



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Cláudia Sofia Pires Carvalho

LISBOA, Abril 2013





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Cláudia Sofia Pires Carvalho

Sob orientação de Professora Georgiana Marques da Gama

LISBOA, Abril 2013



## RESUMO

Com a elaboração deste relatório pretendo evidenciar o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular *Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica, no âmbito do V Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. O estágio teve três módulos realizados pela seguinte ordem cronológica: Serviço de Urgência, Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos.

No Serviço de Urgência tive experiências de aprendizagem na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica nas salas de emergências: emergências médicas e pessoa politraumatizada. Contribui para a formação em serviço sensibilizando para os cuidados à pessoa transplantada pulmonar.

Na Unidade de Cuidados Intensivos tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e mobilizá-los para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, pessoa sob protocolo de hipotermia terapêutica, pessoa com insuficiência respiratória agudizada. Também colaborei na prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal. Contribui para o repensar da prática diária no cuidado à pessoa com necessidade de ventilação não invasiva e consequente melhoria dos cuidados. Identifiquei a necessidade e realizei um procedimento sectorial relacionado com os cuidados em situações de isolamento, de contenção e protetor.

Nos Cuidados Paliativos tive experiências na prestação de cuidados à pessoa e família com doença avançada e progressiva no âmbito da assistência domiciliária. Desenvolvi habilidades ao nível da comunicação, trabalho em equipa e controlo sintomático. Intervim ao nível da formação em serviço e reflexão sobre a prática, através da apresentação de um estudo de caso e de um clube de revistas. Partilhei, com a equipa, artigos científicos decorrentes da investigação realizada sobre comunicação de más notícias.



## **ABSTRACT**

This report intends to highlight the work that I have done in my curricular unit *Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica* that belongs to the V Master Course, in the Specialization of Medical-Surgical Nursing. The internship had three modules, conducted in the following chronological order: emergency department, intensive care and palliative care.

On the Emergency Department I experienced to providing care to the person and family in a critical condition at the emergency room: medical emergencies and multiple-traumatized patients. I had the change to contribute to the nurse's formation, sensitizing them for the nursing care to the person who has received a lung transplanted.

In the Intensive Care Unit I had the opportunity to increase my knowledge and mobilize him, taking care of patients in critical condition, with mechanical ventilation, hypothermic person and respective protocol therapeutic and with respiratory failure. I also provided nursing care to patients who need renal replacement therapy. I had the opportunity to reflect with my partners the daily practice in nursing care on the patients submits to non-invasive ventilation improving them. I identified the need and realized a procedure related to isolation, containment and protective situations.

In Palliative Care had experienced to provide homecare to patients and family with advanced and progressive disease. I had developed skills in communication, teamwork and symptomatic control. I take part on nurse's formation and reflected about nursing practice by presenting a case study and a journal club. I shared with the team scientific articles about how to tell bad news.



## **AGRADECIMENTOS**

À professora Georgiana Marques da Gama pela disponibilidade e apoio na concretização desta realidade.

À professora Ilda Lourenço, pela orientação e capacidade de motivação nos primeiros módulos do estágio.

A todos os enfermeiros dos serviços onde estagiei, em particular aos que me orientaram, pela colaboração no meu processo de aprendizagem.

A todas as pessoas e suas famílias que me proporcionaram momentos únicos de aprendizagem.

Aos meus pais e ao meu irmão Tiago, pelo apoio e conforto nos momentos mais cansativos.

Ao Armindo pela compreensão na concretização deste percurso.

À Ana Rodrigues pelo companheirismo e empatia ao longo do curso.

**A todos,**

**Muito Obrigado!**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHLC, EPE – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EIHSCP Equipa Intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

HP-HCIS- Hewlett Packard – HealthCare Information System

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPOFG, EPE – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Entidade Publica Empresarial

OE – Ordem Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SU- Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TOT – Tubo Oro Traqueal

UAD - Unidade de Assistência Domiciliária

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes



## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	16
<b>1.1. INTRODUÇÃO:</b> .....	16
<b>1.2. METODOLOGIA</b> .....	17
<b>1.3. DISCUSSÃO E RESULTADOS OBTIDOS</b> .....	27
<b>1.4. CONCLUSÕES:</b> .....	29
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	30
<b>2.1. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> .....	30
<b>2.2. MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> .....	39
<b>2.3. MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	49
<b>3. CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	57
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	633
ANEXO I – Procedimento Multissetorial – Transferência de Doentes em Estado Crítico do CHLC, EPE.....	644
ANEXO II – Folha de formação em serviço - avaliação da sessão do CHLC, EPE	865
ANEXO III – Lista de Verificação de Enfermagem da UUM do CHLC, EPE .....	88
ANEXO IV – Protocolo de Hipotermia implementado na UUM do CHLC, EPE.....	90
ANEXO V – Artigo científico apresentado no Clube de Revistas no Módulo de Cuidados Paliativos.....	94
ANEXO VI – Artigo científico sobre o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias.....	118
<b>APÊNDICES</b> .....	133
APÊNDICE I – Plano da sessão de formação “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada Pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral” .....	134

APÊNDICE II – Diapositivos da sessão de formação “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada Pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral” .....	135
APÊNDICE III – Procedimento Setorial – Precauções de Isolamento.....	144
APÊNDICE IV – Estudo de Caso em Cuidados Paliativos .....	167
APÊNDICE V – Diapositivos do Clube de Revistas realizado no módulo de Cuidados Paliativos .....	191

## 0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do V Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2º e 3º semestres, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa e reporta-se à Unidade Curricular *Relatório*.

Com a elaboração deste relatório pretendo evidenciar o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular *Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica*; descrever e analisar as atividades desenvolvidas de forma a adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem na área de especialização.

A Unidade Curricular *Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica* encontra-se dividida em três módulos: Serviço de Urgência (módulo I); Cuidados Intensivos/Intermédios (módulo II); e módulo opcional de Cuidados Paliativos (módulo III), sendo esta a ordem cronológica pela qual foram realizados. A cada módulo do estágio corresponderam cento e oitenta horas de contacto.

O módulo I – Serviço de Urgência decorreu entre 23 de abril de 2012 e 23 de junho de 2012. O local de estágio escolhido foi o Serviço de Urgência do CHLC, EPE por pertencer ao centro hospitalar no qual exerço funções, permitindo-me compreender a dinâmica do circuito pelo qual a pessoa passa. Por outro lado, trata-se de um dos quatro Serviços de Urgência Polivalente da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Os Serviços de Urgência Polivalente constituem o segundo nível de acolhimento integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência e apresentam o maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento destas situações. Preconiza-se que as urgências polivalentes devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e poderão ser, em determinadas circunstâncias, de referência suprarregional ou nacional, o que se verifica no local de estágio (PORTUGAL, 2001).

O módulo II – Cuidados Intensivos decorreu entre 20 de setembro de 2012 a 9 de novembro de 2012 no Serviço de Urgência Médica (UUM) do CHLC, EPE. À semelhança do que referi na justificação de escolha do módulo anterior, esta opção relacionou-se também com o facto de ser uma Unidade de Cuidados Intensivos do centro hospitalar onde exerço funções. A UUM é uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, ou seja, tem capacidade de assegurar em colaboração, os cuidados integrais para com as pessoas, apresentando modelos de articulação funcional com as áreas de tratamento de nível complementar (PORTUGAL, 2003).

O módulo III – Módulo Opcional decorreu de 12 de novembro de 2012 a 19 de janeiro de 2013. O local de estágio escolhido foi os Cuidados Paliativos no IPOLFG, EPE por ser uma área de interesse pessoal e profissional e com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados neste âmbito no meu exercício profissional. As unidades de cuidados paliativos podem ter diferentes valências assistenciais: internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa (PORTUGAL, 2012). No IPOLFG, EPE coexistem as valências assistenciais de apoio intra-hospitalar, apoio domiciliário e consulta externa, o que motivou a escolha do local de estágio, tendo em consideração a multiplicidade de experiências proporcionadas. De acordo com os objetivos delineados para este módulo de estágio, realizei a maioria das horas de contacto na Unidade de Apoio Domiciliário.

Para a elaboração deste relatório, apliquei a metodologia descritiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos diferentes módulos de estágio.

O presente relatório encontra-se organizado em três fases: Introdução, na qual contextualizo o trabalho realizado; Desenvolvimento, onde apresento a revisão sistemática da literatura realizada na área da comunicação de más notícias e onde descrevo e analiso reflexivamente as atividades desenvolvidas nos três módulos de estágio; Conclusões Gerais, onde explano os pontos fortes e limitações do meu percurso e proponho algumas sugestões. Em Anexos, são apresentados alguns documentos que sustentaram a minha prática e em Apêndices os trabalhos realizados.

O relatório apresenta-se escrito de acordo com o Novo Acordo Ortográfico e para as referências bibliográficas é utilizada a norma ISO 690.

## **1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

### **1.1.INTRODUÇÃO:**

O enfermeiro, atendendo à humanização dos cuidados que presta, necessita de desenvolver habilidades comunicacionais que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade. Consideramos imprescindível, na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Revela-se assim pertinente o estudo da comunicação em que surge a temática da presente revisão sistemática da literatura: comunicação de más notícias.

É considerada má notícia, “toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva de futuro” (PEREIRA, 2005 p. 2). Aceita-se, desta forma, a definição de más notícias como aquela que afeta negativamente as expectativas da pessoa, por esta ser a diretamente atingida, ou a família por esta também ser afetada. Assim, as más notícias em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, isto porque, conduzem a consequências físicas, sociais e emocionais. Daí, a comunicação de más notícias ser referenciada, a maior parte das vezes, no contexto de fim de vida. Contudo, a doença grave, a perda de capacidade física e o agravamento da situação de saúde compõem também situações identificadas como más notícias. Portanto, a pessoa afetada é que poderá considerar se é para si, ou não, uma má notícia (PEREIRA, 2005).

As representações influenciam o nosso modo de agir e reagir face às situações. Assim sendo, e neste âmbito, interferem no modo como damos e recebemos uma má notícia. Como tal, revela-se determinante a forma como as pessoas percebem o que lhes é comunicado e aceitam a situação. A informação é fundamental para ajudar as pessoas a enfrentar e lidar com situações complexas associadas a uma ameaça severa. São, portanto, situações que geram perturbações, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite pelo que, a comunicação de más notícias é considerada um desafio para os profissionais de saúde. Estes deparam-se com o enfrentar das reações emocionais e físicas da pessoa/família, mas também com a sua própria dificuldade em gerir a situação. Ao cuidarmos com o outro, comunicar com ele, temos de

consciencializarmo-nos do facto de que ambos, pessoa e enfermeiro, são pessoas com valores e crenças diferenciadas, que devem ser consideradas e respeitadas (PEREIRA, 2005). Assim, é fundamental que os profissionais apreendam as suas próprias dificuldades e representações pois, os mecanismos de fuga encontram-se muitas vezes relacionados com os receios face às situações complexas.

Devido à complexidade da má notícia, Tobin (2008) refere que esta pode ser percebida como um processo que inclui as interações antes, durante e depois do momento em que uma má notícia é dada.

A mudança no processo de saúde de uma pessoa consiste numa transição na vida da mesma. As transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim altere o conceito de si num contexto social. Importa ao enfermeiro incorporar na sua prestação de cuidados, essas mesmas transições (MELEIS, et al., 2000).

A satisfação do cliente constitui um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Deste modo, na procura constante da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deverá intervir de forma a atingir os mais elevados níveis de satisfação da pessoa/família. Realçamos como elementos importantes da satisfação da pessoa, na comunicação de más notícias: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da pessoa/família; a procura constante da empatia nas interações com a pessoa/família; o envolvimento da família no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro em reduzir o impacto negativo na pessoa/família despoletado pelas mudanças de ambiente inerentes às necessidades do processo de assistência de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Considerando a procura de um caminho que conduza à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na comunicação de más notícias, surge a presente revisão sistemática da literatura. Esta apresenta como objectivo: identificar os factores facilitadores da intervenção do enfermeiro na comunicação de más notícias à pessoa adulta.

## **1.2.METODOLOGIA**

Atendendo ao objetivo da revisão sistemática da literatura, definimos como pergunta para este estudo: **Quais os factores facilitadores da intervenção do enfermeiro na comunicação de más notícias à pessoa adulta?** De forma a responder a esta questão

realizámos pesquisa, para a qual foram definidos critérios de inclusão e exclusão dos artigos pesquisados (tabela 1).

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresentar informação ao nível dos parâmetros a analisar: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O) e Tipo de Estudo (S) e ainda, ano e autor(es);</li> <li>-Ter sido publicado entre 2005 a 2012;</li> <li>-Referir o enfermeiro no âmbito da comunicação de más notícias à pessoa adulta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Artigos cuja publicação seja só em abstract;</li> <li>-Ser uma revisão da literatura;</li> <li>-Ser uma dissertação ou tese;</li> <li>-Falar somente no papel do médico;</li> <li>-Referir-se a contextos de prestação de cuidados de enfermagem pediátricos ou neonatais.</li> </ul>

Tabela 1 – Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos pesquisados

Para a realização da pesquisa dos estudos relevantes utilizámos as seguintes palavras-chave: enfermeiro, comunicação, más notícias, nurs\*, breaking bad news, bad news, communication. As bases de dados utilizadas para realizar a pesquisa foram a EBSCOhost (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; ERIC; Business Source Complete) e a Biblioteca do conhecimento on-line. Considerámos, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados

No total identificámos, pelo conteúdo, 58 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo mas, após a leitura do *abstract* e aplicando os critérios de exclusão e de inclusão, apenas se aceitaram 15 artigos. Por meio da leitura integral de cada artigo foram excluídos 10 artigos. Ficaram assim, 5 artigos para análise. Na sua leitura integral foram identificados o ano, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo. Utilizou-se a metodologia PI[C]OS: participantes (P), intervenções (I), resultados (O) e o tipo de estudo (S). A sinopse de cada artigo apresenta-se em seguida (Tabela 2).

Relatório de Estágio

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
<p>Warnock C.; Tod A.; Foster J. e Soreny C. (WARNOCK, et al., 2010) 2010 Reino Unido</p>	<p>142 enfermeiras (<i>staff nurses</i>), 64 irmãs de ala/enfermeiras responsáveis, 10 enfermeiras especialistas, 3 enfermeiras parteiras e uma enfermeira chefe de 59 serviços de internamento médicos e cirúrgicos.</p>	<p>Este trabalho é um relatório de uma exploração do papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias no ambiente hospitalar e do apoio prestado ao nível da formação dos enfermeiros que exercem esse papel.</p> <p>Realizou-se previamente um estudo piloto. Foi aplicado um questionário com recurso a escalas <i>Likert</i> e perguntas abertas no ano de 2007. Foram distribuídos 335 questionários e no total foram devolvidos 236 questionários preenchidos. As questões colocadas exploravam três tópicos: o papel da enfermeira na comunicação de más notícias; as</p>	<p>Relativamente ao papel da enfermeira na comunicação de más notícias foram identificadas 3 tipos de barreiras: física (falta de privacidade, falta de tempo para exposição da situação e comunicar pelo telefone); linguagem utilizada associada à cultura da pessoa e <b>nível de conhecimento</b> do enfermeiro. Os défices no conhecimento identificados relacionaram-se com o facto de o enfermeiro não conhecer as pessoas antes da comunicação de más notícias e défices de <b>formação</b> nesta área. Quanto ao tópico das experiências das enfermeiras no envolvimento do processo de comunicação de más notícias: muitos participantes consideraram ser</p>	<p>Qualitativo e quantitativo</p>

Relatório de Estágio

		<p>experiências das enfermeiras no envolvimento do processo de comunicação de más notícias; o tipo e alcance da educação recebida pelas enfermeiras na comunicação de más notícias.</p>	<p>positivo o seu envolvimento (ajudaram pessoas e família a preparem-se para o futuro e reforçaram as relações estabelecidas com os mesmos). Referiram ainda que, estas experiências as ajudaram a refletir sobre as suas próprias prioridades e sobre o que era importante na vida. Quanto ao tópico: tipo e alcance da educação recebida pelas enfermeiras na comunicação de más notícias: a maioria dos participantes tinha recebido pouca ou nenhuma instrução formal em comunicação de más notícias. Referiram ter aprendido mais através de <b>formação</b> informal (experiência adquirida ao longo da experiência profissional e observação de outros profissionais neste processo)</p>	
--	--	---	--	--

Relatório de Estágio

<p>Sakiko Fukui e Keiko Ogawa e Naoshi Fukui (SAKIKO, et al., 2010) 2010 Japão</p>	<p>31 enfermeiras (9 que trabalhavam num centro de rastreio do cancro e 22 enfermeiras de serviços de internamento de 2 diferentes hospitais, divididas por 3 grupos, que fizeram o workshop de 6 horas em diferentes dias</p>	<p>Foi implementado um questionário com 21 itens, onde se avaliou três vezes (antes, imediatamente após e 3 meses depois) o efeito do programa de treinamento de habilidades comunicacionais, na confiança dos enfermeiros na comunicação de más notícias com os doentes. Na avaliação após 3 meses do programa, solicitou-se também a perceção dos enfermeiros sobre a eficácia do treinamento.</p>	<p>Não se verificaram diferenças significativas nos resultados dos diferentes participantes. A confiança dos enfermeiros na comunicação com as pessoas aumentou 3 meses após o <b>treinamento de habilidades de comunicação</b>. Todos os 21 itens considerados melhoraram após os 3 meses. Quanto à avaliação da eficácia do programa, foram identificadas 7 categorias como <b>discussão com outros membros da equipa</b>, construção gradual da confiança nas habilidades comunicacionais, <b>reflexão sobre a própria forma de comunicação, compreensão do modo como os doentes se sentem</b>.</p>	<p>Quantitativo</p>
--	--	--	--	---------------------

Relatório de Estágio

<p>Paul R. Helft, Amy Chamness, Colin Terry, e Margaret Uhrich, (HELFT, et al., 2011) 2011 Estados Unidos da América</p>	<p>394 enfermeiros membros da <i>Oncology Nursing Society</i> (ONS)</p>	<p>Os investigadores do estudo desenvolveram o instrumento de pesquisa (enfermeiro no processo de comunicação do prognóstico) após uma extensa revisão da literatura, e interativa discussão entre os membros da equipa de estudo, e discussões informais com enfermeiros oncológicos. Realizaram pré teste com 20 enfermeiros membros da ONS e de acordo com os resultados do mesmo, fizeram alterações. Foram incluídos 20 itens de resposta fixas usando 4 escalas tipo <i>Likert</i> para medir o grau de desacordo ou acordo, 14 itens com cinco escalas do tipo <i>Likert</i> para medir a frequência e 2 itens de perguntas abertas.</p>	<p>96% dos entrevistados concordaram ou concordaram fortemente que os enfermeiros oncológicos têm a responsabilidade de ajudar as pessoas a prepararem-se para o fim das suas vidas. Foi relatada a incerteza sobre o seu papel na comunicação do prognóstico Os enfermeiros tinham visões mistas sobre a comunicação relacionada com o prognóstico e identificaram barreiras comuns à sua própria participação mais efetiva neste processo. Os enfermeiros com mais <b>experiência</b> e aqueles que trabalhavam em serviços de internamento tinham maior probabilidade de estar presentes na comunicação de prognósticos. Os entrevistados também identificaram</p>	<p>Estudo transversal</p>
--	---	---	---	---------------------------

Relatório de Estágio

		<p>O instrumento foi enviado para um grupo final de 1338 membros da ONS, 394 enfermeiros completaram as questões- taxa de resposta de 29%.</p>	<p>oportunidades para a melhoria da comunicação <b>interdisciplinar</b>, relevando a importância de incluírem enfermeiros na comunicação relacionada com o prognóstico da pessoa com doença oncológica.</p>	
<p>Susan M. McLennon, Sue Lasiter, Wendy R. Miller, Kathryn Amlin, Amy R. Chamness e Paul R. Helft, (MCLENNON, et al., 2013) 2013 Estados Unidos da America</p>	<p>27 enfermeiros que trabalhavam em 7 serviços de assistência a adultos com doença oncológica.</p>	<p>Foram agrupados 96 tópicos em 6 principais categorias: envolvimento no meio, avaliação da situação, barreiras para a comunicação do prognóstico, ações de enfermagem, benefícios da compreensão do diagnóstico e resultados negativos. Foi realizada uma análise temática com recurso a gravações áudio das entrevistas realizadas às enfermeiras.</p>	<p>O estudo evidenciou que as enfermeiras com <b>experiência</b> na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológicas estão qualificadas para promoverem a qualidade das questões relacionadas com o prognóstico, facilitando, colaborando ou participando independentemente neste processo. As áreas em que os enfermeiros podem fazer contribuições substanciais incluem a avaliação das necessidades da pessoa e da família; superar as barreiras de comunicação para</p>	<p>Qualitativo, descritivo e análise temática</p>

Relatório de Estágio

			<p>facilitar compreensão do prognóstico; abrir a comunicação sobre as opções de tratamento e desejos das pessoas a viverem estes processos de comunicação de más notícias. Contribuem desta forma para as escolhas informadas. O estudo revela ainda como elemento facilitador a <b>formação</b> das habilidades comunicacionais ao nível <b>interdisciplinar</b>.</p>	
<p>Carole Palmer e Colin Thain (PALMER, et al., 2010) Reino Unido 2010</p>	<p>Enfermeiras da clínica liderada por enfermeiras, auditadas por 26 utentes que foram acompanhados na clínica entre fevereiro e setembro de 2008..</p>	<p>O estudo tinha como objetivo avaliar a eficácia da comunicação de más notícias, relacionadas com o diagnóstico de cancro do pulmão e mesotelioma, por parte das enfermeiras que lideravam a clínica. Foram entregues questionários aos doentes que tinham sido acompanhados na clínica entre fevereiro e</p>	<p>As respostas foram todas positivas e apoiaram a iniciativa da clínica. A comunicação de más notícias sensível e eficaz é identificada como componente essencial dos cuidados à pessoa com cancro. Os fatores valorizadas e que facilitaram o sucesso desta iniciativa foram o <b>recurso a protocolos, contactos telefónicos,</b></p>	<p>Descritivo</p>

		<p>setembro de 2008 com questões sobre a sensibilidade das enfermeiras na comunicação de más notícias relacionadas com o diagnóstico de cancro do pulmão e mesotelioma.</p>	<p><b>informação escrita, oportunidade para colocar perguntas e falar sobre preocupações;</b> assim como a realização de reuniões mensais, com cariz confidencial, onde as <b>experiências</b> na comunicação de más notícias podem ser refletidas e discutidas abertamente.</p> <p>Os enfermeiros especializados, que possuam <b>experiência</b> na área e habilidades comunicacionais conseguem assumir um papel importante na comunicação de más notícias relacionadas com o diagnóstico da pessoa.</p>	
--	--	---	--	--

### 1.3. DISCUSSÃO E RESULTADOS OBTIDOS

A comunicação de más notícias é encarada como um processo, encontrando-se muitas vezes relacionado com as transições inerentes ao impacto do diagnóstico e prognóstico, em que as doenças oncológicas são as mais referenciadas (SAKIKO, et al., 2010), (HELFT, et al., 2011) e (PALMER, et al., 2010).

Para a melhoria dos cuidados prestados por parte dos enfermeiros no âmbito de comunicação de más notícias, são considerados como fatores facilitadores a experiência profissional (PALMER, et al., 2010), (HELFT, et al., 2011) e (MCLENNON, et al., 2013) e a formação nesta área (SAKIKO, et al., 2010) (HELFT, et al., 2011), (WARNOCK, et al., 2010) e (MCLENNON, et al., 2013).

FuKui (2010), com a avaliação do seu programa de treinamento de habilidades comunicacionais, evidenciou a importância do mesmo no aumento da confiança das enfermeiras na comunicação com a pessoa com doença oncológica. No estudo de Helft (2011), as enfermeiras referiram a formação como essencial, assim como o próprio tempo de experiência profissional na área de oncologia, onde integram o processo de comunicação de más notícias acompanhando no esclarecimento do prognóstico. Também McLennon (2013) afirma que, a formação e experiência profissional nesta área, são importantes na prestação de cuidados à pessoa no que diz respeito ao processo de transições vivenciadas pela comunicação de más notícias. As enfermeiras participantes neste estudo demonstraram gratificação pessoal em conseguir contribuir para a qualidade de vida das pessoas a quem prestam cuidados.

No estudo de Warnock (2010) foi possível identificar dois métodos de formação facilitadores da intervenção na comunicação de más notícias: formais e informais. Estes últimos foram os mais referenciados como úteis e facilitadores, em que as enfermeiras enumeraram a experiência adquirida ao longo do tempo e a observação da prática dos outros profissionais.

O recurso a ferramentas existentes, concebidas inicialmente para os médicos, surgem também como elementos facilitadores da comunicação de más notícias por parte do enfermeiro (SAKIKO, et al., 2010), (PALMER, et al., 2010) . As ferramentas utilizadas, referenciadas nos artigos analisados, são o protocolo SPIKES e a técnica Mc Master. Ambos são usados na clínica liderada por enfermeiras no atendimento à pessoa com cancro do pulmão e mesotelioma estudada por Palmer (2010). Os participantes do

programa de treinamento de habilidades comunicacionais, estudado por Fukui (2010) referiram como uma das categorias de percepção de efetividade do programa, o recurso ao protocolo de SPIKES, através da implementação das seis etapas do mesmo na comunicação com as pessoas.

Para a compreensão da situação e processo de transições, é considerado o envolvimento da família na comunicação de más notícias (SAKIKO, et al., 2010) e (MCLENNON, et al., 2013). O encorajamento da presença da família, a inclusão da mesma na discussão das más notícias foi reforçado no estudo de Fukui (2010), sendo um dos parâmetros analisados no treinamento de habilidades comunicacionais. Também McLennon (2013) considerou a família como elemento importante na perspectiva de futuro e processo de transição relacionado com o prognóstico da doença oncológica.

A comunicação de más notícias, sendo um processo complexo, despoleta também emoções e sentimentos aos enfermeiros. Assim, de forma a facilitar a gestão das próprias emoções na comunicação de más notícias, são realizadas reuniões na clínica liderada por enfermeiras, estudada por Palmer (2010), com cariz confidencial, onde as experiências difíceis podem ser refletidas e discutidas abertamente. No *workshop* realizado para avaliação do treinamento de habilidades comunicacionais, os enfermeiros referiram que esta iniciativa permitiu uma melhor gestão da própria resposta ao sofrimento das pessoas. Esta iniciativa também promoveu o aumento da motivação e maior empoderamento através da discussão com outros membros participantes no estudo (SAKIKO, et al., 2010).

Para além da partilha e análise reflexiva de experiências significativas entre enfermeiros, também existe evidência da importância de reuniões no âmbito do trabalho em equipa interdisciplinar (HELFT, et al., 2011), (MCLENNON, et al., 2013). Helft (2011) refere a pertinência de reuniões interdisciplinares para que haja coerência na informação mobilizada junto da pessoa. Este aspeto é essencialmente referido na abordagem do prognóstico. Também McLennon (2013) refere o trabalho em equipa interdisciplinar na redução de barreiras comunicacionais, como a incerteza e desconforto na comunicação de más notícias relacionadas com o prognóstico da doença oncológica.

#### 1.4.CONCLUSÕES:

Apesar da existência de poucos estudos que abordem o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias, constatou-se que, apesar de alargado o período de pesquisa para os últimos anos, os artigos selecionados de acordo com a metodologia PI[C]OS, para a realização desta revisão da literatura são posteriores a 2009. Relacionamos tal facto com a pertinência desta temática, na atualidade, para a investigação em enfermagem, promotora de mudança e melhoria da prática baseada em evidência científica.

Através da metodologia implementada, conseguimos identificar, como **fatores facilitadores** da intervenção do enfermeiro na comunicação de más notícias à pessoa adulta: experiência profissional e formação, formal e informal, na área; envolvimento da família; recurso a ferramentas já existentes, concebidas para outros profissionais de saúde, como o protocolo SPIKES; programas de treinamento de habilidades comunicacionais; trabalho em equipa e reuniões, tanto entre enfermeiros como no seio da equipa interdisciplinar, que permitam trabalhar a gestão das próprias emoções e incertezas dos profissionais de saúde.

Finalizando, consideramos a importância da realização de mais estudos nesta área, envolvendo enfermeiros, com a finalidade de clarificar o seu papel na comunicação de más notícias inerentes aos processos de transição em saúde que a pessoa adulta vivencia.

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

### **2.1. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE encontra-se inserido na área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos. A sua estrutura física situa-se no edifício do Hospital de São José do referido centro hospitalar.

Tem como missão prestar cuidados de saúde urgentes a mais de 250.000 habitantes da população de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influência nas especialidades médico-cirúrgicas que estes não possuem. De acordo com os dados estatísticos disponibilizados na intranet do CHLC, EPE (2012), este serviço admitiu, em 2011, o total de 158.147 pessoas, sendo que 818 foram considerados como emergentes ou muito urgentes, de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Vocacionado para adultos, a grande maioria das pessoas dá entrada no CHLC, EPE pelo Serviço de Urgência do HSJ o que corresponde a uma média diária entre 400-500 utentes (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 2012).

Este serviço é estruturado em duas áreas de atendimento denominadas de área de ambulatório e área de observação. Da área de ambulatório fazem parte a triagem, os balcões de atendimento geral (verde/azul e amarelo/laranja), de atendimento das especialidades (otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, pequena cirurgia) e os meios complementares de diagnóstico. Na área de observação coexistem cinco salas de observação, uma sala de isolamento e quatro salas de emergência.

As salas de observação, numeradas de 1 a 5, destinam-se às pessoas que necessitam de cuidados de saúde urgentes, até à sua estabilização ou decisão de orientação médica e, apenas, durante o tempo necessário para atingir estes objetivos. A sala de isolamento destina-se a pessoas portadoras, ou fortemente suspeitas, de doença infectocontagiosa e que envolvam alto risco de contágio tanto para profissionais como para outras pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência.

Quanto às quatro salas de emergência, as numeradas com 1 e 2 estão equipadas com aparelho de raios X e material cirúrgico pelo que, se destinam, preferencialmente, ao atendimento das pessoas politraumatizadas.

São conduzidas às salas de emergência as pessoas transportadas por bombeiros ou INEM cujas tripulações considerem haver risco de vida para a pessoa, que venham em

manobras de reanimação ou pessoas triadas a quem foi atribuída a cor vermelha. Ao entrar no Serviço de Urgência uma pessoa dirigida às salas de emergência, é acionado um sinal sonoro pelo funcionário da portaria ou pelo enfermeiro da triagem, caso a pessoa se encontre neste espaço.

Após a reanimação e/ou estabilização nas salas de emergência, as pessoas são encaminhadas para uma das salas da unidade de observação, para o bloco operatório central ou transferidas para uma unidade de cuidados intensivos do CHLC, EPE.

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência é constituída por 110 enfermeiros distribuídos por 5 equipas em *roulement* e uma equipa em horário fixo. Os métodos de prestação de cuidados de enfermagem são o método individual e o trabalho em equipa, este último mais evidente nas salas de emergência.

Segundo Sheehy (2001 p. 10) “a prática de enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas”. Atendendo a estas questões especializadas, defini os meus objetivos.

O objetivo geral a que me propus foi “*desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica admitida no Serviço de Urgência*”. Deste modo, não excluindo o conhecimento dos diversos setores do serviço, direcionei a minha intervenção para a prestação de cuidados nas salas de emergência.

Este módulo do estágio constituiu o meu primeiro contato como enfermeira com um serviço de urgência. Nunca tive essa oportunidade quer no âmbito do curso de licenciatura em enfermagem quer no meu percurso profissional. Desta forma, e, tendo o intuito de desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados especializados, delineei objetivos específicos, que apresento de seguida.

Relativamente ao objetivo específico “*prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica nas salas de emergência do serviço de urgência do Hospital de São José, CHLC, EPE*” as principais dificuldades sentidas prenderam-se com a diversidade de situações clínicas que aconteceram ao longo do estágio e a afluência de pessoas admitidas nas salas de emergência nos turnos que realizei.

