes internados acerca das suas necessidades e tentar perceber (através de conversas informais) o que é que poderíamos acrescentar que contribuísse para aumentar os níveis de conforto dos doentes.

A Enfermeira Ana Coutinho teve sempre o cuidado de me distribuir doentes sobre os quais o projeto pudesse ser desenvolvido, ou seja, doentes com quem pudesse manter as conversas informais que deram o mote para o restante trabalho. Nem sempre é fácil conseguir deslindar estas questões junto dos doentes até porque muitas vezes não se encontram muito tempo no SO e, geralmente, o tempo que se encontram internados não é propício a este tipo de questões. Foi portanto um desafio desenvolver este projeto. Apesar das dificuldades mantive-me sempre muito motivada uma vez que a área do conforto associada à dinâmica da humanização dos cuidados de Enfermagem é uma área que sempre me cativou.

A humanização dos cuidados de Enfermagem, sobretudo quando associada ao contexto de serviço de urgência, é uma temática muito complexa e que implica conhecimentos profundos teóricos e práticos. De acordo com DAL PAI e LAUTERT (2005), *“a unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida. No entanto, as tecnologias avançadas utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho neste processo. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer.”* Os meus autores acreditam que *“a equipe de saúde responsável pelo serviço de emergência vive diariamente sob pressão ocasionada pela necessidade do ganho de tempo, pela rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte.”*

Logicamente que a tensão não é sentida apenas pelos profissionais, os doentes também sentem “o peso” de estar num serviço de urgência, na medida em que se encontram “tensos e

temerosos perante o desconhecido - ambiente e profissionais - e sentem-se fragilizados, reagindo muitas vezes com agressividade. A passagem, repentina e inesperada, de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional.” DAL PAI E LAUTERT (2005).

Torna-se, pois, um desafio para a enfermagem a humanização dos cuidados confortadores considerando as dimensões - éticas, subjetivas, técnicas e institucionais - do cuidado e - valores, sentimentos e limites - do ser de cuidado e do ser cuidador, especialmente quando o cenário laboral é um serviço de urgência com todas as suas especificidades.

No seu artigo, os autores supra citados consideram que, na enfermagem, a assistência humanizada visa o ser humano na sua integralidade, ocupando-se tanto dos componentes da doença quanto dos do ser, tais como o senso crítico e a espiritualidade.

WATSON (1979), citado por DAL PAI e LAUTERT (2005) constata que *“a ciência do cuidado enfoca predominantemente a promoção da saúde e, para tanto, necessita expandir a visão de mundo e a habilidade de pensamento crítico”*. Já WALDOW (1998) citado pelos mesmos autores, considera que *“o cuidado deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.*

Nesta perspectiva, é natural que surjam questões relacionadas com a humanização dos cuidados em serviços de urgência considerando o seu carácter imprevisível que obriga a uma constante vigilância, sobrecarga física e ritmo acelerado de trabalho.

Baseados na teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson publicada em 1979, DAL PAI e LAUTERT (2005), desenvolveram um artigo para dar resposta a algumas destas questões. Para os autores, inserir a humanização nas práticas de suporte avançado de vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se consiga desenvolver a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado de enfermagem e envolvendo-os numa nova atitude frente às demandas quotidianas. Com base no artigo, a humanização dos cuidados de enfermagem num serviço de urgência implicaria:

- **Estabelecer uma relação de ajuda e confiança** - *“aceitação de sentimentos positivos e negativos como fator de cuidado para melhorar a comunicação entre as pessoas, refere-se à abertura que a enfermagem deve proporcionar à colocação dos pensamentos e/ou sentimentos do paciente.”*
- **Formação de um sistema de valores humanístico-altruístas** – *“a formação de um sistema de valores humanístico-altruístas em princípio constrói -se desde a infância e durante o desenvolvimento humano. Creio, contudo, na possibilidade de se agir nesta direção por meio de atividades de educação continuada das equipes de saúde. (...) “o*

comportamento altruísta pode ser não só estimulado, mas também sistematizado na estruturação do cuidado.”

- **Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos-**
“Watson propõe a promoção e a aceitação de expressões de sentimentos como forma de se permitir que sejam exteriorizadas, tanto as positivas quanto as negativas. (...) esta seria uma medida terapêutica de cuidado.”

No decorrer do meu estágio no AMP do HLUZ deparei-me com algumas situações de agressão verbal direcionadas à equipa de enfermagem. Estes comportamentos podem ser recebidos pelos enfermeiros de forma intolerante por considerarem que são injustos, no entanto, acredito que ao permitir que doentes e familiares exteriorizem estes sentimentos, estamos a agir no sentido do cuidar. DAL PAI e LAUTERT (2005) mencionam que *“ao conhecer os comportamentos humanos, suas respostas, necessidades, forças e limites, compreenderá que, com frequência, as agressões se voltam ao cuidador apenas porque é ele quem está mais próximo da pessoa a ser cuidada, tanto paciente quanto familiar.*

- **Provisão de ambiente de apoio à família.** Há muito que a enfermagem conhece os benefícios de integrar a família nos cuidados ao doente. No contexto do serviço de urgência é normal que os familiares estejam sedentos de informação e de apoio. É importante que o enfermeiro seja capaz de intervir junto da família.

Ao conceito de humanização de cuidados juntei o conceito de conforto que tem sido, desde o início o meu grande “fio condutor”, e daí surgiu o meu projeto para este estágio. Há muito que entendo ser um dos grandes fins da enfermagem a procura do bem-estar das pessoas. Ao longo do tempo, fui pensando nos conceitos de bem-estar e conforto, em todas as etapas da vida e em todas as situações, sendo certo que isso representa uma dimensão singular para cada um. Considero, portanto, este tema de grande pertinência e interesse para o meu desenvolvimento quer pessoal quer profissional.

O projeto prendeu-se essencialmente com a temática do **conforto**. Desenvolvi um estudo através de observação e conversas informais com os doentes internados no AMP por um período superior a 4 horas, no sentido de identificar variáveis de conforto, ou seja, perceber o que é que pode ser acrescentado para proporcionar mais conforto aos doentes e o que é que os doentes consideram ser “o seu conforto”. Assim sendo, desenvolvi um guia com os pontos importantes que pretendia focar (**Apêndice V**) quer fosse por observação quer fosse por conversas informais. Este guia foi elaborado tendo por base a teoria do conforto de Katherine Kolcaba dando evidência aos quatro contextos de conforto mencionados na teoria. A recolha desta informação junto dos doentes nem sempre foi fácil uma vez que os doentes têm que se encontrar orientados e capazes de falar com veracidade sobre estas questões. Também neste ponto a Enfermeira Ana Coutinho me ajudou bastante uma vez que, ao iniciar cada turno,

preocupou-se em me distribuir os doentes com estas características propícias à minha intervenção no âmbito do projeto.

Para conseguir desenvolver um projeto viável dediquei algum tempo a redescobrir a obra de Katherine Kolcaba. Já havia estudado este tema há algum tempo atrás mas este projeto de estágio levou-me a aprofundar ainda mais esta teórica de Enfermagem. De acordo com Kolcaba, o conceito de conforto tem estado, desde sempre, intimamente ligado à Enfermagem. Os Enfermeiros tradicionalmente proporcionam conforto aos doentes e suas famílias, através de intervenções que podem ser chamadas **medidas de conforto**. As ações intencionais reconfortantes dos enfermeiros fortalecem os doentes. Quando estes são fortalecidos por ações do pessoal de saúde eles podem envolver-se em comportamentos de busca de saúde. As relações entre estas ações de enfermagem deliberadas e conforto estão implicados na primeira parte da Teoria mid-range de Kolcaba.

Segundo DOWN (2004), Kolcaba iniciou a análise do conceito com uma vasta revisão da literatura. Assim, verificou que no âmbito da enfermagem, o conceito já era usado desde Florence Nightingale, em 1859, que referia que *“...nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto”*. APÓSTOLO (2009), citou Nightingale com a sua expressão *“O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”*. Esta autora refere-se à observação como um instrumento importante na promoção do conforto e da saúde nos pacientes, e destaca o efeito confortante dos cuidados de enfermagem ao nível físico, psicológico e social.

Desenvolvida a sua teoria, Kolcaba testou-a através da sua utilização experimental. Nos estudos que realizou, considerou num grupo as necessidades de cuidados de saúde como as necessidades de conforto associados a um diagnóstico, sendo submetidas então a uma intervenção holística, enquanto que ao outro grupo foram prestados os cuidados normais. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os dois grupos, ao que a teórica atribuiu coerência entre a conceção do estudo, as necessidades do doente, as intervenções e os resultados, conforme dirigido pela Teoria do Conforto.

Assim, de acordo com DOWN (2004), na Teoria do Conforto, Kolcaba define como principais conceitos:

Necessidades de cuidados de saúde que são definidas pela autora como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados provocadoras de tensão e podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Podem também ser necessidades relacionadas com parâmetros patofisiológicos, necessidades de educação e apoio e necessidades de aconselhamento financeiro e de intervenção.

Medidas de conforto que são definidas como intervenções de enfermagem criadas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, inclusivamente fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas.

Variáveis intervenientes como as forças de interação que influenciam a percepção do receptor acerca do conforto total, tais como experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognósticos, finanças e tudo o que constitui a sua experiência.

Conforto que é definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”. A mesma autora diz ainda que conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) ”.

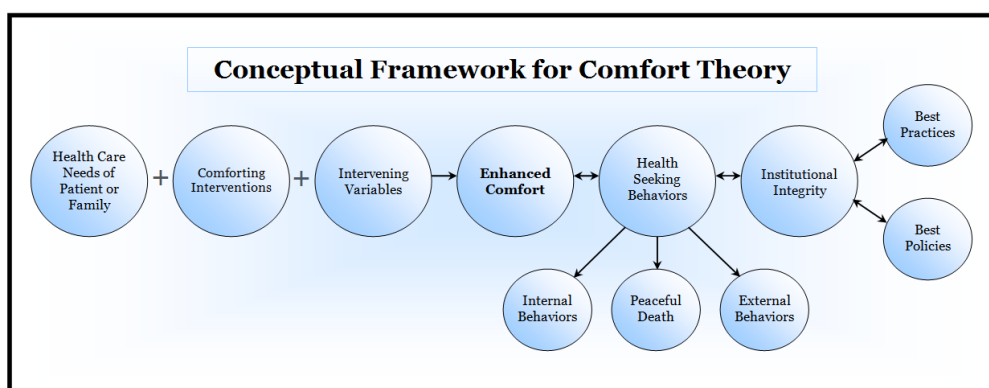


Figura 1 – Esquema conceptual da teoria do conforto de Kolcaba.

<http://comfortcareinnursing.blogspot.pt/p/comfort-theory-major-concepts.html>

KOLCABA (2003); vem se dedicando à elucidação da origem e do significado do termo conforto com a finalidade de esclarecer seu uso na prática, pesquisa e teoria de enfermagem. Concluiu que conforto tem como sentidos técnicos: **calma** (o estado de tranquilidade ou satisfação), **alívio** (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e **transcendência** (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor). Dos três sentidos técnicos, surgem três classes de necessidades de conforto: necessidade de calma, alívio e transcendência. Em 2003, explorou a literatura de enfermagem sobre holismo, concluindo que as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: **físico** (que pertence às sensações do corpo); **psicoespiritual** (que pertence à conscientização interna do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo; pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior); **ambiental** (que pertence ao cenário externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos); social (que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais).

Segundo DOWN (2004), Kolcaba define ainda como conceitos metaparadigmáticos: **Enfermagem** como sendo a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção de medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após a sua implementação. A apreciação e a repreciação podem ser intuitivas e/ou subjectivas, tal como quando a enfermeira pergunta ao doente se está confortável. Podem ser objectivas, como nas observações da cicatrização das feridas, alterações de valores analíticos ou mudanças comportamentais. A apreciação pode ser conseguida pela aplicação de escalas visuais e questionários, os quais desenvolveu e que permitem medir e quantificar melhor o conforto dos doentes; **Saúde** é definida como o funcionamento ótimo de um doente, família ou comunidade, definido pelo doente ou grupo; **Doente** é quem recebe os cuidados de saúde, podendo ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que deles necessitam; **Ambiente** é definido como qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que pode ser manipulado pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.

Para APÓSTOLO (2009), Kolcaba centrou a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. No entanto, para a teórica enfermagem consiste na aplicação dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados pelos enfermeiros, dentro dos contextos específicos do cuidar. Os cuidados de conforto são considerados uma forma de arte de enfermagem que implica um processo de ações confortantes, e o conforto como produto final ganho pelos pacientes.

Partindo da premissa de que o conforto é um resultado que consiste em muitos aspetos relacionados dentro do domínio do construto em que os componentes da pessoa como um todo são relatados e avaliados compreensivamente, APÓSTOLO ET AL,(2007), apresentam-nos como pressupostos básicos que suportam a teoria do conforto: - os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; - o conforto é um resultado desejável, holístico, que tem estado associado à disciplina de enfermagem; - os seres humanos empenham-se, ativamente, por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto.

Tendo por base estes conceitos e centrando o foco principal do projeto na teoria do conforto, desenvolvi um estudo e, posteriormente, um artigo em que obtive resultados muito interessantes do ponto de vista dos contextos do conforto num serviço de urgência (**Apêndice VI**). Este artigo foi proposto e aceite para comunicação livre no 2º congresso internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria a decorrer nos dias 9 e 10 de Maio.

A escolha da amostragem obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: doentes orientados no tempo, espaço e pessoa e doentes com tempo de permanência no SO superior a 4 horas. Tanto a observação como as conversas informais com os doentes decorreram no período compreendido entre 8 de Outubro e 8 de Novembro de 2013.

No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de

documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. (BARDIN, 2004).

O estudo revelou claramente que os doentes sentem necessidade de colmatar necessidades de conforto no âmbito do contexto ambiental que engloba situações relativas ao ruído, ao excesso de luminosidade, ao toque do telefone, às conversas paralelas entre profissionais de saúde e ao barulho provocado por outros doentes.

No que respeita à diferenciação entre faixas etárias, conclui que os doentes mais jovens (idades inferiores a 19 anos) não referiram necessidades de conforto a nível físico nem ambiental. Por outro lado, os doentes entre os 19 e os 65 anos bem como os doentes com idade acima dos 65 anos referiram como principais necessidades de conforto a ser colmatadas aquelas que correspondem ao nível ambiental.

Com base no evidenciado, esta investigação propiciou o entendimento de que os cuidados de conforto podem ser atingidos por meio de ações conjuntas: um olhar atento pode detetar as verdadeiras necessidades de conforto dos doentes e mudar verdadeiramente a perceção dos mesmos acerca do internamento no serviço de urgência.

Neste período de estágio inicialmente fui observando o desempenho da enfermeira orientadora e seguidamente apliquei técnicas de comunicação e mobilização de conhecimentos teóricos, permitindo-me manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Pela minha experiência profissional a abordagem ao doente/ família, foi sendo feita através da interpretação e análise da informação disponível tendo sido possível tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica.

Ao longo deste percurso, fui reconhecendo a importância da recolha e investigação bibliográfica, mediante a sua revisão, por forma a complementar os conhecimentos adquiridos na vertente teórica da minha formação. O estudo e conhecimento foram centrais na aquisição de competências por meio da participação ativa no trabalho real dos turnos no SO. A prestação de cuidados e a articulação técnica necessária, bem como altos níveis de qualidade de comunicação são factores que na prática se devem manter presentes e ativos entre os profissionais. O desenvolvimento pessoal, como referi anteriormente foi a maior das aprendizagens e o maior crescimento que poderia experienciar em termos humanos. As relações interpessoais estabelecidas na equipa, foram uma mais-valia para que a aplicação formativa na área da avaliação da dor pudesse ter obtido resultados positivos e satisfatórios face aos objetivos definidos no projeto de estágio.

Fazendo uma reflexão pessoal e global deste percurso, no que respeita à aquisição das competências adquiridas e/ ou aplicadas, considero que este estágio me permitiu desenvolver o pensamento crítico através da articulação e discussão técnica com a enfermeira orientadora e outros os profissionais da equipa multidisciplinar, acerca das problemáticas associadas ao

conforto dos doentes em contexto de urgência, desenvolver estratégias de aplicação dos conhecimentos transmitidos partilhando com a equipa de enfermagem informação atualizada através do desenvolvimento de um estudo exploratório descritivo.

Para além das competências que desenvolvi fica o que aprendi, o que experienciei, o que partilhei e acima de tudo o que modifiquei em mim e nos outros.

Por tudo o que foi descrito, considero ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente e contribuído para uma melhoria dos cuidados ao doente urgente / emergente através da partilha sistematizada de conhecimentos atualizados.

2.3 Unidade de Cuidados Paliativos do HLUZ (UCP).

**“ E de novo acredito que nada do que é importante se perde verdadeiramente.
Apenas nos iludimos, julgando ser donos das coisas, dos instantes e dos outros.
Comigo caminham todos os mortos que amei, todos os amigos que se afastaram,
todos os dias felizes que se apagaram.
Não perdi nada, apenas a ilusão de que tudo podia ser meu para sempre”**

Miguel Sousa Tavares in “Não te deixarei morrer David Crockett”.

O módulo III da prática do curso de mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica é opcional. A escolha não foi fácil pois implicou colocar “na balança” alguns fatores importantes para o meu desenvolvimento enquanto aluna da especialidade médico – cirúrgica.

Acabei por optar por cuidados paliativos pois acreditei que me traria experiências vastas e muito ricas, que, certamente, iriam melhorar o meu contributo no serviço em que trabalho (internamento de oncologia/pneumologia). Por sugestão da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa pedi estágio no **Piso 4 HR do HLUZ – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP).**

Esta unidade possui características muito específicas que fazem dela uma unidade privilegiada para estagiar e aprender novos conceitos e novas formas de olhar os doentes de cuidados continuados e paliativos.

O estágio teve a duração de 180 horas presencias sob a supervisão da Enfermeira Ana Filipa Guedes e 25 horas tutoriais com a Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa.

Os objetivos traçados foram:

Objetivo Geral: Desenvolver competências éticas, técnicas, científicas e relacionais no cuidado à pessoa/família do doente internado no serviço de cuidados paliativos do HLUZ.