O nível de gravidade das pessoas admitidas no Serviço de Urgência é obtido através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada pessoa que recorre ao Serviço de Urgência. Permite uma rápida identificação da prioridade de atendimento das pessoas pois, de acordo com o nível de gravidade da situação, é atribuída

uma cor, sendo que às pessoas emergentes é atribuída a cor vermelha, às pessoas muito urgentes a cor laranja e às urgentes a cor amarela (Ministério da Saúde, 2012). No local de estágio está implementado este sistema de triagem. Assim, realizei um turno no setor de triagem, o que me permitiu experienciar a dinâmica do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, até aí desconhecido para mim.

Atendendo aos dados estatísticos disponibilizados na intranet do CHLC, EPE (2012), no mês de maio de 2012, mês completo de estágio, há registro de 13.869 pessoas admitidas na urgência sendo que 961 eram pessoas classificadas como emergentes ou muito urgentes e 5380 eram pessoas classificadas como urgentes.

Tendo em consideração o número elevado de pessoas admitidas nas salas de emergência e as referidas dificuldades sentidas, destaco como elementos facilitadores da sua transposição: elaboração de plano mental de cuidados individualizados à pessoa em situação crítica, tendo em atenção a hierarquia de cuidados a realizar consoante as prioridades de intervenção e validação do mesmo, de forma contínua, com a enfermeira orientadora; realização de revisão da literatura que possibilitou o aprofundamento de conhecimentos sobre situações complexas mais frequentes nas Salas de Emergência do Serviço de Urgência e respetivos cuidados à pessoa em situação crítica. No decurso do estágio foi possível a admissão de pessoas provenientes da rua, acompanhados por bombeiros ou equipas do INEM, da triagem, das salas de observação e dos balcões de atendimento. Quando era facultada informação prévia do CODU sobre a pessoa que iríamos admitir, analisava um possível plano de prestação de cuidados com a enfermeira orientadora.

Menciono como principais situações vivenciadas, no âmbito das emergências médicas, a prestação de cuidados à pessoa em paragem cardiorrespiratória, com enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, taquicardia supra ventricular.

Num dos primeiros turnos do estágio, recebemos na sala de emergência uma pessoa que entrou em paragem cardiorrespiratória pelo que, a equipa iniciou desde logo manobras de reanimação. Perante este cenário, integrei a equipa na reanimação cardiorrespiratória nomeadamente nas ventilações e compressões cardíacas e validação do efeito das mesmas. A equipa seguiu o algoritmo de Suporte Avançado de Vida em situação de assistolia, segundo o Conselho Europeu de Ressuscitação. Esta situação foi importante pois, revelei o conhecimento do referido algoritmo e ao tomar iniciativa na integração da equipa, aproveitei uma situação única pois, ao longo do estágio não se proporcionou mas nenhum momento de paragem cardiorrespiratória.

De acordo com as Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (PORTUGAL, 2007), as doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos, sendo que o EAM constitui a terceira causa de mortalidade. No CHLC, EPE encontra-se em vigor a Via Verde Coronária. Se esta situação for identificada ao nível do atendimento pré hospitalar a pessoa é diretamente encaminhada para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital de Santa Marta, EPE. Caso esta situação seja identificada a nível do SU, é realizado o transporte da mesma para a referida unidade, assim que as condições o permitam. Neste âmbito, vivi no decurso do estágio uma situação em que participei na prestação de cuidados na transferência de uma pessoa com quadro clínico de EAM, para o Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE. Esta situação foi importante pois, existiram mais situações de EAM nas quais me senti mais apta na validação da monitorização e sintomatologia clínica da pessoa com este quadro.

Para além da Via Verde Coronária. Encontrava-se também em vigor no SU, a Via Verde AVC, sendo que neste âmbito, foi vivenciada uma experiência de prestação de cuidados à pessoa com AVC hemorrágico. Esta situação permitiu articular os conhecimentos adquiridos na formação pós graduada com a identificação dos cuidados específicos nestes casos de AVC permitindo o aprofundar de conhecimentos na área de especialidade.

Após a prestação de cuidados tanto a pessoas com emergências do foro médico como do foro traumático, identifiquei juntamente com a enfermeira orientadora maiores dificuldades na prestação de cuidados à pessoa politraumatizada, relacionadas com a falta de experiência nesta área. Neste sentido, decidi realizar mais turnos nas salas de emergência vocacionadas para as situações de trauma, demonstrando assim autonomia na gestão do meu processo de aprendizagem. De acordo com a circular normativa n.º 7 de 2010 da DGS (PORTUGAL, 2010 p. 4) “num SUP, existe, a cada momento, um coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito e a respetiva equipa de trauma, necessária para a abordagem do doente traumatizado. Esta deve ser multidisciplinar, possuir formação e experiência em trauma”. Destaco que, segundo a mesma fonte, “o trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbidade em todo o Mundo, incluindo Portugal”. As situações que exigiram maior rigor nos cuidados prestados nas salas de trauma foram: pessoa vítima de agressão por arma branca, por arma de fogo, por animal de grande porte, pessoa gravemente queimada com compromisso da via aérea. Exemplificando, nesta última situação, uma das pessoas admitidas tinha sido

vítima de explosão em ambiente fechado, pelo que mobilizei os meus conhecimentos monitorizando e despistando sinais de compromisso da via aérea comuns neste tipo de episódio como rouquidão, cianose e edema labial. Decorrente da avaliação realizada, a pessoa apresentava algumas queimaduras de I grau na face, realizei o tratamento às mesmas. Não se tendo verificado focos de instabilidade, a pessoa foi transferida para uma das salas de observação. Estas experiências do foro traumático permitiram-me mobilizar e aprofundar conhecimentos, assim como melhorar progressivamente os meus cuidados, através da reflexão contínua no que respeita à cinemática do trauma (avaliação primária segundo metodologia ABCDE e avaliação secundária).

A importância destas atividades encontra-se igualmente corroborada na já referida circular normativa da DGS (PORTUGAL, 2010 p. 2) “é, hoje, largamente reconhecido que, tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sepsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas”.

Refiro também, como atividade respeitante ao objetivo específico em análise, o transporte da pessoa em situação crítica. Segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008 p. 9) “o transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado”. O papel do enfermeiro é importante assim como o conhecimento aprofundado relativamente às três fases do transporte da pessoa em situação crítica: decisão, planeamento e efetivação. Para tal, consulte e considere o procedimento multissetorial da própria instituição (ANEXO I). Este segue as mesmas linhas orientadoras preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, mas adequada à realidade e características próprias do CHLC, EPE. A existência e aplicação destes procedimentos reveste-se de extrema importância para a uniformização de cuidados e defesa de boas práticas. No decurso do estágio foi-me permitido o transporte da pessoa em situação crítica em múltiplas situações como: acompanhamento a exames complementares de diagnóstico no serviço de imagiologia, transferência para o Bloco Central, transferência para unidades de cuidados intensivos no próprio hospital e entre hospitais do mesmo centro hospitalar. Efetuei o planeamento do transporte assegurando todo o equipamento de monitorização e suporte vital à pessoa e,

efetivei o transporte com monitorização hemodinâmica e interpretação da mesma, de modo a identificar precocemente focos de instabilidade.

Considero, de igual forma importante, a referência à realização de registos no que concerne à avaliação primária, secundária e notas de evolução, com recurso ao sistema informático HP-HCIS implementado neste local de estágio. Este consiste num sistema integrado de informação que permite construir e gerir um processo clínico eletrónico. De forma a sistematizar os meus registos e revelar maior celeridade e compreensão dos mesmos consultei o manual do utilizador-perfil do enfermeiro. Os registos permitiram-me uma avaliação sistematizada da pessoa e visão da evolução da mesma, assim como a promoção da continuidade de cuidados de qualidade. Segundo a alínea d) do Artigo 83.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

Outro objetivo específico que delineeii foi *“aprofundar competências relacionais, através do estabelecimento de uma comunicação terapêutica e do suporte emocional, na prestação de cuidados à pessoa/pessoa significativa”*.

Segundo Pereira (2008 p. 13) a “admissão hospitalar para alguns utentes assinala um momento que põe cobro à vida habitual, transportando a pessoa para um acontecimento simultaneamente estranho e assustador”, o que é ainda mais significativo em situações de urgência/emergência. Por outro lado, a família também carece de especial cuidado.

Atendendo a que, a comunicação é transversal a todo o cuidado, a minha intervenção residiu na preocupação de comunicar com a pessoa em situação crítica. Assim, tive o cuidado de explicar os procedimentos a que estava a ser submetida, com o intuito de reduzir o seu grau de ansiedade e promover o seu conforto.

Existiu uma situação em que a pessoa ventilada, ou seja, com barreira à comunicação, conseguiu transmitir as suas dúvidas quando lhe forneci lápis e papel para o efeito. Perante esta intervenção pude esclarecer as suas dúvidas pelo que a pessoa ficou mais tranquila.

Numa outra situação, uma pessoa vítima de acidente de viação, enquanto aguardava pela transferência para a sala de observação, começou a chorar. Posto isto, dirigi-me à pessoa, demonstrando a minha disponibilidade. Ao questioná-la, referiu estar preocupada com o ocorrido por receio de incapacidade física, o que a reportou a uma experiência anterior de vida.

Ao longo do estágio prestei cuidados à família através de intervenções como: transmissão e validação de informação adequada à sua compreensão e correspondente às necessidades apresentadas, nomeadamente no que se relacionava com o circuito da pessoa em situação crítica, sua situação e encaminhamento. Mobilizei também os recursos já existentes no serviço, como o guia de acolhimento. Se considerarmos o estado de ansiedade da pessoa/família, estas muito provavelmente vão necessitar que a informação seja repetida, daí a importância dos documentos escritos (PEREIRA, 2008).

Ainda no âmbito deste objetivo específico, refiro uma situação de colaboração na comunicação de más notícias. Sucintamente, o momento de transmissão do falecimento à esposa foi realizado na sala de trabalho pela equipa multidisciplinar (médico e enfermeiros). De seguida, permaneci junto da esposa da pessoa falecida enquanto esta aguardava pela filha. Escutei-a, promovi a expressão de sentimentos e emoções. Com a chegada da filha, pediram para ver a pessoa. Assegurei um ambiente tranquilo para o efeito. No fim, acompanhei-as à saída da urgência e estas agradeceram as minhas intervenções. Emerge assim a relevância da humanização dos cuidados que se encontra expressa, respetivamente, nas alíneas b) e c) do Artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro: o enfermeiro tem o dever de “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” e “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003). Assim, esta experiência permitiu, no âmbito da área de especialização, o desenvolvimento de competências no que respeita ao cuidado da família, que se encontra a vivenciar perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, nomeadamente a morte.

Neste módulo do estágio, tive também como objetivo específico “*desenvolver uma sessão de formação atendendo às necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros do Serviço de Urgência*”. O percurso quanto a este objetivo iniciou-se com uma reunião com as enfermeiras orientadora, chefe e responsável pela formação em serviço em que explanei algumas temáticas a abordar, decorrentes da minha prática profissional (cuidados a pessoas com drenagens torácicas, com tuberculose pulmonar, com ventilação não invasiva e pessoas submetidas a transplante pulmonar), atendendo a que deveria contribuir para as necessidades formativas do serviço. Através deste processo planeou-se a apresentação do tema “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada Pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral” com o objetivo geral de “Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa

transplantada pulmonar que é admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral”. Foram considerados dois focos de atenção - o risco potencial de rejeição combatido pela terapêutica imunossupressora e o risco potencial de infecção associada aos cuidados de saúde.

Como preparação para esta sessão de formação foi realizada uma revisão da bibliografia sobre a transplantação pulmonar. As principais limitações sentidas relacionaram-se com o fato de a transplantação pulmonar ser ainda uma área recente de intervenção. Após a revisão da bibliografia foi efetuado o plano da sessão (APÊNDICE I) contemplando os conteúdos a abordar e realizados os diapositivos da mesma (APÊNDICE II), assim como discutidos os referidos documentos com a enfermeira orientadora.

O passo seguinte consistiu na realização do agendamento das apresentações. Foi considerado que as mesmas deveriam ser efetuadas atendendo à escala dos enfermeiros de forma a, conseguir contemplar dias de apresentação em que estivessem presentes elementos de diferentes equipas, com o objetivo de formar o maior número possível de enfermeiros. As apresentações da sessão de formação decorreram nos dias 11, 15 e 20 de junho pelas 10h e 10h30m aproximadamente. Destaco que, de acordo com o estipulado no serviço, em cada dia de formação, foram realizados dois momentos de apresentação, com aproximadamente trinta minutos cada. Esta constituiu uma estratégia viável para que todos os enfermeiros do turno assistissem à sessão de formação, estando concomitantemente os cuidados de enfermagem assegurados nos diferentes setores do serviço. Ressalvo que no dia 20 de junho, foi realizado unicamente um momento de apresentação pois, existiam enfermeiros que já tinham assistido à formação. Nesse dia já tinha completado as minhas horas de contato preconizadas pelo plano de estudos, contudo desloquei-me ao SU pois, considerei importante, para a melhoria dos cuidados, formar mais enfermeiros.

No total, assistiram à formação 40 enfermeiros. Os formandos deram um bom *feedback* tanto verbalmente como por escrito pois, no final de cada apresentação foram preenchidas pelos mesmos as folhas de avaliação da sessão (ANEXO II). De modo a fundamentar este *feedback* positivo, realço que 68% consideraram o item “domínio dos conteúdos apresentados” como “muito bom” e 32% como “bom”, o que constitui um bom indicador.

Ainda no âmbito da importância da formação em serviço, refiro que surgiu a oportunidade de participar como formanda numa sessão de formação intitulada “Cuidar

da Pessoa Queimada na UCIP”. Ao ter conhecimento da mesma, considerei-a importante para o aprofundamento e consolidação de conhecimentos. Assim, foi uma atividade na medida em que, posteriormente tive situações de pessoas queimadas na sala de trauma do local de estágio.

## 2.2.MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UUM é uma unidade de cuidados intensivos polivalente, inserida na área de Urgência Geral e Cuidados Intensivos do CHLC, EPE. Contempla 12 camas destinadas a pessoas com necessidade de cuidados de nível III e 8 camas destinadas à prestação de cuidados de nível I, de acordo com a classificação das áreas onde se praticam cuidados intensivos adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva. O nível I consiste na monitorização, habitualmente não invasiva e conjectura a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior. Quanto ao nível III, o mesmo corresponde aos denominados serviços de medicina intensiva/unidades de cuidados intensivos, que pressupõem a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, assegurados por equipas de saúde diferenciadas durante 24 horas (PORTUGAL, 2003).

Para além das referidas salas, existe um quarto de isolamento, uma sala de acolhimento a pessoas internadas noutros serviços com necessidade de hemodiálise e ainda uma sala destinada à colocação de *pacemakers* e outros exames complementares de diagnóstico, como as endoscopias e ecografias. Para conhecimento do espaço físico referido, bem como a localização da sala de consumo e fármacos e sala de equipamentos realizei uma visita guiada pela enfermeira chefe no primeiro turno no local de estágio, quando fui recebida e reuni com a mesma.

As pessoas admitidas na UUM, com necessidade de cuidados de nível III entre janeiro e agosto de 2012 tiveram proveniência da urgência (153) e em transferências internas (124) e externas (19), dando um total de 297 admissões (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 2012).

A equipa de enfermagem da UUM é composta por 61 enfermeiros, quatro dos quais em horário fixo, com funções distintas ao nível da gestão de cuidados. Os restantes enfermeiros constituem as 5 equipas de prestação direta de cuidados. Na liderança destas equipas distingo o enfermeiro chefe de equipa. Na ausência da enfermeira chefe, este assume a liderança da equipa e a gestão de recursos humanos, materiais e dos cuidados. Assume também os procedimentos aos doentes externos que recorrem ao serviço nos turnos da tarde e da noite.

Atendendo à área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, delineei como objetivo geral: *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/pessoa significativa em*

*contexto de Cuidados Intensivos*”. Assim, tendo em vista a concretização do mesmo, dirigi as minhas intervenções para a prestação de cuidados nas salas de nível III. Decorrentes do objetivo geral supramencionado, surgem dois objetivos específicos. Através da enumeração dos mesmos tenciono apresentar as principais atividades desenvolvidas que, permitiram o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Assim, um dos objetivos específicos foi *“Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/pessoa significativa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos”*. Neste âmbito, as principais dificuldades inicialmente sentidas prenderam-se com o facto de não ter experiência profissional na prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos. Estas dificuldades foram sendo progressivamente ultrapassadas através da gestão, interpretação e mobilização de uma forma adequada, da informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional na prestação de cuidados na enfermaria de pneumologia e da formação pós graduada. De igual modo, a revisão da literatura assim como a partilha e reflexão, na e sobre a prática, com o enfermeiro orientador e enfermeiros da UUM foram determinantes para ultrapassar estas dificuldades.

Realço, como importante neste percurso, a existência da “Lista de Verificação de Enfermagem” (ANEXO III) que contempla 6 parâmetros a serem verificados pelos enfermeiros no início de cada turno: identificação do doente, segurança, monitorização, ventilação, medicação e técnicas de substituição renal (CHLC,EPE, s.d.). Esta lista funcionou como linha orientadora na minha prestação de cuidados, pois promove os cuidados de enfermagem seguros, de qualidade. Concomitantemente, destaco a importância de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, responsabilizando-me pela humanização dos cuidados de enfermagem.

Foi atividade transversal à prestação de cuidados, o planeamento dos cuidados individualizados e sua validação sistemática junto dos enfermeiros do serviço, assim como a vigilância contínua da monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica de modo a detetar precocemente focos de instabilidade que pudessem surgir. Refiro ainda que mobilizei, utilizei e desenvolvi o trabalho de equipa como estratégia facilitadora da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica na UUM.

Identifico como experiências concretas, a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de ventilação mecânica, cuidados à pessoa submetida a protocolo de hipotermia após paragem cardiorrespiratória, colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal e à pessoa politraumatizada.

Relativamente aos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, realço a gestão e interpretação da informação proveniente da minha experiência profissional transposta para o contexto de cuidados intensivos. Neste âmbito, promovi alguns momentos de formação informais relativamente aos cuidados à pessoa com ventilação não invasiva. Na primeira semana do estágio, ao aperceber-se da minha experiência profissional, uma enfermeira que se encontra a trabalhar esta temática ao nível da formação na UUM, colocou-me algumas questões relativamente à mesma. Em conjunto, estivemos a discutir, com recurso ao material existente no serviço, a pertinência da adequação do mesmo à pessoa, nomeadamente dos interfaces. Identificámos dificuldade com a conexão das traqueias, pelo que sugeri as que conhecia. Estas foram posteriormente adotadas, verificando a satisfação com as mesmas. Existiram momentos em que abordei a pertinência da adaptação do interface máscara à pessoa, assim como, estratégias para prevenir complicações como o compromisso da integridade cutânea. Demonstrei interesse em trabalhar esta área mas, uma vez que, já existia um grupo de trabalho estruturado assim como plano de formação em serviço, contribuí de acordo com as necessidades pontualmente identificadas.

Os cuidados prestados à pessoa com doença respiratória crónica, permitiram-me a reflexão fundamentada sobre as transições que esta pessoa vivencia e adequação aos cuidados que emergem na agudização de processos de doença crónica. Menciono, inclusive, a prestação de cuidados à mesma pessoa tanto na UUM como no serviço onde exerço funções, no espaço de uma semana. Considero esta, uma experiência única pois, para além do conhecimento do circuito da pessoa e sua evolução clínica, a família da mesma, identificou-me como enfermeira de referência.

Referindo-me aos cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva, aprofundei e mobilizei conhecimentos através da identificação e indicação das modalidades de ventilação implementadas; cuidados na manutenção da permeabilidade da via aérea e otimização da fixação do tubo traqueal; e reconhecimento de sinais de desadaptação do modo ventilatório. Neste processo procedi também à interpretação de valores de gasometria e de outros parâmetros analíticos e do próprio padrão hemodinâmico do doente, atendendo à sua situação concreta.

Há ainda a referir os cuidados na prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV). Segundo a *American Association for Respiratory Care* (2010), estudos indicam que 70 a 90 por cento dos doentes ventilados mecanicamente foram colonizados por bactérias hospitalares na orofaringe, traqueia ou tubo digestivo. A aspiração de bactérias da orofaringe pode ser a principal causa de pneumonia do ventilador, daí a importância da higiene oral da pessoa submetida a ventilação mecânica. Por outro lado é importante a manutenção da técnica asséptica em procedimentos mais invasivos como a aspiração de secreções (American Association for Respiratory Care, et al., 2010). Considero que, no decurso do estágio considere estas componentes contribuindo para a prevenção da infeção e prestação de cuidados seguros.

Fazendo referência à pessoa submetida a protocolo de hipotermia terapêutica, realço uma situação concreta - prestação de cuidados à pessoa jovem vítima de doença súbita. A prestação de cuidados a esta pessoa durante 3 turnos permitiu aprofundar conhecimentos quanto à implementação do protocolo e cuidados de enfermagem inerentes, assim como, a reflexão conjunta com os enfermeiros em sala e enfermeiro orientador. A hipotermia terapêutica constitui uma intervenção utilizada na sequência das sequelas neurológicas após paragem cardiorrespiratória. (ABREU, et al., 2011). Inicia-se com uma fase de arrefecimento, manutenção da temperatura alvo de 33°C durante 24 horas e uma fase de reaquecimento controlado até aos 36°C, com uma duração mínima de 8 horas. Sendo um protocolo complexo coexistem procedimentos associados, que se iniciam paralelamente com o arrefecimento como: ventilação mecânica invasiva para normoventilação, monitorização da temperatura central, monitorização invasiva da tensão arterial (ANEXO IV).

No decurso da prestação de cuidados a esta pessoa, foi permitido colaborar no transporte da mesma, para realização de um eletroencefalograma, atendendo às suas três fases: decisão, planeamento e efetivação. Esta atividade foi positiva, uma vez que, permitiu a articulação com as múltiplas experiências de transporte da pessoa em situação crítica, decorrentes do módulo anterior do estágio - Serviço de Urgência.

Relativamente à colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal, esta foi a área de prestação de cuidados na qual senti mais limitações, por não ter nenhum contacto prévio com a mesma e devido à sua complexidade. Com a colaboração na prestação de cuidados, junto do enfermeiro orientador em sala de hemodiálise e dos enfermeiros em sala de cuidados intensivos, foi possível identificar as principais diferenças entre as técnicas implementadas, técnicas de

substituição renal intermitentes – hemodiálise e técnicas de substituição renal contínuas - hemofiltração e hemodiafiltração. Na UUM, a hemodiálise é sobretudo implementada a pessoas com insuficiência renal crónica internadas noutros serviços do CHLC, EPE e realizada na sala própria para o efeito. As técnicas de substituição renal contínuas utilizam um mecanismo semelhante às funções dos rins na regulação de água, eletrólitos, e resíduos, continuando 24 horas por dia, durante vários dias, a remover lentamente o fluido e os solutos. Estas, relativamente à hemodiálise, encontram-se mais indicadas em pessoas em situação crítica, pois a remoção de fluidos é mais lenta prevenindo possíveis complicações como a hipotensão (DIRKES, et al., 2007).

Neste âmbito de prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal, pude também identificar e analisar a adequada monitorização da pessoa, tendo em consideração a antecipação de complicações decorrentes da técnica. Também consultei e analisei o guia de integração à hemodiálise da UUM. Este documento é importante para uniformizar critérios de atuação, para a otimização de resultados finais, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem em hemodiálise. São indicadores de qualidade para a prestação de cuidados em hemodiálise: capacidade de reinfusão do sangue, tempo de não difusão e controlo de infeção (DIRKES, et al., 2007).

Relativamente à colaboração na prestação de cuidados à pessoa politraumatizada, esta experiência permitiu a articulação com as experiências vivenciadas na sala de trauma do módulo anterior do estágio-serviço de urgência, tendo em consideração a própria cinemática do trauma. Permitiu-me ter uma visão global do circuito da pessoa politraumatizada, assim como dos cuidados de enfermagem prestados nesta área.

Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica contempla conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (SAV). Durante este módulo do estágio, não existiu nenhuma situação concreta neste âmbito. Contudo, destaco o acompanhamento da implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Trabalho num hospital do mesmo centro hospitalar, onde também existe uma equipa de reanimação contudo, com atuação delimitada às áreas não clínicas. Assim, procedi à consulta analítica do procedimento multisectorial “atuação da equipa de emergência médica intra hospitalar do HSJ (EEMI)- REA.113” (CHLC,EPE, 2012). É fundamental que a equipa conheça o modo de funcionamento do monitor/desfibrilhador e do aspirador de secreções e a mala com material e fármacos de emergência. Coexistem uma mala pediátrica e uma mala de assistência ao adulto. A EEMI tem ainda como responsabilidade a promoção da continuidade dos cuidados. Desta forma,

após a estabilização clínica, a EEMI deverá assegurar tão cedo quanto possível a admissão de acordo com a avaliação do nível de cuidados/monitorização que o doente requer. Nesta promoção da continuidade dos cuidados destaco a importância da passagem de ocorrências verbal e através dos registos escritos, na unidade de admissão. Ter estado presente na implementação desta equipa, possibilitou integrar algumas discussões sobre os algoritmos do SBV e SAV. Não houve nenhuma chamada da EEMI na minha presença. Contudo, estive presente em reuniões que abordaram esta questão.

Concluindo a análise da concretização deste objetivo, refiro ainda outros indicadores de resultado: colaborei na realização de procedimentos invasivos, mais concretamente na colocação de cateter venoso central, linha arterial e cateter de hemodiálise. Numa fase inicial necessitei da orientação de outros enfermeiros, contudo, na fase final do estágio, colaborei com maior destreza e prontidão nestes procedimentos. Saliento ainda, transversalmente a toda a prestação de cuidados, a promoção da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo a segurança da pessoa.

A promoção da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde foi uma preocupação constante ao longo do estágio. Neste âmbito analisei com alguns enfermeiros e com o enfermeiro orientador, determinados procedimentos multissetoriais e instruções de trabalho deles decorrentes, adequadas ao contexto da UUM. Destaco o procedimento multissetorial “prevenção da infeção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto” e as instruções de trabalho “manutenção de cateteres centrais”, “pensos dos cateteres centrais”, “colheita assética de amostra de urina” e “colocação e manutenção de sonda gástrica”.

Decorrente da minha análise crítica sobre a promoção do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, identifiquei a necessidade de realizar um procedimento sectorial respeitante aos isolamentos de contenção e de proteção. Uma vez identificada esta necessidade, procedi à consulta dos procedimentos multissetoriais “precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão” e “higiene hospitalar”. De igual modo, agendámos uma reunião com a enfermeira da comissão de controlo de infeção. Esta reunião teve como objetivo analisar algumas particularidades do procedimento sectorial planeado. Por conseguinte, foi criado um código de cores interno à UUM em que cada cor corresponde a um tipo de isolamento. Na admissão deve ser identificada a medida de isolamento preconizada em função da suspeita e/ou identificação de agentes infecciosos. Esta identificação faz-se nos locais apropriados através de sinaléticas que descrevem medidas de proteção antes de contacto com o doente (colocadas na porta da sala) e depois

do contacto com o doente e de higienização de ambiente (junto ao lavatório). Sempre que surgir a identificação de um novo agente infeccioso, dever-se-á reequacionar o tipo de isolamento a implementar. Para cada tipo de isolamento foram também contempladas considerações gerais para além dos parâmetros “antes do contacto com o doente”, “depois do contacto com o doente” e “higienização do ambiente”. Considero esta atividade muito importante no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Com a elaboração do procedimento sectorial (APÊNDICE III), contribuí para a promoção do controlo de infeção, indicador da qualidade dos cuidados prestados.

As experiências anteriormente descritas, também fomentaram atividades preconizadas no objetivo específico “*desenvolver competências comunicacionais e de suporte emocional à pessoa/família, em contexto de situação crítica*”. Assim, enumero como atividades realizadas: comunicação com a pessoa com barreira à comunicação – tubo orotraqueal (TOT), identificação das necessidades de informação sobre a pessoa internada, por parte da pessoa significativa e colaboração na transmissão de más notícias.

No que concerne à comunicação com a pessoa com TOT, as atividades prenderam-se com a comunicação direta com a pessoa e na promoção da comunicação entre a pessoa e a família. Para tal, foram abordadas as estratégias de comunicação verbal e comunicação não-verbal. Não existindo emissão de som por parte da pessoa com TOT, a comunicação não-verbal é implementada sendo os gestos com as mãos, a mímica labial, expressão facial e movimentos com a cabeça os principais métodos implementados (HAPP, 2001). As principais complexidades que identifiquei prendem-se com a dificuldade das pessoas escreverem e a dificuldade do próprio enfermeiro ler os lábios que podem criar sentimentos de frustração tanto na pessoa/pessoa significativa como no próprio profissional. Como fatores facilitadores a esta comunicação recorri a recursos como quadro magnético, papel e caneta e a própria família. Esta última constitui, muitas vezes, um elemento facilitador na comunicação entre profissionais e pessoa, atendendo ao conhecimento prévio da mesma.

Relativamente à identificação das necessidades de informação sobre a pessoa internada, realço a assistência à família da pessoa jovem vítima de doença súbita. Existiu uma grande afluência de visitas sendo necessário o acolhimento e gestão das mesmas. Embora o preconizado seja uma visita por pessoa existe uma adaptação a cada situação concreta, onde não podemos deixar de considerar o estado prévio da outra pessoa da sala, o que reflete a humanização de cuidados. Utilizei técnicas de comunicação como a escuta

ativa e silêncio junto da mãe desta pessoa. Outro fator decorrente desta experiência relaciona-se com o respeito pelas crenças religiosas da pessoa/família. Saliento a manutenção de pulseiras, alusivas às suas crenças religiosas e a promoção da visita do pastor da igreja.

No âmbito da prestação de cuidados à família, no decurso do estágio, acolhi a família da pessoa em situação crítica com entrega de guia de acolhimento quando se tratava da primeira visita; transmiti informação adequada, de acordo com as necessidades expressas e identificadas; colhi dados pertinentes para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; demonstrei disponibilidade e esclareci dúvidas e efetuei o encaminhamento adequado das mesmas para outros profissionais de saúde, quando assim se justificava.

Perante o internamento da pessoa numa unidade de cuidados intensivos, a família deseja obter informação e procura o enfermeiro com esse objetivo. O contexto em que se insere a comunicação é determinante para o desenvolvimento de relação terapêutica das pessoas que comunicam (PEREIRA, 2005). Os objetivos da comunicação passam por reduzir a incerteza, melhorar o relacionamento e indicar um caminho. Para a concretização destes objetivos, é fundamental o enfermeiro estar presente e reforçar a sua disponibilidade junto das pessoas significativas. A privacidade proporcionada na comunicação de más notícias é de extrema importância. Desta forma, destaco como prática na UUM, o recurso a uma sala própria, para este tipo de situações, promovendo assim uma comunicação sem ruídos, em ambiente adequado.

Relativamente à comunicação de más notícias como um processo, destaco algumas situações concretas de comunicação de más notícias identificadas ao longo deste estágio: comunicar à família que a pessoa está internada na unidade de cuidados intensivos, com suporte que permita manter a sua estabilização clínica através de técnicas e procedimentos invasivos; pessoa com doença súbita grave; deterioração grave do estado clínico da pessoa.

De entre as situações identificadas anteriormente, considero uma concreta que me permitiu a implementação de habilidades e estratégias de comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Assim, o filho de uma pessoa com tentativa de suicídio foi encaminhado para a sala onde me encontrava, pelo enfermeiro orientador, após lhe ser comunicado que a situação clínica da sua mãe se estava a agravar. No contacto com esta pessoa pude aplicar habilidades de comunicação como a escuta ativa, o silêncio e a transmissão de segurança. Prestei apoio emocional, respeitando o seu

*timing* e as suas decisões. Identifiquei a sua pessoa de apoio, a esposa, e proporcionei a sua presença. Permiti a expressão das suas emoções e esclareci as dúvidas que colocaram. Posteriormente, quando se sentiu preparado e verbalizou essa intenção, encaminhei-o para a sala onde estava a mãe e enfermeiro prestador de cuidados diretos àquela pessoa. Retirei-me, deixando a minha disponibilidade, o filho e nora da pessoa doente agradeceram a minha intervenção. Esta foi uma situação que me proporcionou gratificação profissional, uma vez que, considero ter ajudado aquela família neste complexo processo.

Como notas finais da análise descritiva deste módulo de estágio tenho ainda a referir atividades que me ajudaram a compreender a importância da liderança de equipas, da formação em serviço e da implementação de protocolos multidisciplinares.

Assim, assisti à passagem de ocorrências entre chefes de equipa, com enfermeira chefe e elementos da gestão de cuidados. Este momento revelou-se importante no processo de aprendizagem, uma vez que, possibilitou a reflexão sobre a gestão de cuidados e a liderança de equipas de enfermagem. Realço a sinalização e discussão de assuntos primordiais a resolver, dentro do contexto concreto de cuidados intensivos como a transmissão de informação sobre circulares implementadas que os chefes de equipa transmitiram aos outros enfermeiros e a implementação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. Considero estes momentos essenciais na continuidade e qualidade dos cuidados prestados, de acordo com os indicadores descritivos contemplados nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio na UUM, participei numa reunião multidisciplinar, com o grupo de trabalho sobre a temática “Alimentação da Pessoa em Situação Crítica internada na UUM”. Esta atividade foi importante, no que respeita ao aprofundamento de conhecimentos sobre alimentação da pessoa em situação crítica, com base na evidência científica. Por outro lado, o trabalho em equipa multidisciplinar veicula a qualidade dos cuidados prestados, através da uniformização dos mesmos.

Refiro ainda que assisti à formação denominada “Estomoterapia – conceitos, fisiologia, aplicação de dispositivos”, na qual o enfermeiro formador abordou os estomas abdominais. Esta formação, contextualizada na realidade da UUM, permitiu-me também o aprofundamento de conhecimentos a transpor para a realidade do meu local de trabalho. Isto porque, quando prestamos cuidados a pessoas com estomas, as dificuldades sentidas são as mesmas nomeadamente, na manutenção da integridade da pele e adequação dos sistemas coletores a cada tipo de estomas abdominais - colostomias e ileostomias. Assim,

foi possível aprofundar conhecimentos e estratégias para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem no meu local de trabalho.

Finalizando, menciono o acompanhamento ativo na fase de planeamento do “Protocolo de Insulinoterapia no Controlo Adequado da Glicémia no Doente Crítico”. Acompanhar este processo foi positivo pois, obtive uma melhor perceção do complexo processo de elaboração, análise e implementação de um protocolo multidisciplinar. Foi realizada formação em serviço quanto a esta temática, à qual também assisti, após a qual foram efetuadas, alterações de acordo com as análises e sugestões dos diferentes elementos da equipa. Realço o caráter dinâmico deste processo tendo em vista a segurança da pessoa e melhoria contínua dos cuidados prestados. Os enfermeiros, ao aperceberem-se da minha presença e interesse no assunto, procuraram-me de forma a saberem a minha opinião e sugestões relativamente a este processo.

### **2.3.MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS**

A Unidade de Apoio Domiciliário (UAD) do IPOLFG, EPE foi criada a 27 de fevereiro de 1956 pelo Professor Doutor Francisco Gentil, pioneiro em Portugal na atividade assistencial a doentes oncológicos no seu domicílio.

As instalações da UAD encontram-se localizadas no 2º andar, do edifício do lar de doentes do IPOFGL, EPE. Dispõe de uma sala para o desenvolvimento da sua atividade. Nesta sala é ainda desempenhada a atividade da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). O seu período de funcionamento é alargado a todos os dias do ano, entre as 8 e as 16 horas.

Tem como missão prestar cuidados ativos coordenados e globais, a pessoas e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença avançada e progressiva com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

A equipa é constituída por 1 médica a tempo parcial que é também coordenadora da mesma, 4 enfermeiras a tempo parcial, 1 enfermeira a tempo completo, 1 assistente técnica e 1 assistente operacional também a tempo parcial. A atividade da maioria dos seus membros é repartida com a equipa de gestão de altas, a EIHSCP e a consulta externa.

Os critérios para a admissão na UAD são: estar inscrito no IPOLFG, EPE; ter doença avançada e progressiva; ser referenciado pelo médico assistente no IPOLFG, EPE; ter um cuidador identificado e residir na cidade de Lisboa e aceitar o apoio da unidade. A prioridade da admissão do doente na UAD é condicionada pela avaliação das necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas e família, obedecendo a critérios de presença de sofrimento descontrolado. É dada prioridade às pessoas com maior número de critérios de complexidade. No primeiro semestre de 2012, a UAD recebeu 68 pedidos, sendo que foram admitidas 34 pessoas. Dos restantes, 21 faleceram enquanto internados, 4 recusaram o apoio, 6 pedidos eram de fora da área de intervenção e 3 não obedeciam aos critérios de admissão.

Este serviço apresenta projetos ao nível da formação avançada e da investigação. No ano de 2012 acompanhou 18 estagiários, médicos e enfermeiros, de formação avançada. Os elementos da equipa encontram-se a colaborar num estudo europeu em curso *“European palliative care cancer symptom study”* do *European Palliative Care Research Centre*, que tem como objetivos a prevalência e evolução dos sintomas mais frequentes no doente oncológico no decurso da sua doença e determinar a utilidade clínica

dos instrumentos e sistemas de classificação recentemente desenvolvidos.

Os cuidados paliativos “centram -se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva” (PORTUGAL, 2012 p. 5120) Atendendo a todas as dimensões da pessoa e aos quatro pilares dos cuidados paliativos – comunicação, apoio à família, controlo sintomático e trabalho em equipa (TWYXCROSS, 2003), decidi realizar a maioria dos turnos na UAD.

Neste módulo do estágio, defini como objetivo geral “*Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com doença oncológica em fase avançada e progressiva*”.

Assim sendo, um dos objetivos específicos que defini foi “*Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com doença oncológica em fase avançada e progressiva, no contexto domiciliário*”.

No decurso deste módulo do estágio integrei a equipa interdisciplinar nas visitas domiciliárias, através de uma observação progressivamente mais participativa. Neste percurso foram elementos facilitadores a participação nas reuniões de equipa e reflexão com a mesma, a revisão bibliográfica e a consulta do processo da pessoa antes de cada visita domiciliária. Identifiquei as pessoas e famílias a acompanhar, de acordo com as suas características, de forma a atingir os objetivos que delinee.

A interação enfermeiro-pessoa é importante na obtenção de contributos terapêuticos para a pessoa e sua família, sendo esta uma área de excelência para o enfermeiro que deve aperfeiçoar os seus conhecimentos, habilidades e competências comunicacionais (SAPETA, et al., 2007). A vivência destas interações constituiu, concomitantemente, o maior desafio e gratificação neste módulo do estágio.

A comunicação consiste num instrumento terapêutico essencial em todo o processo de relação de ajuda com a pessoa/família. Dispor de uma boa capacidade comunicativa não é um dom, é algo que se aprende e deve ser treinado (QUERIDO, et al., 2010). O cuidado é a essência de enfermagem e denota reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa, o enfermeiro participa com a pessoa.

Neste sentido, e atendendo ao estabelecimento da relação de ajuda, recorri à literatura para me ajudar a compreender as interações. Segundo Bermejo (1996) as características necessárias neste relacionamento são a congruência, a compreensão empática e a aceitação incondicional. Considero que, no decurso das visitas domiciliárias

consegui estabelecer uma relação empática, respeitando a singularidade e unicidade de cada pessoa/família.

Assim, ao cuidar a pessoa/família adaptei a comunicação às necessidades manifestadas por esta, de acordo com as suas preocupações. A dimensão espiritual revelou-se como alvo atento aos meus olhos na prestação de cuidados de enfermagem. As pessoas com doença progressiva, sem perspectiva de cura, referem que os valores existenciais tornaram-se mais importantes do que antes de ficarem doentes. Os valores pessoais encontram-se descritos como importantes na estruturação da experiência e ajudam na adaptação às dificuldades vivenciadas (VIVAT, 2008). Consequentemente, contemplei esses valores na minha intervenção. Como exemplo, refiro algumas situações em que a pessoa falou da sua história de vida e da perceção da própria morte.

No processo de interação enfermeiro-pessoa, para além de adaptar a comunicação à pessoa, é também importante adaptá-la ao próprio perfil pessoal e profissional do enfermeiro. Este módulo do estágio foi de extrema importância na gestão dos meus próprios sentimentos e emoções enquanto enfermeira. As experiências de prestação de cuidados a um jovem de 24 anos, que faleceu ainda no período de estágio, e a uma jovem de 31 anos, permitiram-me compreender que a prestação de cuidados a pessoas jovens despoleta mais as minhas emoções e têm maior impacto em mim enquanto pessoa. A partilha destas limitações com a equipa foi essencial na gestão deste processo e também na abordagem dos fatores inerentes à própria formação do eu. Considero que as emoções vivenciadas também estiveram intimamente relacionadas com o período do Natal pois, esta época simboliza a união, a família.

Em cuidados paliativos, o apoio à família constitui é preponderante. Ao considerar a família, realço o direito desta a “receber apoio adequado à sua situação e necessidades” (PORTUGAL, 2012 p. 5120). Ao cuidarmos da pessoa, cuidamos também da família, vendo-a como prestadora e recetora de cuidados (GUARDA, et al., 2010).

É nesse sentido que considero essencial referir explicitamente à família a importância do seu papel na manutenção da qualidade de vida da pessoa doente. A intervenção dos profissionais de saúde passa também pela transmissão e validação da informação sobre o curso da doença, os recursos e os efeitos da terapêutica de modo a evitar-se a ansiedade gerada (GUARDA, et al., 2010).

No decurso do estágio transmiti informação à família quanto aos seus receios e preocupações. É muito importante os familiares possuírem informação relativamente a quando e a quem deverão pedir ajuda, necessitando de apoio profissional disponível de

forma permanente (CAMPBELL, 2009).

Relativamente ao apoio à família, realço uma situação concreta, na qual a pessoa referiu a morte de uma cunhada no dia anterior. Aproveitei o momento em que a enfermeira da UAD se encontrava a realizar o penso e abordei esta questão junto da sua esposa. Esta, afirmou que se tratava da sua irmã mais nova que também tinha uma doença prolongada. No momento em que nos acompanhou até à porta chorou e falou sobre o assunto. Considero que, ao abordar este assunto, promovi a expressão dos seus sentimentos e ventilação de emoções.

Considerando a família como integrante da unidade de cuidados, a prestação dos mesmos estende-se para além da morte da pessoa doente. Os familiares sendo também recetores do nosso cuidado, devem ser acompanhados mesmo após a morte do doente. Na UAD do IPOLFG, EPE existe um protocolo de luto. No estágio tive a oportunidade de participar em 2 visitas de luto. A primeira visita, no início do estágio, em que a minha participação foi baseada na observação e a segunda em que participei mobilizando competências comunicacionais como a escuta ativa, a compreensão empática e a aceitação incondicional. O apoio no luto, de forma a detetar situações de luto patológico, através de um programa próprio, está patente no direito à atenção integral, considerada nos indicadores de qualidade de cuidados paliativos (Ministério de Sanidad y Consumo, 2002).

O controlo sintomático, já mencionado como um dos pilares dos cuidados paliativos, revela-se um dos fatores centrais na qualidade de vida da pessoa/família com doença avançada e progressiva. Existem sete princípios gerais do controlo de sintomas: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que o doente se queixe; adotar uma estratégia terapêutica mista; monitorizar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas e cuidar dos detalhes (SALES, et al., 2008). Considerando os princípios mencionados, senti a necessidade de, através da revisão da bibliografia, aprofundar conhecimentos na área do controlo sintomático nomeadamente quanto à escada analgésica e fármacos utilizados que conhecia parcialmente e de forma mais superficial. Tal facto foi importante para conseguir realizar uma correta avaliação, de modo sistemático, das intervenções implementadas e também responder às perguntas colocadas pela pessoa/família, fomentando o estabelecimento de uma relação de confiança. Por outro lado, através da sua identificação e antevisão, de acordo com cada situação específica, pude contribuir para a prevenção dos sintomas.

Ao nível da abordagem do controlo sintomático, recorri à escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) por ser a implementada no serviço e também devido à evidência de que constitui uma das escalas mais completas. Esta aborda tanto a esfera física como a emocional da pessoa, permite a análise da evolução dos sintomas e uma compreensão dos resultados obtidos. Uma correta monitorização dos sintomas permite sistematizar o seguimento, clarificar os objetivos e validar os resultados das terapêuticas instituídas, de modo a promover a reavaliação contínua das intervenções utilizadas. (SALES, et al., 2008) Os sintomas contemplados na escala ESAS funcionaram como guia condutor para a avaliação que adaptei a cada situação concreta.

Neste percurso, ao nível do controlo sintomático, destaco os cuidados de enfermagem à pessoa com dor. Este sintoma, quando associado ao cancro, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde, em 1986 como uma emergência médica mundial. A dor afeta 60 a 80% das pessoas com cancro, sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e 70 a 90% com doença avançada. (RANGEL, et al., 2012)

Por conseguinte, é essencial identificar a causa ou causas implicadas no aparecimento da dor, devendo ter-se presente que 80% das pessoas apresenta mais de uma localização dolorosa. (SALES, et al., 2008) Estas podem relacionar-se com diferentes causas e necessitarem de tratamentos distintos. Ao longo do estágio mobilizei e aprofundei conhecimentos ao nível da dor, sua correta identificação e adequação das medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio deste sintoma. De igual modo, com a pessoa/família, identifiquei fatores de agravamento e alívio deste sintoma.

Na abordagem do controlo sintomático, ao nível da pessoa cuidada em contexto domiciliário, existiram múltiplas situações em que se recorreu à via subcutânea de administração de terapêutica. Esta via é reconhecida como um contributo no aumento das opções terapêuticas assim como da qualidade de vida da pessoa em fim de vida e sua família. (VIEGAS, 2011) No estágio desenvolvi competências técnicas neste âmbito, como prevenção e deteção precoce das complicações que possam estar subjacentes e correta manipulação do material e fármacos utilizados, assim como administração direta dos mesmos e/ou preparação de perfusões contínuas. Contudo, a intervenção foi para além da componente técnica. Assim, aprofundei conhecimentos sobre a compatibilidade e utilização concomitante de diferentes fármacos através desta via de administração, de acordo com cada realidade concreta. Estas intervenções, fundamentaram o contributo para a preparação da pessoa/família face a esta nova realidade. A consistência do meu percurso neste campo de estágio teve por base o trabalho em equipa interdisciplinar. Este,

em cuidados paliativos, implica uma partilha constante de conhecimento entre todos os elementos. Para a promoção de cuidados de qualidade é importante, a abordagem das necessidades globais da pessoa/família e a disponibilidade de todos os elementos da equipa. Neste âmbito, participei nas reuniões de equipa interdisciplinar que me permitiram a melhor compreensão de algumas situações complexas. Por outro lado, a partilha, de sentimentos, dúvidas e incertezas também foi importante.

Foi também no seio do trabalho de equipa que melhor compreendi a intencionalidade terapêutica no âmbito dos cuidados paliativos. Esta não tem como fim a cura, inadequada ao contexto, mas sim, conferir dignidade à pessoa, ajudando-a a aceitar os limites e a morte com a serenidade possível, veiculando a separação, a despedida inevitáveis. É essencial a correta avaliação, tanto inicial como sistemática de acordo com as necessidades identificadas pela própria pessoa. Os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase são o conforto e bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Assim sendo, toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pela pessoa e família (SAPETA, et al., 2007). Como já expus anteriormente, o período de estágio incluiu a época natalícia. Enquadrado nesta época, participei com a equipa com sugestões de presentes às pessoas acompanhadas pela UAD. É uma prática recorrente neste serviço, como modo de proporcionar um momento de conforto à pessoa. Foi uma atividade importante pois, a dinâmica e procura de uma intencionalidade terapêutica na escolha dos presentes levou à reflexão em equipa quanto aos objetivos da nossa intervenção.

Ainda no que respeita ao objetivo em análise, realizei um estudo de caso (APÊNDICE IV). Este foi relevante no meu processo de aprendizagem pois, a complexidade da situação da pessoa/família que abordei, permitiu-me a visão global dos cuidados prestados e articulação dos diferentes pilares dos cuidados paliativos. Consolidou também a importância da priorização de cuidados. Segundo Watson (2002 p. 99), o modo “como a pessoa compreende e responde numa dada situação depende do campo fenomenológico (realidade subjetiva) e não apenas das condições objetivas e realidade externa”. Assim, a minha intervenção esteve direcionada às necessidades identificadas pelo núcleo de cuidados, a pessoa e sua família, considerando-as na sua individualidade.

Como nota final deste objetivo, realço a realização de 2 turnos na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Este tipo de equipas apresentam como finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços

do hospital. Efetuam a orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal e/ou seus familiares, quando solicitada a sua intervenção (PORTUGAL, 2012).

Nestes dois turnos intervimos através de uma observação participativa. Realço que duas das pessoas internadas eram acompanhadas pela UAD pelo que já tinha tido contacto prévio com as mesmas. Isto proporcionou a continuidade dos cuidados e fortaleceu a relação de confiança anteriormente estabelecida. A consultoria a outros enfermeiros nem sempre se revela fácil pelo que considero importante a comunicação entre equipas. Numa das deslocações aos serviços de internamento, estivemos a analisar um caso específico com a assistente social e com os enfermeiros do serviço.

Faço agora alusão a outro objetivo específico para este módulo do estágio: *“Desenvolver competências no âmbito da investigação, promotora da prática baseada na evidência, através de um clube de revistas”*

É importante, ao prestarmos cuidados termos uma perspetiva da prática baseada na evidência. Inicialmente tinha escolhido dois artigos que identifiquei como importantes no meu percurso de aprendizagem. Depois de analisados com a orientadora, optei pelo artigo “Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente” (ANEXO V), devido à sua evidência científica e a ser contextualizado na realidade portuguesa. Como preparação para o clube de revistas, realizei a análise crítica do artigo e os diapositivos com os resultados obtidos que considerei mais pertinentes. (APÊNDICE V). O clube de revistas decorreu no dia 16 de janeiro de 2013, num período de cerca de 25 minutos. Estiveram presentes 3 enfermeiras, a enfermeira chefe, a médica e 1 enfermeira também em estágio na área de especialização de enfermagem-médico cirúrgica. Comecei por apresentar o artigo e o tipo de estudo realizado. Abordei os fatores identificados como: características do doente, características da enfermeira, características sociais e culturais e características do contexto hospitalar. Durante o momento de exposição fiz a articulação entre o meu percurso no estágio e a minha prática profissional, recorrendo a exemplos. No final, o *feedback* foi muito positivo por parte de todos os presentes. A enfermeira chefe deu-me os parabéns. Esta já conhecia o artigo mas felicitou a forma como articulei os resultados obtidos com as experiências vivenciadas tanto no local de estágio como as decorrentes da minha experiência profissional.

Ainda no âmbito da importância da partilha e reflexão sobre a prática, com outros profissionais, refiro que apresentei o estudo de caso realizado em reunião interdisciplinar.

Este método de investigação permite que o enfermeiro observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações. (GALDEANO, et al., 2003) Estiveram presentes 3 enfermeiras, a enfermeira chefe, a médica e 3 enfermeiras também em estágio na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. O *feedback* foi novamente muito positivo. A enfermeira chefe congratulou-me, referindo que demonstrava muita reflexão e fundamentação da prática. As enfermeiras que também estava em estágio disseram que tinham gostado muito.

Finalizando e, decorrente da pesquisa inicial no âmbito da revisão sistemática da literatura (primeiro capítulo do presente relatório), menciono ainda que partilhei com a equipa um artigo científico sobre comunicação de más notícias – “*Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse*” (ANEXO VI). Considerei este artigo importante por demonstrar evidência científica quanto ao papel da enfermeira na comunicação de más notícias. Este ajudou-me a compreender o papel da enfermeira tendo em consideração a comunicação de más notícias como um processo.

### 3. CONCLUSÕES GERAIS

A minha motivação para o ingresso neste curso, emergiu da necessidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, considerando a humanização dos mesmos.

Com a realização deste relatório descrevi o meu percurso, por ordem cronológica, do estágio: módulo I – Serviço de Urgência, módulo II – Cuidados Intensivos e módulo III – Cuidados Paliativos. Nesta fase de concretização do mesmo, considero que atingi os objetivos delineados tendo desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

O facto de não ter experiência profissional prévia em cada um dos campos citados, constituiu a minha principal dificuldade, transversal aos três locais de estágio. Tal dificuldade, aliada à limitação de tempo, 180 horas para cada módulo do estágio, levou a que outros projetos não pudessem ser abraçados. O referido desconhecimento dos contextos fez com que me sentisse, numa primeira fase, como uma iniciada. Segundo Benner (2001), as enfermeiras que fazem integração num novo serviço e que não conhecem as pessoas a quem são prestados cuidados, assim como as especificidades, e os aspetos inerentes aos mesmos, podem encontrar-se no nível de iniciada. Contudo, através da mobilização dos meus conhecimentos decorrentes da minha formação pós-graduada e experiência profissional, assim como da revisão da literatura e trabalho em equipa, ultrapassei esta fase, conseguindo prestar cuidados na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

No Serviço de Urgência tive experiências de aprendizagem na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica nas salas de emergência: emergências médicas e pessoa politraumatizada. Contribuí para a formação em serviço sensibilizando para os cuidados à pessoa transplantada pulmonar.

Na Unidade de Cuidados Intensivos tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e mobilizá-los para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, pessoa sob protocolo de hipotermia terapêutica, pessoa com insuficiência respiratória agudizada. Também colaborei na prestação de cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição renal. Contribuí para o repensar da prática diária no cuidado à pessoa com necessidade de ventilação não invasiva e conseqüente melhoria dos cuidados. Identifiquei a necessidade e realizei um procedimento sectorial relacionado com os cuidados em situações de

isolamento.

Nos Cuidados Paliativos tive experiências na prestação de cuidados à pessoa e família com doença avançada e progressiva no âmbito da assistência domiciliária. Desenvolvi habilidades ao nível da comunicação, apoio à família, controlo sintomático e trabalho em equipa. Intervim ao nível da formação em serviço e reflexão sobre a prática, através da apresentação de um estudo de caso e de um clube de revistas. Partilhei, com a equipa, artigos científicos decorrentes da investigação realizada sobre comunicação de más notícias. Destaco a importância deste campo de estágio no meu processo de autoconhecimento. Incontestavelmente, a realidade vivida, com o contacto direto com o sofrimento das pessoas, leva a que não fiquemos isentos de qualquer sentimento. Perante esta realidade foi preponderante o trabalho em equipa interdisciplinar e o apoio e disponibilidade da mesma.

Fazendo a retrospectiva quanto aos locais de estágio, considero que fiz uma boa escolha quanto aos mesmos. Foram campos de prestação de cuidados rigorosos, desafiantes mas que, ao mesmo tempo, me proporcionaram experiências de aprendizagem irrepetíveis e que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Considero os 3 módulos do estágio como uma jornada contínua em que pude realizar a transposição de competências tendo em consideração a humanização dos cuidados. Perceciono-os como partes integrantes e indissociáveis do caminho percorrido e não capítulos isolados. Neste percurso considero que investi muito na componente comunicacional. Acredito que esta é fundamental para o estabelecimento da verdadeira relação de ajuda e importante em momentos tão cruciais do processo de saúde.

Com a realização do estágio, denoto que fiquei mais desperta e sensibilizada para a reflexão na sobre e sobre a prática. Consigo hoje ter uma visão diferente da prestação de cuidados de enfermagem que se pretendem de excelência, baseados na evidência científica. Assim, realço a importância da qualidade dos cuidados tendo em vista a satisfação da pessoa/família. Foi a análise das experiências vividas, com olhar crítico sobre cada situação em particular, que proporcionou a construção de um percurso consistente no desenvolvimento de competências.

Por outro lado, tentei sempre levar o conhecimento decorrente do meu dia-a-dia para os serviços que me acolheram, deixando alguns contributos para a melhoria dos cuidados (ação de formação, procedimento setorial, clube de revistas).

Finalizando, deixo ainda algumas sugestões de áreas de investimento e desenvolvimento ao nível da enfermagem. Assim, sugiro, ao nível do ensino e formação,

maior relevância para os Cuidados Paliativos. As questões inerentes aos mesmos requerem, de facto formação específica. Ao nível da investigação, sugiro que mais trabalhos sejam desenvolvidos pelos enfermeiros nas suas áreas de interesse, com o intuito de evidenciar a enfermagem. Proponho como área de estudo, o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias, que afirme a importância do mesmo.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, A. e GONÇALVES, J. 2011.** Hipotermia no doente pós Paragem Cardio-Respiratória. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 2011, Vol. 18, 3.
- American Association for Respiratory Care e American Association for Respiratory Care, Clinical Practice Guidelines. 2010.** Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways. *Respiratory Care*. 2010, Vol. 55, 6.
- BENNER, Patrícia. 2001.** *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra : Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BERMEJO, Carlos. 1996.** *Relacion de Ayuda en el misterio del dolor*. Madrid : SAN PABLO, 1996. ISBN 84-285-1919-6.
- CAMPBELL, Margaret. 2009.** *Nurse to Nurse Palliative Care expert interventions*. Michigan : McGraw Hill, 2009. ISBN 0-07-164275-7.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. 2012.** Estatística. [Online] 2012. [Citação: 29 de setembro de 2012.]
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. 2012.** Estatística. *Intranet*. [Online] 2012. [Citação: 24 de junho de 2012.] <http://172.16.4.160/intranet/>.
- DIRKES, Susan e KIMBERLY, Hodge. 2007.** Continuous Renal Replacement Therapy in then adult Intensive Care Unit History and Current Trends. *Critical Care Nurse*. 2007, Vol. 27, 2.
- GALDEANO, LE, ROSSI, LA e ZAGO, MMF. 2003.** Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003.
- GUARDA, Hirondina, GALVÃO, Cristina e GONÇALVES, Maria de Jesus. 2010.** Apoio à família. [autor do livro] António Barbosa. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.
- HAPP, Mary. 2001.** Communicating With Mechanically Ventilated Patients. *AACN Clinical Issues*. 2001, Vol. 12, 2.
- HELFT, Paul R., et al. 2011.** Oncology Nurses' Attitudes Toward Prognosis-related Communication: A pelot Mailed Survey of Oncology Nursing Society Members. *Oncology Nursing Forum*. 2011, Vol. 38, 4.

- MCLENNON, Susan, et al. 2013.** Oncology nurses' experiences with prognosis-related communication with patients who have advanced cancer. *Nurse Outlook*. 2013, Vol. I, 10.
- MELEIS, Afaf, SAWYER, Linda M. e SCHUMACHER, Karen. 2000.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. Aspen Publishers, Inc, 2000.
- Ministério da Saúde. 2012.** Hospital de Vila Franca de Xira. *Triagem de Manchester*. [Online] 2012. [Citação: 10 de junho de 2012.] [http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS\\_triagem.html](http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html).
- Ministério de Sanidad y Consumo. 2002.** Guía de Critérios de Calidad en Cuidados Paliativos. s.l. : Fundación Avedis Donabedian, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003.** Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001.** Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa : Conselho de Enfermagem, 2001.
- PALMER, Carole e THAIN, Colin. 2010.** Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*. 2010, Vol. 9, 9.
- PEREIRA, Maria. 2005.** Má notícia em saúde:um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Contexto Enfermagem*. 2005, 14.
- PEREIRA, Natália. 2008.** *Comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência- Dissertação de Mestrado em Comunicação da Saúde*. s.l. : Universidade Aberta de Lisboa, 2008.
- PORTUGAL. 2012.** Lei n.º 52 de 5 de setembro de 2012. *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*. 2012.
- PORTUGAL. 2001.** Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa, Portugal : Direcção Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-99-X.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. 2010.** Circular normativa n.º 7 da Direcção Geral de Saúde. 2010.
- PORTUGAL. 2003.** *Direcção de Serviços de Planamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o desenvolvimento*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.
- PORTUGAL. 2007.** *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa : Coordenação Nacional Doenças Cardiovasculares, 2007. ISBN 978-989-95146-2-1.

**QUERIDO, Ana, SALAZAR, Helena e NETO, Isabel Galriço. 2010.** Comunicação. [autor do livro] António Barbosa. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.

**RANGEL, Odilea e TELLES, Carlos. 2012.** Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. UERJ, 2012.

**SAKIKO, Fukui, KEIKO, Ogawa e FUKUI, Naoshi. 2010.** Communication Skills Training on How to Break Bad News for Japanese Nurses in Oncology: Effects of Training on Nurses' Confidence and Perceived Effectiveness. *J Can Educ*. 2010, Vols. 25:116-119.

**SALES, J. Porta, GOMEZ-BATISTE, X. e RODRÍGUEZ, A. Tuca. 2008.** *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado e terminal*. Madrid : Arán Ediciones, 2008. ISBN 978-84-96881-48-8.

**SAPETA, Paula e LOPES, Manuel. 2007.** Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*. 2007, Vol. 4, 2.

**SHEEHY, Susan. 2001.** *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. Loures : Lusociência Edições Lda, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

**Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, Comissão da competência em Emergência Médica. 2008.** *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. s.l. : Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

**TOBIN, G. e BEGLEY, C. 2008.** Receiving bad news. A phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nursing*. 2008, Vol. 31 (5).

**TWYXCROSS, Robert. 2003.** *Cuidados Paliativos*. Lisboa : CLIMPSI Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

**VIEGAS, Marlene. 2011.** Via subcutânea: uma nova alternativa. [Online] 16 de agosto de 2011. [Citação: 5 de dezembro de 2012.] <http://chbalgarvio.min-saude.pt>.

**VIVAT, B. 2008.** Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliative Medicine*. 2008.

**WARNOCK, Clare, et al. 2010.** Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd, 2010.

**WATSON, Jean. 2002.** *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

## **ANEXOS**



ANEXO I – Procedimento Multissetorial – Transferência de Doentes em Estado  
Crítico do CHLC, EPE





**Nº: 448 Data: 29 de Setembro de 2010**

**ASSUNTO:** Procedimento Multisectorial – Transferência de Doentes em Estado Crítico  
- ALT.104 (NOVO)

O Conselho de Administração em sessão de 22/09/2010 aprovou o seguinte Procedimento:

**Transferência de Doentes em Estado Crítico - ALT.104 (NOVO)**

Está associado à Política de Alta do Doente e aplica-se a todo o CHLC.

1  
O Conselho de Administração

LAURA SILVEIRA  
Vogal Executivo

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>	

**APROVAÇÃO**

O CA deliberou aprovar  
deliberado em  
Sessão de 22/09/2010 de Lisboa

Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Lisboa  
Central, EPE

*Eduardo Gomes da Silva*  
Director Clínico

*Rita Magalhães*  
Vogal Executivo

*LAURA SILVEIRA*  
Vogal Executivo

### 1 OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos no transporte Intra e Inter-Hospitalar do Doente Crítico do CHLC, EPE.

### 2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais das Unidades de internamento, Área de Urgência e Cuidados Intensivos, Blocos Operatórios, Área de Gestão de Doentes e Área de Gestão Hoteleira.

### 3 RESPONSABILIDADES

**3.1 Pela implementação do Procedimento:** Direcção das Áreas/Unidades assistenciais, Direcção da Área de Gestão de Doentes e Área de Gestão Hoteleira

**3.2 Pela revisão do procedimento:** CQSD


### 4 DEFINIÇÕES

**DOENTE CRITICO** - doente agudo grave, que apresenta falência de uma ou mais funções vitais, iminente ou estabelecida, potencialmente reversível.

Para facilitar a escolha de transporte na transferência do doente e de acordo com o Regulamento de Transporte de doentes do DR nº 226 – 28 de Setembro de 2001, do ANEXO constam as definições de tipos de ambulâncias e equipamentos com maior pertinência de âmbito hospitalar, estando o diploma publicado no Diário da República para consulta e esclarecimento de qualquer dúvida pontual

<b>ELABORAÇÃO</b>		<b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> Secretariado CA N.º 5923 Entrada 1.9.2010 Saída 13.9.2010
Enf. Elsa Filipe	<i>Elsa Filipe</i>	
Dra. Rosina Andrade	<i>Rosina Andrade</i>	
<b>VERIFICAÇÃO</b>		
CQSD	<i>[assinatura]</i>	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A	Nº 448	2013	1/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL.EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>	

## 5 SIGLAS E ABREVIATURAS

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

## 6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
39	Alta do Doente	39.6

Transportes de doentes Críticos 2008 – Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Regulamento do transporte de doentes – Diário da República I SÉRIE – Nº 226 – 28 de Setembro de 2001.

## 7 DESCRIÇÃO

A decisão de transportar um doente crítico é médica, sendo a responsabilidade não só do médico que assiste o doente, mas também do Chefe de Equipa e do Director da Área / Especialidade/Unidade Funcional.