Objetivos específicos:

1. Prestar cuidados de enfermagem que impliquem conhecimentos especializados ao doente/família na unidade de cuidados paliativos do HLUZ.
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da sensibilização dos enfermeiros para a dimensão do conforto tendo em conta a perspetiva de doentes e família.

A UCCP, de acordo com o site, encontra-se localizada no piso 4 da torre B (HR) do edifício do HLUZ. Possui espaços físicos e recursos humanos próprios e especializados, sendo composta por 40 camas em quartos individuais e duplos, todos com instalação sanitária privativa.

Ainda de acordo com o site, *“esta unidade dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves crónicas e /ou incuráveis progressivas.”*

A UCCP trabalha em colaboração com todos os serviços do HLUZ, nomeadamente com as equipas de oncologia, medicina interna, neurologia, unidade de dor e medicina física e de reabilitação nas suas diversas vertentes.

As ações desenvolvidas pela UCCP centram-se nas pessoas doentes e nas suas famílias e são delineadas especificamente para cada situação, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas. Pretende-se, desta forma, garantir um apoio global aos doentes, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida. Presta ainda apoio a doentes internados noutros serviços do Hospital da Luz, é responsável por uma consulta externa e dedica-se à formação e investigação na sua área de intervenção. Como referi previamente na nota introdutória, a equipa da UCCP do HLUZ foi distinguida como ESMO Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology, pela European Society of Medical Oncology (2011 - 2013).

Tudo o que acima descrevi pareceu-me motivo mais que suficiente para optar por esta unidade de excelência da qual já havia tido muito boas referências.

Inicialmente, contactei a Enfermeira Nélia Trindade (Enfermeira Coordenadora de Cuidados Continuados e Paliativos) que de imediato se disponibilizou para me receber e combinar antecipadamente os primeiros turnos que iria realizar. Explicou-me a dinâmica da unidade, o tipo de doentes internados a nível dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos. Por ser mais pertinente para o meu ensino clínico acordámos que eu ficaria, essencialmente com os doentes de cuidados paliativos, na UCP.

A Enfermeira Nélia informou-me que a minha orientadora seria a Enfermeira Ana Filipa Guedes que, desde início, se mostrou muito disponível para me ajudar e colmatar as minhas necessidades enquanto aluna. Notei que esteve sempre muito atenta e que teve grande preocupação que eu aprendesse efetivamente o que são cuidados paliativos e como devem ser praticados.

Numa altura em que muito se fala sobre cuidados paliativos e na sua importancia extrema é fundamental não cair no erro de não praticar este tipo de cuidados devidamente. Ao abordar a temática do cuidar em fim de vida”, podemos assumir que muito se tem feito, no sentido de proporcionar dias mais felizes, de concretizar sonhos, de aliviar a dor e o sofrimento daqueles que padecem de doenças crónicas e incuráveis. Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos estes cuidados são definidos como *“uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”*. Também a própria legislação em vigor no nosso país, tenta incutir nas políticas de saúde e nas organizações de saúde os cuidados paliativos. A realidade atual está longe de ser a ideal, pois ainda nos é dado um diagnóstico e a partir dele temos a prática dos cuidados curativos. Depois, quando os cuidados curativos deixam de ser possíveis aparecem os cuidados paliativos, que terminam quando ocorre a morte do doente.

De acordo com o OMS, os objetivos dos CP são essencialmente:

- Reafirmar a vida e respeitar a morte como um processo normal.
- Não acelerar nem retardar a morte.
- Promover alívio da dor e de outros sintomas causadores de desconforto.
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente.
- Oferecer um sistema de apoio que permita ao doente viver o mais ativamente possível até ao momento da sua morte.
- Apoiar os familiares durante o processo de doença.

(OMS; 2002)

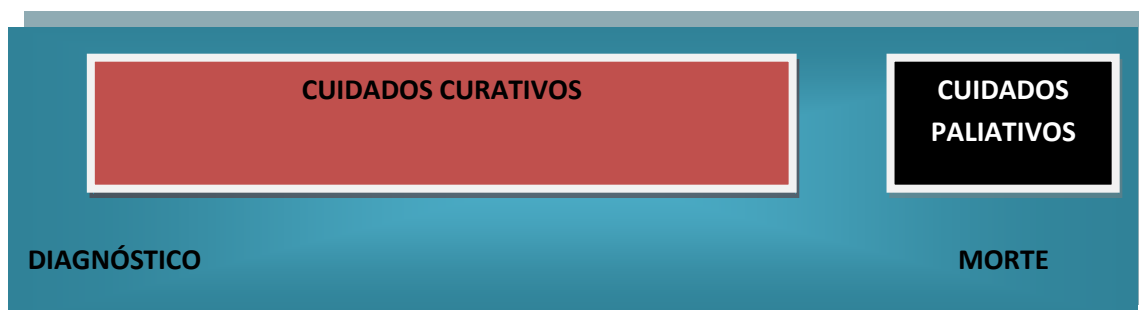


Figura 2 – Realidade atual dos CP, Baseado no modelo Twycross (2003)

De acordo com TWYXCROSS (2003), no conceito supra descrito, os doentes tendem a sentir que são abandonados pela equipa que os acompanhou nos cuidados curativos e passam a ser seguidos por uma equipa de cuidados paliativos, “obrigados” a estabelecer uma relação numa fase de grande fragilidade em termos emocionais. O conceito ideal seria aquele em que os cuidados curativos teriam um grande peso após o diagnóstico da doença, mas onde entrariam simultaneamente os cuidados paliativos para ajudar o doente nos aspetos psicossociais e espirituais, e após a morte do doente, o apoio no luto à família. Assim, existe espaço para uma continuidade nos cuidados que fortalece a relação enfermeiro – doente – família e que nos encaminha para uma realidade diferente e mais positiva (Figura 3).

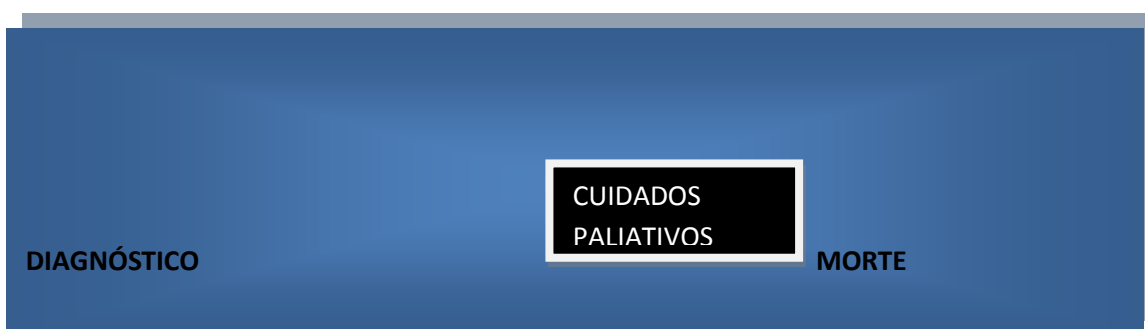


Figura 3 – Realidade desejável em CP, baseado no modelo de twycross (2003)

Uma das informações mais preciosas que interiorizei ao longo destes dois meses de estágio foi que para que sejam prestados CP efetivos é fundamental ter por base quatro pilares imprescindíveis: **controlo sintomático**, pois é indispensável saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretas sobre o bem-estar do doente; **comunicação**, que tem que ser adequada ao doente/família e equipa terapêutica, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação empática, aberta, honesta e de apoio; **apoio à família**, a aliança entre a equipa e doente/família é a essência dos cuidados paliativos. É necessário avaliar a capacidade da família para a prestação de cuidados, integrá-la na equipa, acompanhando-a e ensinando-a quanto à prestação de cuidados; **trabalho em equipa** multiprofissional é a única forma de responder integralmente às diferentes carências de cada doente/família.

Na sequência de um dos pilares acima referidos – o apoio à família – não poderia deixar de mencionar uma componente fundamental que me proporcionou grandes momentos de aprendizagem: **a conferência familiar**. Sempre que houve oportunidade, a Enfermeira Ana Guedes deu-me a possibilidade de assistir às conferências familiares que são, sem dúvida, momentos privilegiados de aprendizagem nesta área.

De acordo com NETO (2003), *“desde sempre a família constituiu um pilar de apoio fundamental para os doentes crónicos e em fim de vida. Face à crise que essas situações habitualmente representam, a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e adaptação às dificuldades percebidas e vividas. O êxito dos cuidados prestados, a satisfação do doente, dos familiares e de outros entes afetivamente significativos, depende em grande parte do tipo de apoio que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar quando o*

*processo de doença avança”. A mesma autora considera que “não é demais ressaltar que a unidade recetora de cuidados em cuidados paliativos é o **DOENTE** e a **FAMÍLIA**. Este pressuposto deve conduzir sempre a uma abordagem global das necessidades da família, nomeadamente através da identificação de quem é o cuidador principal, de quais as principais dificuldades dos elementos familiares, do tipo de comunicação entre eles e dos recursos (internos e externos) de que dispõem para enfrentar a situação atual.”*

No que respeita à conferência familiar a autora refere que “*corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família (...) É uma reunião com plano previamente acordado entre os profissionais presentes e em que, para além da partilha da informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família. A CF, no contexto de cuidados paliativos, poderá ser utilizada no sentido de:*

- *Clarificar os objetivos dos cuidados.*
- *Reforçar a resolução de problemas:*
- *Prestar apoio e aconselhamento: validar e prever o espectro de reações emocionais.*
- *Validar o esforço e trabalho da família.*
- *Convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes.*
- *Ajudar à resolução dos problemas por etapas e mobilizando os recursos familiares.*

Tive também oportunidade de tomar contacto com algumas escalas de avaliação importantes que são utilizadas em CP nomeadamente a escala de Edmonton. Segundo SAPETA (2011), os cuidados paliativos propõem-se acima de tudo ao alívio do sofrimento, contudo a motivação, sensibilidade, disponibilidade e a adequada formação culminam na qualidade de atendimento e nos resultados. Deste modo e com o objetivo da qualidade de atendimento e nos resultados a escala de Edmonton é utilizada com o intuito de ajudar na avaliação de nove sintomas, são eles: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar, no entanto existe um item final intitulado “outros problemas” para que o doente possa responder livremente. A gravidade é avaliada numa escala numérica de 0-10, sendo a gravidade avaliada para cada sintoma, sendo que 0 é ausência do sintoma e 10 é o pior possível. Esta escala deve ser utilizada apenas como uma parte da avaliação holística clínica, não basta simplesmente aplicá-la uma vez que a mesma apenas fornece um quadro clínico da gravidade de sintomas ao longo do tempo, não sendo uma avaliação completa dos sintomas em si (ALBERTA HEALTH SERVICE, 2010).

Contudo a ESAS apresenta vantagens, nomeadamente no sentido em que os doentes conseguem rápida e diretamente dizer a intensidade dos seus sintomas, facilitando a reprodução gráfica dos padrões de sintomas. A realização da escala possibilita ao doente identificar o que mais o incomoda permitindo perceber as repercussões somáticas ou psicológicas da doença (ALBERTA HEALTH SERVICE, 2010).

Outro dos temas importantes que abordei em paliativos foi a nutrição. Esta questão pode ser um pouco controversa tendo em conta o tipo de doentes que se encontram internados na UCP. De acordo com SILVA ET AL (2010), *“a alimentação possui além do papel fisiológico, o social e o emocional. A evolução da doença faz com que o indivíduo reduza a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas como o retardo do esvaziamento gástrico e redução do apetite ou problemas de absorção, promovendo desconforto e isolamento social. O objetivo do suporte nutricional em cuidados paliativos deve ser minimizar o desconforto causado pela alimentação, priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização entre pacientes e familiares durante as refeições.”*

Os mesmos autores consideram que *“a satisfação do indivíduo com seu bem-estar, funcionamento de seu organismo, seu aspecto psicológico, desempenho físico e intelectual, situação socioeconómica, sua vida familiar e espiritual, depende de todas as abordagens feitas a cerca da doença. Um dos objetivos mais importantes dos cuidados paliativos é oferecer a melhor qualidade de vida possível, com um cuidado humanizado aos pacientes”*. Durante a minha permanência na UCP do HLUZ compreendi que nem sempre a questão da nutrição deve ser uma preocupação de primeira linha mas também não deverá ser uma questão descartada à priori só por se tratar de um doente paliativo. Todas as condicionantes deveram ser tidas em conta e valorizadas. A nutrição em paliativos prende-se, em grande parte, com as próprias expectativas que o doente possui acerca de si próprio e do seu internamento em CP. WHO (2010), citado por FONSECA ET AL (2012) considera que *“os Cuidados Paliativos procuram maximizar o bem-estar, a dignidade e a autonomia do doente em fim de vida e seus familiares. As unidades de internamento são criadas a pensar nos cuidados de saúde a doentes com doença terminal que por questões clínicas, por circunstâncias familiares ou outras, se encontram impossibilitados de permanecer na sua casa.”* O estudo realizado por FONSECA ET AL (2012), concluiu que *“sabendo ou desconhecendo o termo cuidados paliativos, estes doentes quando internados numa UCP revelam como expectativas: a cura, a recuperação, uma melhor qualidade de vida, o controlo sintomático, particularmente o alívio da dor e controlo da doença, bem como o apoio diferenciado dos profissionais de saúde”*.

No que respeita ao projecto de estágio, expus à Enfermeira Nélia o meu interesse pela área do conforto bem como a minha vontade em protelar o meu estudo neste contexto. Fui informada de que seria muito interessante desenvolver um estudo baseado no conforto mas tendo em conta a dimensão da família. A temática da família sempre foi algo que despertou bastante o meu interesse. A família é, sem dúvida, um pilar importante na vida de qualquer doente e constitui um importante contributo para o equilíbrio do mesmo. Acredito que num doente em cuidados paliativos o papel da família seja absolutamente fundamental.

Segundo INOCENTI ET AL (2009), *“a família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece, toda a família adoece, sofrendo e sentindo as consequências desse momento vivenciado. Para os autores, a família sofre com o adoecer e com a proximidade de morte do seu familiar, vindo à*

tona as questões a respeito da vivência do cuidador durante o cuidado com o paciente fora de possibilidade de cura”.

Para SILVA ET AL (2010), no que se refere à família com presença de um quadro terminal em um de seus membros, traz a ideia de que esta situação gera no quotidiano a necessidade de uma nova organização em função do tratamento, que se constitui em momento de grande ruptura dos laços familiares. O núcleo experimenta a desorganização das suas rotinas e um forte sofrimento gerado pela convivência limitada, gerando desta forma uma desestruturação familiar. Diversos sentimentos são manifestados nesse momento, como a incerteza, a impotência, ameaça e sensação de descontrolo.

No que respeita às necessidades da família, NETO (2003) considera que *“a família de um doente sofre também o impacto da fase avançada de uma doença incurável e, como tal, para que possa ajudar o doente e ajudar-se a si próprio, deve ter acesso a apoio adequado por parte dos profissionais de saúde. Para planear esse apoio, para além da identificação do cuidador principal e de quem é, independentemente dos laços sanguíneos, considerado pelo doente como sendo a «sua» família, é fundamental fazer uma correta avaliação das necessidades dos cuidadores.”* A mesma autora acredita que as principais necessidades da família de um doente paliativo passam, essencialmente, por:

- Informação honesta, realista e adaptada sobre a doença e as terapêuticas, e sobre os recursos de apoio.
- Respeito pelas suas crenças, valores culturais e espirituais, e atitudes.
- Disponibilidade e apoio emocional por parte da equipa.
- Participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente, em ambiente de intimidade e privacidade.
- Expressar sentimentos, reparar relações se for caso disso.
- Certificar-se que são prestados todos os cuidados devidos.

Uma vez identificadas as principais necessidades dos familiares, convém elaborar um plano de cuidados que integre as respostas às mesmas.(NETO, 2003).

Frente à morte ou à sua possibilidade, surgem então desafios adaptativos comuns, exigindo a reorganização imediata e a longo prazo dentro do sistema familiar, assim como mudanças nas definições de identidade e objectivos da família. POTTER E PERRY (2002), referem que a partir do momento em que a família começa a conviver com o familiar doente e se envolve com os cuidados diários, os sentimentos de medo, negação e desespero acabam por se transformar em aceitação.

Neste ensino clínico tomei contacto com várias famílias, com as mais diversas formas de encarar o processo de doença crónica bem como a eventualidade da perda do seu ente

querido. Todas elas, à sua maneira, vivenciaram um processo de adaptação difícil e que implica muita força.

Neste contexto, após conversa com a Enfermeira Nélia Trindade e com a Enfermeira Ana Filipa Guedes, decidi efectuar um estudo de caso centrado numa família que tive o prazer de conhecer durante o ensino clínico. O estudo de caso teve como principal objectivo compreender a percepção da família acerca do conforto do doente internado em cuidados paliativos. Desta forma consegui integrar dois conceitos - chave que têm sido importantíssimos ao longo de todos os ensinamentos clínicos da especialidade: **CONFORTO** e **FAMÍLIA**. A doente e o familiar (neste caso o marido) foram entrevistados separadamente através de uma entrevista semi estruturada com base nos 4 contextos de conforto da teoria de Katherine Kolcaba: físico, psico- espiritual, socio- cultural e ambiental. Desta forma, será possível avaliar a percepção que o marido tem acerca do conforto da doente bem como a percepção que a doente tem do seu próprio conforto e comparar ambas as percepções.

O estudo foi feito por meio de uma entrevista semi – estruturada para a qual elaborei um guião que foi aprovado pela Enfermeira Nélia Trindade e pela Enfermeira Ana Filipa Guedes. **(Apêndice VII).**

A família que escolhi para este estudo é, sem dúvida, uma família muito especial. A D. E (opto por não revelar o nome da doente por forma a proteger a sua identidade) encontrava-se internada no piso 4 HR desde o mês de Novembro de 2013. Ao longo do internamento foi ficando cada vez mais debilitada, mais asténica e visivelmente cansada. A dor encontrava-se controlada e centrava-se maioritariamente a nível da coluna dorsal. Nunca teve náuseas nem vómitos.

O marido (Dr. J) constituiu uma ajuda importantíssima em todo o processo. Foi sempre muito presente e preocupado com a esposa. Tinham um filho em comum que é piloto da TAP (sonho que concretizou recentemente) e que constitui um motivo de grande orgulho para os pais. A D. E tinha ainda um outro filho de um casamento anterior que se encontra a viver em Londres. O primeiro casamento da D. E ficou marcado por alguns episódios de violência doméstica e o primeiro filho tem história de toxicod dependência no tempo que vivia em Portugal. Trata-se portanto de uma doente que não teve uma vida fácil e que foi, sem sombra de dúvida, uma verdadeira lutadora. Era detentora de uma força e carácter admiráveis.

Ao longo do internamento foi evidente não só o aumento da debilidade da doente mas também o aumento da debilidade do marido. Ambos estavam mais fracos e cansados. O percurso foi vivido a dois.

Por todos os motivos acima descritos, foi esta a família que escolhi para desenvolver o estudo de caso. Antes de dar início ao estudo conversei com a D. E e com o Dr. J no sentido de perceber se estariam dispostos a colaborar comigo e a serem entrevistados individualmente. Prontamente se mostraram não só disponíveis mas também orgulhosos pelo meu interesse na

sua história. Foi-lhes entregue o consentimento informado individualmente (**Apêndice VIII**) e explicado que a entrevista seria gravada no sentido de facilitar a transcrição integral. Concordaram com todas as condicionantes do estudo e mostraram-se disponíveis para me ajudar em tudo o que fosse necessário.

Tive receio que algumas perguntas presentes na entrevista fossem demasiado invasivas pelo que, antes de aplicar a entrevista, mostrei-a à Enfermeira Nélia e à Enfermeira Ana Filipa Guedes que fizeram alguns ajustes. As entrevistas foram bastante emotivas, principalmente a entrevista ao marido da doente. O assunto era, obviamente, delicado. As emoções estavam à flor da pele. É impossível não me sensibilizar com a coragem destas pessoas que, apesar de estarem a passar um momento muito complicado na vida, conseguem lutar e, apesar de tudo, sorrir. Inevitavelmente, começamos a relativizar tudo o resto à nossa volta.

A entrevista à D.E foi um dos momentos altos deste ensino clínico e sinto que aqueles 20 minutos mudaram para sempre a minha forma de olhar o doente paliativo. Ao longo das entrevistas, foram abordadas os vários contextos e dimensões do conforto da teoria de Kolcaba. A autora definiu os tipos de conforto como: **Alívio** – consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio; **Tranquilidade** – consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais estável que o estado de alívio e não implica que haja desconfortos prévios. No entanto, Apóstolo (2007) acrescenta que a doença “dis-ease” já afasta este estado de tranquilidade “ease”; **Transcendência** – a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Ou seja, é o estado em o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas, pelo que mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, ele consegue suprir as suas próprias necessidades, através de um desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afectar, e tudo isto é feito com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a intervenção criativa, num cuidar que envolve um conjunto de acções confortantes (KOLCABA, 2003).

Da literatura que fez sobre o holismo, Kolcaba concluiu que o conforto pode ser experimentado em diferentes contextos: Físico - pertencente às sensações do corpo; Psico-espiritual - pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida. Inclui a existência de uma relação com uma ordem ou um ser superior; Sociocultural - que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, e que inclui aspectos financeiros e informacionais da vida social; Ambiental – pertencente ao meio, às condições e influências externas (KOLCABA, 2010; KOLCABA, 2003).

Segundo APÓSTOLO (2009), Kolcaba centrou a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. No entanto, para a teórica enfermagem consiste na aplicação dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados pelos enfermeiros, dentro dos contextos específicos do cuidar. Os cuidados de conforto são

considerados uma forma de arte de enfermagem que implica um processo de acções confortantes, e o conforto como produto final ganho pelos pacientes.

Na prática diária de enfermagem, o conceito de conforto acaba por se diluir no meio de outros conceitos que emergem como sendo prioritários. Como tal, torna-se importante desenvolver estudos que remetam para o fenómeno do conforto enquanto experiência individual e particular, num contexto e realidade concretos. (RIBEIRO,2013).

No que respeita à D. E. em particular e ao seu marido, as percepções de conforto são muito similares, na medida em que a percepção que a doente tem do seu próprio conforto não difere muito da percepção do Dr. J.

Como já referi anteriormente, as entrevistas abordaram os 4 contextos de igual forma, sendo, todos eles, valorizados. OKON (2005) refere que os doentes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e querem ser observados como um todo, incluindo-se os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. **Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem ao doente incompleta.**

A religiosidade foi uma das áreas redescobertas pela doente neste percurso. Quer a entrevista da doente quer a do marido fazem referência a este encontro com a religiosidade. O marido chega mesmo a referir que: *“Nunca foi católica mas acho que esta aproximação à área espiritual lhe tem feito bem. Eu sou católico, acredito em Deus e pedi muito por ela. Também já a tenho visto rezar sozinha e também já rezamos juntos. Se lhe faz bem acho que deve continuar. Aqui já recebeu a visita do Frei Filipe, foi muito bom.”* A religiosidade e a espiritualidade aparecem como importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas (FLECK ET AL (2003), citados por FORNAZARI ET AL (2010). O enfrentamento religioso abrange a religiosidade e a espiritualidade que se diferenciam em alguns aspetos. A religiosidade está relacionada com uma instituição religiosa e/ou igreja, pela qual o indivíduo segue uma crença ou prática, proposta por uma determinada religião (LUKORFF ET AL (1992) citados por FORNAZARI ET AL, (2010). O mesmo autor acredita que a espiritualidade é definida como característica individual que pode incluir a crença em um Deus, representando uma ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas. Assim, a espiritualidade envolve questões sobre o significado e o propósito da vida, encontrando-se além da religião e da religiosidade

A doente reencontrou-se com a sua religiosidade há muito perdida, no entanto esta reaproximação envolveu questões relacionadas com o propósito e significado da vida o que acaba por introduzir a dimensão espiritual. Ambas as entrevistas estão disponíveis para consulta em **Apêndices IX e X.**

As entrevistas foram posteriormente apresentadas em “Journal Club” numa das reuniões semanais de 3ª feira. Realizei também uma pequena formação tendo como linha orientadora o conforto (**Apêndice XI**). O estudo de caso na íntegra poderá ser consultado em **Apêndice XII.**

Por todos estes motivos considero que os objectivos do estágio foram plenamente atingidos. Foi difícil, mas foi extremamente compensador. Refletir acerca da teoria do conforto de Kolcaba permitiu-me apropriar do conceito de conforto do ponto de vista holístico da teórica, partindo da premissa que o conforto faz parte integrante dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, sendo nos cuidados de enfermagem em fim de vida que o conforto se assume como expoente máximo do cuidar. No entanto, na prática diária de enfermagem este conceito tão relevante acaba por se perder no meio de outros conceitos mais tecnicistas que surgem, de uma maneira geral, como sendo prioritários. Quando combinado com o conceito de família, o conforto assume uma nova dimensão. Em cuidados paliativos não é só o doente o objeto de atenção, é também a família e esta merece por parte da equipa atenção e tratamento individualizado uma vez que a doença afeta o conforto de toda a família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório surge como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o curso de mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Trata-se do culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, que me proporcionou uma constante mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências ao longo dos 3 Módulos que constituíram o estágio.

Sendo a enfermagem uma profissão com grande componente técnica e científica nós, enfermeiros, temos de estar motivados e com a mente aberta para uma aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações.

Todos os campos de estágio foram excelentes e acabei por ter o privilégio de estagiar em unidades que se encontram na vanguarda no que respeita a cuidados de enfermagem.

Os ensinamentos clínicos proporcionaram-me a obtenção e o desenvolvimento de competências em diferentes áreas, designadamente: comunicação, conhecimento, prestação de cuidados, gestão, formação/investigação e supervisão. Permitiu-me, ainda, tomar conhecimento das diferentes realidades e das dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem, bem como uma partilha de conhecimentos, de experiências e de reflexão sobre diversos aspectos designadamente: a minha actuação, a actuação dos diferentes profissionais, aspectos positivos/negativos de cada experiência vivenciada, a condição social dos doentes, a posição adoptada pela família e diferentes aspectos éticos, socioeconómicos e culturais. Este trabalho representa, assim, o culminar de um longo trajecto de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal que, face às competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas, muito contribuiu para melhorar o meu desempenho profissional.

As dificuldades sentidas resultaram da dificuldade de conciliar aulas, estágio e actividade profissional. No entanto, estes contratemplos foram sendo colmatados com a ajuda dos enfermeiros orientadores, bem como com os elementos das diferentes equipas. Encarei sempre estas dificuldades como parte integrante do meu processo formativo e, felizmente, acabei por ser capaz de as ultrapassar e concluir os 3 módulos com sucesso e bom aproveitamento.

O Enfermeiro Especialista deve ser, cada vez mais, um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, tecnológica e relacional, tendo por base saberes oriundos da experiência prática. Foi esta premissa que conduziu toda a minha actuação e me motivou durante o estágio, que foi exigente, trabalhoso, mas sobretudo muito gratificante e que em muito contribuiu para o meu desenvolvimento e valorização a todos os níveis.

O artigo desenvolvido no módulo II “ Conforto no serviço de atendimento permanente: Percepção dos doentes”, foi proposto e aceite para comunicação livre no 2º congresso internacional de saúde do Instituto Politécnico de Leiria a decorrer nos dias 9 e 10 de Maio.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARC, *Clinical Practice Guidelines, Respiratory Care, Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways*, Junho 2010, Vol. 55, nº 6.

ABREU, F; LISBOA, LAF; DALLAN LAC; OLIVEIRA, SA. *Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial*. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2005;20:167-73.

ALBERTA HEALTH SERVICE (2010) *Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r).doc* revised: September. Retirado a 16 de FEVEREIRO de 2014 de <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools>.

ANDRADE FILHO, J. O. *Pneumotórax*. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 32, supl. 4, p. 212-216, 2006

APÓSTOLO, J. L. A; BATISTA, A. C. M.; MACEDO, C. M. R; PEREIRA, E. M. R. (2006). *Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia*. Revista Referência, 3 – IIª Série, 54-64.

APÓSTOLO, J. L. (Março de 2009). *O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos*. Revista Referência, II (nº9), pp. 61-67.

APÓSTOLO, J. L.; KOLCABA, K.; AZEREDO, Z. A.; ANTUNES, M. T.; MENDES, A. C. (2007). *Avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Psiquiátricos*. *Psychologica*, (nº44) pp. 489-504.

BARBOSA, A; NETO, IG. *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos – Centro de Bioética - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2006, p.65 - 91, ISBN – 978-972-9349-21-8.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004

BENNER, P. *De Iniciado a Perito*. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto. 2005. P. 294. ISBN: 989-558-052-5.

BRACKEN, J. (2001). *Triagem*. In S. Sheehy (Eds.), *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. 4.a ed. Loures: Lusociência. 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16

BRACHINE, JDP; PETERLINE, MAS; PEDREIRA, MLG. *Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa*. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):200-210. -9

BREDA, JR; BREDA, ASCR; MENEGUINI, A; FREITAS, ACO; PIRES, AC- *Ablação operatória da fibrilação atrial por radiofrequência Rev Bras Cir Cardiovasc 2008; 23(1): 118-122*

COELHO,P - *“Histórias para os pais, filhos e netos “, Vol. I, pág.40 ISBN – 055701364X.*

DAL PAI, D; LAUTERT, L. *Suporte humanizado em Pronto-socorro: um desafio para a enfermagem. Rev Bras Enferm 2005 mar-abr; 58(2):231-.*

DOWN, T. (2004). *Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed., pp. 481-495). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.*

ELIAS, A; MATSUO, T; CARDOSO, L; GRION,C. (2006) – *Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (Tiss 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Revista Latino- am Enfermagem; 14 (3):324 - 9*

FONSECA, MFC; CRUZ, AG; NETO, DMD. - *Expectativas dos doentes face ao internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos – Revista Enfermagem de Enfermagem referência III série nº 7 Jul. 2012*

FORNAZARI S; FERREIRA, R. *Religiosidade/ Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde, 2010.*

FREITAS, KS; MENEZES, IG; MUSSI, FC – *Conforto na perspectiva dos familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 896-904*

GARCÈS, EO; VICTORINO,JÁ; VERONESE, FV. – *Anti coagulação em terapias contínuas de substituição renal. - Rev Assoc Med Bras 2007; 53(5): 451-5*

HESBEEN, W- *Cuidar no Hospital -enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência - Edições técnicas e científicas, 2000.*

INOCENTI, A; RODRIGUES, I.G; MIASSO, A.I. *Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos, 2009.*

KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, Inc.*

KOLCABA, K. (2009). *Comfort. Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. Middle Range Theories. Application to nursing research. s.l.: Lippincott.*

KOLCABA, K. (2010). *The Comfort Line*. Obtido em 7 de Fevereiro de 2014, de <http://www.thecomfortline.com/>.

LINO, CA; AUGUSTI, KL; OLIVEIRA, RAS; FEITOSA, LB; CAPRARA, A - *Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias*- Revista brasileira de educação médica - 35 (1): 52 – 57; 2011.

MACPHAIL, E.- *Panorâmica de enfermagem de urgência. In Sheepy- Enfermagem de urgência: da teoria à prática (4ªed.)*. Lusociência; ISBN: 972- 8383-16-9, Loures.

MORENO, R.- *Gestão e Organização em Medicina Intensiva-5ª edição*. Permanyer Portugal. 2000.

NEGRÃO, L; SANTOS, JM; CAMÕES, F; BARBOSA, J; CUNHA, L. – *Eficácia da plasmaferese e da imonoglobulina humana no syndrome de Guillain- Barré: Estudo retrospectivo*. Medicina Interna, 1999.

NETO, IG. (2003). *A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos*. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 19 (1), 68-74.

OKON, T.R. - *Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care*. *J Palliat Med* 8(2):392-414, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema*. Lisboa: OE, 2007.

ORDEM DOS MÉDICOS e SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008).

PASCHOAL, IA; VILLALBA, WO; PEREIRA, MC; *Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento - Chronic respiratory failure in patients with neuromuscular diseases: diagnosis and treatment*. *J Bras Pneumol*. 2007;33(1):81-92

PEREIRA, ATG; FORTES, IFL, MENDES, JMG – *Comunicação de más notícias – Revisão sistemática da literatura* - *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Jan;7(1):227-3

POTTER, P.A. PERRY, A.G. *Fundamentos de Enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REPE – Regulamento de exercício profissional dos enfermeiros. Dec – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (alterações introduzidas pelo Dec – Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

RIBEIRO, P.C.P.S.V, *A natureza do processo de conforto do doente idoso crônico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa*. Projeto integrado de Vivência e Cuidado co –

criado. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2013.

RILEY, JB – *Comunicação em Enfermagem* - Lusociência, 4ª Edição, 2004.

RODRIGUES, YCSJ; STUDART, RMB; ANDRADE, ÍRC; CITÓ, MCO; MELO, EM; BARBOSA, IV. *Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem*. Escola Anna Nery revista de enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 4, p. 789-795, out./dez. 2012.

SAKATA, RK. – *Analgesia and sedation in Intensive Care Unit*. - Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 60, No 6, November-December, 2010

SAPETA, P. (2011) *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro - doente*. Loures, LUSOCIENCIA, ISBN: 978-972-8930-69-1

SILVA,PB; LOPES, M; TRINDADE, LCT; YAMANOUCHI, CN - *Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos* - Rev Dor. São Paulo, 2010 out-dez;11(4):282-288

SILVA, S; Nascimento, E; Salles,R. – *Bundle to prevent ventilator – associated pneumonia: a collective construction* Text Context Nursing, Florianópolis, 2012 Oct-Dec; 21(4): 837-44.

SILVA, TR; WENDLING,MI - *Família, paciente terminal e morte: O Inevitável trajeto frente à dor da perda*, 2010.

SOUZA, SEM- *O ataque isquémico Transitório*- 2000

TAVARES, MS- “ *Não te deixarei morrer David Crockett*”, Oficina do Livro, 2001. ISBN _ 9789728579227.

TWYXCROSS, Robert, *Cuidados Paliativos*, 2ª ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2003;

WALDOW, VR – *Momento de cuidar: Reflexão na ação*- Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 140-5.

Lista de sites consultados:

- www.hospitaldaluz.pt
- <http://www.thecomfortline.com/>.
- <http://comfortcareinnursing.blogspot.pt/p/comfort-theory-major-concepts.html>
- www.apcp.com.pt – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools>.
- <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906>

Apêndice I – Questionário diagnóstico e de reavaliação da formação na UCIP.

Questionário de Avaliação Diagnóstica

O questionário é anónimo

1. **Responda** às seguintes questões com Verdadeiro (V) ou Falso (F)

Questão	V	F
1. A VNI aumenta a incidência de infeções nosocomiais quando comparada à ventilação invasiva.		
2. As complicações da utilização da VNI podem ser, entre outras a: distensão abdominal, obstrução nasal, rush cutâneo e desconforto.		
3. As alterações graves de estados de consciência ou inconsciência são uma indicação para a utilização de VNI.		
4. O edema agudo do pulmão é uma indicação para a VNI, normalmente em modo CPAP.		
5. A hipercapnia, a síndrome de obesidade e hipoventilação, a apneia do sono, a fibrose quística são indicações absolutas para a utilização da VNI.		
6. Um Pneumotórax não tratado nem drenado é indicação para VNI.		
7. Num ventilador pressumétrico se ocorrer um episódio apneico ou esforço inspiratório insuficiente, o ventilador impõe um ciclo respiratório.		
8. Os ventiladores pressumétricos apresentam duas modalidades ventilatórias o CPAP e o Bínivel.		
9. O CPAP aplica vários tipos de pressão durante todo o ciclo respiratório não assistindo a inspiração.		
10. O CPAP é utilizado na prevenção e correcção das hipopneias e apneias.		
11. O Binível é uma modalidade ventilatória por pressão positiva com dois níveis.		
12. O IPAP diminui a PO ₂ e aumenta a PCO ₂ .		
13. O EPAP reduz o trabalho necessário para os doentes com alguma capacidade para desencadear os ciclos ventilatórios.		
14. O Binível apresenta o modo controlado, assistido/controlado e espontâneo/assistido.		
15. A resistência das narinas ao fluxo de ar e as fugas pela boca não limitam o interface escolhido.		
16. A máscara facial reduz o espaço morto e permite uma correcção mais rápida das trocas gasosas.		
17. A escolha de interfaces adequados e confortáveis, são factores importantes para o sucesso da VNI.		
18. A adaptação do doente à VNI depende essencialmente das características de cada doente, da patologia em si, do ventilador e da interface.		
19. Um doente com IRG pode fazer Binível para corrigir a retenção de CO ₂ .		