Desde 2007 o CHLC, adjudicou a empresas privadas o transporte de doentes. Encontram-se em permanência no Serviço de Urgência duas Ambulâncias (Tipo B) e Uma Ambulância (Tipo C) que se destinam ao transporte de doentes urgentes /emergentes. Sempre que necessário, de acordo com as solicitações do momento, poderão ser requisitadas outras ambulâncias.

Deverá existir uma mala de transporte em todas as unidades com grande número de transportes. O conteúdo da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura e de acordo com a descrição que consta no Anexo IV.

### 7.1. Planeamento

O planeamento da acção é feito pela equipa médica e de enfermagem da Área/Especialidade/Unidade Funcional referente, e tomará em consideração os seguintes passos:

- Coordenação;
- Comunicação;
- Estabilização;
- Escolha da Equipa;
- Equipamento;
- Transporte;
- Documentação.

EDICÃO	CIRCULAR INFORMATIVA		PROXIMA EDICÃO	Nº PAGES.
A	2010	Nº 448	2013	2/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multissectorial</b>		<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>		

Este planeamento deverá incluir:

- Escolha e contacto com a unidade de destino;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar);
- Escolha do meio de transporte (segundo os critérios propostos nos Anexos II e III);
- Selecção dos meios adequados de monitorização;
- Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecção adequada de equipamento e terapêutica;
- Previsão das complicações possíveis.

## 7.2. Efectivação

A efectivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades, técnica e legal, só cessam no momento da entrega do doente ao médico da unidade destinatária, ou no regresso à unidade de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou actos terapêuticos).

Idênticas responsabilidades cabem aos médicos, que decidiram o transporte.

O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado na Unidade de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de prestação de cuidados de nível superior.

## 7.3. Questões éticas

O médico que acompanha o doente num transporte em quaisquer circunstâncias (inter ou intra-hospitalar), é responsável pelos cuidados ministrados até à sua entrega na Unidade/Instituição de destino. As instituições são responsáveis pela organização dos meios necessários, para que o transporte de doentes se coadune com as normas de boa prática médica vigentes, salvaguardando-se a necessidade de contacto prévio com o Unidade/instituição de destino, de forma a garantir condições de acolhimento idênticas às de que o doente era alvo, no momento da transferência.

## 7.4. Formação

A qualificação técnica, aspecto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspectos mais importantes para a segurança durante o transporte.

Esta formação é relevante, no âmbito do ensino respeitante à Medicina Intensiva, às diversas Especialidades mais relacionadas e que colaboram na Urgência / Emergência Médica.

O conhecimento prévio do equipamento utilizado no transporte pelos profissionais envolvidos neste processo (médicos e enfermeiros) é indispensável à execução correcta e em segurança de qualquer transporte. É mandatário que estes profissionais estejam aptos a manusear o equipamento, nomeadamente ventilador, monitor desfibrilhador, desfibrilhador automático externo e pace-maker externo.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2010	Nº	448	2013	3/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>	

## 7.5 Normas de Actuação

O transporte intra-hospitalar rege-se pelas mesmas normas que o transporte inter-hospitalar, apresentando particularidades que se prendem com a estrutura arquitectónica dos diversos Hospitais do CHLC.

Os doentes críticos são frequentemente transportados de salas de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro anestésico ou para unidades de cuidados intensivos.

Os doentes com estas características ainda necessitam, por vezes, de serem transportados, dentro do hospital, a fim de serem submetidos a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Torna-se cada vez mais necessária a deslocação de doentes das unidades para outras áreas do hospital, onde as possibilidades de actuação em situações de emergência são muitas vezes inadequadas.

O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas.

Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente e se o transporte constituir um risco significativo, então a sua realização deve ser reavaliada e adiada.

### 7.5.1 Decisão

A decisão de transportar um doente crítico é médica, sendo a responsabilidade não só do médico que assiste o doente, mas também do Chefe de Equipa e do Director da Unidade.

Como consta do Fluxograma no Anexo II, a prioridade de diversos pedidos de transporte em simultâneo deverá ser decidida pelo Chefe de Equipa da Unidade de Urgência, independentemente da unidade requerente. Com a centralização desta decisão serão evitadas situações dúbias que podem resultar em grave prejuízo para os doentes.

### 7.5.2 Coordenação do transporte

A Coordenação do Transporte implica:

- Confirmação prévia de que a Área /Unidade para onde o doente vai ser transportado está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada;
- O médico responsável deverá acompanhar o doente ou, quando a responsabilidade do transporte é assumida por uma equipa diferente, deve efectuar-se uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte;
- Devem ser salvaguardadas situações de risco de "inoculação" ou "contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas. Deve notificar-se a Unidade de modo a que todos os profissionais tenham protecção adequada à situação clínica em causa, antes da chegada do doente;
- Registo no processo clínico das indicações para o transporte e da evolução do estado do doente durante o mesmo.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 448	2013	4/11



#### 7.5.3 Profissionais que acompanham o doente

A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efectuadas em função de critérios objectivos, como o proposto no Anexo I.

Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente. Um médico e um enfermeiro devem acompanhar o doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente.

Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para a unidade destino / receptor (inexistência de profissionais treinados naquela área), a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos.

#### 7.5.4 Equipamento que acompanha o doente

Idealmente, o equipamento deve ser uniformizado em todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento.

- 1 - Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- 2 - Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (Tipo AMBU®);
- 3 - Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos;
- 4 - Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO<sub>2</sub>, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão da via aérea;
- 5 - Fármacos de ressuscitação;
- 6 - Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- 7- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica.

O ventilador, assim como a mala de transporte, que contém fármacos, que acompanham o doente, deverão sempre ser fornecidos pela Área/Especialidade/Unidade Funcional de origem, ou solicitados a outra Unidade do CHLC (Urgência ou Cuidados Intensivos). Deste modo estarão garantidas as condições de esterilização do circuito do ventilador assim como prazos de validade e correcto armazenamento dos fármacos.

#### 7.5.5 Monitorização durante o transporte

Níveis de monitorização, segundo a seguinte classificação:

Nível 1 - Obrigatório

Nível 2 - Fortemente recomendado

Nível 3 – Ideal

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2010	Nº 448	2013
			5/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>		

### **Nível 1 – Obrigatório**

- Monitorização contínua com registo periódico;
- Frequência respiratória;
- FiO<sub>2</sub>;
- Oximetria de pulso;
- ECG contínuo;
- Frequência cardíaca;
- Pressão arterial (não invasiva);
- Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente);
- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente). O reequipamento de unidades e serviços deve prever, desde já, a aquisição de capnógrafos, para a desejável monitorização do CO<sub>2</sub> “end-tidal”.

### **Nível 2 - Fortemente recomendado**

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis);
- ECG com detecção de arritmias.

### **Nível 3 – Ideal (em doentes seleccionados de acordo com o estado clínico)**

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central;
- Medição da pressão da artéria pulmonar;
- Medição da pressão intracraniana;

## **7.6 PLANOS DE ACÇÃO MÉDICOS**

### **MÉDICO - 1**

#### **DESTINATÁRIO**

Chefe de Equipa da Unidade de Urgência / Médico Responsável da Área/Especialidade/Unidade Funcional de Origem do doente.

#### **RESPONSABILIDADE**

- **Decisão**
  - ✓ É da responsabilidade não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director da unidade.
  - ✓ Se assim o entender, o Chefe de Equipa / Médico responsável poderá delegar no médico que realiza o transporte a responsabilidade de organizar o mesmo.
- **Planeamento**
  - ✓ Comunicação com a Chefia da Equipa de Enfermagem da decisão de transporte;
  - ✓ Escolha e contacto com a Unidade de destino;

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 448	2013	6/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Multissectorial</b>	<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>	

- ✓ Escolha da equipa de transporte em colaboração com a chefia de Enfermagem;
- ✓ Escolha do meio de transporte em colaboração com a chefia de Enfermagem;
- ✓ Selecção dos meios adequados de monitorização;
- ✓ Selecção adequada de equipamento e terapêutica;
- ✓ Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- ✓ Previsão das complicações possíveis.

- **Avaliação**

- ✓ Colher informação junto da equipa de transporte acerca da efectivação e eventuais intercorrências durante do transporte;
- ✓ Confirmar que foram elaborados registos;
- ✓ Encerrar o processo de transporte;

## MÉDICO – 2

### DESTINATÁRIO

Médico Responsável pela efectivação do transporte

### RESPONSABILIDADE

- **Decisão**

É da responsabilidade não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director da unidade.

Se assim o entender, o Chefe de Equipa / Médico responsável poderá delegar no médico que realiza o transporte a responsabilidade de organizar o mesmo.

As responsabilidades da equipa de transporte, técnica e legal, só cessam no momento da entrega do doente ao médico da unidade destinatária, ou no regresso, à unidade de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou actos terapêuticos).

- **Planeamento e Efectivação**

#### No Hospital /Serviço de Origem

- A observação do doente antes do início do transporte;
- A ressuscitação e a estabilização do doente antes do transporte;
- Revisão da história clínica e os exames complementares que o doente efectuou até à altura;
- Em colaboração com o Enfermeiro que integra a equipa, verificar de forma redundante, de todos os acessos vasculares, tubo traqueal, sonda gástrica, cateter vesical, de modo a resistir à sua exteriorização acidental, se traccionados durante qualquer fase do transporte;
- Se se trata de um transporte inter-hospitalar, verificação em colaboração com o Enfermeiro que integra a equipa, da ambulância onde o doente vai ser transportado, fazendo um reconhecimento do equipamento e da sua operacionalidade;

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 448	2013	7/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Multissectorial</b>		<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>		

- Repetir os procedimentos anteriores nos momentos críticos do transporte nomeadamente após a passagem para a maca de transporte e/ou durante a colocação na ambulância.

#### **No Hospital /Unidade de destino**

##### **• Passagem do doente**

A passagem do doente pela equipa de transporte deve ser efectuada de maneira formal, devendo a nova equipa responsável efectuar uma observação, segundo a metodologia ABCDE. A equipa de transporte procede à entrega de toda a documentação e registos, cessando, apenas a sua responsabilidade aquando da transferência para o equipamento do hospital/serviço destino.

##### **• Registos**

Devem ser efectuados, ao longo do transporte, os registos, com intervalos adequados, da situação clínica do doente, nomeadamente todas as alterações ou terapêuticas administradas. Devem ficar, igualmente, registados os últimos parâmetros, após a entrega no serviço que o recepcionou.

##### **• Regresso ao Hospital / Unidade de Origem**

Ao regressar ao Hospital /Unidade de origem, o equipamento deve ser verificado pela Unidade por ele responsável. A equipa deve encerrar o registo de transporte, colocando a hora de regresso, e arquivando-o em local previamente estabelecido, de modo a ser analisado pela equipa institucional.

## **7.7 PLANO DE ACÇÃO DE ENFERMAGEM**

### **DESTINATÁRIO**

Chefe de Equipa de Enfermagem/ Enfermeiro responsável pelo doente/ Enfermeiro responsável pelo transporte do doente.

### **RESPONSABILIDADE**

#### **1. Decisão**

O Enfermeiro Chefe /Chefe de Equipa de Enfermagem será informado pelo Médico Chefe de Equipa / Responsável da necessidade de efectuar o transporte.

O enfermeiro chefe-de-equipa define qual o enfermeiro da equipa que realizará o transporte, dando preferência ao enfermeiro responsável pelo doente.

#### **2. Planeamento**

- ✓ Enfermeiro responsável pelo doente:

De acordo com as indicações médicas deverá:

	EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2010	Nº 448	2013	8/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>	<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>	

- Efectuar o pedido de transporte e seleccionar o tipo de ambulância desejável preenchendo a escala do Anexo III, efectivando o pedido através do programa ConneXall;
  - Dar saída do doente no programa ConneXall.
- ✓ O enfermeiro chefe de equipa:
- Definir o enfermeiro responsável pelo transporte;
  - Assegurar e supervisionar o tempo de resposta para a realização do transporte, tendo em conta a prioridade clínica do mesmo;
  - Colaborar na avaliação com o enfermeiro responsável pelo transporte, preparação de material e equipamento de monitorização necessária para o transporte.
- ✓ O enfermeiro responsável pelo transporte deve:
- Antes de qualquer tipo de procedimento deverá verificar e testar, material e equipamento existente na ambulância seleccionada que efectua o transporte;
    - Observação do doente
  - Estabelecer contacto com o doente previamente ao início do transporte;
  - Observar o doente e fazer a sua avaliação segundo a metodologia do ABCDE;
    - Passagem do doente
  - Receber informação clínica junto do enfermeiro responsável pelo doente;
  - Registrar todos os parâmetros fisiológicos e outros fundamentais;
  - Confirmar se todo o processo do doente está completo incluindo meios complementares de diagnóstico;
  - Confirmar pulseira de identificação com identidade do doente e processo clínico;
  - Proceder à fixação de forma redundante, de todos os acessos vasculares, tubo traqueal, sonda gástrica, cateter vesical, de modo a resistir à sua exteriorização acidental, se traccionados durante qualquer fase do transporte;
    - Transferência para a maca de transporte
  - Após a transferência, verificar o posicionamento de todas as linhas, tubos e cateteres e assegurar a sua permeabilidade;
  - Se for o caso, conectar ao ventilador de transporte do Serviço e transferir de seguida, as seringas ou bombas perfusoras;
  - Em coordenação com o médico responsável pelo transporte, reobservar o doente já conectado ao ventilador de transporte, de modo a detectar alterações em relação à observação inicial;
  - Promover a correcta fixação do doente à maca de transporte;

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2010	Nº 448	2013
			9/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>		

- Aferir com o médico responsável pelo transporte medidas específicas de actuação previsivelmente necessárias durante o mesmo (pré-preparação de fármacos, etc);
- Fazer-se acompanhar da mala de transporte, ver Anexo IV-
  - Verificação final
- Confirmar Serviço de destino e pessoa a contactar no Serviço de destino;
  - Regresso ao Hospital
- Assegurar o retorno de todo o equipamento envolvido no transporte;
- Reposição do material utilizado na mala de transporte;
- Assegurar-se da limpeza e arrumação de todo o material e equipamento envolvido no transporte.

### 3. Avaliação

- ✓ Colher informação junto da equipa de transporte acerca da efectivação e eventuais intercorrências durante do transporte;
- ✓ Encerrar o processo de transporte.

## 7.8 PLANO DE ACÇÃO DOS ASSISTENTES OPERACIONAIS

### DESTINATÁRIO

Encarregado operacional e Assistentes operacionais

### RESPONSABILIDADE

#### 1. Decisão

A decisão de transportar um doente crítico é um acto clínico, assim como, o estabelecimento de prioridade da sua transferência.

#### 2. Planeamento

##### 2.1 - Transporte externo

- ✓ Ao Encarregado Operacional:
  - Receber através do programa interno de comunicação ConneXall o pedido informatizado do transporte;
  - Contactar a empresa transportadora de acordo com o contracto estabelecido para a realização do transporte;
  - Requerer à empresa transportadora a ambulância de acordo com a tipologia definida pelo corpo clínico;
  - Registrar a hora de entrega da guia de transporte à empresa transportadora;

	EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2010	Nº 448	2013	10/11

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multisectorial</b>		<b>ALT.104</b>
	<b>TRANSPORTE INTRA E INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO DO CHLC</b>		

- Em casos de ocorrências de pedidos simultâneos de transportes em ambulância tipo C e tipo B (com acompanhamento médico e enfermeiro ou com enfermeiro), o Encarregado Operacional informará o Assistente Técnico da Urgência da ocorrência. A prioridade dos transportes é definida pelo Chefe da Equipa Médica da Urgência Geral, após avaliação de cada situação com os médicos responsáveis pelos pedidos.

## 2.2 - Transporte interno

- ✓ Ao Encarregado Operacional:
  - Receber através do programa interno de comunicação ConneXall o pedido informatizado do transporte;
  - Definir o assistente (s) operacional (ais) a efectuar o transporte;
- ✓ Ao Assistente Operacional:
  - Informar a equipa de transporte da sua presença;
  - Integra a equipa de transporte nos cuidados ao doente;
  - Seguir as indicações do corpo clínico durante o decorrer do transporte (médico ou enfermeiro);
  - Assegurar o retorno de todo o equipamento e material envolvido no transporte, assim como entrega do mesmo no Serviço de origem.

## 3. Avaliação

- ✓ Colher informação junto da equipa de transporte acerca da efectivação e eventuais intercorrências durante do transporte;
- ✓ Tempo de resposta à solicitação do transporte até à efectivação do mesmo;
- ✓ Encerrar o processo de transporte.

## 8 ANEXOS

**ANEXO I** – Tipo de Ambulância e Equipamento

**ANEXO II** – Fluxograma

**ANEXO III** – Avaliação para o transporte intra-hospitalar

**ANEXO IV** – Constituição da Mala de Reanimação/ Transporte

**ANEXO V** – Folha de Verificação

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	2010	Nº	448	2013	11/11

## TIPO DE AMBULÂNCIA E EQUIPAMENTO

1. **Tipo de ambulância – O transporte de doentes por via terrestre pode ser efectuado com os seguintes tipos de ambulância;**
  - a. **Tipo A1** – ambulância destinada ao transporte de um ou dois doentes em maca ou maca e cadeira de transporte;
  - b. **Tipo A2** – ambulância de transporte múltiplo de doentes, destinada ao transporte de até 7 doentes em cadeira de transporte ou em cadeira de rodas;
  - c. **Tipo B – AMBULÂNCIA DE SOCORRO** – todo o veículo identificado como tal, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes, que necessitem de assistência durante o transporte. Estas poderão actuar como ambulâncias de suporte avançado de vida desde que, para o efeito, sejam munidas dos meios humanos e recursos técnicos estabelecidos para as ambulâncias de cuidados intensivos.
  - d. **Tipo C – AMBULÂNCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS** – todo o veículo identificado como tal, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte avançado de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes de necessitem de assistência durante o transporte

### 2. Equipamentos

- a. Equipamento de transporte e mobilização

	Tipo de ambulância			
	A1	A2	B	C
Maca Principal	1	-	1	1
Maca ortopédica de remoção	-	-	1	1
Maca de vácuo	-	-	1	1
Cadeira de transporte	1	-	1	1
Maca de transferência	1	-	1	1

- b. Equipamento para diagnóstico

	Tipo de ambulância			
	A1	A2	B	C
Estetoscópio	-	-	1	1
Esfingomanómetro	-	-	1	(b) 1
Oxímetro	-	-	(a)1	1
Monitor automático e portátil de parâmetros vitais	-	-	(a)1	(a) 1
Termómetro	-	-	1	1
Lanterna para observação	-	-	1	1
Analizador de glicémia	-	-	1	1
Capnómetro	-	-	-	(a)

(a) Opcional

(b) Com braçadeiras de 10 cm a 66 cm

(x) Não aplicável

c. Equipamento para controlo da via aérea e ventilação

	Tipo de ambulância			
	A1	A2	B	C
Circuito fixo de O2 com capacidade mínima de 2000L, redutor, debitómetro com capacidade até 15L/m e válvula de regulação de débito	1	-	1	1
Tomada rápida suplementar	-	-	1	1
O2 portátil capacidade mínima 400L	1	1	1	1
Aspirador de secreções eléctrico portátil, com pressão de aspiração regulável	1	-	(a)1	(a)1
Laringoscópio com conjunto de lâminas	-	-	-	1
Pinça de Maguil adulto e pediátrica	-	-	-	1
Tubos endotraqueais	-	-	-	x
Tubos orofaríngeos	x	-	x	x
Tubos nasofaríngeos	-	-	x	x
Insuflador manual adulto e pediátrico com respectivas máscaras	1	1	1	1
Ventilador volumétrico de transporte	-	-	-	1
Sondas de aspiração	x	-	x	x
Sondas nasais	x	-	x	x
Cânulas de aspiração tipo Yankauer	-	-	-	x
Máscaras descartáveis para administração de O2 c/ prolongamento	x	-	x	x
Cânulas nasais descartáveis para administração de O2 c/ prolongamento	x	-	x	x
Nebulizador	-	-	-	1
Kit Crocotiroidotomia	-	-	-	1
Kit de Drenagem Torácica	-	-	-	(b)1

(a) obrigatoriamente portátil e com acumulador de energia

(b) Opcional

d. Equipamento cardiovascular

	Tipo de ambulância			
	A1	A2	B	C
Monitor-desfibrilhador portátil (a)	-	-	-	1
Electrocardiografo de 12 derivações portátil (a)	-	-	1	1
Desfibrilhador automático (b)	-	-	1	-
Pace maker-externo (a)	-	-	-	1
Material para acesso venoso: sistemas de soros, cateteres de punção venosa, seringas, agulhas intravenosas e intramusculares	-	-	x	x
Equipamento para administração de infusões aquecidas (c)	-	-	-	1
Seringa infusora volumétrica	-	-	-	1
Suporte de Soros	2	-	2	2
Manga de pressão	-	-	-	1

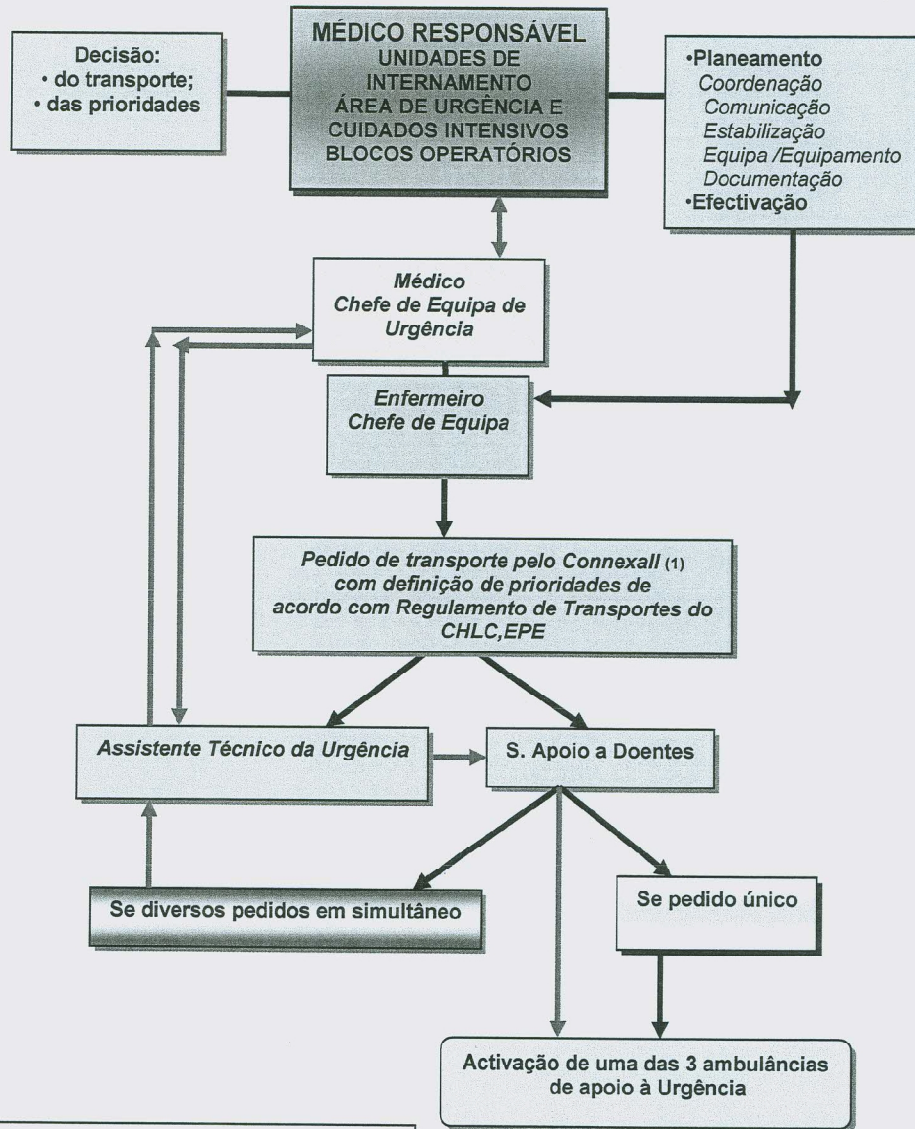
(a) Estas funções poderão estar acumuladas num único aparelho

(b) A utilizar só por pessoal credenciado



(c) Não tem de ser portátil

(x) Não aplicável

## Transporte de Doentes Críticos Fluxograma



**Legenda**

 Circuito A (pedido único)  
 Circuito B (vários pedidos)

(1) Em áreas onde o Connexall não está disponível o pedido segue as vias de comunicação telefónica e escrita

## AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

<b>1. VIA AÉREA ARTIFICIAL</b> Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueotomia recente)	0 1 2	<b>8. PACEMAKER</b> Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
<b>2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b> FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	<b>9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b> Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
<b>3. SUPORTE RESPIRATÓRIO</b> Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	<b>10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO</b> Nenhum dos abaixo indicados	0
<b>4. ACESSOS VENOSOS</b> Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2	Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos	1
<b>5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA</b> Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2	Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	2
<b>6. MONITORIZAÇÃO DO ECG</b> Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
<b>7. RISCO DE ARRITMIAS</b> Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	<b>TOTAL ....</b>	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.



Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico Enfermeiro	+ SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para via aérea avançada.

\* Adaptado de Etzebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



### CONSTITUIÇÃO DA MALA DE REANIMAÇÃO/ TRANSPORTE

Listagem mínima recomendada	VERIFICAÇÃO / VALIDADE				UTILIZAÇÃO / SUBSTITUIÇÃO			
	Assinatura:				Nº de Ordem:			
Adenosina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Adrenalina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Amiodarona;	/	/	/	/	/	/	/	/
Atropina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Bicarbonato de sódio	/	/	/	/	/	/	/	/
Captopril;	/	/	/	/	/	/	/	/
Diazepam;	/	/	/	/	/	/	/	/
Dinitrato de Isossorbido;	/	/	/	/	/	/	/	/
Dobutamina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Dopamina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Etomidato;	/	/	/	/	/	/	/	/
Fenobarbital;	/	/	/	/	/	/	/	/
Furosemida;	/	/	/	/	/	/	/	/
Cloreto de Cálcio;	/	/	/	/	/	/	/	/
Glucose Hipertónica;	/	/	/	/	/	/	/	/
Isoprenalina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Labetalol;	/	/	/	/	/	/	/	/
Lidocaína (parentérica, gel e spray);	/	/	/	/	/	/	/	/
Hidrocortisona	/	/	/	/	/	/	/	/
Midazolam;	/	/	/	/	/	/	/	/
Morfina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Naloxona;	/	/	/	/	/	/	/	/
Nitroglicerina s.l.;	/	/	/	/	/	/	/	/
Noradrenalina;	/	/	/	/	/	/	/	/
Propofol;	/	/	/	/	/	/	/	/
Salbutamol;	/	/	/	/	/	/	/	/
Sulfato de Magnésio	/	/	/	/	/	/	/	/
Tiopental sódico	/	/	/	/	/	/	/	/
Vecurónio;	/	/	/	/	/	/	/	/
Verapamil.	/	/	/	/	/	/	/	/
Cristalóides / colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte.								

**ANEXO V – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O TRANSPORTE DE DOENTE  
CRÍTICO**

Médico (assinatura):  
Nº. de Ordem:

**VINHETA DO DOENTE**

Enfermeiro (assinatura):  
Nº. de Ordem:

<b>I</b>	<b>CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Registar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> Nº telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> Nº de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
<b>II</b>	<b>AVALIAÇÃO DO DOENTE</b>
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registar pontos relevantes do exame físico
<b>III</b>	<b>OBSERVAÇÃO DO DOENTE</b>
<b>A</b>	<b>VIA AÉREA</b>
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós -entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
<b>B</b>	<b>VENTILAÇÃO</b>
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais _____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 _____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal _____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 _____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria ( h min ) pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ FIO2 _____ % Bicarbonato _____
<b>C</b>	<b>HEMODINÂMICA</b>
	<input type="checkbox"/> FC _____ TA _____ / _____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos _____ g / _____ g Cateter central (lumen) _____ Linha arterial _____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) _____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina _____ Dobutamina _____ Noradrenalina _____

<b>D</b>	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ___ O ___ V ___ M ___
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais _____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco _____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<b>E</b>	<b>TRAUMA</b>
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
<b>F</b>	<b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) ___ / ___ h ___ min</b>
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (registar últimos valores antes da mudança de cama)</b>
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ___ / ___ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO <sub>2</sub> ___ %
	<input type="checkbox"/> ET CO <sub>2</sub>
	<input type="checkbox"/> Temperatura ___ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)</b>
	<input type="checkbox"/> Reserva de O <sub>2</sub> (O <sub>2</sub> necessário = [( 20 + Vmin ) x FiO <sub>2</sub> x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos
<b>IV</b>	<b>INÍCIO DE TRANSPORTE</b>
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço
<b>V</b>	<b>NA AMBULÂNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância

<b>VI</b>	<b>TRAJECTO</b>
	<input type="checkbox"/> Registar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registar hora de início e fim de marcha
<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte
<b>VIII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo



ANEXO II – Folha de formação em serviço - avaliação da sessão do CHLC, EPE



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

**Área/Unidade/Especialidade:** \_\_\_\_\_

**Tema:** \_\_\_\_\_

**Ação tipo:** Actualização  Aprendizagem  Duração \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Formador(es):** A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.