Obrigado pela colaboração!

Raquel Pereira

Apêndice II – Guia de VNI



Guia de VNI

Documento elaborado por: Raquel Pereira, aluna do 6^o curso de mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Sob orientação de : Enfermeiro Paul Titus e Enfermeira Ana Sofia Dias

Programação, manuseamento e monitorização dos ventiladores e interfaces

Parâmetros dos Ventiladores

IPAP - Pressão positiva inspiratória, força o ar para dentro dos pulmões, ajudando a musculatura respiratória.

EPAP - Pressão positiva expiratória Recrutamento alveolar, aumenta oxigenação, diminui CO₂.

IPAP máx. - Tempo máximo que o dispositivo administrará a pressão IPAP. Este neutraliza o efeito dos vazamentos de ar pela boca e melhora a sincronia.

IPAP min - Tempo mínimo na demanda do IPAP.

Rise time” - Tempo de subida entre a pressão de expiração e a pressão de inspiração

Trigger (“gatilho”) inspiratório - Dispositivo encarregado de detectar o esforço respiratório do doente e iniciar a fase inspiratória.

Trigger (“sensibilidade”) expiratório - Redução do fluxo inspiratório (sinal que os músculos inspiratórios estão a começar a relaxar.

FR - Frequência respiratória por minuto mínima que é exigida fisiologicamente ao doente.

Rampa - Tempo programado para o ventilador atingir a pressão de IPAP, previamente definida, de forma faseada.

COMO INICIAR?

IPAP

- Iniciar com 10 (+/-2) cmH₂O.
- Aumentar de 2 em 2, consoante tolerância, até ao ideal do doente.

EPAP

- Iniciar de 4 a 6 cmH₂O
- Aumentar de 1 em 1, até atingir SatO₂ > 92%.

FR

- Entre 14 a 18 ciclos/min.

Rampa

- Entre 0 a 60 minutos (ideal 20 min).

ATENÇÃO: Estes valores não são taxativos e dependem, essencialmente, da adaptação e reação de cada doente aos parâmetros do ventilador e às interfaces.

INTERFACES

O que ter em conta?

- Gravidade da situação/doença de base
- Tipo de ventilador
- Pele do doente/morfologia da face
- Colaboração do doente
- Experiência da equipa
- Recursos disponíveis



TIPOS DE INTERFACES



Máscara Nasal

- Bem tolerada, confortável, permite falar, alimentar-se e eliminar as secreções brônquicas.
- Via nasal desobstruída.
- A resistência das narinas ao fluxo de ar e as fugas pela boca podem limitar o seu uso
- Aquando fuga pela boca, aplicar apoio de queixo.



Máscara facial ou oronasal

- Preferível nas situações agudas
- Mais eficaz para pressões elevadas, permitindo um maior volume corrente
- Aumenta o espaço morto e permite uma correção mais rápida das trocas gasosas
- Dificulta a eliminação de secreções
- Sensação de claustrofobia e maior risco de aspiração de vômito



Almofadas nasais

- Muito utilizadas quando surgem lesões cutâneas
- Não permite utilizar pressões elevadas
- Aumenta a probabilidade de fugas
- Mais utilizadas no tratamento do SAOS



Almofadas nasais completas

- Alternativa eficaz às típicas máscaras faciais
- Minimiza o contacto com a pele, diminuindo a incidência de úlceras de pressão na pirâmide nasal
- Pode não ser eficaz com pressões elevadas



Máscara facial total

- Diminui a fuga.
- Possibilita o uso de pressões inspiratórias maiores.
- Diminui a incidência de lesões por pressão da máscara.
- A reinalação de CO₂ é semelhante às restantes apesar do grande volume.
- Claustrofobia.
- Capacidade de visão global diminuída.



Capacete/Helmet

- Evita a lesão da pele.
- Grande espaço morto e a parede maleável levam à reinalação de CO₂ e necessidade de pressões elevadas (IPAP).
- Ruído interno.
- Claustrofobia.
- Visão global e audição comprometidas.



COMO PROTEGER A PELE DOS INTERFACES?

- Placas hidrocolóides
- Placas de gel
- Cremes hidratantes (retirar o excesso)

ATENÇÃO: Apertar o interface em demasia reduz a sua eficácia.

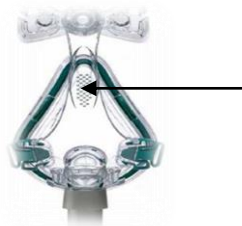
“Fuga zero” não é o ideal!

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Material/Equipamento

- Fonte de energia
- Ventilador
- Traqueia
- Fonte de O₂
- Filtro
- Interface
- **Válvula expiratória**
- Humidificador, se for o caso.

NOTA: A válvula expiratória deve estar sempre aberta uma vez que a não existência de saída do gás expirado pode provocar reinalação de CO₂. Em doentes com hipercapnia pode ser problemático.

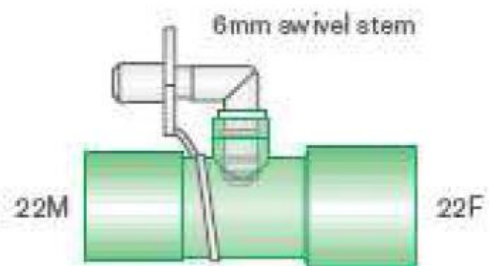


Não esquecer....

Colocar **sempre** à saída do ventilador



Colocar **entre o filtro e o circuito**



VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Vantagens

- Relativamente fácil de instituir e de retirar.
- Evita o trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal.
- Sem necessidade de sedação.
- Permite ao doente tossir eficazmente, alimentar-se oralmente e falar (dependendo do tipo de interface).
- Menor taxa de complicações (infecção e lesões traqueais).
- Menor custo.
- Pode ser instituído nas enfermarias e não apenas nas unidades destinadas ao doente crítico.

Contra – indicações

- Paragem cardíaca ou respiratória.
- Encefalopatia grave.
- Hemorragia digestiva alta grave.
- Instabilidade hemodinâmica / Arritmia cardíaca instável.
- Deformidade, trauma ou cirurgia facial recente.
- Obstrução das vias aéreas superiores.
- Incapacidade de eliminação das secreções traqueobrônquicas.

Complicações

Relacionados com a máscara/interface

- Desconforto.
- Claustrofobia.
- Rush cutâneo (reações de hipersensibilidade).
- UPP (Pirâmide nasal e frontal).
- Obstrução nasal.
- Risco de aspiração de vômito e consequente asfixia (raro).

Relacionados com a pressão e fluxo

- Dor nos seios perinasais e otalgia
- Distensão abdominal.
- Secura das mucosas orais e nasais.
- Presença e acumulação de secreções.

- Pneumotórax (raro).

Hemodinâmicas

- Hipotensão

Assincronia doente/ventilador.

Ruído ventilador/fugas elevadas.

Complicações major

- Pneumonia de aspiração.
- Pneumotórax.

Monitorização. O que deve ser vigiado?

- Sincronia doente/ventilador.
- FR.
- Fugas.
- Estado de consciência.
- Oximetria de pulso.
- Monitorização cardíaca.
- Pressão arterial.
- Alarmes do ventilador.
- Gasimetria arterial.

FACTORES DE SUCESSO DA VNI

- Seleção dos doentes (cooperação/motivação).
- Secreções escassas.
- Menor idade.
- Melhor score neurológico.
- Início atempado.
- Hipercápnia moderada.
- Acidémia moderada.

- Local e equipamentos adequados.
- Interfaces adequados e confortáveis.
- Melhoria clínica e trocas gasosas nas primeiras 2h.
- Pessoal médico e de enfermagem treinado/formado/motivado.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Manter a permeabilidade das vias aéreas.
- Proceder a uma higiene oral cuidada.
- Vigiar integridade da pele
- Aplicar creme hidratante.
- Aplicar hidrocoloide nas zonas de maior pressão de forma preventiva.
- Adequar o horário da ventilação com intervalos para:
 1. Alimentação
 2. Técnicas de cinesiterapia respiratória.
- Administração de medicação por via oral e aerossol.
- Verificação e controle de fugas.
- Promover formas de comunicação alternativa.
- Supervisionar a limpeza e desinfeção dos equipamentos.

BIBLIOGRAFIA

Heitor, M.; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M. e Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Machado, M. G. (2008). *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Phipps, W.; Sands, J. e Lehman, M. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* Volume II. Loures: Lusodidacta.

Presto B. & Damázio L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora.

Apêndice III – Sessão de Formação VNI

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

FORMAÇÃO REALIZADA POR : ENFERMEIRA RAQUEL
PEREIRA

Junho 2013



Programação, manuseamento e monitorização dos ventiladores e interfaces



Parâmetros dos ventiladores

IPAP

- Ventilação adequada, ajuda os músculos respiratórios

EPAP

- Recrutamento alveolar, aumenta oxigenação, diminui CO_2

IPAP máx.

- Tempo máximo que o dispositivo administrará a pressão IPAP. Este neutraliza o efeito dos vazamentos de ar pela boca e melhora a sincronia

IPAP min.

- Tempo mínimo na demanda do IPAP

Parâmetros dos ventiladores

“Rise time”

- Tempo de subida entre a pressão de expiração e a pressão de inspiração

Trigger (“gatilho”) inspiratório

- Dispositivo encarregado de detectar o esforço respiratório do doente e iniciar a fase inspiratória

Trigger (“sensibilidade”) expiratório

- Redução do fluxo inspiratório (sinal que os músculos inspiratórios estão a começar a relaxar)

Parâmetros dos ventiladores

FR

- Frequência respiratória por minuto mínima que é exigida fisiologicamente ao doente

Rampa

- Tempo programado para o ventilador atingir a pressão de IPAP, previamente definida, de forma faseada

Como iniciar?

IPAP

- Iniciar com 10 (+/-2) cmH₂O
- Aumentar de 2 em 2, consoante tolerância, até ao ideal do doente

EPAP

- Iniciar de 4 a 6 cmH₂O
- Aumentar de 1 em 1, até atingir SatO₂ > 92%

FR

- Entre 14 a 18 ciclos/min

Rampa

- Entre 0 a 60 minutos (ideal 20 min)

Ventilação não Invasiva

Muitos ventiladores
Muitas máscaras
Várias características
... várias empresas

Porquê?



Objectivo: Conforto e necessidade de adesão

Ventiladores: a evolução



Ventiladores: a evolução



Ventiladores: a evolução



Ventiladores: a evolução



Ventiladores: a evolução



Ventiladores: a evolução



Ventiladores: o futuro



Interfaces



Interfaces

O que ter em conta?



Interfaces

O que ter em conta?

- Gravidade da situação/doença de base
- Tipo de ventilador
- Pele do doente/morfologia da face
- Colaboração do doente
- Experiência da equipa
- Recursos disponíveis

Interfaces

Nasal

Facial

Facial total

Almofadas
nasais

Almofadas
nasais
completa

Capacate /
Hemlet

Interfaces

Máscara Nasal



- Bem tolerada, confortável, permite falar, alimentar-se e eliminar as secreções brônquicas
- Via nasal desobstruída
- A resistência das narinas ao fluxo de ar e as fugas pela boca podem limitar o seu uso
- Aquando fuga pela boca, aplicar apoio de queixo

Interfaces

Máscara facial ou oronasal

- Preferível nas situações agudas
- Mais eficaz para pressões elevadas, permitindo um maior volume corrente
- Aumenta o espaço morto e permite uma correcção mais rápida das trocas gasosas
- Dificulta a eliminação de secreções
- Sensação de claustrofobia e maior risco de aspiração de vômito



Interfaces

Almofadas nasais

- Muito utilizadas quando surgem lesões cutâneas
- Não permite utilizar pressões elevadas
- Aumenta a probabilidade de fugas
- Mais utilizadas no tratamento do SAOS



Interfaces

Almofadas nasais completas

- Alternativa eficaz às típicas máscaras faciais
- Minimiza o contacto com a pele, diminuindo a incidência de úlceras de pressão na pirâmide nasal
- Pode não ser eficaz com pressões elevadas



Interfaces

Máscara facial total

- Diminui a fuga
- Possibilita o uso de pressões inspiratórias maiores
- Diminui a incidência de lesões por pressão da máscara
- A reinalação de CO_2 é semelhante às restantes apesar do grande volume
- Claustrofobia
- Capacidade de visão global diminuída



Interfaces

Capacete/Helmet

- Evita a lesão da pele
- Grande espaço morto e a parede maleável levam à reinalação de CO_2 e necessidade de pressões elevadas (IPAP)
- Ruído interno
- Claustrofobia
- Visão global e audição comprometidas



Interface

Protecção cutânea

- Placas hidrocolóides
- Placas de gel
- Cremes hidratantes (retirar o excesso)

Apertar o interface em demasia reduz a sua eficácia.

“Fuga zero” não é o ideal!

O futuro...



A REALIDADE DO MEU SERVIÇO.....



Vivo 40



Material



Sempre importante...

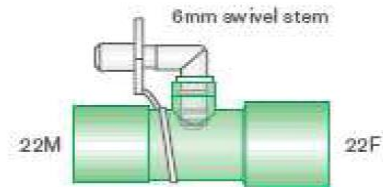


Sempre importante...

Colocar **sempre** à saída do ventilador



Colocar **entre** o filtro e o circuito



Tudo operacional?



Monitorização

- Sincronia doente/ventilador
- FR
- Fugas
- Estado de consciência
- Oximetria de pulso
- Monitorização cardíaca
- Pressão arterial
- Alarmes do ventilador
- Gasimetria arterial

Complicações da VNI

Relacionados com a máscara/interface

- Desconforto
- Claustrofobia
- Rush cutâneo (reações de hipersensibilidade)
- UPP (Pirâmide nasal e frontal)
- Obstrução nasal
- Risco de aspiração de vómito e consequente asfixia (raro)

Complicações da VNI

Relacionados com a pressão e fluxo

- Dor nos seios perinasais e otalgia
- Distensão abdominal
- Secura das mucosas oral e nasal
- Presença e acumulação de secreções
- Pneumotórax (raro)

Complicações da VNI

Hemodinâmicos

- Hipotensão

Assincronia doente/ventilador

Ruído ventilador/fugas

Complicações major

- Pneumonia de aspiração
- Pneumotórax

Factores de sucesso

Seleccção dos doente (cooperação/motivação)

Secreções escassas

Menor idade

Melhor score neurológico

Início atempado

Hipercápnia moderada

Factores de sucesso

Acidémia moderada

Local e equipamentos adequados

Interfaces adequados e confortáveis

Melhoria clínica e trocas gasosas nas primeiras 2h

Pessoal médico e de enfermagem treinado/formado/motivado

Em suma....

O que usar e quando?

- EAP?
- Pneumotorax?
- IRG?
- IRP?

ATENÇÃO!!!!

Estes exemplos não são taxativos. Tudo depende da adaptação e reação do doente a este tipo de ventilação.

Terminámos...

...Podem respirar fundo!

Dúvidas?



Bibliografia

- Heitor, M.; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M. e Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Machado, M. G. (2008). *Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Phipps, W.; Sands, J. e Lehman, M. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* Volume II. Loures: Lusodidacta.
- Presto B. & Damázio L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora.

Apêndice IV – Avaliação da sessão de formação de VNI na UCIP



AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

(Faça uma cruz na opção que considerar mais correta)

- **QUANTO À PERTINÊNCIA / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO**

Muito pertinente e adequado às necessidades da unidade	Pertinente e adequado às necessidades da unidade	Moderadamente pertinente e moderadamente adequado às necessidades da unidade	Pouco pertinente e pouco adequado às necessidades da unidade.	Nada pertinente ou adequado.

- **QUANTO AOS CONTEÚDOS DA FORMAÇÃO.**

Conteúdos adequados, explícitos.	Conteúdos adequados, mas pouco explícitos.	Conteúdos moderadamente Adequados e explícitos	Conteúdos pouco adequados	Nenhuma adequação de conteúdos

- **QUANTO AO FORMADOR**

Domina bem os conteúdos e foi bastante explícito.	Domina os conteúdos e foi explícito	Domina moderadamente os conteúdos e foi moderadamente explícito.	Domina pouco os conteúdos e foi pouco explícito.	Não domina conteúdos

Sugestões de melhoria

Apêndice V – Guião da entrevista semi - estruturada
do AMP.



OBJETIVO: Reflectir sobre a importância do conforto como expressão do cuidado humanizado, ao doente em contexto de urgência/emergência.

METODOLOGIA: Este estudo foi desenvolvido através de **observação** e **conversas informais** com os doentes internados em SO adultos do Hospital Privado X tendo por base metodologia reflexiva e pesquisa bibliográfica.

<u>CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA</u>	<u>ITENS</u>	<u>RESPOSTAS</u>
<p>Físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Controlo Sintomático</u> Necessidades básicas Controlo da dor • Casa de banho com chuveiro • Alimentação (quantidade, qualidade e horário das refeições). 	
<p>Psico espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidade • Atendimento/Acompanhamento do foro religioso (presença, quando solicitado pelo doente, do capelão). • Acompanhamento/ presença da família • Conduta do Enfermeiro: <p><u>Relação terapêutica</u> Escuta ativa Reconhecimento do doente Respeito Sensibilidade Proximidade Comunicação verbal e não-verbal Toque Humor</p>	
<p>Sociocultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de lazer e distração 	
<p>Ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ruídos (monitores cardíacos, oxímetros, conversas paralelas entre profissionais de saúde, toque do telefone do serviço, passos, transferências de camas). 	

Outras Observações específicas referidas pelos doentes internados:

“ O enfermeiro deverá ter a subtileza necessária para fazer de cada encontro e de cada cuidado prestado uma ocasião propícia para ajudar e proporcionar conforto”

Ribeiro e Costa (20

Apêndice VI – Artigo desenvolvido no AMP – O conforto num serviço de atendimento médico permanente – Perceção dos doentes.



O Conforto num serviço de atendimento permanente/serviço de urgência: Percepção dos doentes

Pereira, Raquel¹

Sousa, Patrícia Pontífice de²

RESUMO: Na prática diária de enfermagem e, sobretudo, no serviço de urgência, o conceito de conforto acaba por se perder no meio de outros conceitos mais tecnicistas que surgem como sendo prioritários. Como tal, torna-se importante desenvolver estudos que remetam para o fenómeno do conforto enquanto experiência individual e particular, com base numa realidade concreta. Este estudo tem como objectivo identificar qual a percepção dos doentes de um serviço de atendimento permanente de um Hospital Privado acerca do conforto bem como quais os principais factores identificados como causadores de desconforto. Trata-se de um estudo exploratório que utiliza a metodologia descritiva. As respostas foram colhidas através de observação e conversas informais. O estudo revelou que a maioria dos doentes valoriza questões relacionadas com o contexto socio cultural e psicoespiritual, e que os principais factores de desconforto se prendem essencialmente com questões do contexto ambiental. **Palavras – Chave:** serviço de urgência, conforto, Enfermagem.

ABSTRACT: In daily practice of nursing, and especially in the emergency department, the concept of comfort ends up lost in the middle of other concepts which appear technicians priority. As such, it becomes important to develop studies referring to the phenomenon of comfort based on a concrete reality. This study aims to identify the perception of patients from an emergency department on a Private Hospital about comfort and the main factors that cause them discomfort. This is an exploratory study that uses a descriptive methodology. Responses were collected through observation and informal conversations. The study revealed that most patients value issues related to socio cultural and psycho-spiritual, and that the main factors of discomfort are relating essentially to issues of environmental context. **Key - Words:** emergency service, comfort, nursing.

RESUMEN: En la práctica diaria de enfermería y, sobretudo, en el servicio de urgencias, el concepto de bienestar acaba por perderse en el medio de otros conceptos más técnicos que surgen como siendo prioritarios. Como tal, se torna importante desenvolver estudios que se dirijan para el fenómeno de bienestar en cuanto la experiencia individual y particular, con base a una realidad concreta. Este estudio ten como objetivo identificar cual es la percepción de los pacientes de un Hospital Privado acerca del bienestar e cuales los principales factores que les causan desconforto. Se trata de un estudio exploratorio que utiliza a metodología descriptiva. Las respuestas fueran escogidas mediante la observación y conversaciones informales. El estudio identificó que la mayoría de los pacientes valorizan las cuestiones relacionadas con el contexto socio cultural y psico espiritual, y que los principales factores de desconforto vinculados esencialmente con cuestiones del contexto ambiental. **Palabras – Llave:** servicio de

¹ Enfermeira do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo, Estudante do 6º curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica de Lisboa (ICS- Instituto Superior de Ciências da Saúde).

² Professora Doutora, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e Docente da Universidade Católica de Lisboa.

Introdução

Nos últimos anos, muitas questões relativas à humanização no atendimento às pessoas que procuram os serviços de urgência hospitalar têm sido abordadas: desde a demora média, ao atendimento, espaço físico ou até mesmo à falta de material, equipamentos e recursos humanos. Diante de tais abordagens há necessidade de compreender o significado de atendimento humanizado neste tipo de serviços. É considerado serviço humanizado aquele que na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao serviço desta, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade ⁽¹⁾.

Por seu carácter de urgência e emergência, os serviços de urgência hospitalar, com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se um ambiente de muita tensão e stress ⁽²⁾. Todos quantos vivenciam esta realidade, sejam os doentes, os familiares ou a equipa de saúde, estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte ⁽³⁾. Além disso, as especificidades deste ambiente induzem os profissionais destes serviços a posicionarem-se de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada.

Este estudo teve lugar no serviço de urgência de um Hospital Privado em que a maioria das condições de conforto se encontra acima da média. Ficam, pois, em aberto algumas questões: **O que será que os doentes identificam como fator de**

desconforto num serviço com condições por si só já tão propícias? O que é que realmente fará a diferença junto destes doentes?

Nos dias de hoje, o aumento da longevidade média de vida bem como as evoluções científicas e técnicas conduzem o ser humano na busca por uma melhoria da qualidade de vida. Sabemos que o conforto é uma necessidade de toda a pessoa humana ao longo do processo de vida, na saúde e na doença, e especificamente em grupos de doentes física e socialmente vulneráveis ou fragilizados, como é o caso dos idosos, doentes oncológicos ou doentes em fim de vida. É neste contexto que emerge na saúde, mais concretamente na Enfermagem, o conceito de **conforto**, que surge como elemento relevante em várias teorias de enfermagem e é termo integrante das taxionomias profissionais.

À luz da sua teoria, refere Katharine Kolcaba (2003) que, o conforto pode ser definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”.⁽⁴⁾ A mesma autora diz ainda que conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, socio cultural e ambiental)”. No desenvolvimento da sua teoria Kolcaba viria a acrescentar que conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” ⁽⁵⁾.

Este é um conceito holístico e multidimensional, traduzindo uma visão mais abrangente que o conceito inicial da profissão de enfermagem.

O Código Deontológico do Enfermeiro refere no seu Artigo 82º alínea b) que 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 da pessoa” (6).

Torna-se então de extrema importância que na nossa prática de enfermagem o conceito de conforto esteja bem presente nas mais pequenas coisas, uma vez nenhum pormenor relativo ao conforto poderá ser alheio da enfermagem. Conforme refere Kolcaba (2003), quando o doente atinge o conforto, sente-se mais fortalecido e torna-se mais empenhado em ter comportamentos de saúde. (4)

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido num serviço de atendimento permanente / urgência de um hospital privado localizado em Lisboa.

Com base no processo de amostragem qualitativa, foram seleccionados os doentes internados no SO do serviço de atendimento permanente do referido hospital. Esta escolha de amostragem obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: doentes orientados no tempo, espaço e pessoa e doentes com tempo de permanência no SO superior a 4 horas. Tanto a observação como as conversas informais com os doentes decorreram no

período compreendido entre 8 de Outubro e 8 de Novembro de 2013.

No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.⁷

O processo compreendeu a observação/conversa informal; a transcrição das observações ou das respostas resultantes da conversa informal para um guia previamente definido; leitura atenta dos resultados com vista à sua classificação e, por fim, análise interpretativa dos resultados.

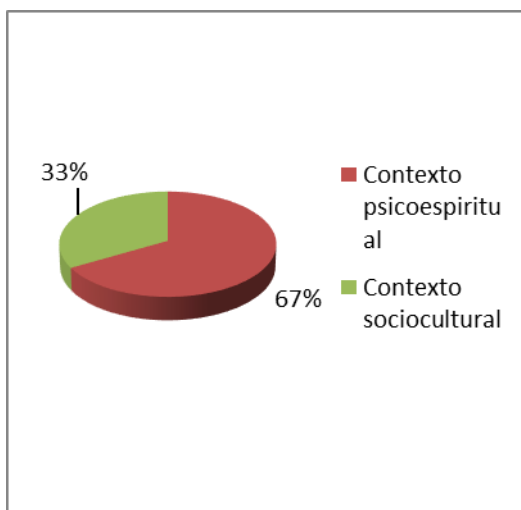
O guia definido foi elaborado com intuito das respostas poderem ser categorizadas de acordo com os 4 contextos da teoria do conforto de Katherine Kolcaba: **Contexto físico** (necessidades básicas, controlo da dor alimentação); **contexto psicoespiritual** (privacidade, acompanhamento do foro religioso, presença da família, conduta do enfermeiro/relação terapêutica); **contexto sociocultural** (actividades de lazer e distração) e **contexto ambiental** (ruídos: monitores cardíacos, conversas entre profissionais, toque do telefone, transferência de camas e luminosidade).

A amostra é constituída por um total de 23 doentes internados em SO com idades compreendidas entre os 16 e os 91 anos de idade, do sexo feminino e masculino.

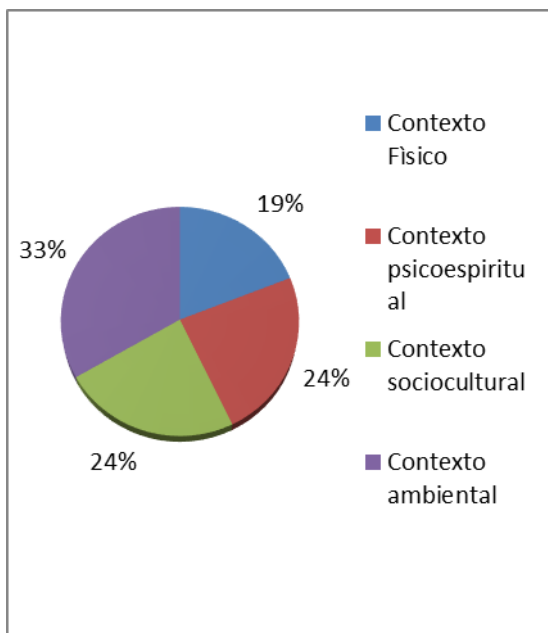
Resultados

Os resultados são apresentados por faixas etárias: Até aos 19 anos; dos 19 aos 65 anos e > a 65 anos.

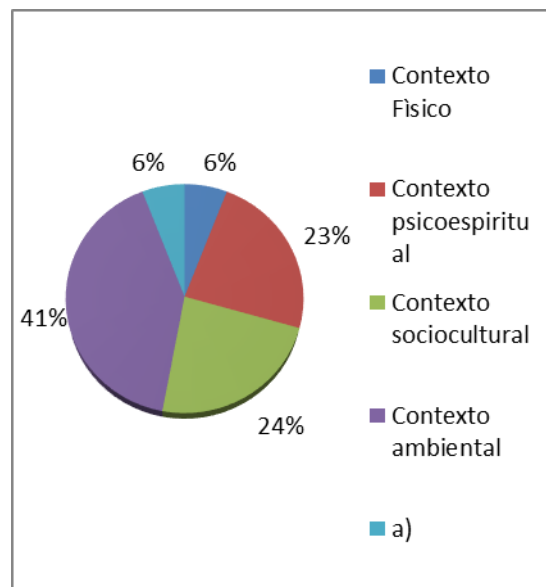
Análise da amostra até aos 19 anos



Análise da amostra 19 aos 65 anos de idade



Análise da Amostra > 65



a) Doente refere encontrar-se nas condições ideais.

Os gráficos demonstram que, no que respeita à variável “ faixa etária”, os doentes com **idade inferior a 19** anos não referiram quaisquer necessidades de conforto no contexto físico ou no contexto ambiental. As suas carências prendem-se essencialmente com o contexto psico espiritual e socio cultural.

“ *Faltam-me coisas para me entreter... Quería a minha mochila com os meus bens pessoais...O Ipad, o telemóvel. Nestas horas essas coisas fizeram-me falta*”. (doente sexo masculino, 17 anos).

Na faixa etária entre os 19 e os 65 anos a maioria doentes (33%), referiram necessidades por satisfazer que se prendem com o contexto ambiental.

“ *O toque do telefone pode tornar-se bastante incómodo durante a noite, ainda mais eu que tenho o sono tão leve...*” (doente sexo feminino 57 anos).

“ Ao fim de algumas horas, se nos sentirmos melhor, ficamos aborrecidos. Nos períodos entre as refeições poderia haver alguma coisa para nos ocupar mais a cabeça. Uma televisão, por exemplo...” (doente sexo masculino 58 anos).

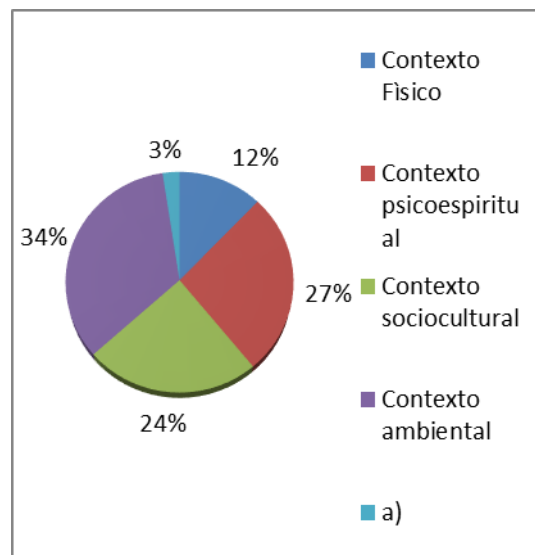
“A proximidade entre o SO adulto e o SO da pediatria não é nada agradável. Não consegui descansar à noite porque as crianças choraram muito”. (sexo masculino, 39 anos).

“ Causa-me desconforto a luminosidade excessiva quer de dia quer de noite. Mesmo durante o dia esta luz é fortíssima”. (doente sexo feminino, 51 anos).

A faixa etária correspondente a doentes com idade superior a 65 anos também refere mais factores de desconforto a nível do contexto ambiental. (41%). O contexto psicoespiritual e sociocultural representam respectivamente 23 e 24% dos factores de desconforto dos doentes nesta faixa etária. Já o contexto físico tem uma percentagem muito pouco relevante.

“ Estive aqui muitas horas, quase um dia e meio. Custou-me não existirem janelas...A luz natural podia ajudar a melhorar o ambiente. Assim uma pessoa nunca sabe quando é de dia nem quando é de noite...” (doente do sexo feminino, 84 anos).

Análise Geral correspondente a todos os doentes



Analisando a generalidade dos doentes conclui-se que o contexto mais valorizado é o ambiental com uma percentagem de 34%. O contexto psicoespiritual e sociocultural assumem percentagens muito semelhantes. Comum a todas as faixas etárias é a baixa percentagem do contexto físico.

Considerações Finais

Nos serviços de urgência, de uma maneira geral, torna-se difícil manter cuidados de conforto adequados e específicos a cada doente.

Neste serviço de um Hospital Privado, os doentes tem à sua disposição um conjunto de condições muito propícias à satisfação e ao conforto. No entanto, apesar das condições excelentes que o serviço proporciona existiam ainda algumas necessidades de cuidados de conforto por colmatar.

O estudo revelou claramente que os doentes sentem necessidade de colmatar necessidades de conforto no âmbito do contexto ambiental que engloba situações

relativas ao ruído, ao excesso de luminosidade, ao toque do telefone, às conversas paralelas entre profissionais de saúde e ao barulho provocado por outros doentes.

No que respeita à diferenciação entre faixas etárias o estudo concluiu que os doentes mais jovens (idades inferiores a 19 anos) não referem necessidades de conforto a nível físico nem ambiental.

Os doentes entre os 19 e os 65 anos bem como os doentes com idade acima dos 65 anos referiram como principais necessidades de conforto a ser colmatadas aquelas que correspondem ao nível ambiental.

Com base no evidenciado, esta investigação propiciou o entendimento de que os cuidados de conforto podem ser atingidos por meio de acções conjuntas: um olhar atento pode detetar as verdadeiras necessidades de conforto dos doentes e mudar verdadeiramente a percepção dos mesmos acerca do internamento no serviço de urgência.

Referências Bibliográficas

- 1- Mezomo J.C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole; 2001.
- 2 - Fórum permanente das patologias clínicas. Direito do paciente. O Mundo da Saúde. 1995;19(10):347-9.
- 3 - Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1):151-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.
- 4 -Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- 5- Kolkaba, K.(2009). Comfort. Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. s.l.: Lippincott.
- 6 - Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros. p.187.
- 7 – Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004

Apêndice VII – Guião da entrevista semi estruturada
na UCP.

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI EXTRUTURADA

1. Caracterização do familiar

Idade:

Grau de parentesco com o doente:

Diagnóstico do doente:

Tempo de descoberta da doença:

2. Caracterização da percepção do familiar acerca do doente

2.1 O seu familiar conhece o diagnóstico? Totalmente?

2.2 O seu familiar fala sobre a doença, sobre a possibilidade de morte?

2.3 O seu familiar demonstra sentimentos de: negação, raiva, revolta?

2.4 Pensa que o seu familiar já aceita o diagnóstico bem como todas as suas particularidades?

2.5 Face à situação actual, qual o/os adjectivo/os que considera que melhor caracterizam o seu familiar?

Ansioso

Triste

Calm

Tranquilo

Angustiado

Resignado

Preocupado

Amedrontado

Em claro sofrimento

3. Percepção do familiar acerca do conforto do doente

Baseado nos 4 contextos da teoria do conforto de Katherine Kolcaba.

3.1 Contexto físico:

- Considera que o seu familiar esteja com dor? Se sim, consegue quantificar a dor do seu familiar em grave/moderada ou ligeira?
- Observa no seu familiar cansaço físico? Se sim, como o quantificaria?
- Considera que o seu familiar se encontra nauseado? Se sim, quantas vezes por dia?
- Observa no seu familiar sensação de falta de ar? Se sim, com que magnitude?
- Como classificaria o apetite do seu familiar na hora das refeições?
- Observa que o seu familiar se encontra sonolento durante o dia?

3.2 Contexto Psico- espiritual

- Como classificaria o estado psicológico do seu familiar?
- Observa sinais de ansiedade no seu familiar?
- Considera que o seu familiar, desde que soube o diagnóstico, se isola dos restantes membros da família?
- Considera que a presença da família faz o seu familiar sentir-se melhor?
- Considera que a privacidade é uma componente importante para o bem-estar/conforto do seu familiar?
- É importante para o seu familiar estabelecer uma relação de empatia com a equipa multidisciplinar? Nomeadamente médico e enfermeiros que o acompanham diariamente?
- Se fosse possível, considera que o seu familiar se sentiria confortável em receber visitas de acompanhamento espiritual nomeadamente o capelão ou outro assistente espiritual?

3.3 Contexto Socio cultural

- Quais as actividades de lazer e distração que considera serem as mais apreciadas pelo seu familiar?
- Considera que realizar essas actividades durante o dia melhora a disposição e aumentam o conforto do seu familiar?

3.4 Contexto Ambiental

- Relativamente ao ambiente aqui do serviço, quais os factores ambientais que considera serem os mais incomodativos para o seu familiar? (ruído, luminosidade, barulho dos monitores, conversas entre profissionais de saúde...)