ANEXO III – Lista de Verificação de Enfermagem da UUM do CHLC, EPE



## IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**1 - Identificação do doente**

\* Validação com o próprio doente e/ou através de pulseira de identificação

--	--	--	--

**2 - Segurança**

\* Verificar condições de segurança da unidade do doente (grades e travões de camas, imobilizações, trações)  
 \* Verificar fontes de alimentação eléctrica dos equipamentos (ex. tomadas de UPS)


**3 - Monitorização**

\* Observação e avaliação de parâmetros vitais monitorizados  
 \* Confirmar/ajustar limites de alarme  
 \* Verificar funcionalidade dos alarmes sonoros e visuais  
 \* Verificar pressão das mangas de hemodinâmica


**4 - Ventilação**

\* Confirmar parâmetros ventilatórios  
 \* Verificar limites de alarme  
 \* Testar sistema de aspiração  
 \* Verificar existência de máscara /ressuscitador na unidade do doente  
 \* Verificar existência de debitómetro de O2 adaptado à rampa  
 \* Verificar nível, fixação e pressão do cuff do tubo endotraqueal  
 \* No doente não ventilado, verificar a integridade e eficácia do sistema de aporte de O2


**5 - Medicação**

\* Verificar conformidade da prescrição de terapêutica médica  
 \* Validar a conformidade de todas as perfusões em curso bem como o correcto preenchimento dos rótulos de identificação (fármaco, dose, diluição, data e hora de preparação, rúbrica de quem preparou)  
 \* Verificar conformidade do tipo de alimentação prescrita e ritmo de administração


**6 - Técnica de Substituição Renal**

\* Verificar parâmetros de técnica de substituição renal

--	--	--	--

**Rúbrica Enfº**

--	--	--	--

**Obs.**

---



---



---



---

**Legenda:**



ANEXO IV – Protocolo de Hipotermia implementado na UUM do CHLC, EPE



## PROTOCOLO HIPOTERMIA

### Seleção de candidatos

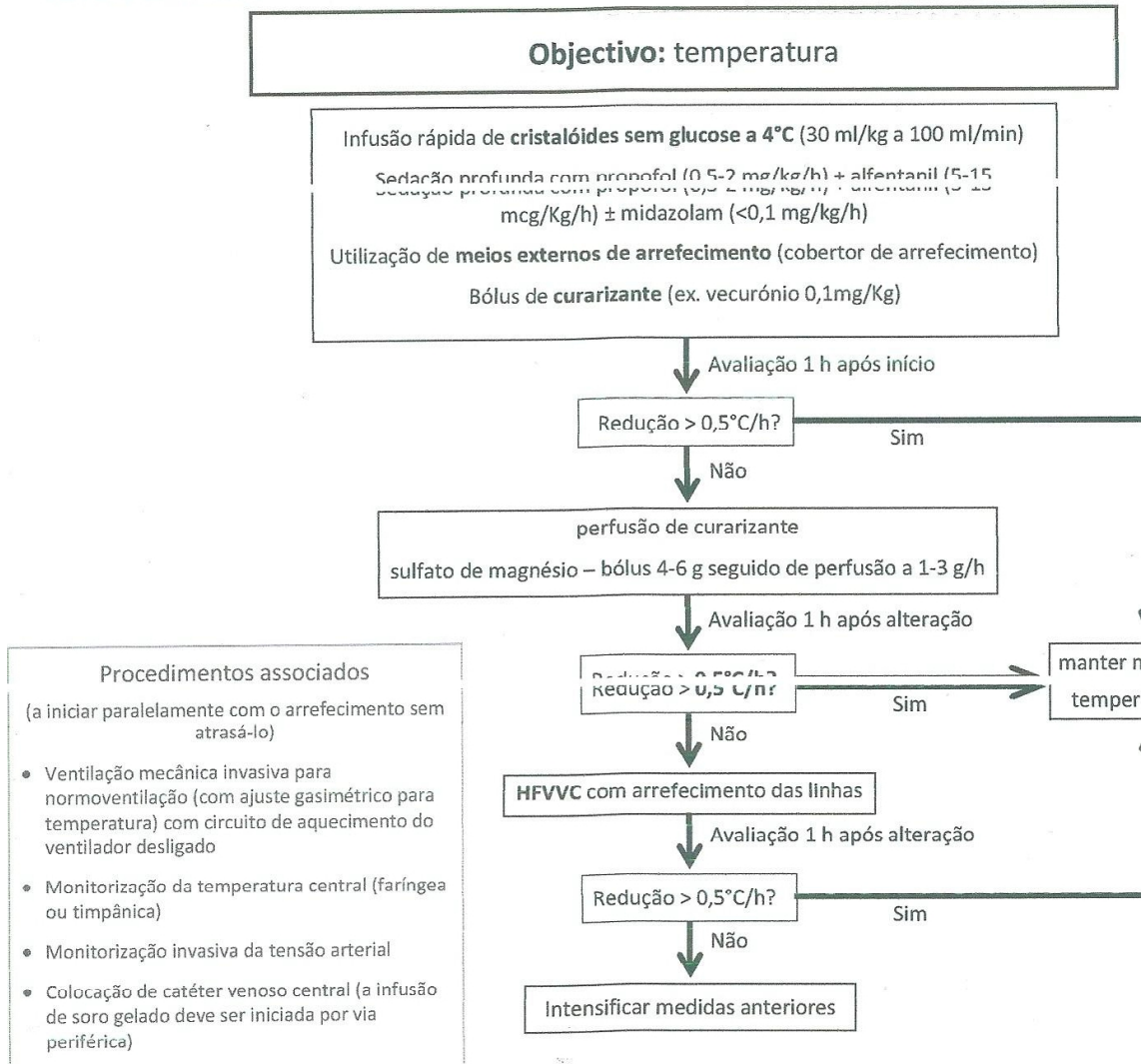
#### Indicações

- Recuperação cardio-circulatória mantida durante mais de 5 minutos com TAsist > 80 mmHg
- GCS<9 até ao início do protocolo (inclui os doentes agitados)
- Sem limitações de idade

#### Contra-indicações (relativas)

- Tempo de PCR não assistida medicamente superior a 10 min.
- Tempo de reanimação superior a 45 min.
- Tempo de hipotensão mantida, após retoma de circulação espontânea, superior a 30 min. (TAsist<80 ou TAmédia<45 mmHg)
- Tempo desde a PCR superior a 8 horas
- Coagulopatia primária (não hipocoagulação induzida)
- Doença em estadio terminal
- PCR secundária a trauma (excepto traumatismo crânioencefálico isolado), hemorragia intracraniana, hemorragia massiva ou dissecação aórtica

### Arrefecimento



**Procedimentos associados**

(a iniciar paralelamente com o arrefecimento sem atrasá-lo)

- Ventilação mecânica invasiva para normoventilação (com ajuste gasimétrico para temperatura) com circuito de aquecimento do ventilador desligado
- Monitorização da temperatura central (faríngea ou timpânica)
- Monitorização invasiva da tensão arterial
- Colocação de catéter venoso central (a infusão de soro gelado deve ser iniciada por via periférica)

## Manutenção

**Objectivo:** manutenção da temperatura alvo de  $(33 \pm 1^\circ\text{C})$  durante 24 horas

- Suporte hemodinâmico necessário para  $\text{PAmédia} > 80 \text{ mmHg}$
- Suporte ventilatório necessário para normoventilação
- Suporte renal para diurese  $> 1 \text{ ml/kg/h}$
- Nutrição entérica contínua, se tolerada, desde o início com um débito  $< 20 \text{ ml/h}$  (não usar nutrição parentérica)
- Controle da glicémia capilar para valores inferiores a  $200 \text{ mg/dl}$
- Controlo iónico ( $\text{K}^+ > 4 \text{ mEq/l}$  e  $\text{Mg}^{2+} > 2,5 \text{ mEq/l}$ )

## Re-aquecimento

**Objectivo:** re-aquecimento controlado até aos  $36^\circ\text{C}$   
(máximo  $0,3^\circ\text{C/hora}$ ; duração mínima de 8 horas)

- Monitorização horária da glicémia
- Suspende sedação, curarização e reposições de  $\text{K}^+$  e  $\text{Mg}^{2+}$  quando temperatura  $> 36^\circ\text{C}$
- Evitar temperaturas  $> 37^\circ\text{C}$  nas 24 horas seguintes ao re-aquecimento

ANEXO V – Artigo científico apresentado no Clube de Revistas no Módulo de Cuidados Paliativos



# Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente

Caring at the end of life: factors that interfere with the process of  
interaction nurse-patient

Paula Sapeta \*

Manuel Lopes\*\*

## Resumo

Na presente metassíntese foram incluídos 18 artigos (fonte primária) e 1 revisão sistemática da literatura (fonte secundária), todos estudos empíricos de natureza qualitativa, publicados entre 2000-2006, pesquisados a partir de bases de dados, de texto integral e de referência. Privilegiámos a interacção enfermeiro-doente, em fim de vida, em contexto de hospital de agudos. Propusemo-nos conhecer estudos de qualidade que permitissem identificar factores que interferem no processo de interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos; especificamente as características pessoais e profissionais dos actores envolvidos (enfermeiros e doentes), do contexto social, cultural e de saúde que interferem no processo de interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos. Concluímos que o Processo de Interação Enfermeiro—Doente é complexo e multidimensional. Nele confluem variáveis intrínsecas ao próprio doente e à situação particular de saúde em que se encontra; as características pessoais e profissionais do enfermeiro, as características do contexto social e cultural, da “cultura organizacional” que tipifica os hospitais, e algumas propriedades do processo: objectivos terapêuticos, comunicação e o trabalho interdisciplinar da equipa. E ainda que a enfermeira desenvolve a partir da sua prática reflexiva estratégias para otimizar os cuidados ao doente em fim de vida, sobretudo na gestão pessoal que faz da morte e da aliança terapêutica que estabelece com o doente, convertendo-se no elemento garante da qualidade de vida até ao fim.

Palavras-chave: **interacção enfermeiro-doente; relação enfermeiro-doente; comunicação enfermeiro doente; cuidar em fim de vida.**

\* Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, Mestre em Sociologia e Doutoranda em Enfermagem; Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

\*\* Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem S João de Deus de Évora e Vice-reitor da Universidade de Évora

## Abstract

In the present metasynthesis 18 articles were included (primary source) and one systematic revision of the literature (secondary source), all empiric studies of qualitative nature, published between 2000-2006, researched from databases, of reference and integral text. We gave special relevance to the nurse-patient interaction, in the end of life, in acute hospital wards. It was our purpose to know quality studies that allowed to identify factors that interfere in the interaction process between the nurse and the patient in the end of life, in an acute hospital ward; specifically the personal and professional characteristics of the involved actors (nurses and patient), of the social, cultural and health context that interfere in the interaction process between the nurse and the patient in the end of life, in an acute hospital. We concluded that the Process of Interaction Nurse-Patient is complex and multidimensional. In it intrinsic variables converge. They are related to the patient himself/herself and the peculiar situation of health in which he/she is; the nurse's professional and personal characteristics, the nature of the social and cultural context, of the “organizational culture” that typifies the hospitals, and some properties of the process: therapeutic goals, communication and the interdisciplinary work of the team. And the although the nurse develops, starting from his/her reflexive practice, strategies to improve the cares to the patient in the end of life, above all in the personal administration that she/he does of the death and of the therapeutic alliance that establishes with the patient, becoming the element that guarantees the quality of life till the end.

Key-words: **nurse-patient interaction; nurse-patient relationship; communication nurse-patient; Care in the end of life.**

Aceite para publicação em 04-01-07

Recebido para publicação em 11-06-06

## Introdução

Os fenómenos da transição demográfica e a consequente transição epidemiológica contribuíram para a existência de um vasto grupo de doentes crónicos, em geral, com pluripatologia, variáveis graus de dependência e de sofrimento e que progridem inexoravelmente para a morte.

A morte faz parte do ciclo da vida, é incontornável, mas o medo que provoca é secular (Ariés, 1988); por isso foi gradualmente transferida para os hospitais, dessocializou-se, deixou de ser vivida como um facto social (Ariés, 1988; Sancho, 1999; Timmermans, 2005), existe uma “nova” cultura de vivenciar a morte, apesar dos doentes continuarem a preferir morrer junto dos seus familiares e nas suas casas. Viver mais anos não tem significado viver melhor, pois observa-se perda de qualidade de vida nos últimos anos, incluindo no processo de morrer (Neto, 2005; Clark, 2002; Doyle et al. 1998; Gomez Sancho, 1999; Twycross, 2000); os avanços tecnológicos e das ciências médicas, têm procurado prolongar a vida e adiar o processo de morte, outorgando ao moribundo mais uns dias, à custa de mais sofrimento, devido a terapêuticas inúteis, ao desajuste terapêutico e à pouca atenção que é dispensada aos atributos do sofrimento entretanto vivido (Sancho, 2005; Moscatel, 2005; Seymour, 2004; Pincombe et al. 2003).

A medicalização da morte, observada ao longo do século XX, começou a ser fortemente atacada a partir dos anos 70 por Ivan Ilitch, e os cuidados paliativos vieram encorajar e responsabilizar todos na necessidade de garantir dignidade até ao fim (Clark, 2002; Clarke e Ross, 2006).

Em todo o mundo, particularmente na Europa do Norte, Estados Unidos e Canadá, os cuidados paliativos são uma prática consolidada e de indiscutível importância (Clarke e Ross, 2006; Thompson et al. 2006; Neto, 2005; Twycross, 2000, 2005; Seymour,

2004; Forman et al., 2003; Pincombe et al. 2003), não obstante esse facto, percentagens significativas de doentes, em todo o mundo, continuam a recorrer aos hospitais de agudos, na última fase da vida, e a sujeitarem-se a esse mesmo estatuto.

Em Portugal, só nos últimos anos, se começou a observar um interesse crescente por esta filosofia de cuidados; ao nível da formação, é uma área com muita procura, que suscita o maior interesse. Com o incremento da formação avançada (mestrados e doutoramentos) no âmbito dos cuidados paliativos em diferentes áreas disciplinares, o nível da investigação realizado tem logrado maior complexidade.

Em Inglaterra o movimento dos hospícios teve início em 1967 com Cicely Saunders e rapidamente se desenvolveu e implementou no sistema de saúde daquele país, sobretudo em hospícios, Nursing Home e em serviços pertencentes a outras estruturas da comunidade (Seymour, 2004; Forman et al, 2003). Na realidade portuguesa ainda estamos distantes de igualar este cenário, dado que o número de serviços ou equipas de cuidados paliativos é reduzidíssimo, assim a maioria dos doentes acaba por viver os seus últimos dias nos hospitais. Em que condições? É um dos assuntos que merece ser estudado e explorado mais profundamente.

Para os profissionais de saúde os cuidados em fim de vida resultam muito exigentes quanto às habilidades e competências, porque como seres sociais e culturais, não estão livres da influência da sociedade e dos valores que foram assimilando no curso das suas vidas, reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e aos doentes moribundos (García, 1996; Timmermans, 2005). Essa herança cultural poderá condicionar o modo como lidam com a morte e com os que estão a morrer, podendo causar-lhes grande impacto emocional, dúvidas, insegurança, ansiedade e medo, modificando as suas atitudes e a forma como

cuidam destes doentes e das suas famílias (Bayés, 2001; León et al. 2002).

Num profundo artigo de revisão teórica, Limonero Garcia analisa o fenómeno da morte (a morte própria e a morte de outrem) e a expressão de emoções de doentes, família e da equipa de saúde face a tal acontecimento. Aponta que, para os profissionais de saúde, o maior impacto emocional poderá estar relacionado com o ambiente de trabalho (problemas de comunicação, falta de apoio mútuo, problemas relacionados com a tomada de decisões e falta de estabilidade da equipa), com os papéis profissionais (ambiguidade ou conflito de papéis, falta de controlo sobre a sua própria actividade) com as características dos doentes e familiares (personalidade, idades muito jovens, identificação com o doente, problemas de comunicação, problemas sociais ou familiares prévios, hostilidade), com as características da doença (sobretudo as que determinam maior sofrimento físico, alterações da imagem corporal, com mutilação), ou com a trajectória de doença (a proximidade da morte, fracasso terapêutico ou incapacidade para diminuir o sofrimento do doente) (Garcia, 1996).

O conceito de doente terminal engloba um conjunto de critérios que o caracterizam: presença de uma doença avançada, incurável e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento activo, específico para a patologia de base; podendo utilizar-se, em certas situações, recursos específicos pelo seu contributo favorável sobre a qualidade de vida; presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifactoriais; determina grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e com o processo de morte; a evolução é no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica; o prognóstico de vida é limitado ( $\pm$  6 meses, mais raramente anos) (Gomez Sancho, 1999; Gonzalez Barón, 1996; SECPAL, 1999).

Próximo deste conceito e segundo os Estándards de Cuidados Paliativos, do Servei Catalá de la Salut (1995) é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses (Neto, 2005).

É uma situação particular de saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao fim da vida. Junto destes doentes, é a enfermeira a que procura mais tempo, proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes no fim da vida e a que está, portanto, em melhores condições para acompanhar este ser humano em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que atende a família, fazendo com que participe nos cuidados, informando-a e apoiando-a. Naturalmente esta abordagem requer a assunção de crescentes responsabilidades, uma maior implicação pessoal, com melhor preparação técnica e aquisição de um corpo de conhecimentos, de habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade e delicadeza da situação exige (Mompert Garcia, 1998).

Kim aponta que, para formulações teóricas de enfermagem, são possíveis e pertinentes cinco níveis de conceptualização holística, que são: o cliente, enfermeiro-cliente, a prática, o ambiente/contexto e o nível holístico alcançado em cada um dos quatro domínios designados. Aprofunda cada um dos domínios, mas atribui especial importância ao do enfermeiro-doente numa situação particular de saúde, como um componente essencial e uma das áreas que carece ser mais aprofundada para o desenvolvimento do conhecimento teórico em enfermagem (Kim, 2000). É definido, pela mesma autora, como a área de estudo da enfermagem relativa ao fenómeno que surge sempre que enfermeira e o doente se encontram, indicando que o seu estudo inclui

três tipos de fenómenos: o contacto, a comunicação e a interacção. Pode tomar diferentes facetas, quer na relação que se estabelece, quer na forma como são providenciados os cuidados de enfermagem e englobar os vários modos de contacto, o espacial, o físico, o comunicativo, o emocional e os diferentes modos de interacção. Nesses contactos “há intercâmbio, troca de informação, de energia, de afecto e de humanidade, para além disso podem constituir o meio que permite deliberar os cuidados que melhor ajudam o doente na perspectiva da enfermeira, e também atender e valorizar a perspectiva do doente” (Kim 2000, p.101-102).

Na análise deste domínio, enfermeiro-doente, e adoptando o prisma da análise sociológica, toma interesse compreender o fenómeno social da interacção humana, as normas sociais que o regem, a simbologia, as atitudes e os valores que influenciam o padrão de interacção; como tem início, se desenvolve e como termina a situação social. Na perspectiva do desenvolvimento de enfermagem, o seu estudo, permite compreender as intervenções de enfermagem, pois é parte da acção que desenvolve, pode trazer conhecimento novo e habilitar para novas competências, influenciar a efectividade das prescrições e dos padrões de acção, bem como compreender melhor a díade enfermeiro-doente e o impacto que o processo, numa situação particular de saúde, tem em ambos, nomeadamente em termos de bem-estar para o doente (Kim, 2000).

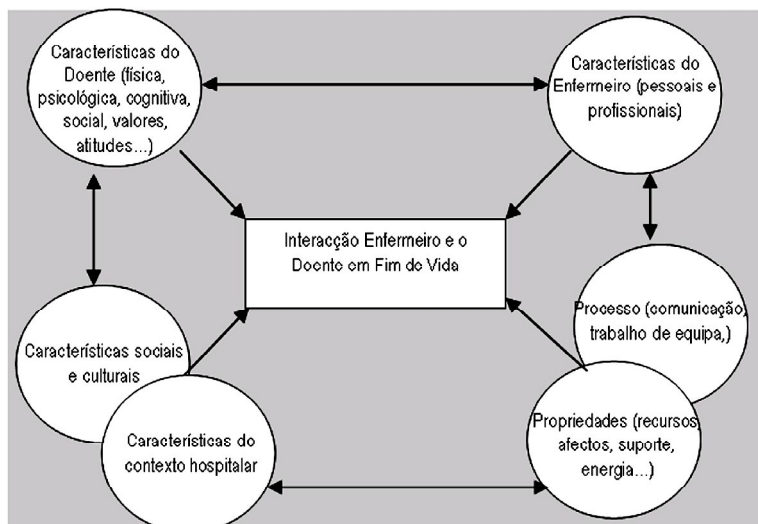
A interacção enfermeira-doente é um aspecto major deste domínio, inclui muitas facetas, várias ramificações e múltiplas variáveis dependentes e independentes (Kim, 1997), num tipo de pluralidade que caracteriza os seres humanos em relação. Segundo a mesma autora, citada por Lopes, quando equacionamos a interacção enfermeiro-doente devemos considerar quatro conjuntos de variáveis: os actores individuais (enfermeiro e doente); o contexto social da interacção; a

natureza da interacção e as metas de saúde do doente (Lopes 2006, p. 88), a figura 1 procura ilustrar esses domínios e variáveis em conformidade com o teorizado por Kim (1997), e cujo pensamento nos guiou neste trabalho de pesquisa.

Imbuída da ideia de que cada pessoa envolvida no processo de interacção (enfermeiro, doente e outros actores) traz para o momento presente todas as fases do tempo (passado, presente e futuro), incorporam no “agora” todas as suas experiência de vida, todo o seu mundo interior vivido, resultando num processo complexo e difícil de deslindar como é o fim de vida, mas possível de estruturar a um nível macro e micro da acção e vivência. “O momento partilhado do presente tem o potencial de transcender o tempo, o espaço e o mundo físico concreto, como geralmente o vemos na relação tradicional enfermeiro-doente” (Watson 2002, p.85).

Seguindo esta linha de orientação faz sentido perceber em que medida as situações criadas na interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num contexto hospitalar de agudos, constituem uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal e/ou uma vivência ameaçadora; bem como avaliar como tudo se processa, que factores interferem, como se desenvolve e estabelece o processo de interacção e identificar a matriz de outras interacções que se erigem em simultâneo.

Neste trabalho de revisão de literatura procurámos encontrar estudos de qualidade que permitissem identificar quais os factores que interferem no processo de interacção Enfermeiro-Doente, na situação particular de saúde que é o fim de vida, num contexto hospitalar destinado a doente agudos. Considerando que é no hospital que a maioria dos doentes crónicos continua a morrer e porque este contexto reúne um conjunto de características peculiares, passíveis de influenciar o processo de interacção e que



Fonte: Adaptado de Kim, 1997, p 146

Figura 1 – Domínios e Variáveis da Interação Enfermeiro-Doente

urge caracterizar e documentar, conforme justificámos anteriormente.

Partindo da questão central já enunciada, definimos o protocolo de pesquisa, definindo os descritores de pesquisa e os parâmetros imprescindíveis para a selecção de artigos: **Participantes**; **Intervenções**; **Comparações**; resultados (**Outcomes**) e **Desenho do estudo (PICOD)**.

Dos trabalhos publicados no horizonte temporal de 2000-2006, seleccionámos 174 artigos, 5 revisões sistemáticas da literatura, 2 teses de mestrado e 1 de doutoramento; numa segunda fase, a partir do abstract, seleccionámos 66 artigos; da leitura do respectivo texto integral e aplicando todos os critérios de inclusão e de exclusão, seleccionámos no final, 18 artigos (fonte primária) e 1 revisão sistemática da literatura (fonte secundária), todos estudos empíricos de natureza qualitativa, a partir dos quais elaborámos esta metasíntese (incluídos no quadro 2).

Organizámos a sua apresentação em capítulos, explicando previamente o percurso metodológico, de seguida os resultados,

agregando os factores identificados nas categorias que emergiram naturalmente, mas em conformidade com o teorizado por Kim (ver figura 1).

Pensamos que a partir deste estudo e depois de elencar os principais factores que interferem no processo da interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, neste contexto particular, poderemos inferir que a situação é bastante complexa, os factores são muitos e diversos, em dimensões que se interpenetram, numa coalescência sistémica que os torna interdependentes. A acção do enfermeiro encontra diferentes obstáculos, enraizados no medo da morte, quer a nível individual, quer no contexto hospitalar e social mais vasto, na dificuldade em comunicar com estes doentes e de trabalhar em equipa interdisciplinarmente.

Tornou-se evidente a necessidade de compreender e aprofundar melhor quais as estratégias que o enfermeiro desenvolve para ajudar o doente, nesta situação particular de saúde e neste contexto tão hostil, bem quais os saberes que mobiliza e que competências adquire a partir desta prática.

## 1 - Métodos

Segundo Kearney's, citado por Polit e Beck (2006), a "meta-família" inclui diferentes modelos de pesquisa que constroem sínteses de estudos qualitativos, num continuum de interpretação e de complexidade, até ser capaz de gerar teoria. Nesta família, incluem-se diferentes tipos de trabalho com progressivos níveis de complexidade, a metaetnografia, metasíntese, metaestudo, análise agregada, metainterpretação e a grounded theory.

A metasíntese não é uma simples revisão de literatura mas é, em si mesma, uma investigação, pode partir de uma questão ou do levantamento de hipóteses, segue sempre as mesmas regras na busca de dados novos em estudos e fontes primárias (Polit e Beck, 2006). Traça objectivos e um percurso metodológico que lhe dê resposta. Integra estudos de natureza qualitativa, definindo para a sua selecção e à priori critérios de inclusão ou exclusão para os mesmos; a estratégia de análise passa pela síntese de cada estudo, pela descrição, comparação e interpretação dos resultados, e eventual agregação dos mesmos em categorias. Percurso realizado e que nos propomos, nesta altura, apresentar.

Com a finalidade de compreender o processo de interacção estabelecido entre o enfermeiro e o doente em fim de vida num hospital de agudos decidimos centrar a nossa revisão de literatura na procura sistemática de estudos de qualidade que permitam responder à seguinte questão central:

- Quais os factores que interferem no processo de interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos?

Para a tornar mais operacional e específica, adicionámos uma questão de orientação:

- Quais as características (pessoais e/ou profissionais) dos actores envolvidos (enfermeiros, doentes), do contexto social e

cultural e de saúde (meio hospitalar) que interferem no processo de interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos?

Como objectivo principal estabelecemos: identificar factores que interferem no processo de interacção entre o enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos.

**Fontes de Informação e Estratégia de Pesquisa**  
Com o fim de identificar os estudos que respondessem ao pretendido e no sentido de elaborar a metasíntese, desenhou-se um protocolo da pesquisa, definindo um conjunto de critérios de selecção dos mesmos.

**Crítérios de inclusão:** Apenas se incluíram estudos empíricos e de natureza qualitativa; o contexto de interacção em referência deveria ser exclusivamente o contexto hospitalar (somente adultos); estabelecendo como horizonte temporal o período entre 2000 e 2006, considerando que, sem limite de tempo, o número de artigos encontrados era bastante elevado, e o início deste século vincou grandes transformações sociais, culturais e um maior desenvolvimento dos cuidados aos doentes em fim de vida.

**Crítérios de exclusão:** excluíram-se todos os trabalhos desenvolvidos em serviços de cuidados intensivos ou de urgência, pois trata-se de um ambiente de agudos com características muito especiais, em que o processo de interacção criado não é comparável; bem como os estudos realizados em Nursing Home ou Hospices, por razões similares, já que não existem este tipo de estruturas em Portugal; excluíram-se os trabalhos que analisavam exclusivamente a perspectiva de interacção do médico com o doente, a menos que a respectiva interacção com a enfermeira estivesse explícita.

## Quadro 1 – Protocolo de Investigação

				Palavras-Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermeiros Doentes em fim de Vida (somente adultos) Serviço de Medicina de Hospital de Agudos	<i>nurse-patient interaction; nurse-patient relationships; nurse-patient communications; end-of-life care; care of the dying; interaction; palliative care; terminal care; end-of-life; acute hospital wards;</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Interação Enfermeiro Doente Interação/Comunicação; controlo de sintomas; Apoio à família; Interação no Trabalho de Equipa	
[C]	Comparações	Podem existir ou não	Quais?	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Cuidar em Fim de Vida Valores / Dificuldades/Obstáculos	
D	Desenho do Estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Qualitativo: <i>Grounded Theory / Fenomenológico / Focus Group / Outro</i>	

Associaram-se os seguintes termos ou palavras-chave como descritores da pesquisa:

- nurse-patient interaction; nurse-patient relationships; nurse-patient communications; end-of-life care; care of the dying; interaction; palliative care; terminal care; end-of-life; acute hospital wards; acutely unit; nursing values.

Na leitura, análise e resumo dos artigos considerámos os parâmetros imprescindíveis para a selecção: **Participantes**; **Intervenções**; **Comparações**: resultados (**Outcomes**) e **Desenho do estudo (PICOD)**;

Reviu-se a literatura científica publicada entre 2000 e 2006 nas seguintes bases de dados, de referência e de texto integral:

- Biblioteca do Conhecimento Online B-One; ProQuest®; CINAHL®; ERIC (EBSCO); Biomed; Blackwell Synergy; Cochrane Controlled Trials Register; Evidence Based Medicine; PsycINFO; PubMed; Web of Science; Wiley Interscience (wiley).
- Utilizámos complementarmente os motores de pesquisa Google; Vivisimo; Yahoo e AltaVista.
- Consultámos as listas de teses, dissertações e monografias da Universidade do Algarve, dos Açores, das Escolas Superiores de Enfermagem, de S. João de Deus de Évora, de Maria Fernanda Resende, da Madeira, e Bissaya Barreto;

- Considerámos, igualmente, as referências bibliográficas mencionadas nos artigos analisados e alguns tomaram particular importância.

Como estratégia para refinar a pesquisa procedeu-se à consulta integral de todos e de cada um dos números publicados entre 2000 e 2006 das seguintes edições: *British Journal of Nursing*; *British Medical Journal*; *Journal of Palliative Care*; *Palliative Medicine*; *Nurse Practitioner* e *Nurse Research*.

Para obter alguns artigos, dada a sua importância e dificuldade no acesso, contactámos directamente os autores, via e-mail, dos quais responderam Jean Watson (EUA), Geneviève Thompson (Canada), Mona Shattell (EUA), e Jan Florin (Suécia), distintas(o) enfermeiras(o) e às(o) quais (l) fica o profundo agradecimento pela imensa generosidade, inteira disponibilidade manifestada e pelo valioso contributo científico.

### Identificação e Selecção dos Estudos Relevantes

Na primeira fase de pesquisa, o processo tornou-se bastante complexo dado o elevado número de artigos encontrados, que o protocolo definido veio ajudar a resolver, daí a importância da definição de critérios claros.

A partir do abstract seleccionámos 174 artigos, 5 revisões sistemáticas da literatura, 2 teses de mestrado e 1 de doutoramento; após uma leitura mais atenta eliminámos os que não cumpriam alguns dos critérios,

66 artigos. Da leitura do respectivo texto integral e aplicando todos os critérios de inclusão e de exclusão, seleccionámos no final, 18 artigos (fonte primária) e 1 revisão sistemática da literatura (fonte secundária).

Observámos elevada publicação de trabalhos na área dos cuidados intensivos, de saúde na comunidade, Nursing Home, Hospices e outros serviços específicos de cuidados paliativos não inseridos em hospitais, estruturas que não existem em Portugal; bem como relativas à comunicação médico-doente; atitudes do médico face ao doente em fim de vida; definição do lugar de morte e caracterização do padrão de morbilidade e mortalidade no fim de vida. Por não cumprirem os critérios estabelecidos foram excluídos, mas constituem um desafio futuro interessante.

Nas revisões teóricas, não incluídas, é relevante destacar as que se dedicam ao estudo dos valores e princípios do cuidar em enfermagem no fim de vida, das que teorizam sobre a intimidade, intuição, vulnerabilidade e o amor da enfermeira que cuida; bem como uma perspectiva completamente inovadora e que, provavelmente constituirá mais um dos ramos da Sociologia Geral e da Sociologia da Saúde, o da Sociologia da Enfermagem.

## 2 - Resultados

No total, seleccionámos 19 trabalhos, 18 artigos e 1 revisão sistemática da literatura (ver quadro 2). Nos gráficos seguintes apresentamos a sua distribuição por ano de publicação e país de origem do estudo.

A maior publicação de trabalhos relativos a cuidados a doentes em fim de vida num contexto de hospitais de agudos, observou-se no ano de 2005, em Inglaterra, Estados Unidos da América e Austrália, exactamente os países com maior desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos, confirmando a pers-

pectiva de Shattell (2004), que aponta a necessidade de documentar mais profundamente a realidade dos hospitais de agudos, reforçada por Seymour (2004) que reconhece que continua a ser aí, que a maioria dos doentes acaba por morrer.

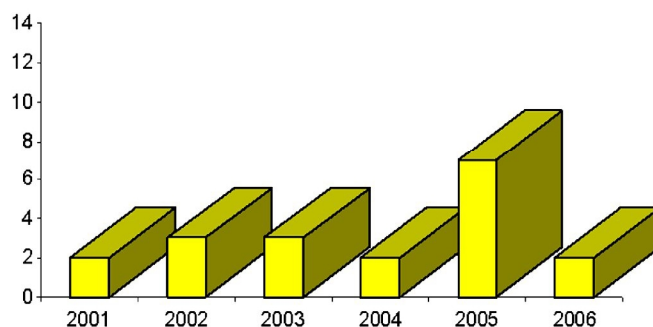
Em termos metodológicos, são 18 estudos de natureza qualitativa, utilizando a Grounded Theory (3), Focus group (4), Fenomenológico (4), Análise qualitativa de conteúdo (de entrevistas ou questionários) (6), Estudo de Caso (1) e 1 revisão sistemática da literatura.

Como participantes nos estudos surgem maioritariamente enfermeiras e doentes, mais raramente os médicos e os familiares; a consideração deste tipo de amostra poderá representar um importante indicador futuro, no estudo do processo de interacção enfermeiro-doente.

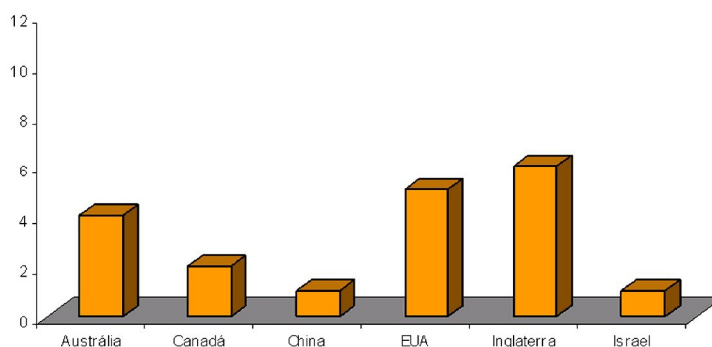
Todos os trabalhos incluídos, neste estudo, respondem de algum modo, à questão inicial, fornecendo factores, características dos actores envolvidos ou do processo de interacção que se estabelece.

Toma particular interesse reunir e descrever em forma de síntese, alguns pressupostos de partida, presentes na introdução ou background dos artigos seleccionados. Nos **quadros teóricos de referência** são adoptados diferentes pressupostos assentes nas teorias de Hildegard Peplau, Afaf Meleis, George Herbert Mead, Teoria de Goffman/ Interaccionismo Simbólico, Parse's Theory, Patricia Benner, Dreyfus e Dreyfus, Glaser e Strauss, Transactional Theory Lazarus e a Teoria de Elisabeth Kübler-Ross.