De uma maneira geral, quais os factores que consideram preponderantes para que o seu familiar se sinta confortável?

Apêndice VIII – Consentimentos informados
entregues à doente e ao familiar (marido).

Protocolo de consentimento informado - Entrevista

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo de caso da autoria de Raquel Pereira (Aluna do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa), orientado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, no âmbito do Módulo III- Cuidados Paliativos do ensino clínico, integrado no mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo de caso. Aceito responder a uma entrevista que explora questões sobre o meu conforto.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar nesta entrevista, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área do conforto, sendo, contudo, acordado que não obterei qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo de caso será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Protocolo de consentimento informado - Entrevista

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo de caso da autoria de Raquel Pereira (Aluna do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa), orientado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, no âmbito do Módulo III- Cuidados Paliativos do ensino clínico, integrado no mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo de caso. Aceito responder a uma entrevista que explora questões sobre o conforto do meu familiar.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar nesta entrevista, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área do conforto, sendo, contudo, acordado que não obterei qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo de caso será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Apêndice IX – Entrevista à doente internada na
UCP.

Entrevista Sr^a. E – Baseada no guião

Idade: 56 anos

Grau de parentesco com o doente: A própria

Diagnóstico do doente: Adenocarcinoma de ponto de partida desconhecido (tubo digestivo?) com metastização mediastínica e óssea a nível da coluna dorsal.

Tempo de descoberta da doença: Desde Agosto de 2013

2.1 Tenho total noção do meu diagnóstico. Sei que tenho um problema muito grave. Uma doença muito, muito feia mesmo.

2.2. Inicialmente falei muito sobre a minha doença, o meu cancro, o meu “ bicho”. Mas falava como uma guerreira, com coragem, com a força e a certeza de que iria vencer isto tudo. Aliás, tinha poucas dúvidas de que iria vencer a todo o custo. Agora é diferente, falo menos sobre o assunto. E, embora saiba que vou morrer evito falar disso para não magoar o J. (marido) e o meu filho.

2.3 Revolta tive ao início, um bocadinho. Achei que não merecia uma doença destas. Mas ninguém merece não é verdade? Quando me vi confrontada pela primeira vez com a notícia revoltei-me mas logo a seguir decidi que não ia embora deste mundo sem dar, pelo menos, um pouco de luta. E assim foi. Lutei, ultrapassei os tratamentos de quimioterapia que não foram fáceis e fui sorrindo sempre.

2.4 Agora aceito o diagnóstico, não tenho alternativa. Sei que mais cedo ou mais tarde será o meu fim. É duro dizer isto, nem imagina. Mas sim, aceito.

2.5 Triste, tranquila, amedrontada. Este ultimo tem a ver com o medo que tenho da forma como será a minha morte. Tenho medo de sofrer.

3.1 Contexto Físico

- Tenho dor esporádica, principalmente durante a noite. É uma dor moderada que nunca chega a ser muito acentuada porque chamo sempre algum de vocês

quando sinto que a dor está a começar. Chamo logo porque não conseguiria aguentar outra vez as dores que tive na noite em que fui internada aqui na unidade. Nem me quero lembrar! Foi um sofrimento muito grande....É dor nas costas e nas pernas.

- Sim, sinto-me cada vez mais cansada. Sentar-me na cama, pôr-me de pé e ir à casa de banho naquela vossa cadeirinha já começa a ser difícil. Ontem cansei-me só a lavar os dentes, o J. teve que me ajudar e tudo.... Até a falar....Dê-me um pouco de água por favor...(Pausa demorada) Obrigado, como dizia, até a falar noto que fico desgastada.
- Não, nunca tive náuseas e nunca vomitei. Nem quando fiz quimioterapia. Graças a Deus.
- Às vezes, quando fico muito cansada, tenho essa sensação, mas não sei se será mesmo falta de ar. Se calhar é só impressão minha.
- Ao início comia muito bem, muito bem mesmo. Agora tenho cada vez menos vontade de comer. Para ser sincera, a maior parte das vezes só como para o J. não ficar desiludido. Noto que ele fica triste quando eu não como bem e está sempre a insistir comigo. Coitado...é o meu amor.
- Fico mais sonolenta quando tomo os dois comprimidos roxos (MST 60 mg) e aquelas gotas à noite. Durante o dia, quando me queixo com dores e vocês tem que me dar medicação extra, noto que fico mais quebrada também.

3.2 Contexto Psico- espiritual

- Estou tranquila, celebro as coisas mais pequenas que pode imaginar Raquel, por exemplo, aquele almoço romântico valeu por tudo. Foi uma grande alegria. Sinto que não me vale de nada ficar abalada, tenho que ir vivendo o que posso e o que consigo, enquanto me for permitido.

- Às vezes, não vou negar. Tenho os meus momentos. A minha maior ansiedade é ter dores daquelas...outra vez...como quando entrei...isso peço a Deus que nunca mais. Também fico ansiosa que possa sofrer quando chegar a hora da minha morte.
- Não, nunca me isolei. Pelo contrário, aproximou-me mais do meu filho mais novo. Com o J. é diferente porque sempre fomos muito próximos, muito mesmo. Estamos sempre aos abraços...é tão querido.
- Sim, sem eles nunca conseguiria. Já tinha partido, de certeza...
- Sim, sinto que preciso da minha privacidade, dos meus momentos a sós, seja com a minha família ou seja mesmo sozinha. Mas vocês respeitam muito isso. São impecáveis e estou completamente à vontade com vocês aqui. Tenho conhecido pessoas maravilhosas. Vocês são excelentes.
- Ai completamente. Como já disse, vocês realmente são fantásticos. Quando alguns de vocês entram pela porta só me apetece sorrir. Obrigado, obrigado, obrigado.... (pausa, chora um pouco). Não tenho palavras para vos descrever meus amigos...
- Eu já recebi mais do que uma visita do Frei Filipe. Foi muito importante. Sabe, o J. sempre foi muito católico mas eu não. Zanguei-me com a igreja e com a religião numa determinada altura da minha vida quando o meu filho mais velho se entregou a uma vida menos boa...enfim...agora já está tudo bem. Mas não ligava muito. Quando soube da doença, reencontrei-me mais com a religião, o J. até ficou muito espantado quando eu comecei a rezar à noite. (sorrisos). Estou contente por ter recuperado esta vertente e as visitas do Frei Filipe foram formidáveis. Fiz a santa unção aqui, sabe não sabe?

3.3 Contexto Socio cultural

- Gosto de ler, muito. Mas já vou tendo dificuldade. Gosto das conversas que tenho aqui com o meu marido e com vocês.
Adorei a visita do Miguel Sousa Tavares.....Foi um sonho mesmo.
- Claro, claro. Melhora mesmo. Sinto-me mais viva.

3.4 Contexto Ambiental

- Para ser honesta a única coisa que me incomoda mesmo é a diferença de temperatura do quarto para a casa de banho. Faz muito frio na casa de banho. Às vezes nem apetece levantar da cama por causa disso.

Pergunta Final: Para mim o mais importante é a presença do meu marido e do meu filho aqui comigo a toda a hora. E não ter dores. Mas mais a presença deles os dois.

Apêndice X – Entrevista ao familiar da doente
internada na UCP.

Entrevista Dr. J. (Marido da Sr^a E.)

Baseada no guião

Idade: 57

Grau de parentesco com o doente: Marido

Diagnóstico do doente: Adenocarcinoma de ponto de partida desconhecido (tubo digestivo?) com metastização mediastínica e óssea a nível da coluna dorsal.

Tempo de descoberta da doença: Desde Agosto de 2013

2.1 Sim, penso que a E. agora tem perfeita noção do que se está a passar com ela. Ela sabe que a situação é muito grave. Sabemos todos, não é?

Não é fácil para ela, tem sofrido muito. Agora está melhor agora, aqui internada, temos receio que a mandem para casa. Por causa das dores sobretudo.

2.2 Falou uma ou duas vezes acerca dessa possibilidade. Mas no fundo acho que ela sabe que poderá acontecer o pior a qualquer momento. Quando falou sobre a morte foi sempre com a preocupação se nós ficaríamos bem sem ela.

Sobre a doença em si sempre falou abertamente connosco, partilhava os seus medos mas com muita coragem mesmo. A minha mulher é a maior lutadora que alguma vez conheci...É muito injusto que isto esteja a acontecer com ela...connosco...com o nosso filho.

2.3 Julgo que no princípio de tudo sim, ficou zangada com a vida. Revoltou-se ali um bocado. Depois levantou a cabeça e decidiu que ia tentar ultrapassar a doença e lutar com as armas que tinha. Lembro-me de ela dizer muitas vezes, quando iam pessoas amigas lá a casa visitá-la: “ Isto não me vai roubar a vida, eu é que vou matar o bicho”.

Depois, quando começou a fazer os tratamentos de quimioterapia e o cabelo começou a cair, sentia-se feia. O nosso hall de entrada lá em casa tem um espelho grande e antes da doença a E. quando passava pelo hall dava sempre uma olhadela no espelho para ver se estava bem. Depois da quimioterapia notei que deixou de fazer isso. Olhava na direção da cozinha para não ter que olhar ao espelho. Mas manteve-se forte e determinada.

2.4 Aceitar, aceitar não sei....É difícil responder. (pausa, renitência). Ela está bastante mais serena, mais tranquila mas daí a aceitar completamente a situação não sei. Talvez sim, sim.

2.5 Antes de ser internada, aqueles dias antes de virmos para aqui julgo que estava em claro sofrimento, tinha tantas dores. Muitas mesmo...nas costas...

Neste momento acho que está calma, tranquila mas preocupada com a morte. Ela já me chegou a dizer que não quer sofrer quando chegar a hora dela. (começou a chorar).

3.1 Contexto Físico

- Sim, ela de madrugada às vezes tem dores. Nas costas, quando não chama logo por vocês as dores alastram para as pernas e ela fica muito aflita. Eu também fico, claro. Classifico como uma dor moderada porque fica rapidamente aliviada quando vocês trazem os medicamentos.
- Muito cansada. Infelizmente tem vindo a piorar a olhos vistos. Levantar-se para ir à casa de banho é um problema. Fica logo com aquela respiração ofegante e nem consegue quase falar. Precisa mesmo da vossa ajuda.
- Não, não. Isso não. Acho que foi o único problema que ela coitada não teve.
- Às vezes quando fica mais cansada, ou fala muito tempo seguido parece-me a mim que fica com um bocadinho de falta de ar. Mas ela nunca me referiu essa sensação por isso não sei responder.
- Ela agora anda a comer pior. Muito pior. Eu tento insistir um bocado com ela mas as suas colegas já me disseram que não é o mais importante. Anteontem fiquei todo satisfeito porque ela até comeu 2 sobremesas mas ontem e hoje não comeu quase nada. Dou-lhe duas ou três colheres e ela faz-me logo sinal com a mão que não quer mais.
- Quando vocês trazem os medicamentos da noite ela acaba por adormecer rápido. Dou-lhe o chazinho com os comprimidos e ela passado um quarto de hora já está a dormir. Durante o dia por vezes deixa-se dormir, mas normalmente está bem.

3.2 Contexto Psico- espiritual

- Está mais calma. Não digo que esteja sempre bem, ela tem momentos que vai mais abaixo. Põe-se a pensar...e depois é complicado. Mas acho-a mais serena, mais conformada talvez. Ela sabe que não tem muito tempo e acho que quer aproveitar para estar connosco.
- Sim, noto-a ansiosa em alguns momentos. Quando não consegue fazer alguma coisa ou quando tem dores fica mais nervosa. Mas acho que é normal...

- Não. Estivemos sempre ao lado dela. Eu quis acompanhar tudo o mais possível e ela sabe que estou aqui, sempre. Acho que ela nunca sentiu necessidade de se isolar porque somos muito chegados. Sempre demos muito carinho um ao outro. A doença aproximou-nos mais ainda. Não nos afastou. Sá a deixo mesmo quando ela partir. (novamente choroso).
- Sim, claro que sim,
- Sim, mas ela aqui está muito a vontade. Vocês sabem respeitar os tempos que ela precisa.
- Muito importante. Acho que ela já vos considera amigas. Pessoas em que ela sabe que pode confiar. Empatia é mesmo a palavra certa.
- Pois, a E. não ligava muito à religião. Nunca foi católica mas acho que esta aproximação à área espiritual lhe tem feito bem. Eu sou católico, acredito em Deus e pedi muito por ela. Também já a tenho visto rezar sozinha e também já rezamos juntos. Se lhe faz bem acho que deve continuar. Aqui já recebeu a visita do Frei Filipe, foi muito bom.

3.3 Contexto Socio cultural

- Ela gosta de estar aqui na conversa comigo, com o nosso filho e com pessoas amigas que vem cá vê-la. De resto já não consegue ter assim muitas mais atividades.
- Sim, ela gostou muito da visita do Miguel Sousa Tavares, por exemplo. Ele autografou uns livros, conversámos e tirámos fotografias. Ficou toda vaidosa e quer mostrar as fotografias a toda a gente. Ele disse que ela era muito corajosa, deu-lhe força e ela ficou toda satisfeita. Foi bom, acho que sim.

3.4 Contexto Ambiental

- Ela só não gosta de ter que ir para o frio da casa de banho. Isso é que é um problema. Ela é muito friorenta e não gosta nada de ir para a casa de banho porque diz que está gelada. Tirando isso, acho que está tudo ótimo.

Pergunta Final: Acho que nesta fase tudo é importante. Os vossos cuidados, a nossa presença, os medicamentos. É tudo. Ela precisa muito de tudo. E vai precisar até que chegue o final. Não a posso levar assim para nossa casa tenho mesmo muito medo.

Apêndice XI - Sessão de formação sobre conforto e teoria de Kolcaba apresentado em “ Journal Club” na UCP.

CONFORTO - PERCEÇÃO DO DOENTE E DA FAMÍLIA

ELABORADO POR: ENF. RAQUEL PEREIRA

TEORIA DO CONFORTO

*“Nurses are the people best equipped to confront this isolation
(of the patient) and bring comfort to the suffering”.*

Katharine Kolcaba

KOLCABA DEFINIU OS TIPOS DE CONFORTO COMO:

Alívio

- Satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio

Tranquilidade

- Estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais estável que o estado de alívio e não implica que haja desconfortos prévios.

Transcendência

- Condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Ou seja, é o estado em o doente sente que tem capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas

DA LITERATURA QUE FEZ SOBRE O HOLISMO, KOLCABA CONCLUIU QUE O CONFORTO PODE SER EXPERIMENTADO EM DIFERENTES CONTEXTOS:





ESTUDO DE CASO

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ

ESTUDO DE CASO

CONFORTO



FAMÍLIA



ESTUDO DE CASO

- Foi desenvolvido um estudo de caso acerca de uma doente e família internada na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz.
- Trata-se da D. Ema e do Dr. João. (351)
- Escolhi este caso em particular pelo contexto de fim de vida em que a doente se encontra bem como por ser uma doente privilegiada para aprofundar a dimensão do conforto.
- Considerei também o fato do esposo da doente estar disponível para a participação neste estudo (componente da família).

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA:

CONTEXTO FÍSICO

Doente:

“Tenho dor esporádica, principalmente durante a noite. É uma dor moderada que nunca chega a ser muito acentuada porque chamo sempre algum de vocês quando sinto que a dor está a começar. Chamo logo porque não conseguiria aguentar outra vez as dores que tive na noite em que fui internada aqui na unidade. Nem me quero lembrar! Foi um sofrimento muito grande....”

Marido:

“Sim, ela de madrugada às vezes tem dores. Nas costas, quando não chama logo por vocês as dores alastram para as pernas e ela fica muito aflita. Eu também fico, claro. Classifico como uma dor moderada porque fica rapidamente aliviada quando vocês trazem os medicamentos”.

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

Doente:

“Ao início comia muito bem, muito bem mesmo. Agora tenho cada vez menos vontade de comer. Para ser sincera, a maior parte das vezes só como para o J. não ficar desiludido. Noto que ele fica triste quando eu não como bem e está sempre a insistir comigo. Coitado... é o meu amor”.

Marido:

“Ela agora anda a comer pior. Muito pior. Eu tento insistir um bocado com ela mas as suas colegas já me disseram que não é o mais importante. Antontem fiquei todo satisfeito porque ela até comeu 2 sobremesas mas ontem e hoje não comeu quase nada. Dou-lhe duas ou três colheres e ela faz-me logo sinal com a mão que não quer mais.”

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

Marido:

“Depois, quando começou a fazer os tratamentos de quimioterapia e o cabelo começou a cair, sentia-se feia. O nosso hall de entrada lá em casa tem um espelho grande e antes da doença a E. quando passava pelo hall dava sempre uma olhadela no espelho para ver se estava bem. Depois da quimioterapia notei que deixou de fazer isso. Olhava na direcção da cozinha para não ter que olhar ao espelho. Mas manteve-se forte e determinada.”

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

CONTEXTO PSICO ESPIRITUAL

Doente:

“Estou tranquila, celebro as coisas mais pequenas que pode imaginar Raquel, por exemplo, aquele almoço romântico valeu por tudo. Foi uma grande alegria. Sinto que não me vale de nada ficar abalada, tenho que ir vivendo o que posso e o que consigo, enquanto me for permitido.”

Marido:

“Está mais calma. Não digo que esteja sempre bem, ela tem momentos que vai mais abaixo. Põe-se a pensar...e depois é complicado. Mas acho-a mais serena, mais conformada talvez. Ela sabe que não tem muito tempo e acho que quer aproveitar para estar connosco.”

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

CONTEXTO PSICO ESPIRITUAL

Doente:

“Eu já recebi mais do que uma visita do Frei Filipe. Foi muito importante(...) Sabe, o J. sempre foi muito católico mas eu não. Zanguei-me com a igreja e com a religião numa determinada altura da minha vida.” “Quando soube da doença, reencontrei-me mais com a religião, o J. até ficou muito espantado quando eu comecei a rezar à noite.” (SORRISOS)

Marido:

“Nunca foi católica mas acho que esta aproximação à área espiritual lhe tem feito bem. Eu sou católico, acredito em Deus e pedi muito por ela. Também já a tenho visto rezar sozinha e também já rezamos juntos. Se lhe faz bem acho que deve continuar. Aqui já recebeu a visita do Frei Filipe, foi muito bom.”

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

CONTEXTO SOCIO CULTURAL

Doente:

“Adorei a visita do Miguel Sousa Tavares.....Foi um sonho mesmo.”

Marido:

“(...)ela gostou muito da visita do Miguel Sousa Tavares, por exemplo. Ele autografou uns livros, conversámos e tirámos fotografias. Ficou toda vaidosa e quer mostrar as fotografias a toda a gente. Ele disse que ela era muito corajosa, deu-lhe força e ela ficou toda satisfeita.”

FORAM ABORDADOS OS 4 CONTEXTOS DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

CONTEXTO AMBIENTAL

Doente:

“Para ser honesta a única coisa que me incomoda mesmo é a diferença de temperatura do quarto para a casa de banho. Faz muito frio na casa de banho. Às vezes nem apetece levantar da cama por causa disso.”

Marido:

“Ela só não gosta de ter que ir para o frio da casa de banho. Isso é que é um problema....”.

EM SUMA...

Em todas as dimensões /contextos , o familiar (marido) teve uma percepção adequada acerca do conforto da doente.

EM SUMA...

É de extrema importância que na Enfermagem o conceito de conforto esteja bem presente nas mais pequenas coisas, uma vez nenhum pormenor relativo ao conforto poderá ser alheio da enfermagem.

Apêndice XII - Estudo de caso sobre percepção do conforto de doente e familiar desenvolvida na UCP.

Estudo de Caso

Narrativa do percurso de doença/ fim de vida descritos pelo familiar (marido) e pela própria doente.

Breve Identificação da doente: D. E.M.R, 56 anos, escriturária na empresa EDP reformada por tendinite do ombro tendo realizado acromioplastia em 2008.

Antecedentes pessoais relevantes:

- Tuberculose pulmonar aos 46 anos, fez 6 meses de terapêutica anti bacilar.
- Hiper-reactividade brônquica não medicada.
- Artropatia degenerativa.
- Depressão medicada já há cerca de 3 anos.

Antecedentes familiares relevantes:

- Pai falecido por carcinoma do esófago.
- Avô materno e paterno, ambos falecidos por carcinoma colorectal.

Casada, tem 2 filhos com 37 e 25 anos, respetivamente.

Concretizou dois casamentos. O primeiro casamento com história de alguns episódios de violência doméstica e de vida conturbada. O filho mais velho é fruto deste primeiro casamento e tem uma história de vida também complicada ligada à toxicod dependência no decorrer da adolescência. À data do internamento, este filho encontra-se a residir e trabalhar em Londres.

Do segundo casamento (com o entrevistado, Dr. J.) nasceu o 2º filho da doente, agora com 25 anos. Piloto de aviões. Concretizou o sonho de ir trabalhar para a companhia aérea TAP em Novembro de 2013, o que constituiu um enorme motivo de orgulho para os pais. Este filho é casado e tem uma enteada com 5 anos de idade.

Historia Clinica

Seguida na consulta de Oncologia pela Dr.^a Mónica Nave (desde Agosto de 2013) por adenocarcinoma de ponto de partida oculto (suspeita-se de provável causa digestiva) com metástases mediastínicas e ósseas a nível da coluna dorsal. Fez quatro ciclos de quimioterapia (paclitaxel + carboplatina + etoposido). Último ciclo a 22/10/2013.

Após estes ciclos repetiu TAC torácica, abdominal e pélvica que revelou lesão mediastínica com íntimo contacto e envolvimento da crossa da aorta que se estende à região hilar esquerda, artéria pulmonar e ainda pericárdio. “ Traduzindo, ainda, evolução desfavorável da doença existente, visualizamos, metástases hepáticas não presentes no exame anterior e agravamento da metastização óssea. Presença ainda de importante metastização pulmonar bilateral e atelectasia por elevação da hemicupula diafragmática esquerda.”

Também seguida na consulta da dor desde setembro de 2013 pela Dr.^a Matilde Raposo. (Última avaliação a 15/11/2013).

Inicialmente o plano da médica assistente era cumprir um total de seis ciclos de quimioterapia e em seguida iniciar radioterapia sobre a coluna dorsal.

No entanto, a D. E. dirigiu-se ao AMP dia 17/ 11/2013 por queixas álgicas intensas sobretudo na região paravertebral direita a nível dorsal e também mediastínica anterior. Foi observada e medicada com Tramadol, Petidina e Morfina.

De seguida, após consentimento do marido, decide-se internar a doente na Unidade de Cuidados Paliativos ao cuidado da Dr.^a Isabel Neto.



Na Unidade de Paliativos...

Médica Assistente: Dr.^a Isabel Neto.

Equipa multidisciplinar constituída por: Enfermeiros, assistentes operacionais, psicóloga, fisioterapeuta e dietista.

Dieta: Mole com escolha sem abacaxi.

Alterações analíticas relevantes:

- Hemoglobina de 8.1 mg/dl, no entanto sem indicação para transfusão sanguínea por risco de sobrecarga e hemorragia.
- PCR: 11,70.
- Urocultura : Polimicrobiana. Não iniciou antibioterapia por decisão clínica.

Medicação de Internamento:

Pautada:

- Clonazepam 2,5 mg Sol.Oral 10 gotas às 22 horas.
- Dexametasona 4 mg SC ao PA e LA.
- Gabapentina 300 mg oral às 9h e às 21h.
- Lactitol 2 saquetas oral ao PA e LA.
- Levomepromazina 12,5 mg oral ao deitar
- Levomepromazina 6,25 mg oral às 9h.
- Morfina (MST) 60 mg às 9h e às 21h.
- Pantoprazol 40 mg oral às 9h.
- Tizanidina 2 mg oral às 9h e às 21 h.
- Trazadona 150 mg oral às 22 horas.
- Medicamento do domicílio: Venlafaxina 150 mg às 9h.

SOS:

- Bisacodilo 5 mg oral (Se não evacuar há 3 dias).
- Brometo de Ipatrópio solução pressurizada 3 puffs. (Se farfalheira).
- Clonazepam 2,5 mg solução oral – 12 gotas (Se insónia).
- Lorazepam 1 mg – ½ comprimido (Se ansiedade).

- Metoclopramida 10 mg/2 ml SC (Se vômitos, até 4 x dia).
- Midazolam 2,5 mg IV Bólus (Se hemorragia cataclísmica, pode repetir-se até sedar a doente, usar toalhas escuras).
- Midazolam 2,5 mg SC (se pico de ansiedade, angustia).
- Morfina 10 mg/ ml – 7,5 mg SC (se dor).
- Paracetamol 1 gr oral (se febre, até 3 x dia).

Avaliação de Enfermagem:

Avaliação Física: Apirética, normotensa, tendencialmente taquicárdica com FC na ordem dos 120 bpm. Oximetrias periféricas na ordem dos 90-91%.

- Pele pálida e mucosas secas. Xerostomia marcada.
- Asténica, adinâmica. Cansaço a médios esforços.
- Hipofonia.
- Alopécia marcada.
- Disfagia a líquidos (necessita da ajuda de espessante para beber água).
- Dor a nível da coluna dorsal e membros inferiores. Manifesta também, ainda que com menos frequência, dor a nível mediastínico anterior.
- Ansiedade intermitente.
- CTI À esquerda.
- Acesso subcutâneo no membro superior esquerdo.
- Apresenta dificuldade em urinar, referindo que “ necessita de se concentrar”.
- Evacua fezes de características normais sob laxantes diários.
- Família muito presente. Marido preocupado em ajudar, muito interessado em colaborar e ser parceiro nos cuidados à esposa. Filho mais novo faz visitas esporádicas (cerca de uma a duas vezes por semana). Filho mais velho residente em Londres nunca veio. Recebeu por várias vezes visitas de diversos amigos.

Evolução

Foi observada pelo Dr. Pedro Fernandes que decidiu que a doente poderia deambular sem colete estabilizador (Jewett) apesar das várias lesões líticas.

Inicialmente com perfusão de morfina mas após controlo sintomático rodou para MST a 28/11/2013, com dor controlada.

Durante o internamento denotou-se o aparecimento de nódulos infra mamários dolorosos à palpação (metastização cutânea).

Conferência familiar /Plano Clínico

O plano traçado pela equipa multidisciplinar para a doente em questão prendia-se essencialmente por **controlo sintomático** e **estratégias promotoras da dignidade**.

Neste sentido, foram desenvolvidas as seguintes intervenções:

- Almoço romântico (surpresa para o marido) na sala lúdica com música, velas, sobremesa especial.
- Doente foi visitada por uma figura pública que admirava e que considerava de referência (Dr. Miguel Sousa Tavares). Durante cerca de meia hora a doente pode conversar com o seu ídolo, tiraram fotografias e foram autografados livros.
- Massagens relaxantes com velas proporcionadas pela Enfermeira Sofia.
- Banhos na maca-banheira com massagem de relaxamento.
- Duas visitas pelo Frei Filipe na presença do marido e do filho mais novo. Numa destas visitas foi realizado o crisma e planeada santa unção.
- Várias conferências familiares feitas na presença do marido com a Dr.^a Isabel Neto. Foi valorizada a doente, considerada uma heroína, uma lutadora por excelência. Falou-se de legado e objetivaram-se os ganhos desde o início do internamento.
- Promoção da dignidade nos diversos cuidados de enfermagem prestados à doente e família.

Percurso Metodológico:

No seguimento do meu projeto acerca do conforto decidi, com consentimento da Enfermeira Ana Guedes e da Enfermeira Nélia Trindade elaborar este estudo de caso em que correlaciono dois importantes conceitos: **Conforto e Família**.

Decidi avaliar o conforto da D.E. com base na teoria do conforto de Katherine Kolcaba e nos seus vários contextos (físico, psico espiritual, socio cultural e ambiental).

Para o efeito, elaborei um guião de entrevista semi estruturada com perguntas relacionadas com os 4 contextos acima referidos (**Anexo II**). Esta entrevista foi aplicada à doente e ao marido, separadamente. O objetivo era avaliar a perceção que o familiar (neste caso o marido) tem acerca do conforto da doente e se esta perceção corresponde à realidade.

Existem vários autores que classificam as entrevistas, tendo em conta o grau de profundidade dos elementos de análise que se pretendem recolher, a flexibilidade e a diretividade com que é permitido recolher as informações e as interpretações dos interlocutores. Analisando estas classificações e tendo em conta os objetivos, a problemática e os entrevistados disponíveis para a recolha da informação, considerei como mais adequada a realização de entrevistas semi-directivas/semi-estruturadas, que consistem em entrevistas em que o investigador tem diversas perguntas relativamente abertas que servem de guião, com as quais pretende receber informação por parte do entrevistado. Este tipo de entrevista é uma das mais adequadas para a metodologia qualitativa, pois permite aprofundar conhecimentos e favorece a descrição, explicitação e compreensão dos fenómenos sociais, permitindo ainda uma relação direta do investigador com o entrevistado, facilitando uma obtenção clara do significado que os entrevistados dão aos factos que descrevem.

Ambas as entrevistas foram realizadas na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz. Tiveram a duração de cerca de vinte minutos cada uma. Foram gravadas com gravador áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

Ambos os entrevistados assinaram o consentimento informado. (**Anexo I**).

Entrevista D.E. (Baseada no guião)

2.1 Tenho total noção do meu diagnóstico. Sei que tenho um problema muito grave. Uma doença muito, muito feia mesmo.

2.2. Inicialmente falei muito sobre a minha doença, o meu cancro, o meu “ bicho”. Mas falava como uma guerreira, com coragem, com a força e a certeza de que iria vencer isto tudo. Aliás, tinha poucas dúvidas de que iria vencer a todo o custo. Agora é diferente, falo menos sobre o assunto. E, embora saiba que vou morrer evito falar disso para não magoar o J. (marido) e o meu filho.

2.3 Revolta tive ao início, um bocadinho. Achei que não merecia uma doença destas. Mas ninguém merece não é verdade? Quando me vi confrontada pela primeira vez com a notícia revoltei-me mas logo a seguir decidi que não ia embora deste mundo sem dar, pelo menos, um pouco de luta. E assim foi. Lutei, ultrapassei os tratamentos de quimioterapia que não foram fáceis e fui sorrindo sempre.

2.4 Agora aceito o diagnóstico, não tenho alternativa. Sei que mais cedo ou mais tarde será o meu fim. É duro dizer isto, nem imagina. Mas sim, aceito.

2.5 Triste, tranquila, amedrontada. Este ultimo tem a ver com o medo que tenho da forma como será a minha morte. Tenho medo de sofrer.

3.1 Contexto Físico

- Tenho dor esporádica, principalmente durante a noite. É uma dor moderada que nunca chega a ser muito acentuada porque chamo sempre algum de vocês quando sinto que a dor está a começar. Chamo logo porque não conseguiria aguentar outra vez as dores que tive na noite em que fui internada aqui na unidade. Nem me quero lembrar! Foi um sofrimento muito grande....É dor nas costas e nas pernas.
- Sim, sinto-me cada vez mais cansada. Sentar-me na cama, pôr-me de pé e ir à casa de banho naquela vossa cadeirinha já começa a ser difícil. Ontem cansei-me só a lavar os dentes, o J. teve que me ajudar e tudo.... Até a falar....Dê-me um pouco de água por favor...(Pausa demorada) Obrigado, como dizia, até a falar noto que fico desgastada.
- Não, nunca tive náuseas e nunca vomitei. Nem quando fiz quimioterapia. Graças a Deus.
- Às vezes, quando fico muito cansada, tenho essa sensação, mas não sei se será mesmo falta de ar. Se calhar é só impressão minha.
- Ao início comia muito bem, muito bem mesmo. Agora tenho cada vez menos vontade de comer. Para ser sincera, a maior parte das vezes só como para o J.

não ficar desiludido. Noto que ele fica triste quando eu não como bem e está sempre a insistir comigo. Coitado...é o meu amor.

- Fico mais sonolenta quando tomo os dois comprimidos roxos (MST 60 mg) e aquelas gotas à noite. Durante o dia, quando me queixo com dores e vocês tem que me dar medicação extra, noto que fico mais quebrada também.

3.2 Contexto Psico- espiritual

- Estou tranquila, celebro as coisas mais pequenas que pode imaginar Raquel, por exemplo, aquele almoço romântico valeu por tudo. Foi uma grande alegria. Sinto que não me vale de nada ficar abalada, tenho que ir vivendo o que posso e o que consigo, enquanto me for permitido.
- Às vezes, não vou negar. Tenho os meus momentos. A minha maior ansiedade é ter dores daquelas....outra vez....como quando entrei...isso peço a Deus que nunca mais. Também fico ansiosa que possa sofrer quando chegar a hora da minha morte.
- Não, nunca me isolei. Pelo contrário, aproximou-me mais do meu filho mais novo. Com o meu marido é diferente porque eu e o João sempre fomos muito próximos, muito mesmo. Estamos sempre aos abraços...é tão querido.
- Sim, sem eles nunca conseguiria. Já tinha partido, de certeza...
- Sim, sinto que preciso da minha privacidade, dos meus momentos a sós, seja com a minha família ou seja mesmo sozinha. Mas vocês respeitam muito isso. São impecáveis e estou completamente à vontade com vocês aqui. Tenho conhecido pessoas maravilhosas. Vocês são excelentes.
- Ai completamente. Como já disse, vocês realmente são fantásticos. Quando alguns de vocês entram pela porta só me apetece sorrir. Obrigado, obrigado, obrigado.... (pausa, chora um pouco). Não tenho palavras para vos descrever meus amigos...
- Eu já recebi mais do que uma visita do Frei Filipe. Foi muito importante. Sabe, o João sempre foi muito católico mas eu não. Zanguei-me com a igreja e com a religião numa determinada altura da minha vida quando o meu filho mais velho se entregou a uma vida menos boa...enfim...agora já está tudo bem.

Mas não ligava muito. Quando soube da doença, reencontrei-me mais com a religião, o J. até ficou muito espantado quando eu comecei a rezar à noite. (sorrisos). Estou contente por ter recuperado esta vertente e as visitas do Frei Filipe foram formidáveis. Fiz a santa unção aqui, sabe não sabe?

3.3 Contexto Socio cultural

- Gosto de ler, muito. Mas já vou tendo dificuldade. Gosto das conversas que tenho aqui com o meu marido e com vocês.
Adorei a visita do Miguel Sousa Tavares.....Foi um sonho mesmo.
- Claro, claro. Melhora mesmo. Sinto-me mais viva.

3.4 Contexto Ambiental

- Para ser honesta a única coisa que me incomoda mesmo é a diferença de temperatura do quarto para a casa de banho. Faz muito frio na casa de banho. Às vezes nem apetece levantar da cama por causa disso.

Pergunta Final: Para mim o mais importante é a presença do meu marido e do meu filho aqui comigo a toda a hora. E não ter dores. Mas mais a presença deles os dois.

Entrevista Dr. J. (Baseada no guião)

Idade: 57

Grau de parentesco com o doente: Marido

2.1 Sim, penso que a E. agora tem perfeita noção do que se está a passar com ela. Ela sabe que a situação é muito grave. Sabemos todos, não é?

Não é fácil para ela, tem sofrido muito. Agora está melhor agora, aqui internada, temos receio que a mandem para casa. Por causa das dores sobretudo.

2.2 Falou uma ou duas vezes acerca dessa possibilidade. Mas no fundo acho que ela sabe que poderá acontecer o pior a qualquer momento. Quando falou sobre a morte foi sempre com a preocupação se nós ficaríamos bem sem ela.

Sobre a doença em si sempre falou abertamente conosco, partilhava os seus medos mas com muita coragem mesmo. A minha mulher é a maior lutadora que alguma vez conheci...É muito injusto que isto esteja a acontecer com ela...conosco...com o nosso filho.

2.3 Julgo que no princípio de tudo sim, ficou zangada com a vida. Revoltou-se ali um bocado. Depois levantou a cabeça e decidiu que ia tentar ultrapassar a doença e lutar com as armas que tinha. Lembro-me de ela dizer muitas vezes, quando iam pessoas amigas lá a casa visitá-la: “ Isto não me vai roubar a vida, eu é que vou matar o bicho”.