Para além destes quadros teóricos, alguns trabalhos emergem do confronto entre as características e o funcionamento observado nos serviços de saúde, com o recomendado por documentos emanados por organizações nacionais ou internacionais ou mesmo pelos respectivos serviços de saúde, na forma de guias



**Gráfico 1 - Distribuição por Ano de Publicação**



**Gráfico 2 - Distribuição por País de Origem do Estudo**

guias orientadores e definidores de políticas relativas aos cuidados em fim de vida, de que são exemplos: NICE -The National Institute for Clinical Excellence; Guidance on Improving Supportive and Palliative Care for adults with Cancer; SUPPORT – Study to Understand Prognoses and preferences for Outcomes and Risks of Treatments; WHO, Cancer Pain Relief and Palliative Care; International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2001); Australians Standards for Hospice and Palliative Care provision; Liverpool Care Pathway for the dying patients;

## **2.1 – Factores que interferem no Processo de Interação Enfermeiro-Doente**

O doente vive uma situação particular de saúde, o processo de fim de vida, os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase

são, privilegiadamente, fixados na busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a acção terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares. A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas sim por conferir dignidade, aceitar os limites e a morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis, permitir despedir-se em paz consigo e com os outros. Em alguns estudos este foi o ponto de partida, tentando desvendar as estratégias e as competências desenvolvidas pelos enfermeiros na consecução destes objectivos; para outros foi o ponto de chegada, identificando, ao longo do percurso, as dificuldades e os obstáculos na sua conquista.

A partir dos seus resultados e conclusões percebe-se que as características dos envolvidos, do contexto ou as suas propriedades podem constituir-se como

Facilitadores e/ou como Obstáculos no Processo de Interação, conforme as circunstâncias.

Neste capítulo, iremos descrever factores presentes nos eixos centrais do processo de interação enfermeiro-doente e que se pronunciaram naturalmente a partir dos resultados: características pessoais e/ou profissionais dos actores envolvidos (enfermeiros, doentes); factores do contexto social, cultural e do serviço de saúde específico (meio hospitalar); factores inerentes à natureza do processo (elementos e propriedades), que no seu conjunto interferem e, ao mesmo tempo, configuram de algum modo o processo de interação entre enfermeiro e o doente em fim de vida, num hospital de agudos.

### 2.1.1 - Características do Doente

Embora tenhamos seleccionado estudos respeitantes somente a adultos ou idosos, é nossa convicção de que no cuidado a adultos jovens em fim de vida, pode determinar diferenças bastante significativas, mas a verdade é que não encontramos grandes referências à **idade** como um factor que possa criar maior impacto ou influenciar o processo, apenas um estudo indica que a idade avançada facilita o processo de aceitação da doença e do fim da vida, permitindo maior serenidade (Ryan, 2005).

A **crença e a prática religiosa**, surge como uma característica que ajuda o doente a suportar as dificuldades, a acreditar no futuro, a encontrar sentido para cada dia (Blinderman e Cherny, 2005).

Relativamente à **doença de base**, a doença oncológica e o estigma social criado à sua volta amputam o processo de comunicação; as situações descritas de «conspiração do silêncio», dizem sobretudo respeito a doentes oncológicos e aos seus familiares. Nos que apresentam doença cardiorespiratória constata-se que é mais difícil estabelecer o

diagnóstico da fase terminal, de quando aplicar os princípios dos cuidados paliativos e onde se levantam maiores dilemas éticos pela “agressividade” dos tratamentos e pela dificuldade em aceitar o carácter finito da intervenção médica (Davidson et al., 2003).

É de concluir que o que está em debate na maioria dos estudos, não é propriamente a patologia de base, mas a fase particular em que o doente se encontra, o fim de vida.

No entanto, as características do seu **estado clínico** já poderão ter forte influência no processo, nomeadamente a possível instabilidade clínica, as modificações, súbitas ou não, do estado de consciência, a agitação ou confusão mental, a necessidade de sedação, são factores consideráveis, dado que impossibilitam a comunicação, a participação do doente na tomada de decisão, deixando o processo de ser interactivo. (Blinderman e Cherny, 2005; Jacobs et al. 2002).

O **processo de adaptação do doente à doença** resulta mais ou menos adaptativo, consoante a sua própria personalidade, as experiências prévias, a atitude dos seus familiares, mas também da acção terapêutica desenvolvida pela equipa, particularmente pela enfermeira. Fica claro que essa trajectória de adaptação vai sendo delimitada gradualmente e se alicerça e depende de um conjunto de factores decorrentes do próprio processo de interação e de interajuda que se estabelece entre o doente, família, a enfermeira e restantes profissionais (Blinderman e Cherny, 2005; Ryan, 2005; Mork e ChiChiu, 2004; Pincombe et al., 2003).

Nesse conjunto de factores tomam particular relevo: a qualidade das relações que estabelece, a qual está dependente do grau de informação que detêm acerca da sua situação, da preservação da sua dignidade, dos sentimentos vivenciados durante essa fase, da capacidade de manter da esperança e desenvolver resiliência.

Na **relação que estabelecem com a enfermeira**, os doentes colocam elevada expectativa, esperam humanidade, apreciam a honestidade na informação, uma relação de confiança e compreensão mútua (Ryan, 2005; Mork e ChiChiu, 2004). Preferem as enfermeiras que expressam claramente os seus valores e princípios, que são mais genuínas e estejam mais disponíveis para falar com eles; que assumam ser tradutora (informa, explica, dá instruções e ensina), que permite o conhecimento (partilhando aspectos pessoais, usando o humor, sendo amigável), estabelecendo confiança (tomar conta, antecipação de necessidades, prontidão) fazendo além do que é esperado (tornar-se amiga e realizar actividades extra) (Shatell, 2004).

Considerar que a qualidade relacional influencia o processo de interacção torna-se paradoxal, mas de facto o que pode ser causa pode surgir também como consequência, tornando-se cíclico e legitimando a ideia de que comportamento gera comportamento.

**O grau de informação** acerca do diagnóstico, prognóstico e decisões terapêuticas, sempre muito envolto em celeuma e debate, é apresentado recorrentemente como um dos pilares onde assenta a possibilidade de estabelecer uma interacção genuína, autêntica e honesta, (Blinderman e Cherny, 2005; Graham et al., 2005; Ryan, 2005; Mork e ChiChiu, 2004; Shatell, 2004; Pincombe et al., 2003) sem transparência e verdade na informação, o processo resultará ainda mais complexo e difícil para todos (Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005). Nos trabalhos revistos, os doentes nem sempre foram informados acerca da sua situação clínica, do prognóstico, e é exactamente nessas situações que maiores dilemas e constrangimentos se levantam.

São frequentes as referências à **perda da dignidade** como um dos factores mais determinantes na trajectória que o doente está a fazer. Essa perda aparece relacionada com outras perdas, da autonomia associada

ao variável grau de dependência, a alterações da imagem corporal, à presença de sintomas, como a dor, que podem devastar e destruir o sentido das suas vidas, à solidão, ao isolamento social e afectivo; este empobrecimento na vida relacional e afectiva resulta tão devastador como uma dor severa, pois atinge todas as dimensões do ser humano, passa a ser total. (Blinderman e Cherny, 2005; Ryan, 2005; Mork e ChiChiu, 2004; Pincombe et al., 2003).

De igual modo, a presença ou ausência da **esperança** é entendida como um factor com considerável importância em toda esta vivência. Devendo, no entanto, ser clarificado que se trata de uma esperança realista, não se refere à crença na cura ou no milagre, mas sim na manutenção de razões e vontade para viver (Herth e Cutcliffe, 2002). Um estudo aponta que uma das razões que fundamenta a “não informação” está relacionada com a necessidade de manter a esperança, mas traduz sobretudo a incapacidade dos profissionais em lidar com a situação “às vezes era preciso fazer sentir ao doente que não estava a morrer” (Graham et al., 2005). Para além do conforto físico e emocional, da sensação de presença constante, seja da família, seja da enfermeira, torna-se valioso para o doente manter a esperança, recebendo incentivos positivos frequentes, momentos de alegria e de humor, ter oportunidade de manter vida de relação, de rever através da narrativa vivências do passado e dar-lhes sentido, manter-se activo, vivo e com um sentido para cada dia (Herth e Cutcliffe, 2002).

Ryan (2005), juntamente com os seus cinco corajosos doentes, trouxe-nos resultados valiosíssimos, nos quais destacamos o conceito de **resiliência** que têm de ir fortalecendo no decurso da fase última das suas vidas. No seu percurso de adaptação, estes doentes ensinam-nos que precisam de ser ajudados a:

Não ter medo da morte, aceitar calmamente a situação; mudar os planos e

objectivos de vida; fazer as pazes, com os outros, com o mundo; trabalhar a morte e o morrer; a viver um dia de cada vez; a desenvolver esforço para “sobreviver”, com uma impressionante resiliência; ajustar-se às limitações impostas pela doença; a ter o apoio, suporte e amor da família; ter o conforto assegurado até ao fim, bem como segurança afectiva; a aliviar os sintomas, o sofrimento físico ou psicológico, que podem tornar-se devastadores; despedir-se da família; poder dizer adeus aos seus queridos. (Ryan, 2005).

Na essência consubstanciam os objectivos terapêuticos pretendidos para esta fase. Orientações preciosas para os que cuidam, e ao mesmo tempo, um desafio à interioridade e competência de cada um dos profissionais que com eles interage. Obviamente que estes serão os contributos terapêuticos que a interacção poderá lograr.

Em síntese, percebe-se com nitidez que o que os doentes mais desejam é qualidade de vida, ou seja, alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual; mediante uma interacção que garanta o conforto, o controle de sintomas, a informação detalhada, tomar parte da tomada de decisões a seu respeito, manter a sua vida relacional e afectiva, permanecendo o mais próximo possível dos familiares, de se sentirem valorizados e respeitados enquanto pessoas e de estabelecerem uma relação de confiança, autenticidade, honestidade e de compreensão mútua com os profissionais de saúde (Blinderman e Cherny, 2005; Ryan, 2005; Mork e ChiChiu, 2004; Shatell, 2004; Pincombe et al., 2003)

No diagrama seguinte esquematizamos e descrevemos os factores, relativos ao doente, que interferem no processo de interacção Enfermeiro-Doente.

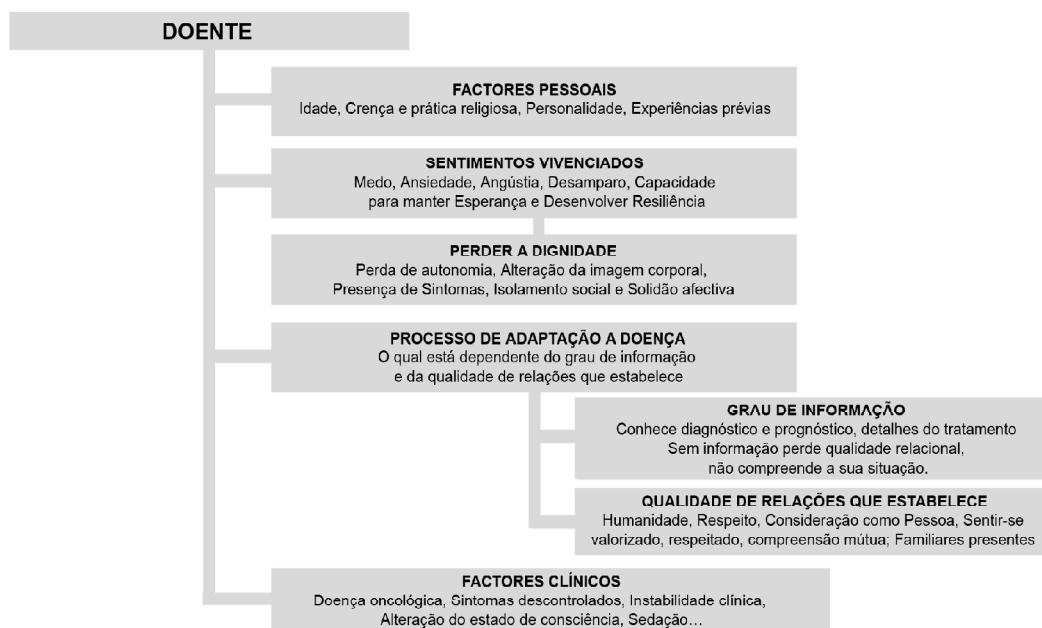


Figura 2 – Factores Relativos ao Doente

## 2.1.2 - Características da Enfermeira

É difícil precisar os contornos do que depende apenas da acção da enfermeira, atomizar as suas características pessoais ou profissionais, pode tornar-se algo reduccionista, se nos lembramos que é, de igual modo, um ser complexo em interacção com pessoas em situação de particular vulnerabilidade. No entanto, o actual estudo tornou-se particularmente útil, pois colocou em evidência pontos de orientação e de clarificação, que a seguir descrevemos.

A **idade** a par do maior número de **anos de experiência profissional**, nomeadamente a cuidar de doentes terminais, podem conduzir a uma maior **maturidade pessoal** e **sensibilidade** para lidar com as perdas e com a morte (Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005), sobretudo se sedimentados mediante uma **prática reflexiva**, que lhes permita ir explorando os seus sentimentos acerca de cada vivência (Graham et al, 2005; Dunn e Schmitz, 2005; Hopkinson, 2001) a **história pessoal** anterior, a **crença e prática religiosa** (Blinderman e Cherny, 2005), são outros factores que poderão interferir neste processo. A maioria dos estudos apenas inclui enfermeiras, raramente incluem enfermeiros nas amostras, o que assinalamos como uma limitação dos mesmos.

A **formação** surge como um dos alicerces imprescindíveis na acção a desenvolver, pode ser facilitadora ou, no caso de deficitária, pode constituir um fortíssimo obstáculo. Em referência não está apenas a formação pré-graduada, mas também a formação avançada e a realizada ao longo da vida. Os domínios em que surge como mais premente relaciona-se com a comunicação com doentes em fim de vida, como lidar com as perdas sucessivas, com o sofrimento e morte (Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005; Mohan et al., 2005; Dunn et al., 2005; Hopkinson, 2001).

Os **sentimentos vivenciados** pela enfermeira que cuida doentes em fim de vida

num contexto destinado a doentes agudos são descritos, na maioria dos estudos, como algo muito difícil, complexo e por vezes até traumático. As dificuldades brotam da situação de particular vulnerabilidade do doente, da natureza emocional dos cuidados, mas também de variáveis do contexto, que resulta hostil para todos (Graham et al, 2005; Mohan et al., 2005; Dunn e Schmitz, 2005). Os enfermeiros têm a sensação de fracasso, culpa, ansiedade, incerteza, sentem-se paralisados, incapazes de alcançar metas com os doentes; face aos muros de silêncio erguidos à sua volta, ficam impedidos de o ajudar verdadeiramente, enredados num compromisso confuso e até paradoxal, restando a sensação traumática de frustração (Graham et al, 2005). Essa elevada frustração profissional acarreta distúrbios emocionais (Thompson et al., 2006), impedindo-os de reflectirem sobre os atributos do sofrimento vivido, por se refugiarem no silêncio, escondendo os próprios sentimentos, numa fuga intencional e de autoprotecção (Graham et al, 2005).

Ao longo da análise dos dados compreende-se, e é assumido claramente em algumas conclusões, que estes sentimentos estão intimamente relacionados com as dificuldades em lidar com a proximidade da morte, em falar com o doente acerca da sua própria morte, bem como das diferentes percepções, valores e atitudes dos vários membros da equipa, particularmente do médico.

Raramente são apresentados sentimentos positivos, tomam esse cariz quando associados a estratégias de confrontação das situações.

Efectivamente, são altamente relevantes em todo este processo as **estratégias que a enfermeira** adopta para lidar com esta delicada situação, desvendadas por alguns estudos, e que colocam em evidência o valor dos saberes inscritos na acção, da experiência e da prática reflexiva.

Em primeiro plano a enfermeira procura fazer uma gestão pessoal da morte e com o

processo de morrer, revendo o modo de vida, reflectindo sobre o modo ideal de morrer e criando as condições para que tal aconteça com os seus doentes, (Hopkinson et al. 2005); procura encontrar o ponto de equilíbrio na gestão das emoções nas situações mais difíceis; valoriza o cuidado global, para isso centra-se no doente como uma Pessoa, e ao aumentar-lhe o conforto, acaba por se sentir igualmente mais confortável na situação construindo, deste modo, factores “anti-tensão” (Hopkinson et al. 2005; Pincombe et al. 2003); assume os seus limites enquanto pessoa, que nem sempre tem a palavra certa ou resposta para tudo (Graham et al., 2005); procura otimizar o contexto, cuida os detalhes do ambiente para aumentar a qualidade global (Thompson et al., 2006); mobiliza os seus valores pessoais como pauta da sua acção, aceita os seus limites como pessoa e vai aprendendo a “deixar partir” (Mork et al., 2004); cria uma relação de confiança e de compreensão mútua (Hopkinson et al. 2005; Dunn et al., 2005; Mork et al., 2004); envolve a família nos cuidados e empenha-se a advogar os direitos dos doentes e na persuasão dos outros

profissionais a modificarem o seu perfil de actuação (Graham et al., 2005).

Como elementos facilitadores do processo de cuidados é de destacar o papel central atribuído à enfermeira, pela sua posição privilegiada e presença constante, a melhor preparação (técnica e humana) para lidar com estes doentes; ela transforma-se em “advogada” do doente (Thompson et al., 2006), sua tradutora, informadora, confidente e amiga (Shattell, 2004), mantendo um rumo, uma orientação nos cuidados prestados (Thompson et al., 2006). Não obstante a elevada exigência, energia e tempo necessários para atingir uma relação terapêutica equilibrada e para dar a resposta mais adequada nas «crises», por exemplo no descontrolo e agudização de sintomas, monitorização constante das suas necessidades (Thompson et al. 2006; Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005), a enfermeira desenvolve, a partir da experiência e da prática, várias estratégias que lhe permitem ir dando respostas ajustadas, requerendo apoio e suporte pessoal. (ver figura 3)

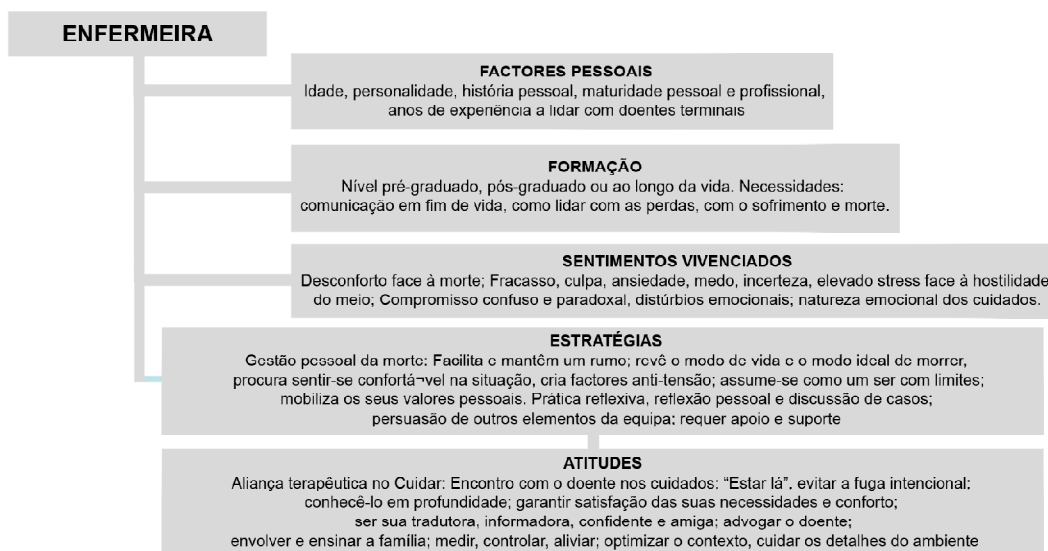


Figura 3 – Factores Relativos à Enfermeira

### 2.1.3 - Características Sociais e Culturais

Face à “revolução grisalha” devida ao aumento significativo das pessoas com 65 e mais anos, observa-se de igual modo o aumento crescente das doenças próprias do envelhecimento, crónicas e de evolução prolongada; a geração Baby Boomer colocou em debate a organização e a missão do sistema de saúde. Ao longo do século XX e em todo o mundo, a par deste debate observaram-se profundas mudanças económicas, sociais e políticas. Este assunto surge como ponto de partida de alguns estudos presentes nesta revisão.

A cultura de **negação da morte** está implícita e presente na maioria dos artigos, colocada em evidência pela dificuldade em lidar com a perda, em falar abertamente acerca da proximidade da morte com o próprio doente, pela sensação de fracasso e de derrota que daí decorre. Tais factos espelham a cultura que domina na sociedade ocidental actual e indirectamente demonstram quão difícil é estabelecer uma relação profunda com o doente que está morrer.

Numa outra perspectiva, a partir das principais conclusões dos artigos constata-se o apelo permanente à necessidade de perfilar a **filosofia dos cuidados paliativos** (Thompson et al. 2006; Clarke e Ross, 2006; Ryan, 2005; Ellershaw et al., 2003; Davidson et al., 2003); apesar do seu desenvolvimento estar consolidado em alguns países, concebe-se outro rumo, o de incorporar esta filosofia nas áreas clínicas de agudos, o que de algum modo traduz uma melhor aceitação da morte, a necessidade de lhe dar sentido e dignidade, e também como um sinal de evolução e de supremacia cultural do país em geral, e do seu sistema de saúde, em particular. É o caso do Canadá e Inglaterra (Shattell, 2004; Ellershaw et al., 2003).

### 2.1.4 - Características do Contexto Hospitalar “cultura organizacional”

Os cuidados em fim-de-vida em contexto de hospitais de agudos, têm sido pouco estudados, assim como o processo de interacção do enfermeiro com o doente, num contexto desta natureza, tem sido privilegiado



Figura 4 – Factores do Contexto Social e Cultural

o ambiente de cuidados intensivos (Hopkinson et al.; 2004; Thompson et al. 2006). Estudos já realizados, indicam que o processo de cuidar nesta situação particular de saúde é muito complexo e multidimensional, particularmente nesta área, que acaba por se tornar hostil quer para a enfermeira, quer para o doente (Davidson et al., 2003; Pincombe et al., 2003; Graham e tal. 2005; Hopkinson et al.; 2004; Mohan et al. 2005; Clarke e Ross, 2006; Thompson et al. 2006).

Apura-se a íntima relação entre o limitado acesso formal a cuidados paliativos, com a menor qualidade de cuidados e de vida (Thompson et al. 2006), legitimando a sugestão de Seymour (2004) de que é necessário incorporar uma nova filosofia de cuidados, de natureza paliativa, nas áreas clínicas de agudos.

A quase totalidade dos autores chama a atenção para a cultura existente nos hospitais, uma **cultura organizacional** que incorpora uma filosofia demasiado **centrada no curar**, desajustada para estes doentes e para os seus familiares, a primazia é tecnicista, com acentuada obstinação em terapêuticas inúteis, subestimando a qualidade de vida no seu final e diminuindo a qualidade dos cuidados prestados (Thompson et al., 2006; Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005; Mohan et al. 2005; Dunn e Schmitz, 2005; Hopkinson et al.; 2004; Pincombe et al. 2003; Davidson et al., 2003; Ellershaw et al., 2003; Jacobs et al. 2002)

Apesar deste facto inegável, ainda assim o hospital pode estar mais preparado e ter maior apetência para estes doentes do que os serviços de saúde na comunidade, sobretudo se neles não existirem equipas preparadas para cuidar doentes com este nível de exigência.

As **rotinas do serviço** constituem um elemento desta cultura e como sabemos muito comuns nos hospitais, as quais são referidas por vários autores como obstáculos

à humanização, à personalização dos cuidados e inclusive à dignidade no fim de vida (Shattell, 2004; Pincombe et al. 2003; Ellershaw et al., 2003). De igual modo, a **fragmentação da informação** acerca do doente e a **falta de continuidade de cuidados** dentro do próprio hospital, diminuem a qualidade final da assistência prestada (Curtis et al. 2001).

A **carga de trabalho** atribuída a cada enfermeira, tendo em conta o elevado nível de dependência e de exigência dos doentes, ou a referência a equipas muito reduzidas em número, são entendidas como mais um impedimento na garantia de qualidade da interacção, pois obrigam a gerir o tempo de outro modo, a privilegiar as tarefas mais técnicas e relacionadas com a parte orgânica da pessoa, em detrimento dos cuidados à sua dimensão psicológica, emocional e afectiva, bem como o menor apoio aos seus familiares (Clarke e Ross, 2006; Mohan et al. 2005; Dunn e Schmitz, 2005; Ellershaw et al., 2003).

É importante sublinhar que, em alguns estudos, ainda se assume a necessidade de **clarificar** o sentido preciso de alguns **conceitos** tais como: o próprio conceito de fim de vida ou de fase terminal, do prognóstico de vida, qualidade de vida e qualidade de morte, dignidade, espiritualidade e em que consistem os cuidados paliativos (Schulman-Green et al., 2005; Davidson et al., 2003). Estruturalmente apontamos ainda três vectores cruciais como macro elementos da cultura presente no contexto hospitalar que a tipifica, e em simultâneo, que dificulta o processo de interacção estabelecido: o **trabalho interdisciplinar da equipa**, a definição dos **objectivos terapêuticos dos cuidados em fim de vida**, a **comunicação**, incluem diferentes dimensões que se interpenetram, numa coalescência sistémica que os torna interdependentes e que consubstanciam parte significativa do processo de interacção criado entre a enfermeira e o doente.

- Trabalho interdisciplinar da equipa

Sem surpresas, todos os estudos apontam dificuldades a este nível. As “ilhas de protagonismo” e o agir de modo isolado reduzem a eficácia e acarretam constrangimentos. Como principais dificuldades são referidas: falta de coordenação do trabalho desenvolvido, inexistência de reuniões de equipa, a não partilha de informação ou a sua fragmentação, a falta de continuidade no processo de tratamento, a ambiguidade e hesitação nas decisões terapêuticas, constrangimentos éticos e legais, o recurso a valores pessoais de natureza muito diferente, por vezes até oposta, diferentes filosofias no tratamento, falta de um plano sistematizado, organizado e com objectivos definidos em conjunto (Graham et al., 2005; Dunn e Schmitz, 2005; Davidson et al., 2003; Jacobs et al., 2002; Curtis et al., 2001; Hopkinson, 2001).

Apesar de muito referido o carácter holístico dos cuidados (Thompson et al. 2006; Mork e Chichiu, 2004), nem sempre se faz alusão à necessidade da interdisciplinaridade e complementaridade nas intervenções de cada um dos profissionais, aliás é apontado como uma dificuldade, apraz referir que a acção isolada da enfermeira pode trazer aportes muito valiosos para o doente na sua acção cuidativa (Thompson et al. 2006).

Considerando a delicadeza e complexidade dos cuidados prestados a estes doentes, das repercussões que os mesmos têm no interior de cada um dos envolvidos, impõe-se que todo o trabalho seja sustentado e desenvolvido em equipa, definida uma missão e uma estratégia, com vantagens inquestionáveis. O processo de interacção resultaria mais gratificante e constituiria uma renovada forma de energia que (re)alimentaria a relação dentro da própria equipa (Mork e Chichiu, 2004); o êxito no cuidado global seria de todos; permitiria momentos de formação (directa e indirecta) pela partilha

de experiências pessoais e/ou profissionais (Clarke e Ross, 2006; Graham et al., 2005); ficava facilitado o reconhecimento e o apoio mútuo na partilha de decisões difíceis (Dunn e Schmitz, 2005), permitia momentos formais de revisão de melhoria no futuro.

Sem dúvida que o trabalho desenvolvido em equipa e de modo interdisciplinar é um dos elementos chave no processo de interacção entre todos, e naturalmente entre o enfermeiro e o doente.

- Objectivos terapêuticos dos Cuidados em Fim de Vida

Intimamente ligado ao trabalho de equipa, a definição de objectivos terapêuticos é apontada como uma das estratégias que falha e que impede uma acção terapêutica. São consensualmente apontadas dificuldades comuns, tais como: a dualidade e ambivalência de atitudes nos diferentes profissionais de saúde, sobretudo no que diz respeito à **intencionalidade terapêutica** e aos objectivos do tratamento (Pincombe et al. 2003; Davidson et al., 2003; Hopkinson et al.; 2004; Mohan et al. 2005; Clarke e Ross, 2006; Thompson et al. 2006), o que determina ambivalência também nos sentimentos vivenciados e um clima de desconforto entre os diferentes elementos, inclusive no doente. É apontada a necessidade de ajudar o doente a reencontrar sentido na vida e redefinir os objectivos para cada uma das fases que atravessa (Mohan et al. 2005), no entanto médicos e enfermeiros adoptam estratégias com fins distintos, emergem diferentes valores e princípios, o que determina constrangimentos evidentes (Clarke e Ross, 2006; Mohan et al. 2005; Schulman-Green et al., 2005).

Dentro dos objectivos terapêuticos existe a necessidade de **envolver a família** no processo, colocando-a igualmente como alvo de cuidados, o que é muito representativo para o doente, mas nem sempre possível no

hospital, pela falta de privacidade (Clarke e Ross, 2006; Dunn e Schmitz, 2005; Curtis et al., 2001); o **controle de sintomas** surge como outra necessidade premente, alguns estudos indicam esta como uma área que não depende exclusivamente da enfermeira e que lhe traz maior angústia, desamparo e frustração profissional (Graham et al., 2005; Ellershaw et al., 2003; Curtis et al., 2001). O recurso a escalas de medida para os diferentes sintomas e a adopção de protocolos estandardizados para o seu controle são apontados como estratégias para aumentar a confiança e a eficácia na intervenção (Ellershaw et al., 2003).

Sublinhamos que a presença de sintomas não controlados empobrece a qualidade de vida do doente, diminui a sua capacidade de comunicar com os que o rodeiam, pode ser devastador, retirar-lhe o sentido na vida e naturalmente influenciar o processo de interacção com a enfermeira, com um impacto negativo em ambos.

Embora Curtis et al., (2001) desenvolva o seu estudo na área de intervenção do médico, cruzou a perspectiva de doentes, familiares, enfermeiras, assistentes sociais e médicos, para identificar 12 domínios de competências, adiantando que transversalmente dizem respeito também aos outros profissionais envolvidos e a toda a equipa, inclusive a enfermeira, por isso, e pela sua importância, se transcrevem:

**Comunicação:** escutar os doentes, encorajar questões, informar de forma honesta, dar más notícias de forma sensível, falar como os doentes acerca da morte e ser sensível à sua condição; **Suporte Emocional:** ter compaixão, manter atitude positiva e manter a esperança, providenciar conforto e o toque terapêutico; dar resposta às necessidades emocionais manifestadas pelos doentes; **Acessibilidade e Continuidade:** nos cuidados e no atendimento das necessidades de doente e família, nas diferentes fases da doença e até à morte; **Competência:** ter

conhecimentos e competências técnicas no controlo de sintomas, no manejo de terapêuticas, na referenciação do doente para outros técnicos e em suspender terapêuticas inúteis; **Respeito e Humildade:** aceitar a morte sem a entender como um fracasso, sentir-se confortável com o tema, abordar adequadamente os doentes e família; **Comunicação e Coordenação do trabalho de equipa:** saber usar e respeitar o conhecimento de outros membros da equipa, saber colocar as questões e os problemas e propor resolução dos mesmos de modo interdisciplinar; **Educação do Doente:** dar informação inteligível, para aumentar a sua adesão aos tratamentos/cuidados, para mobilizar os seus recursos internos; **Personalização:** personalizar e individualizar os cuidados em função de cada doente e família; **Controle da Dor:** avaliar e aliviar a dor de modo correcto, entendendo-a em todas as suas dimensões, desenraizar mitos, e promover uma acção terapêutica global; **Inclusão da Família:** envolver a família no processo, através da comunicação, valorizar as suas crenças e valores; **Atender aos valores do doente:** respeitar os seus valores, crenças e escolhas sem julgamentos; **Apoio na tomada de decisão:** permitir que participem, doente e família, na tomada de decisão.

Desta forma e com a maior liquidez, lista os domínios de competência intimamente ligados aos principais objectivos terapêuticos e, que no seu conjunto, constituem a missão da equipa que cuida do doente em fim de vida, incluindo numa área destinada a doentes agudos.

- Comunicação

A **comunicação** surge como a trave mestre de todo este processo, é um tema recorrente em todos os estudos. As dificuldades em manter uma comunicação terapêutica enraizam numa complexa rede de factores, todos imersos no

secular medo da morte e na implícita dificuldade em lidar com o assunto.

Um dos estudos parte da ideia de que este processo é de **mútuo sofrimento**, dado que se engendra uma situação difícil, sentimentos de impotência, raiva, revolta e culpa (Graham et al., 2005); torna-se necessário desenvolver um profundo sentido de compaixão, estar muito por dentro de cada situação, numa só frase “estar lá” (Thompson et al. 2006) procurando, ao mesmo tempo, gerir as diferentes fontes de conflito interior e actuar terapeuticamente.

O estudo em referência lista alguns conceitos que traduzem o sofrimento do enfermeiro, tais como sensação de fracasso, frustração traumática e um compromisso algo confuso e descontrolado, dada a delicadeza da situação do doente, dos sentimentos e vivências do enfermeiro em confronto com a hostilidade do meio hospitalar, que no seu conjunto impossibilitam uma comunicação franca e honesta.

A falta de formação a este nível é apontada como uma das fortes justificações para esta inabilidade (Graham et al., 2005; Mohan et al. 2005; Hopkinson, 2001), mas também é assumido que a reflexão crítica ajuda a conceptualizar estas práticas, a avaliar e conhecer profundamente o doente e família, a identificar os recursos e as estratégias que devem mobilizar para os ajudar (Graham et al., 2005).

Uma das maiores dificuldades descritas prende-se com a **atitude paternalista**, sobretudo por parte do médico ao persistir em “falsas verdades” (Clarke e Ross, 2006), alegando razões afectivas e de protecção do doente, gerando-lhe falsas expectativas (Ellershaw et al., 2003), privando-o de participar nas decisões relativas a toda a sua vida e enredando todo o processo de comunicação, daí o desconforto e a sensação de frustração sempre denunciada; mas também os enfermeiros assumem que preferem não informar, receando a reacção de doentes e

familiares, argumentando com a necessidade de sustentar a esperança (Schulman-Green et al., 2005).

Na abordagem deste assunto é reforçado, com frequência, que estas situações de interacção constituem, em simultâneo, uma vivência ameaçadora e uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal dos enfermeiros, pelas dificuldades que determinam (Thompson et al. 2006; Clarke e Ross, 2006; Mohan et al. 2005; Hopkinson et al.; 2004; Davidson et al., 2003; Pincombe et al. 2003; Hopkinson, 2001). O médico surge como um elemento chave e do qual dependem muitos factores que poderão ajudar ou complicar todo o processo de comunicação e de interacção. São referidas a falta de congruência, a fragmentação ou até o desconhecimento de informação importante, por parte dos envolvidos.

As reivindicações, por parte dos familiares, de terapêuticas pouco realistas, de insistirem no prolongamento da vida do doente a todo o custo, ou de lhe esconderem a gravidade da situação, denunciam idêntica falha de comunicação junto dos familiares (Jacobs et al., 2002).

Em síntese, as principais dificuldades encontram-se no interior dos próprios profissionais, na percepção subjectiva de fracasso e de derrota face à morte; a comunicação para ser terapêutica deve ser multifocal, multidireccional e orientada para perspectivas de ajuda específicas, para tal deve ser franca e honesta entre os profissionais de saúde, destes para com o doente e família, no sentido de informar, orientar, apoiar e sustentar o sofrimento físico, psicológico, emocional e espiritual, como ilustram os resultados exemplares do estudo de Shattell (2004).

Se entendermos que é do processo de interacção estabelecido que podem advir os melhores contributos terapêuticos para o doente e seus familiares, então será na área da comunicação que o enfermeiro deverá apurar os seus sentidos e habilidades.



Figura 5 – Factores relativos ao Contexto Hospitalar

## Conclusões

A partir da primeira etapa, de pesquisa exaustiva de estudos de qualidade sobre a interacção Enfermeiro-Doente em fim de vida num contexto de agudos, pudemos concluir que dada a natureza do problema, a maioria dos estudos adopta metodologia de natureza qualitativa. Embora tenhamos eliminado, por questões de rigor metodológico, alguns estudos de natureza quantitativa, a verdade é que não estudavam verdadeiramente a interacção, traziam aportes interessantes para a sua compreensão, mas em aspectos muito pontuais.

A realização desta metasíntese constituiu um desafio novo, deveras laborioso, mas muito interessante. Paulatinamente fomos apercebendo que as questões do fim da vida, independentemente da cultura – incluímos estudos do Canadá, EUA, Inglaterra, Israel, China e outros – são similares e reúnem dificuldades comuns para os profissionais e doentes. Indubitavelmente, porque a morte é um acontecimento universal e porque o medo que determina, para além de secular, é

intrínseco a todo o ser humano, em qualquer cultura.

O contexto hospitalar possui características que o tipificam e tudo leva a crer que efectivamente a obstinação em curar sempre, parece de igual modo outro fenómeno universal; salvo o exemplo de alguns países com uma sólida história na implementação de serviços de cuidados paliativos, tais como o Canadá, Inglaterra e Austrália. O limitado acesso formal a cuidados paliativos, desde logo, indicava menor qualidade de vida dos doentes, e onde as enfermeiras denunciam maiores dificuldade em interagir terapêuticamente com os doentes.

Para a questão central proposta, a de identificar factores que interferem no processo interacção Enfermeiro-Doente, e partindo de alguns pressupostos de Kim, a qual aponta este domínio como o que necessita ser melhor estudado e documentado, agregámos os factores encontrados, especificámos as principais variáveis neles incluídos, a figura 6 representa a síntese desses factores e a sua interligação.

No doente, para além das suas características pessoais, da história de vida anterior,

da idade, crença religiosa, da estabilidade clínica, estado de consciência e presença de sintomas, tomam particular importância os sentimentos vivenciados durante o processo, as “invasões” à sua dignidade ontológica e constitutiva, decorrentes da situação particular de saúde, mas também da acção da enfermeira e restantes profissionais. Ainda a destacar o lugar central que tem o processo de adaptação à doença, sempre dependente dos factores anteriores, do grau de informação e da qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde. No enfermeiro encontram-se factores inerentes às suas características pessoais, como a idade, crença e prática religiosa, a maturidade ligada

à história de vida e experiências prévias, bem características profissionais, como a experiência, a maior ou menor formação nesta matéria; tomam significado, de igual modo os sentimentos vivenciados ao lidar com a morte, sobretudo neste contexto que se torna hostil, o desconforto, ansiedade, medo incerteza e sensação de fracasso são unânimes; a natureza emocional dos cuidados torna-se exigente a todos os níveis; o mais relevante e pertinente são as estratégias e atitudes que desenvolvem para ajudar o doente, a família, garantindo “um refúgio e uma passagem segura”; podemos aglutinar essas estratégias em dois conceitos centrais: a **gestão pessoal da morte e a aliança terapêutica no cuidar**.

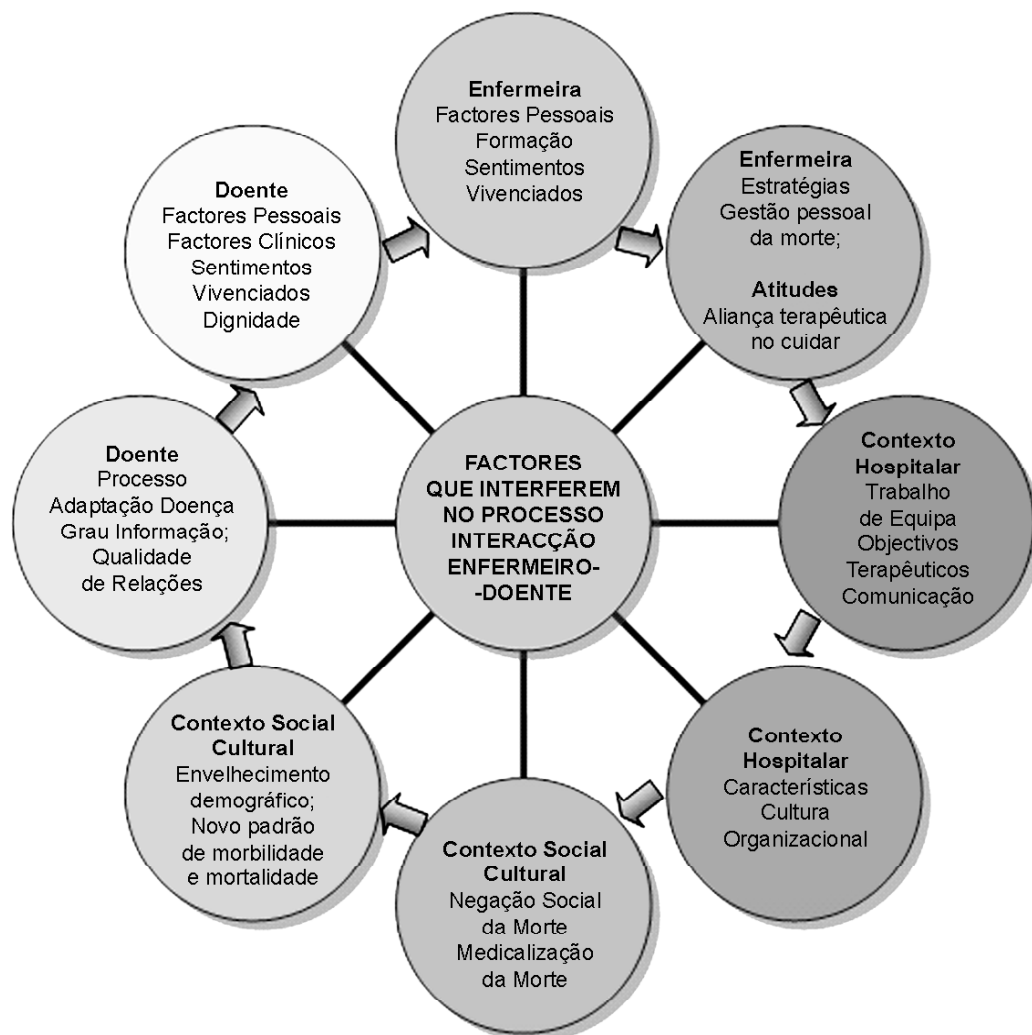


Figura 6 – Factores que interferem no Processo Interação Enfermeiro-Doente (Síntese)

Podemos mesmo concluir que estes conceitos se apresentam como uma perspectiva com renovado interesse para investigações futuras.

Quanto aos factores inerentes ao contexto social e cultural, sem surpresas, a negação e a dessocialização da morte emergem como as raízes das maiores dificuldades e obstáculos; bem como os factores relativos ao contexto hospitalar, impregnado de uma cultura organizacional, massificada, rotinizada, onde se torna difícil personalizar cuidados, estabelecer uma relação profunda pois a comunicação está intrincada na atitude tendência de não informar o doente e de não lhe dar oportunidade de participar nas decisões terapêuticas; este paternalismo surge da hegemonia médica e em consequência do precário trabalho em equipa multi/interdisciplinar, que na essência empobrece todo o processo de interacção.

Em síntese, pudemos apurar que na interacção enfermeiro-doente, interferem factores decorrentes das dimensões (pessoais

e/ou profissionais) de cada um dos actores, as quais por sua vez são influenciadas por variáveis decorrentes do contexto e cultura hospitalar, em particular, e do contexto social e cultural, mais vasto, e que a figura 6 permite identificar.

Alguns estudos colocaram em evidência que as estratégias que a enfermeira desenvolve, pela sua maior proximidade e atitude de humanidade, pode minimizar os efeitos negativos da aridez dessa cultura organizacional.

Se entendermos que é deste processo de interacção que podem advir os melhores contributos terapêuticos para o doente e para os seus familiares, então esta é uma área de excelência para o enfermeiro, o qual deverá aperfeiçoar os seus saberes, habilidades e competências. Ao mesmo tempo, pela sua acuidade, legítima a pertinência teórica e prática de qualquer investigação desenvolvida neste âmbito.

Quadro 2 – Lista de Estudos considerados na Metasíntese

Título do Artigo	Autores	Referência Ano / País	Participantes	Desenho do Estudo
<b>1 - Nurse's perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward</b>	Thompson, G. et al.	Journal of Advanced Nursing; 53(2); p.169-177 <b>2006</b> / Canada	10 Enfermeiros	Qualitativo Grounded Theory
<b>2- Influences on nurse's communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine.</b>	Clarke, A & Ross, H.	The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd; p.34-43 <b>2006</b> / Inglaterra	24 Enfermeiros	Qualitativo Focus Group/ Análise comparativa constante/ Discussão de resultados mediante um workshop
<b>3 - Mutual Suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying</b>	Graham, IW et al.	International Journal of Nursing Practice; (1); p. 277-285 <b>2005</b> / Inglaterra	Enfermeiros	Fenomenológico Metodologia de Parse's (descrição narrativa)
<b>4 - Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?</b>	Hopkinson JB. et al.	International Journal of Nursing Studies 42; p.125-133 <b>2005</b> / Inglaterra	28 Enfermeiras	Qualitativo Fenomenológico
<b>5 – Approaching Death: A Phenomenologic Study of five Older Adults with advanced Cancer</b>	Ryan, PY	Oncology Nursing Fórum 32(6); p. 1101-1108 <b>2005</b> / EUA	5 Doentes com 65 e mais anos, com cancro avançado	Fenomenológico Histórias de vida
<b>6 – Caring for the patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience</b>	Mohan, S et al.	European Journal of Cancer Care vol.14; p.256-263 <b>2005</b> / Australia	25 Enfermeiras + 5 enfermeiras	Qualitativo Análise Comparativa Constante (Nudist Vivo)

Título do Artigo	Autores	Referência Ano / País	Participantes	Desenho do Estudo
<b>7 – Nurses' Communications of Prognosis and Implications for Hospice Referral: a Study of Nurses Caring for Terminally Ill Hospitalized Patients</b>	Schulman -Green D. et al.	American Journal of Critical Care 14(1); p.64-70 <b>2005</b> / EUA	174 Enfermeiras	Qualitativo(análise de conteúdo e descritiva das perguntas abertas de um estudo prévio)
<b>8 - Nurse' perceptions of Patients' requirements for Nursing resources</b>	Dunn, SV & Schmitz, K.	Australian Journal of Advanced Nursing, p.33-40 <b>2005</b> / Australia	50 Enfermeiras	QualitativoEntrevistas semi-estruturadas
<b>9 - Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel</b>	Blinderman, CD & Cherny, NI	Palliative Medicine 19; p.371-380 <b>2005</b> / Jerusalém / Israel	40 Doentes Oncológicos	QualitativoEntrevistas semi-estruturadas/Análise de conteúdo
<b>10 – Nurse-patient relationship in palliative care</b>	Mork, E & ChiChiu, P.	Journal of Advanced Nursing; 48(5); p.475-483 <b>2004</b> / Hong Kong	10 Enfermeiras e 10 doentes em fase terminal de vida	Qualitativo
<b>11 – No Time for Dying: a study of the care of dying patients in two acute care Australian Hospitals</b>	Pincombe J et al.	Journal of Palliative Care 19(2); p. 77-86 <b>2003</b> / Australia	20 Profissionais de saúde diferentes (12 enfermeiras); 20 Doentes (observação)	Qualitativo
<b>12 – Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting</b>	Ellershaw, JE et al.	International Journal of Palliative Nursing. 9(9); p. 375-381 <b>2003</b> / Inglaterra	15 Enfermeiras	Qualitativo Focus Group e 2 entrevistas semi-estruturadas
<b>13 – Cardiorespiratory Nurse' Perceptions of Palliative Care in nonmalignant disease: data for the development of clinical practice</b>	Davidson, P. et al.	American Journal of Critical Care 12(1); p. 47-532 <b>2003</b> / Australia	35 Enfermeiras	Qualitativo/ Focus Group + entrevista em grupo e Observação não participante
<b>14 – Hospital Care at the End of Life: An Institutional Assessment</b>	Jacobs, L.G. et al.	Journal of Pain and Symptom Management 24 (3); p. 291-298 <b>2002</b> / EUA	5 médicos ? enfermeiras 31 familiares	Qualitativo Focus Group + Entrevistas (61)Pesquisa Documental
<b>15 – The concept of Hope in nursing: hope and palliative care nursing</b>	Herth, KA. e Cutcliffe, JR	British Journal of Nursing; 11(14); p. 977-983 <b>2002</b> / Canada	Uma doente	Estudo de caso
<b>16 – Caring for the terminally ill: the district nurse's perspective</b>	Wright, K.	British Journal of Nursing; 11(18); p. 1180-1185 <b>2002</b> / Inglaterra	6 Enfermeiras	Qualitativo Entrevista Semi-estruturada
<b>17 – Facilitating the development of clinical skill in caring for dying people in hospital</b>	Hopkinson, JB	Nurse Education Today; 21; p.632-639 <b>2001</b> / Inglaterra	28 Enfermeiras	Qualitativo/ Fenomenológico
<b>18 – Understanding Physicians' skills at providing end-of-life: perspectives of patients, Families and Health Care Workers</b>	Curtis, JR et al.	Journal General Internal Medicine; p.41-49 <b>2001</b> / EUA	Doentes, familiares Enfermeiras, Assistentes sociais e médicos	Qualitativo Focus Group + Análise de dados com base na Grounded Theory
<b>19 - Nurse-patient interaction: a review of the literature</b>	Shatell, M.	Journal of Clinical Nursing 13; p. 714-722 <b>2004</b> / EUA	Nurse-patient communication; nurse-patient interactions; nurse-patient relationships	Revisão Sistemática da Literatura



ANEXO VI – Artigo científico sobre o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias



## ORIGINAL RESEARCH

## Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse

Clare Warnock, Angela Tod, Julie Foster &amp; Cathy Soreny

Accepted for publication 5 March 2010

Correspondence to C. Warnock:  
e-mail: clare.warnock@sth.nhs.uk

Clare Warnock BSc MSc RN  
Practice Development Sister  
Weston Park Hospital, Sheffield Teaching  
Hospitals NHS Foundation Trust,  
Sheffield, UK

Angela Tod MMedSci PhD RN  
Principal Research Fellow  
Centre for Health and Social Care Research,  
Sheffield Hallam University, Sheffield, UK

Julie Foster BMedSci RN  
Governance Coordinator  
Gynaecology and Urology, Sheffield Teaching  
Hospitals NHS Foundation Trust, Royal  
Hallamshire Hospital, Sheffield, UK

Cathy Soreny BA RN  
Ophthalmic Assessment Nurse  
Sheffield Teaching Hospitals NHS  
Foundation Trust, Royal Hallamshire  
Hospital, Sheffield, UK

WARNOCK C., TOD A., FOSTER J. & SORENY C. (2010) Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1543–1555.

doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x

### Abstract

**Title.** Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse.

**Aim.** This paper is a report of an exploration of the role of the nurse in the process of breaking bad news in the inpatient clinical setting and the provision of education and support for nurses carrying out this role.

**Background.** The term 'breaking bad news' is mostly associated with the moment when negative medical information is shared with a patient or relative. However, it can also be seen as a process of interactions that take place before, during and after bad news is broken. Little research has been conducted exploring the role of the nurse in the process of breaking bad news in the inpatient clinical setting.

**Methods.** A questionnaire was developed using Likert scales and open text questions. Data collection took place in 2007. Fifty-nine inpatient areas took part in the study; 335 questionnaires were distributed in total and 236 were completed (response rate 70%).

**Results.** Nurses engaged in diverse breaking bad news activities at many points in care pathways. Relationships with patients and relatives and uncontrolled and unplanned events shaped the context in which they provided this care. Little formal education or support for this work had been received.

**Conclusion.** Guidance for breaking bad news should encompass the whole process of doing this and acknowledge the challenges nurses face in the inpatient clinical area. Developments in education and support are required that reflect the challenges that nurses encounter in the inpatient care setting.

**Keywords:** breaking bad news, clinical settings, inpatients, nurse

### Introduction

In this paper we present the findings of a study exploring the role of the nurse in the process of breaking bad news in the inpatient clinical setting. In a healthcare context, breaking bad news involves giving health-related information that negatively alters an individual's perception or

expectations of their present and/or future (Baile *et al.* 2000, Randall & Wearn 2005). Much of the literature surrounding breaking bad news has focused on the moment when bad news is broken by a doctor. Less attention had been given to exploring breaking bad news as a process or to the role of the nurse in breaking bad news in the inpatient setting (Dewar 2000).

## Background

### Breaking bad news

A growing body of evidence has demonstrated that most patients want to be informed about their illness, treatment and prognosis, whether this information is good or bad (Glass 2004, Hagerty *et al.* 2005, Cox *et al.* 2006). Giving patients accurate information about their health can help them make informed decisions about their treatment and take responsibility for their care (Tuckett 2004), increase their understanding of their situation and help them to make appropriate plans for their future (Fallowfield & Jenkins 2004, Vivian 2006), prevent them from undertaking burdensome treatment and facilitate end-of-life care planning (Norton & Telerico 2000).

The term 'breaking bad news' is often used to describe the moment when a patient and/or relative is given negative medical information about diagnosis, treatment or prognosis (Pracek *et al.* 2001, Vandekieft 2001). In this framework, the consultation itself is the focus of attention. The giver of bad news is usually the doctor, the gatekeeper of information, who takes on this role because they have responsibility for medical treatment decisions (Morrissey 1997, Verhaeghe *et al.* 2005).

However, breaking bad news can also be perceived as a process, one that includes the interactions that take place before, during and after the moment that bad news is broken (Tobin & Begley 2008). Within this framework, preparing patients or relatives for bad news, clarifying and explaining the information they have been given and helping them as they come to terms with the implications of their situation become part of the process (Dewar 2000, Rossin *et al.* 2006). The communication of bad news can also be seen as a multi-disciplinary activity which requires the active involvement of a wide range of healthcare professionals working as a team (Fallowfield & Jenkins 2004, McSteen & Peden-McAlpine 2006).

Breaking bad news is a complex and highly skilled activity that needs to be done well to prevent detrimental effects to a patient, their family and their future relationships with healthcare professionals (Baile *et al.* 2000, Rossin *et al.* 2006). If bad news is communicated badly 'it can cause long lasting distress, confusion and resentment' (Fallowfield & Jenkins 2004, p 317). The literature suggests that there are differences across societies and cultures in relation to disclosing bad news to patients. In western cultures there is a predominant belief that patients should have full disclosure of bad news if this is their wish, while this is not always the case in other societies (Tuckett 2004, Hancock *et al.* 2007).

Cultural preferences and beliefs around who is told and the information that should be given shape the context of breaking bad news.

### Nurse and doctor involvement in breaking bad news

Previous research in this area has focused on the role and experiences of doctors at the moment of delivering bad news. This reflects their central role as providers of information about prognosis, diagnosis and treatment. Barriers encountered by doctors when breaking bad news include concerns about not upsetting the patient, fears of not being able to cope with their own or the patient's emotional responses, lack of privacy, time and/or information, poor training, language and cultural barriers and discrepancies between relatives' and patients' wishes as to whether information is withheld or shared (Fallowfield & Jenkins 2004, Schildmann *et al.* 2005, Hancock *et al.* 2007).

In addition, a number of guidelines for best practice have been developed (see for example, Baile *et al.* 2000, Vandekieft 2001). Many of these offer step-by-step guidance for each stage of the process of breaking bad news. These guidelines tend to be based on an interaction where there is an opportunity to prepare for the consultation and give information in a relatively ordered manner in a controlled environment.

Some suggest that the focus on the moment of breaking bad news by the doctor may be too narrow, both in terms of understanding the patient's experience of receiving this news (Randall & Wearn 2005, Tobin & Begley 2008) and the involvement of a wider range of healthcare professionals (Dewar 2000). The supportive activities that nurses have been found to engage in around bad news include assessing needs for information, identifying and clarifying misunderstandings, initiating discussion, obtaining and explaining complex medical information and helping patients and relatives cope with their emotional reactions (Morrissey 1997, Norton & Telerico 2000, McSteen & Peden-McAlpine 2006, Stayt 2007). The activities described in these studies suggest that patients' needs for information and support go beyond the moment of breaking bad news, and nurses are involved in delivering this care.

In a study exploring the nurse's role in breaking bad news in a spinal injuries unit, Dewar (2000) revealed that patients often relied on the nurse to clarify and explain the information they had been given by the doctor. This could be because the patient had not understood the terminology used or the implications of the information they had been given, or because they did not want to ask questions until they felt ready to do so. In explaining this information, nurses became

actively involved in the process of breaking bad news. They were also involved in the bad news process as they helped patients understand the implications of their illnesses. For example, helping a patient transfer into a wheelchair could prompt the patient to ask the nurse if they were going to be able to walk again. In responding to the patient's question, the nurse engaged in breaking bad news (Dewar 2000).

Dewar (2000) identified particular challenges associated with the way in which nurses were involved in the bad news process. These included being presented with unexpected questions, not having time to prepare, having to continue to work in close contact with the patient with no time to debrief or retreat, and time constraints due to competing workload demands within the nursing shift. An overarching challenge was that their involvement in breaking bad news tended to occur *ad hoc* and at opportunistic moments.

Nurses may play a particular role in relation to breaking bad news in the inpatient clinical setting. They are often close at hand when the reality of a situation becomes apparent, and the patient and relatives feel the need to ask questions (Norton & Telerico 2000). They may have a personal understanding of the patient and their family which has been built up over time. As a consequence, they may be able to identify when there is a need to initiate discussions with patients and relatives about current or future care, and when interventions to give information and support might be needed (Morrissey 1997, Norton & Telerico 2000, Georges & Grypdonck 2002). The role of the nurse in the process of breaking bad news has not been fully acknowledged or researched. As a consequence, little is known about the support, education and training required by nurses to carry out this activity.

## The study

### Aim

The aim of the study was to explore the role of the nurse in the process of breaking bad news in the inpatient clinical setting and the provision of education and support for nurses carrying out this role.

### Design

A descriptive survey design was adopted using a questionnaire to generate quantitative and qualitative data to explore three topics: (1) the role of the nurse in relation to breaking bad news, (2) nurses' experiences of being involved in the bad news process and (3) the type and range of education received by nurses in breaking bad news.

### Participants

Fifty-nine inpatient areas took part in the study; 335 questionnaires were distributed in total, 236 were returned completed (response rate of 70%). These included 212 out of 295 questionnaires from the wards, 14 out of 30 from Evidence-based Council (EBC) members and 10 from the pilot study. The speciality areas of participants are detailed in Table 1.

Of the participants, 142 (60%) were staff nurses, 64 (27%) were ward sisters/charge nurses and 10 (4%) were nurse specialists. The others were four clinical educators, three midwives and one matron.

**Table 1** Number of questionnaires sent to and received from each speciality

Medical wards	Number sent	Number returned	Surgical wards	Number sent	Number returned
Acute medicine	80	48	General surgery	20	17
Oncology	25	22	Cardiothoracic	10	9
Haematology	10	4	Orthopaedics	10	7
Neuromedicine	5	3	Vascular surgery	10	7
Burns unit	5	4	Gynaecology	15	12
Stroke rehabilitation	5	3	Urology	10	8
Palliative care	5	5	Other		
Spinal injuries	15	10	Intensive/high dependency care	20	15
Cardiology	15	13	Obstetrics	5	4
Coronary care	10	10	Neonatology	10	6
Emergency admissions	5	1	Location not recorded	–	5
Renal	10	7	Evidence-based Council	30	14
Genitourinary medicine	5	2			
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>132</b>	<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>104</b>

A total of 226 participants responded to the question asking how many years they had been qualified as a nurse. Their responses were as follows: 3 (1%) had been qualified less than 1 year, 22 (10%) 1–2 years, 30 (13%) 3–5 years, 32 (14%) 6–9 years, 60 (27%) 10–19 years, 59 (26%) 20–29 years and 20 (9%) over 30 years.

### Questionnaire

The content of the questionnaire was based on items identified following a systematic literature review and consultation with nurse specialists in palliative care and the study hospitals' EBC. The EBC is a group of nurses and allied health professionals who collaborate to develop and implement evidence-based practice within the hospitals where the study took place (Palfreyman *et al.* 2003, Tod *et al.* 2007).

A two-stage pilot was carried out to determine ease of completion, wording of questions and relevance to clinical practice. The initial stage of the pilot involved distribution of the questionnaire to members of the EBC. Their comments led to changes to the structure and content of the questionnaire.

The revised questionnaire was piloted again among nursing staff in two wards – oncology and gynaecology. Five nurses in each ward completed the questionnaire and made comments. Minor amendments were suggested and implemented. These ten questionnaires were included in the final sample as only minimal changes were made to the questionnaire at this point.

The questionnaire comprised five sections. Each section had Likert scales and, where explanation or detail was required, open-ended questions asked for descriptions of participants' experiences. The sections were:

- The role of the nurse in breaking bad news. Participants were asked to report how often they carried out seven breaking bad news activities. An open ended question asked them to list the types of bad news they were involved in breaking as part of their work.
- Barriers to breaking bad news experienced by nurses. Participants were asked to indicate how often they encountered nine barriers. A free text question asked them to describe one example of a difficult experience when they had been involved in breaking bad news.
- Nurses' experiences of being involved in the process of breaking bad news. These statements explored confidence in their own skills, systems of support available and possible consequences for themselves and their relationships with patients. Participants were asked to rate the degree to which they agreed with each statement.

- Previous training received in relation to breaking bad news and preferred approaches to education.
- Information about their role and the length of time they had been qualified as a nurse.

### Data collection

Data collection was carried out over a 3-month period during 2007 in the inpatient clinical areas within a large NHS Teaching Hospitals Trust in the North of England. Five questionnaires were sent to the ward managers in 59 inpatient areas. They were asked to distribute them to nurses within their ward from a range of grades and experience. Thirty questionnaires were also sent to members of the EBC. Participants were asked to return their completed anonymized questionnaires in sealed envelopes directly to the clinical effectiveness department.

### Ethical considerations

The study was reviewed by the clinical effectiveness unit of the hospitals where the study was carried out and was categorized as service evaluation. Full ethics committee approval was therefore deemed not necessary and the study was conducted in line with the organization's ethical procedures (Mawson *et al.* 2007).

### Data analysis

Data from the structured questionnaires were analysed using descriptive statistics. Statements that asked participants to identify how often they were involved in or experienced a particular questionnaire item were given a frequency rating by combining the responses rated as 'all the time', 'often' or 'sometimes'. Questions about level of agreement with a statement were given a frequency rating by combining responses rated as 'strongly agree' or 'agree'.

Responses to the open-ended questions were coded according to their content, and then those with similar coding were grouped to form themes. Relationships between the themes were explored to develop categories that described the data. The number of responses relating to each theme and category was identified.

Data analysis of the open-ended questions was carried out independently by the project lead (CW) and an academic partner (AT). Codes, themes and categories were compared. Analysis and interpretation of the responses was discussed by both researchers and the final categories were refined and agreed.

## Results

### Role of the nurse in breaking bad news

Table 2 shows the frequency of breaking bad news activities in which participants had been involved during the previous 3 months. The most frequent were giving patients and relatives support and opportunities to talk after they had received bad news. The least frequent activity was actually breaking bad news to a patient/relative.

### Barriers to breaking bad news experienced by nurses

The most frequently reported barriers were not having the time to break bad news, the patient not wanting to know, and the nurse not feeling prepared as the issue was raised unexpectedly (Table 3). Seventy-three (30.9%) had experienced verbal or physical abuse from a patient/relative. Only 18 participants (7.9%) reported that they were not encour-

aged to be involved in breaking bad news in their clinical area.

A total of 129 participants described examples of difficult experiences they had encountered when being involved in the bad news process (Table 4). Five categories of difficult experience were identified:

- How the bad news was broken
- Information held by patients and relatives
- Unexpected death
- Reactions to bad news
- Significant events

The number of times each category was present in a description is identified in Table 4. These numbers are greater than 129 as some participants' descriptions contained components related to more than one category.