Depois, quando começou a fazer os tratamentos de quimioterapia e o cabelo começou a cair, sentia-se feia. O nosso hall de entrada lá em casa tem um espelho grande e antes da doença a E. quando passava pelo hall dava sempre uma olhadela no espelho para ver se estava bem. Depois da quimioterapia notei que deixou de fazer isso. Olhava na direção da cozinha para não ter que olhar ao espelho. Mas manteve-se forte e determinada.

2.4 Aceitar, aceitar não sei...É difícil responder. (pausa, renitência). Ela está bastante mais serena, mais tranquila mas daí a aceitar completamente a situação não sei. Talvez sim, sim.

2.5 Antes de ser internada, aqueles dias antes de virmos para aqui julgo que estava em claro sofrimento, tinha tantas dores. Muitas mesmo...nas costas...

Neste momento acho que está calma, tranquila mas preocupada com a morte. Ela já me chegou a dizer que não quer sofrer quando chegar a hora dela. (começou a chorar).

3.1 Contexto Físico

- Sim, ela de madrugada às vezes tem dores. Nas costas, quando não chama logo por vocês as dores alastram para as pernas e ela fica muito aflita. Eu também fico, claro. Classifico como uma dor moderada porque fica rapidamente aliviada quando vocês trazem os medicamentos.
- Muito cansada. Infelizmente tem vindo a piorar a olhos vistos. Levantar-se para ir à casa de banho é um problema. Fica logo com aquela respiração ofegante e nem consegue quase falar. Precisa mesmo da vossa ajuda.
- Não, não. Isso não. Acho que foi o único problema que ela coitada não teve.

- Às vezes quando fica mais cansada, ou fala muito tempo seguido parece-me a mim que fica com um bocadinho de falta de ar. Mas ela nunca me referiu essa sensação por isso não sei responder.
- Ela agora anda a comer pior. Muito pior. Eu tento insistir um bocado com ela mas as suas colegas já me disseram que não é o mais importante. Anteontem fiquei todo satisfeito porque ela até comeu 2 sobremesas mas ontem e hoje não comeu quase nada. Dou-lhe duas ou três colheres e ela faz-me logo sinal com a mão que não quer mais.
- Quando vocês trazem os medicamentos da noite ela acaba por adormecer rápido. Dou-lhe o chazinho com os comprimidos e ela passado um quarto de hora já está a dormir. Durante o dia por vezes deixa-se dormir, mas normalmente está bem.

3.2 Contexto Psico- espiritual

- Está mais calma. Não digo que esteja sempre bem, ela tem momentos que vai mais abaixo. Põe-se a pensar...e depois é complicado. Mas acho-a mais serena, mais conformada talvez. Ela sabe que não tem muito tempo e acho que quer aproveitar para estar connosco.
- Sim, noto-a ansiosa em alguns momentos. Quando não consegue fazer alguma coisa ou quando tem dores fica mais nervosa. Mas acho que é normal...
- Não. Estivemos sempre ao lado dela. Eu quis acompanhar tudo o mais possível e ela sabe que estou aqui, sempre. Acho que ela nunca sentiu necessidade de se isolar porque somos muito chegados. Sempre demos muito carinho um ao outro. A doença aproximou-nos mais ainda. Não nos afastou. Sá a deixo mesmo quando ela partir. (novamente choroso).
- Sim, claro que sim,
- Sim, mas ela aqui está muito a vontade. Vocês sabem respeitar os tempos que ela precisa.
- Muito importante. Acho que ela já vos considera amigas. Pessoas em que ela sabe que pode confiar. Empatia é mesmo a palavra certa.
- Pois, a E. não ligava muito à religião. Nunca foi católica mas acho que esta aproximação à área espiritual lhe tem feito bem. Eu sou católico, acredito em Deus e pedi muito por ela. Também já a tenho visto rezar sozinha e também já

rezamos juntos. Se lhe faz bem acho que deve continuar. Aqui já recebeu a visita do Frei Filipe, foi muito bom.

3.3 Contexto Socio cultural

- Ela gosta de estar aqui na conversa comigo, com o nosso filho e com pessoas amigas que vem cá vê-la. De resto já não consegue ter assim muitas mais atividades.
- Sim, ela gostou muito da visita do Miguel Sousa Tavares, por exemplo. Ele autografou uns livros, conversámos e tirámos fotografias. Ficou toda vaidosa e quer mostrar as fotografias a toda a gente. Ele disse que ela era muito corajosa, deu-lhe força e ela ficou toda satisfeita. Foi bom, acho que sim.

3.4 Contexto Ambiental

- Ela só não gosta de ter que ir para o frio da casa de banho. Isso é que é um problema. Ela é muito friorenta e não gosta nada de ir para a casa de banho porque diz que está gelada. Tirando isso, acho que está tudo ótimo.

Pergunta Final: Acho que nesta fase tudo é importante. Os vossos cuidados, a nossa presença, os medicamentos. É tudo. Ela precisa muito de tudo. E vai precisar até que chegue o final. Não a posso levar assim para nossa casa tenho mesmo muito medo.

Análise:

Analisando o contexto desta doente pode constatar-se que o seu percurso tem sido marcado por algumas situações complexas, relações disruptivas, desafios, dor e sofrimento. O marido tem sido muito presente e tem vindo a acompanhar este mesmo percurso com coragem e com vontade de amenizar o mais possível o sofrimento da doente. É impressionante a forma como se esforça para que ela se continue a sentir bem e, principalmente, confortável.

Ao longo da entrevista, foram abordadas os vários contextos e dimensões do conforto da teoria de Kolcaba. A autora definiu os tipos de conforto como: **Alívio** – consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um

desconforto prévio; **Tranquilidade** – consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais estável que o estado de alívio e não implica que haja desconfortos prévios. No entanto, Apóstolo (2007) acrescenta que a doença “dis-ease” já afasta este estado de tranquilidade “ease”; **Transcendência** – a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Ou seja, é o estado em o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas, pelo que mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, ele consegue suprir as suas próprias necessidades, através de um desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afectar, e tudo isto é feito com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a intervenção criativa, num cuidar que envolve um conjunto de acções confortantes (Kolcaba, 2003).

Da literatura que fez sobre o holismo, Kolcaba concluiu que o conforto pode ser experimentado em diferentes contextos: **Físico** - pertencente às sensações do corpo; **Psico-espiritual** - pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida. Inclui a existência de uma relação com uma ordem ou um ser superior; **Sociocultural** - que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, e que inclui aspectos financeiros e informacionais da vida social; **Ambiental** – pertencente ao meio, às condições e influências externas (Kolcaba, 2010; Kolcaba, 2003).

Segundo Apóstolo (2009), Kolcaba centrou a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. No entanto, para a teórica enfermagem consiste na aplicação dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados pelos enfermeiros, dentro dos contextos específicos do cuidar. Os cuidados de conforto são considerados uma forma de arte de enfermagem que implica um processo de acções confortantes, e o conforto como produto final ganho pelos pacientes.

Partindo da premissa de que o conforto é um resultado que consiste em muitos aspectos relacionados dentro do domínio do construto em que os componentes da pessoa como um todo são relatados e avaliados compreensivamente, Apóstolo, Kolcaba, Azeredo, Antunes, & Mendes (2007), apresentam-nos como pressupostos básicos que suportam a teoria do conforto: - os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; - o conforto é um resultado desejável, holístico, que tem estado

associado à disciplina de enfermagem; - os seres humanos empenham-se, ativamente, por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto. No que respeita à doente E. em particular e ao seu marido, as percepções de conforto são muito similares, na medida em que a percepção que a doente tem do seu próprio conforto não difere muito da percepção do Dr. J.

No que respeita ao **contexto físico** a doente refere que o que mais a incomoda são as dores esporádicas que sente a nível da coluna dorsal e o cansaço progressivo que se vai instalando e que vai sendo cada vez mais limitativo. O Dr. J refere que a D.E se encontra: *“Muito cansada. Infelizmente tem vindo a piorar a olhos vistos. Levantar-se para ir à casa de banho é um problema. Fica logo com aquela respiração ofegante e nem consegue quase falar. Precisa mesmo da vossa ajuda”*

Relativamente ao apetite e à alimentação a doente que inicialmente se alimentava bem, tem vindo a perder gradualmente o apetite, como seria de esperar pela evolução da doença. Nos últimos dias apenas vai fazendo um esforço por comer alguma coisa uma vez que não quer preocupar o marido. *“Para ser sincera, a maior parte das vezes só como para o João não ficar desiludido. Noto que ele fica triste quando eu não como bem e está sempre a insistir comigo. Coitado...é o meu amor”*.

A alimentação possui além do papel fisiológico, o social e o emocional. A evolução da doença faz com que o indivíduo reduza a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas como o retardo do esvaziamento gástrico e redução do apetite ou problemas de absorção, promovendo desconforto e isolamento social. O objectivo do suporte nutricional em cuidados paliativos deve ser minimizar o desconforto causado pela alimentação, priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização entre pacientes e familiares durante as refeições. (S. Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs,2009).

A dor foi, sem dúvida, um dos sintomas que mais perturbou a qualidade de vida da D.E e, conseqüentemente o seu marido. *“Chamo logo porque não conseguiria aguentar outra vez as dores que tive na noite em que fui internada aqui na unidade. Nem me quero lembrar! Foi um sofrimento muito grande....É dor nas costas e nas pernas.”*

A dor é o sintoma que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, influenciando humor, mobilidade, sono, ingestão alimentar e atividades da vida

diária.(Peres, 2007). Outros sintomas como anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia, astenia influenciam igualmente o doente, afectando as relações sociais, familiares e de trabalho. (Silva, Hortale,2006). Por este motivo, o controle dos sintomas possibilita que o indivíduo possa realizar o que considera importante, proporcionando uma finitude digna e com sofrimento reduzido.(Peres,2007).

No que respeita ao **contexto psico espiritual**, a D. E encontra-se numa fase mais conformada com a situação. Embora mantenha períodos de ansiedade intermitentes, de uma maneira geral encontra-se mais serena. Tanto ela como os familiares próximos (marido e filho mais novo) estão numa fase bastante tranquila. O apoio dos profissionais de saúde nomeadamente as conferências familiares com a Dr.ª Isabel Neto, as conversas com a equipa de Enfermagem e os períodos que passou com a Dr.ª Marta (psicóloga) contribuíram bastante para esta evolução. **Para se realizar uma conferência familiar é fundamental que determinadas etapas sejam cumpridas, sendo a primeira a pré-conferência, ou seja, a equipa multidisciplinar tem necessidade de falar com a família quando o quadro clínico do doente sofre um agravamento, quando existem conflitos familiares, no entanto este agendamento com a família é posterior ao parecer e aprovação do doente, este decide quem será convocado para a conferência familiar. (Neto,2003).**

Contudo são essenciais o médico, o enfermeiro e um profissional da área psicossocial, sendo que o gestor de caso é um elemento essencial para conduzir a conferência familiar. Após a identificação dos elementos presentes e da definição de objetivos o gestor de caso, já na conferência, apresenta os diversos membros da família e apresenta a equipa (Neto,2003).

De acordo com Okon, 2005, os doentes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e querem ser observados como um todo, incluindo-se os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. **Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do doente incompleta.**

A religiosidade foi uma das áreas redescobertas pela doente neste percurso. Quer a entrevista da doente quer a do marido fazem referência a este encontro com a religiosidade. O marido chega mesmo a referir que: *“Nunca foi católica mas acho que esta aproximação à área espiritual lhe tem feito bem. Eu sou católico, acredito em Deus e pedi muito por ela. Também já a tenho visto rezar sozinha e também já rezamos juntos. Se lhe faz bem acho que deve continuar. Aqui já recebeu a visita do Frei Filipe, foi muito bom.”* A religiosidade e a espiritualidade aparecem como importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003 citados por Fornazari et al,2010). A relação entre espiritualidade e saúde tornou-se um

claro paradigma a ser estabelecido na prática diária do profissional de saúde. “A espiritualidade, relacionada ou não à religiosidade, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos” (Guimarães & Avezum, 2007, citados por Fornazari et al, 2010).

O enfrentamento religioso abrange a religiosidade e a espiritualidade que se diferenciam em alguns aspetos. A religiosidade está relacionada com uma instituição religiosa e/ou igreja, pela qual o indivíduo segue uma crença ou prática, proposta por uma determinada religião (Lukoff, 1992; Miller, 1998, citados por Fornazari et al,2010). A espiritualidade é definida como característica individual que pode incluir a crença em um Deus, representando uma ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas. Assim, a espiritualidade envolve questões sobre o significado e o propósito da vida, encontrando-se além da religião e da religiosidade (Sullivan, 1993, citado por Fornazari et al,2010).

Neste contexto particular, torna-se importante clarificar que os conceitos de religiosidade e espiritualidade se misturam um pouco. A doente reencontrou-se com a sua religiosidade há muito perdida, no entanto esta reaproximação envolveu questões relacionadas com o propósito e significado da vida o que acaba por introduzir a dimensão espiritual.

Também o contexto socio cultural não poderá ser, de todo, descurado. Neste caso em particular foram desenvolvidas várias estratégias promotoras da dignidade que se relacionam com a dimensão social e cultural. O momento da visita de uma figura de referência para a doente foi de extrema importância. Mais uma vez, a doente e o marido encontram-se em concordância na entrevista acerca desta temática: *“Adorei a visita do Miguel Sousa Tavares.....Foi um sonho mesmo”*.

“Ela gostou muito da visita do Miguel Sousa Tavares (...) Ele autografou uns livros, conversámos e tirámos fotografias. Ficou toda vaidosa e quer mostrar as fotografias a toda a gente...”

O almoço romântico com o marido e as massagens relaxantes após o banho na maca- banheira foram também importantes contributos que quer a D.E quer o Dr. J descrevem como experiências extraordinárias.

Por último faço uma análise ao contexto ambiental. É uma área extremamente importante e, por vezes, acaba por ser um pouco subvalorizada.

É necessário ter em conta que uma enfermaria pode revelar-se para o doente como um ambiente pesado onde há continuamente uma exposição estímulos ruidosos e dolorosos. Trata-se de um ambiente desconhecido que acarreta medo e ansiedade. Torna-se então de extrema importância que na nossa práxis de enfermagem o conceito de conforto esteja bem presente nas mais pequenas coisas, uma vez **nenhum pormenor relativo ao conforto poderá ser alheio da enfermagem.**

A doente E. não referiu muitas queixas a este nível, apenas refere desconforto relacionado com a temperatura da casa de banho. *“Faz muito frio na casa de banho. Às vezes nem apetece levantar da cama por causa disso”*. Este desconforto não passou despercebido ao marido da doente que referiu que em termos ambientes este seria o único problema que poderia afetar o conforto da D.E.

Considerações Finais

Os doentes portadores de doença incurável avançada e/ou prolongada com prognóstico limitado vivem momentos de grande sofrimento e ansiedade. Os Cuidados Paliativos emergem do percurso da doença e a sua abordagem visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias através da prevenção e do alívio do sofrimento com recurso ao reconhecimento e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Deste modo e de acordo com Neto (2003) os cuidados paliativos são definidos como cuidados ativos e interdisciplinares integrando o controlo de sintomas, apoio à família, comunicação adequada e trabalho em equipa. Os cuidados paliativos focam-se nas necessidades e não nos diagnósticos dos doentes/famílias.

Assim a transferência de cuidados curativos para cuidados paliativos é um momento complexo para o doente/família do ponto de vista psicológico, o percurso deve ser feito o mais precocemente possível e deve proceder-se à desmistificação relativamente ao tipo de cuidados.

Refletir acerca da teoria do conforto de Katherine Kolcaba permitiu-me apropriar do conceito de conforto do ponto de vista holístico da teórica, partindo da premissa que o conforto faz parte integrante dos cuidados de enfermagem ao longo de

todo o ciclo vital, sendo nos cuidados de enfermagem em fim de vida que o conforto se assume como expoente máximo do cuidar. Para Kolcaba, **o conforto só será alcançado em plenitude se tivermos em conta todas as dimensões do ser humano.**

No entanto, na prática diária de enfermagem este conceito tão relevante acaba por se perder no meio de outros conceitos mais tecnicistas que surgem, de uma maneira geral, como sendo prioritários.

Quando combinado com o conceito de família, o conforto assume uma nova dimensão. Em cuidados paliativos não é só o doente o objeto de atenção, é também a família e esta merece por parte da equipa atenção e tratamento individualizado uma vez que a doença afeta o conforto de toda a família.

Ao estudar a percepção de uma doente em fim de vida acerca do conforto em todas as suas dimensões, apercebi-me que, muitas vezes, os doentes valorizam pequenas coisas, pequenas vitórias como se de um gigante se tratasse. Neste caso em particular, compreendi também que a percepção da doente acerca do conforto era muito similar com a percepção do seu familiar (neste caso o marido). **Ele sentia e entendia o desconforto da esposa em todos os contextos.**

Referências Bibliográficas

- Acreman S. Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs 2009;14(10):427-31.
- Apóstolo, J. L. (Março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, II* (nº9), pp. 61-67.
- Apóstolo, J. L., Kolkaba, K., Azeredo, Z. A., Antunes, M. T., & Mendes, A. C. (2007). Avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Psiquiátricos. *Psychologica*, (nº44) pp. 489-504.
- Apóstolo, J. L. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto Psiquiátrico*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

- Da Silva RC, Hortale VA. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. *Cad Saude Publica* 2006;22(10):2055-66.
- Fornazari S; Ferreira R;: “ *Religiosidade/ Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde*”, 2010.
- Neto, I. G. (2003) A conferência familiar como um instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 19:68-74.
- Neto, I.G. (2010) Modelos de Controlo Sintomático. In: Barbosa, A. e Neto, I. G. - *Manual de Cuidados Paliativos*.(pp.61-68) Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian. 2ª Edição. ISBN 978-972-9349-5
- Neto, I. G. e Trindade, N. (2007) Family meetings as a means of support of patients. *European Journal of Palliative Care*; 14(3).
- Okon, T.R. - Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med* 8(2):392-414, 2005.
- Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiqu Clin* 2007;34(Suppl 1):82-7.
 - Puchalski, C. - *Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care*. Assoc of Am Med Colleg, Contemporary issues in medicine, communication in medicine, medical school objectives project, pp. 25-26, 1999.