### How the bad news was broken

Forty-five responses related to the 'How the bad news was broken' category, and two main themes were identified:

**Table 2** Frequency of involvement in each breaking bad news activity in the past 3 months

Aspect of breaking bad news	All of the time/often, <i>n</i> (%)	Sometimes, <i>n</i> (%)	Rarely/never, <i>n</i> (%)	Number of responses
Providing support to a patient/relative following the breaking of bad news	131 (55.5)	85 (36)	20 (8.5)	236
Providing the patient/relative with opportunities to talk about the bad news given to them	132 (55.9)	77 (32.6)	27 (11.5)	236
Helping patients/relatives come to terms with the implications of bad news over time	112 (47.7)	89 (37.9)	34 (14.4)	235
Being present when a doctor informs the patient/relative of bad news	92 (39.1)	102 (43.4)	41 (17.5)	235
Discussing bad news when the patient/relative asks questions on an ad hoc basis	85 (36.5)	102 (43.8)	46 (19.7)	233
Preparing patients/relatives for bad news	84 (35.5)	96 (40.7)	56 (23.8)	236
Actually breaking bad news to a patient/relative	53 (22.5)	88 (37.3)	95 (40.2)	236

**Table 3** Frequency of encountering specific barriers to breaking bad news

Barriers to breaking bad news	All of the time/often, <i>n</i> (%)	Sometimes, <i>n</i> (%)	Rarely/never, <i>n</i> (%)	Number of responses
Not having time to do it properly	43 (18.2)	105 (44.5)	88 (37.3)	236
The patient not wanting to know	12 (5.1)	130 (55.5)	92 (39.4)	234
Not feeling prepared as the issue was raised unexpectedly	19 (8)	124 (52.8)	92 (39.2)	235
Barriers to communication (e.g. language, dysphasia)	18 (7.7)	115 (49.1)	101 (43.2)	234
Not having enough information	25 (10.6)	108 (45.8)	103 (43.6)	236
Relatives requesting that a patient is not told bad news	23 (9.8)	106 (45.3)	105 (44.9)	234
Lack of privacy	51 (21.6)	70 (29.7)	115 (48.7)	236
Verbal or physical abuse from the patient/relative	15 (6.4)	57 (24.5)	161 (69.1)	233
Nurses are not encouraged to be involved in breaking bad news in my area	4 (1.8)	14 (6.1)	210 (92.1)	228

**Table 4** Categories of difficult breaking bad news experiences

Categories and themes (number of times each item was present in descriptions)	Examples
<b>How the bad news is broken (45)</b>	
Barriers to communication	
1) Practical barriers (19)	
Lack of privacy	Another patient walked into the room while I was breaking bad news
Over the phone	A patient's lack of insight and denial of changed abilities meant she could not understand the reasons why she could no longer drive
Unable to contact family	Sometimes a baby's condition deteriorates quickly and there is not enough time to explain things in privacy
Lack of time to explain	Trying to give information over the phone of a patient who had died when the relatives did not seem to understand the seriousness of the situation
Cognitive impairment	
2) Language/cultural barriers (8)	
Interpreter required	No English spoken by relatives, interpreter present but very difficult to explain the medical complications that had occurred. The family found the experience very stressful
Cultural differences	
3) Nursing knowledge deficit (8)	
Lack of knowledge about the patient/family	I had to talk to the relatives of a young man who had been on dialysis and had died earlier that day. I was on a late shift and this had occurred during the morning. I was not present at the time of death. I found it difficult to answer the family's questions. It was distressing for all concerned
Lack of knowledge of events	A patient arrived onto the ward and died within 15 minutes. I did not know any of the patient's relatives and I had to break the bad news to them on their arrival
Concerns about own clinical knowledge	The decision to take a very ill patient off a ventilator: I found this difficult and hard to support the family as I had limited knowledge in this area
Who is present (10)	
Family not present	A lady was told she was unable to have a coronary artery bypass graft due to poor health. She was advised to have a relative present but insisted to be told before the relatives arrived. The relatives were annoyed and abusive to staff that she was told without their presence
The nurse is not present	A patient was told bad news by the doctor with no nurse present. I eventually found the patient crying. I wasn't very helpful as I did not have enough information to help
Own doctor not present	It was difficult caring for a dying patient from a different specialty. Relatives needed information from medical staff who were busy elsewhere
Unexpected death (26)	
Dying without relatives present	A patient had died just as the relatives arrived on the ward. I tried to take them to the quiet room but they insisted on asking about their loved one on the corridor
Providing information in difficult circumstances	Telling a relative their mother had died unexpectedly. Relatives had telephoned earlier and been told their mum's condition was stable and she was feeling better. Consequently the relative was totally unprepared and shocked when she arrived and had to be told her mum had died
Family unprepared	A young patient was brought into hospital and suddenly deteriorated. I had to inform the relatives to come quickly and within a couple of hours the patient died unexpectedly. The relatives were not expecting their loved one to die
Information held by patients and relatives (28)	
1) Issues around disclosure (21)	
Patient not told at relatives request	We had a young girl whose treatment had stopped working and she was commenced on a palliative care regime. However, her parents wanted her to continue to think she was going to be cured. It was difficult to explain anything as you always had to watch everything you said to her
Patient told despite family request	The two daughters and their children were told by the consultant that their father only had a short time to live. The family did not want the father to know. Staff found this situation stressful
Patient doesn't want to know	When a patient's wife did not want him to know about his poor prognosis. The doctors went and told him without the wife or a nurse present. This had a huge impact on the family, they were distraught and it took a lot of time to win their confidence back
Relatives not being honest	A woman not wanting to hear that a mass in her abdomen could be malignant A relative asked how long the patient had left. The doctor tactfully replied less than a year. The patient was furious as he did not want to know. When the relatives left the patient blamed the staff for ruining what was left of their life by telling them how long they had to live. A female patient was keen to go home she was aware she was dying. Her partner was agreeing with her while in the room but as soon as he was away from her he was expressing concerns that he wouldn't be able to manage and didn't want the responsibility of looking after her

Table 4 (Continued)

Categories and themes (number of times each item was present in descriptions)	Examples
2) Patient/relatives' understanding of the situation (7) Poorly informed Not understanding the implications of the information	<p>I was asked to see a patient to give them pre-dialysis information. When I saw them they had no idea that there was anything wrong with their kidneys. The doctor had neglected to tell them</p> <p>A young man diagnosed with a malignant brain tumour was discussed with his relatives. His prognosis was not given clearly and they were not clear about his condition and were under the influence that he would be cured</p> <p>A patient having an angiogram was found to have no blood supply to the lower leg so needed an amputation. At the time the patient did not fully understand. I never saw him again and was left wondering what had happened to him</p>
<b>Reactions to bad news (19)</b> Verbal abuse Anger Hysterical Threatening Physical aggression Needing a lot of time and attention Denial	<p>I was with a lady in sister's office with the surgical registrar. We had to explain that her husband's operation was open/close as he had widespread malignancy. She became hysterical and then fainted, banging her head against the furniture. It was quite traumatic, I worried for weeks</p> <p>Patient had been informed by the consultant she needed open heart surgery. After consultant left she became very upset and angry and had lots of questions which I found difficult to answer</p> <p>A middle aged man came into A&amp;E, had a cardiac arrest and died. One relative arrived later. When she was told she became aggressive and tried to slap me across the face</p> <p>I had to inform a family they were unable to take their mum out for day one. They became very abrupt and started to intimidate other members of staff. They were asked to leave the ward</p> <p>A relative was unable to accept that no further treatment for his mother would be of benefit, became very angry and loud. He took up a great deal of our time because we had to explain the reason why this decision was made</p> <p>Denial from a patient's partner to accept that the prognosis was extremely poor and the patient was not going to recover. The partner was unable at the time to accept this despite days of preparation</p>
<b>Significant events (25)</b> Emotionally significant events Challenging deaths Demands on role or responsibility	<p>How to console a young mother in the terminal stages of disease and especially how to break the news to her children and how they would cope without her</p> <p>A patient who was dying, but whose death was prolonged. I had contacted the family and asked them to sit with the patient. I had thought that the patient would pass away imminently however, a week later I was still telling the relatives the same news, this was a distressing time for the family</p> <p>Not being able to see a patient for over a day whose babies had died. I found her at the window crying with her babies in her arms. She had not seen a member of staff all day. I still think of her</p> <p>When a patient was dying the relatives wanted us to give more drugs to expedite the death. The relatives wanted the death to happen quickly because it was too painful for them to watch</p> <p>A patient in a terminally ill condition had two daughters who did not communicate and hated each other caused a terrible atmosphere around the patients bed side</p> <p>I looked after a patient who had died. The deceased came from a large family who all came at different times to say their goodbyes. I had to escort each relative separately to see the body (5 times)</p> <p>On one shift I spent the whole day breaking bad news to relatives. I found this stressful and upsetting I cried later in the company of colleagues</p> <p>I had to attend a difficult death of an infant Muslim...The infant Muslim was to be buried before sunset on the day of death... I found myself accompanying the parents to the cemetery as a social worker was unavailable</p>

barriers to communication and who is present when bad news is broken. Three types of barrier to communication were identified: practical/physical, language/culture and a deficit in nursing knowledge. Practical/physical barriers included lack of privacy, lack of time to explain, giving bad news over the phone and difficulty contacting the family. Challenges to privacy and time could come from the ward environment (e.g. a shared bay, lack of staff) or from events (e.g. an emergency with many staff present or a rapidly changing situation).

Problems were also encountered when the nurse felt that there was a deficit in their own knowledge. Sources of knowledge deficit included not knowing the relative/patient prior to breaking bad news, having limited knowledge of the events surrounding the need to break bad news and concerns about their own level of clinical knowledge in relation to a specific aspect of care. Problems could also occur when a key person was not present when the bad news was broken. This could be a relative, a doctor from the patient's own medical team or the nurse (see Table 4).

#### *Information held by patients and relatives*

Twenty-eight descriptions related to the 'Information held by patients and relatives' category, which contained two key themes: issues around disclosure and the patient's and relatives' understanding of the situation. The most frequently described difficulty in relation to disclosure was the family requesting that the patient was not given information about their diagnosis or prognosis. Negative outcomes were identified from the descriptions: impaired nurse/patient communication, nurses feeling dissatisfied with the care they had given and tension between the relatives and the healthcare team, particularly if the patient was informed despite the relatives' requests.

Difficulties were described when patients or relatives were not aware of fundamental information relating to the patient's condition or treatment. This was due to them either not having been given the information, or to misunderstanding or misinterpreting the information they had been given. Sometimes this created a difficult context for breaking bad news as it meant that the news being given was contrary to their expectations.

#### *Unexpected death*

Twenty-six descriptions related to difficulties encountered in relation to breaking bad news following an unexpected death. These included patients dying without a relative present, and practical concerns such as having to break the bad news on the phone.

#### *Reactions to bad news*

Negative reactions from patients or relatives featured in 19 descriptions and offer insight into the complexity and strength of emotions involved in situations where bad news is broken. These included verbal abuse, anger, physical aggression, intimidation, hysteria and complete denial. Catalysts for these responses included being given negative information about prognosis or treatment, unexpected death and attempting discharge against medical advice.

#### *Significant events*

Twenty-five descriptions related to events that appeared to be emotionally or professionally significant for the nurse. In some cases they pushed the boundaries of the nurse's skills or ability to cope. Significant events included deaths that were particularly challenging or emotional for the relatives and/or nurse, events that were burdensome for the patient, family disagreements about treatment decisions and exceptional demands being made of the nurse. Examples are given in Table 4.

Some participants' descriptions contained elements that suggested that breaking bad news could have an enduring effect which stayed with them long after the event. This was exemplified in phrases such as 'I worried for weeks', 'I still think of her' and 'I never saw him again and was left wondering what had happened to him'. These phrases were present across the categories, suggesting that involvement in breaking bad news could have had a significant and lasting impact on participants.

#### *Sources of difficulty*

Each of the descriptions was evaluated to identify a main source of difficulty, and six key sources emerged. The event itself (for example, an unexpected death or emergency) was the key source of difficulty in 45 descriptions, while relatives actions featured in 42. Nineteen arose from organizational issues such as inadequate staffing or services, 11 centred on difficulties with the patient, 8 on issues relating to medical staff and 5 on the participants' self-expressed lack of knowledge or expertise.

#### **Nurses' experiences of being involved in the process of breaking bad news**

A mixed response was given by participants in relation to the items concerning nurses' experiences of being involved in the process of breaking bad news (Table 5). Many participants thought that there were positive consequences of being involved; for example some felt that it helped patients/relatives prepare for the future and had strengthened their

**Table 5** Nurses' feelings and experiences in relation to the process of breaking bad news (BBN)

Feelings and experiences in relation to the process of breaking bad news	Strongly agree/agree, <i>n</i> (%)	Neither agree nor disagree, <i>n</i> (%)	Disagree/strongly disagree, <i>n</i> (%)	Number of responses
Being involved in the process of BBN can be rewarding as it can help the patient/relative prepare for the future	193 (81.8)	34 (14.4)	9 (3.8)	236
Being involved in the process of BBN has strengthened my relationship with a patient/relative	183 (77.5)	45 (19.1)	8 (3.4)	236
Being involved in the process of BBN has encouraged me to reflect positively on my own priorities and what is important in life	168 (71.5)	48 (20.4)	19 (8.1)	235
Being involved in the process of BBN has allowed me to share in important life changing moments with patients/relatives	164 (69.5)	58 (24.6)	14 (5.9)	236
I feel able to initiate discussions with patient/relatives relating to bad news	166 (70.6)	38 (16.2)	31 (13.2)	235
I have good strategies for coping with my emotional reactions when involved in the process of BBN	146 (61.8)	66 (28)	24 (10.2)	236
I feel confident in my skills in relation to the process of breaking bad news	130 (55.4)	60 (25.5)	45 (19.1)	235
The area I work in has a good system of support for nurses involved in the process of BBN	117 (49.5)	66 (28)	53 (22.5)	236
I feel able to support patients and relatives from different cultural backgrounds in relation to the process of breaking bad news	98 (41.7)	70 (29.8)	67 (28.5)	235
I find it difficult to deal with patient's/relative's emotional reactions to bad news	59 (25.1)	54 (23)	122 (51.9)	235
Being involved in the process of BBN has had a negative effect on my relationship with a patient/relative	13 (5.5)	54 (23)	168 (71.7)	235
I try to avoid being involved in BBN as I find it difficult	13 (5.5)	33 (14)	190 (80.5)	236

relationships with patients/relatives. For 71.5%, being involved in breaking bad news had encouraged them to reflect positively on their own priorities and what was important in life.

In relation to skills and confidence, 166 (70.6%) participants thought that they were able to initiate discussions with patients about bad news, and only 12 (5.5%) avoided being involved in this process as they found it difficult. A total of 146 (61.8%) thought that they had good strategies for coping with their own emotional reactions when involved in breaking bad news, and 59 (25.1%) found it difficult to deal with patients'/relatives' reactions to bad news. Fewer participants (55.4%) expressed confidence in their skills in relation to the process of breaking bad news. Supporting patients from different cultural backgrounds was identified as a particular concern as only 41.7% felt confident in doing this.

**Previous training received in relation to breaking bad news**

The majority of participants had received little or no formal education on breaking bad news, with only 27 (11%) having

received more than one day's training (Table 6). A total of 166 stated they had learnt through informal methods such as experience gained over time, while 141 had learnt by observing the practice of others. Over half of the participants thought that observing the practice of others and learning by experience were the types of education that would be most useful in preparing them to break bad news, while 110 thought that formal taught programmes specific to breaking

**Table 6** Formal education received on breaking bad news

Amount of education	Number (percentage) of responses
None	126 (53)
1-2 hours	28 (12)
Half day	28 (12)
Full day	25 (11)
2-5 days	12 (5)
6-10 days	3 (1)
More than 10 days	12 (5)
Not recorded	2 (1)

bad news would be helpful. The least preferred method was a self-learning package.

Seventy-five per cent of respondents said that support was available in their area for staff involved in the process of breaking bad news, while 49.5% agreed with the statement that good support systems were available in their area, suggesting that half thought that the support they received was not of a good standard. Most support was informal, although a small number of areas used more formal approaches such as clinical supervision and debriefing.

## Discussion

### Study limitations

One of the limitations of the study is that it was carried out in one group of hospitals within a small geographical area. While a range of specialties are represented in the sample, the findings may be indicative of the local culture. It is also important to note that the study was carried out in England, and in the UK there is a predominant belief that patients should be informed about their illnesses and prognoses (Hancock *et al.* 2007). This is not the case in all countries and cultures, and so these findings must be taken as representing a particular approach and attitude to breaking bad news (Tuckett 2004). However, the study does give a snapshot of the situation in the area where it was carried out, and is a point of comparison for studies carried out elsewhere. One of the areas of least confidence expressed by participants was in supporting patients and relatives from different cultural backgrounds. The reasons for this were not explored, and this merits exploration in future research.

A second limitation relates to the sampling method. The distribution of the survey by ward managers might have induced some staff selection bias. However, the involvement of 59 areas and varied specialties may have ensured the inclusion of a range of nursing staff.

### The challenges of breaking bad news

It was noted earlier that breaking bad news has often been perceived as the moment that negative medical information about diagnosis, prognosis or treatment was given to a patient or relative, usually by a doctor. This study offers some important insights into the ways in which nurses are involved in breaking bad news in the inpatient clinical setting and how this differs from this traditional perspective. It demonstrates the size and complexity of the challenge faced by nurses when involved in breaking bad news; an experience that is shared by nurses working across a wide range of clinical areas.

The findings provide new evidence to support the proposal that, for nurses, it is more appropriate to see breaking bad news as a process. They engage with it at many points in a patient's care pathway, which extends beyond the moment that bad news is given. These factors shape the role of the nurse and give it unique characteristics and challenges, including diversity of role, the influence of the nurse-patient relationship and an inability to control events and circumstances around breaking bad news. These characteristics are closely interrelated, but the importance of the findings in each of these areas is considered below.

#### *Diversity of roles*

The data illustrate that nurses were engaged with breaking bad news in diverse ways. Their involvement occurred at all points in the inpatient pathway from diagnosis, through treatment and rehabilitation to death. A single event might be involved, for example informing a relative whom the nurse had not met before of the death of a patient. The process could also continue over a longer period of time and involve multiple interactions with the patient or relatives. Each of these created different challenges for the nurse. The diverse ways in which nurses engaged with breaking bad news illustrates the complexity of their role. It also highlights the wide range of knowledge and expertise needed to be able to deliver this care.

#### *Relationships*

Ongoing relationships with patients and relatives are a unique dimension of the role of the nurse in breaking bad news in the inpatient care setting. Many nurses thought that that being involved in this process had strengthened their relationships with patients and relatives, but their responses also suggested that it could create difficulties, particularly when divergent views were held by the nurse, patient and/or relative over the disclosure of bad news or the patient's plan of care. In the inpatient care setting, these factors can have an ongoing detrimental influence on interactions between nurses, patients and relatives, the appropriateness of the patient's treatment plan and nurses' satisfaction with the quality of care they have given (Kramer *et al.* 2006, Vivian 2006). Lopez (2007) notes that nurses do not receive the training required to manage the complex interactions they encounter when working with family systems. This is an important issue to consider when delivering education and training for nurses involved in breaking bad news in the inpatient care setting.

#### *Lack of control*

Lack of control over events or interactions was a thread which ran through many participants' descriptions. It was

### What is already known about this topic

- The term 'breaking bad news' is often used to describe the moment when a patient and/or relative is given negative medical information about diagnosis, treatment or prognosis.
- Breaking bad news can also be seen as a process that includes interactions that take place before, during and after the moment that bad news is broken.
- The role of the nurse in the process of breaking bad news in the inpatient clinical setting has not been fully acknowledged or researched.

### What this paper adds

- Nurses in the inpatient care setting engage in breaking bad news as a process involving a diverse range of activities.
- Their unique role is underpinned by relationships with patients and relatives and the unpredictable nature of the inpatient setting.
- Nurses may not receive adequate education and support to enable them to develop confidence and skills in their roles in breaking bad news.

### Implications for practice and/or policy

- Guidance for breaking bad news should encompass the whole process of doing this and acknowledge the challenges nurses face in the inpatient clinical area.
- Nursing education should meet the needs of nurses working in complex care settings who have to break bad news.
- Further research into the nurse's role is required to build a more complete picture of their contribution to breaking bad news.

evident in the unexpected event or emergency situation which created a difficult context for breaking bad news. It was also present in interactions when the patient or relative did not behave in a controlled manner (for example, an aggressive or abusive response to bad news) or behaved in a way that prevented the nurse from giving information or care as they would wish. Nurses were also unable to control the timing of their involvement in breaking bad news, and felt unprepared as issues around bad news could be raised unexpectedly. Due to the unpredictable nature of healthcare, nurses encounter situations which they cannot always control. Our findings suggest that this presents clear challenges to their role in the process of breaking bad news.

Guidelines developed to support healthcare professionals when breaking bad news usually focus on the moment when bad news is given. They emphasize the need for a calm and organized approach aided by preparing for the event, being knowledgeable about the patient's situation, creating an environment which ensures privacy and ensuring that the consultation is structured, with a clear beginning, middle and end (for example Buckman 1992, Kaye 1996, Baile *et al.* 2000). These guidelines offer a clear framework for practice at the moment when bad news is provided. Crucially, this study highlights the potential limitations of these guidelines for nurses working in inpatient areas, as they do not acknowledge the ongoing nature of the process of breaking bad news, the diversity of nurses' roles, the impact of the nurse-patient relationship and the lack of control over events in this complex care environment.

Breaking bad news is a highly skilled activity, and those involved need to feel confident in their ability to carry it out effectively (Fallowfield & Jenkins 2004). The data suggest that many nurses had doubts about their confidence in their skills, and encountered situations which they found difficult to manage, for example supporting patients from different cultural backgrounds. Few had received formal education or training in breaking bad news, with most gaining their skills by watching others and learning from experience. The findings suggest that learning 'on the job' alone is not meeting the educational needs of many nurses.

### Conclusion

The role of the nurse in breaking bad news risks being overlooked if their contribution is not identified, recognized and valued. In order to give effective care in relation to breaking bad news, nurses require support and education which reflects the reality of their experiences. This study has shed further light on the context in which nurses are involved in breaking bad news. Future guidance and education provision should encompass this context and acknowledge the complex challenges nurses face when involved in breaking bad news in the inpatient clinical area.

Our findings also suggest areas for future research. We acknowledge that this was a single site study, and it would be useful to test the generalizability of the findings in other UK healthcare settings as well as in healthcare systems in other countries. Our questionnaire could be adapted and used elsewhere as a foundation for further research. Due to the sampling approach used, we did not explore the influence of factors such as years of experience in nursing or current role on the findings. This could also be explored in future studies.

## Acknowledgements

We would like to thank Janet Turner, Service Evaluation Manager, Clinical Effectiveness Unit, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, for her advice and assistance particularly with data collection. Grateful thanks to the Evidence Based Council, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, for their encouragement and support. Thanks also to Irene Mabbot, Practice Development Coordinator, Education and Development Unit, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust and Peter Almark, Principal Research Fellow, Centre for Health and Social Care Research, Sheffield Hallam University, for their helpful comments on the content and structure of this paper.

## Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

## Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

## Author contributions

CW, AT, JF and CS were responsible for the study conception and design. CW, JF and CS performed the data collection. CW and AT performed the data analysis. CW and AT were responsible for the drafting of the manuscript. CW, AT, JF and CS made critical revisions to the paper for important intellectual content.

## References

- Baile W., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. & Kudelka A. (2000) SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 5, 302–311.
- Buckman R. (1992) *How to Break Bad News*. Macmillan publications, London.
- Cox A., Jenkins V., Catt S., Langridge C. & Fallowfield L. (2006) Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 10, 263–272.
- Dewar A. (2000) Nurse's experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *Journal of Neuroscience Nursing* 32, 324–330.
- Fallowfield L. & Jenkins V. (2004) Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet* 363, 312–318.
- Georges J. & Grypdonck M. (2002) Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics* 9, 155–178.
- Glass E. (2004) Truth telling. Ethical issues in clinical practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 6, 232–242.
- Hagerty R., Butow P., Ellis P., Lobb E., Pendlebury S., Leighl N., Macleod C. & Tattersall M. (2005) Communicating with realism and hope: incurable cancer patients views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology* 23, 1278–1288.
- Hancock K., Clayton J., Parker S., Wal der S., Butow P., Carrick S., Currow D., Ghersi D., Glare P., Hagert R. & Tattersall M. (2007) Truth-telling in discussing prognosis in advanced self-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine* 21, 507–517.
- Kaye P. (1996) *Breaking Bad News: A Ten Step Approach*. EPL Publications, Northampton.
- Kramer B., Boelk A. & Auer C. (2006) Family conflict at the end of life: lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine* 9, 791–801.
- Lopez R. (2007) Suffering and dying nursing home residents. Nurses perceptions of the role of family members. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 9, 141–149.
- Mawson S., Gerrish K., Schofield J., Debbage S. & Somers A. (2007) A pragmatic governance framework for differentiating between research, audit and service review activities. *Clinician in Management* 15, 29–35.
- McSteen K. & Peden-McAlpine C. (2006) The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 8, 259–269.
- Morrissey M. (1997) Extending the theory of awareness contexts by examining the ethical issues faced by nurses in terminal care. *Nursing Ethics* 4, 370–379.
- Norton S. & Telerico K. (2000) Facilitating end of life decision making: strategies for communicating and assessing. *Journal of Gerontological Nursing* 26, 6–13.
- Palfreyman S., Tod A. & Doyle J. (2003) An integrated approach to evidence based practice. In *Foundation of Nursing Studies Dissemination Series* (Shaw T. & Saunders K. eds), London, 9, 1–4.
- Ptacek J., Ptacek J. & Ellison N. (2001) “I'm sorry to tell you” Physicians reports of breaking bad news. *Journal of Behavioural Medicine* 24, 205–217.
- Randall T. & Wearn A. (2005) Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect on their experiences. *Palliative Medicine* 19, 594–601.
- Rossin M., Levy O., Schwartz T. & Silner D. (2006) Caregivers' role on breaking bad news. *Cancer Nursing* 29, 302–308.
- Schildmann J., Cushing A., Doyal L. & Vollmann J. (2005) Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. *Palliative Medicine* 19, 93–98.
- Stayt L. (2007) Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 57, 623–630.
- Tobin G. & Begley C. (2008) Receiving bad news. A phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nursing* 31(5), E31–E39.
- Tod A., Bond B., Mabbott I. & Palfreyman S. (2007) Exploring the contribution of the clinical librarian to facilitating evidence based nursing. *Journal of Clinical Nursing* 16, 621–629.
- Tuckett A. (2004) Truth telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nursing Ethics* 11, 500–513.
- Vandekieft G. (2001) Breaking bad news. *American Family Physician* 64, 1975–1978.

Verhaeghe S., Defloor T., Van Zurren F., Duijnste M. & Grypdonck M. (2005) The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* **14**, 501–509.

Vivian R. (2006) Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. *International Journal of Palliative Nursing* **12**, 341–348.

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit the journal web-site: <http://www.journalofadvancednursing.com>

**Reasons to publish your work in *JAN***

High-impact forum: the world's most cited nursing journal within Thomson Reuters Journal Citation Report Social Science (Nursing) with an Impact factor of 1.654 (2008) – ranked 5/58.

**Positive publishing experience:** rapid double-blind peer review with detailed feedback.

**Most read journal globally:** accessible in over 6,000 libraries worldwide with over 3 million articles downloaded online per year.

**Fast and easy online submission:** online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan> with publication within 9 months from acceptance.

**Early View:** quick online publication for accepted, final and fully citable articles.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.

**APÊNDICES**



APÊNDICE I – Plano da sessão de formação “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada Pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral”



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Cuidados de enfermagem à pessoa transplantada pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral

**Local:** Sala de trabalho **Datas:** 11, 15 e 20 de Junho de 2012 **Hora:** 10:00 e 10:30

**Objectivo geral:**

Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa transplantada pulmonar que é admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
✓ Breve abordagem histórica do transplante pulmonar;	Método expositivo	- Diapositivos - Plasma	5 minutos	Cláudia Carvalho
✓ Imunossupressão na pessoa transplantada pulmonar: - Ciclosporina	Método Interativo		5 minutos	
✓ Principais complicações da terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada pulmonar;			5 minutos	
✓ Focos de vigilância à pessoa transplantada pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral (risco potencial de rejeição, risco potencial de infeção) e cuidados de enfermagem inerentes.			10 minutos	

C.H.L.C. Mod. 0003

APÊNDICE II – Diapositivos da sessão de formação “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Transplantada Pulmonar admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral”



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA TRANSPLANTADA PULMONAR ADMITIDA NA SALA DE EMERGÊNCIA DA URGÊNCIA GERAL

Junho de  
2012

Aluna do Curso de Mestrado: Enfermeira Cláudia Carvalho  
Enfermeira Orientadora: Ana Tomaz [Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica]

## Objetivo Geral

- Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa transplantada pulmonar que é admitida na Sala de Emergência da Urgência Geral

# Resenha histórica do transplante pulmonar

- **1940** - primeiros transplantes pulmonares em animais;
- **1963** - primeiro transplante pulmonar unilateral em humano (Universidade do Mississippi)
- **1980** - surgimento do imunossupressor ciclosporina

# Resenha histórica do transplante pulmonar (cont.)

- **1983** - primeiro transplante uni-pulmonar com sucesso (Canadá)
- **1989** - primeiro transplante pulmonar bilateral

# Resenha histórica do transplante pulmonar (cont.)

## □ Portugal

- **1991** - efetuados dois transplantes coração-pulmão;
- **2000** - constituição de uma equipa multidisciplinar, inicia-se a transplantação pulmonar isolada;
- **2008 até à presente data** foram efetuados cerca de 50 transplantes pulmonares.

Fonte: Guia Acolhimento Candidato a Transplante Pulmonar, 2001

# Principais indicações para transplante pulmonar

- Doença Pulmonar Obstrutiva;
- Doença Pulmonar Supurativa Crónica;
- Doença Pulmonar Restritiva;
- Doença Vascular Pulmonar.

Fonte: Protocolo Geral de Transplantação Pulmonar, 2000

# Percurso da Pessoa candidata a Transplante Pulmonar



Fonte: Protocolo Geral de Transplantação Pulmonar, 2000

## Imunossupressão



- Suprimir de forma adequada a resposta imunitária para prevenir a rejeição do órgão transplantado, enquanto se mantem imunidade suficiente para prevenir infeções.

Fonte: The American Thoracic Society, 2009

# Imunossupressão

## Principais complicações

- Insuficiência Renal;
- Diabetes *Mellitus*;
- Osteoporose.

Fonte: The American Thoracic Society, 2009

# Imunossupressão

## Ciclosporina

- Nefrotóxico;
- Aumento da pressão arterial;
- Hipercaliémia, hipomagnesiémia

Importância do doseamento dos níveis séricos

Fonte: Novartis, 2011

# Medidas de Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

- Precauções universais de prevenção de infecção
  - ▣ Correta higienização das mãos
  - ▣ EPI
  - ▣ Medidas de Isolamento [de contenção / de proteção]
  
- Uso de máscara e respiradores.

## Insuficiência Respiratória Aguda no contexto de Traumatismo Torácico

- **Cuidados com a ventilação mecânica invasiva:**
  - ▣ Não implementar volumes muito altos (6 a 7 ml/Kg);
  
  - ▣ Tubo que permita fazer broncofibroscopia, se necessário (idealmente tubo n.º 8 ou 8,5);
  
  - ▣ Vigilância das Pressões de *Plateau*.

# Em síntese...

- Imunossupressão;
- Risco de infecção;
- Maior risco de fraturas.

## Referências Bibliográficas

- Centro de Transplantação do Hospital de Santa Marta. Protocolo Geral de Transplantação Pulmonar. Lisboa, 2000
- LYU, Dennis. Medical Complications of Lung Transplantation. The American Thoracic Society, 2009
- MEDEIROS, Isabel. Comparação entre as soluções de preservação pulmonar Perfadex e LPD-G nacional em pulmões humanos com modelo de perfusão pulmonar *ex vivo*. São Paulo, 2011
- PHIPPS, Wilma. Enfermagem Médico Cirúrgica. Lusociência. 6ª Edição, 2003
- ROTHROCK, Jane. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Lusodidacta. 13ª Edição, 2008
- WEDER, Walter. Airway Complications after lung transplantation: risk factors, prevention and outcome. European Journal of Cardio-thoracic Surgery, 2009


# CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA TRANSPLANTADA PULMONAR ADMITIDA NA SALA DE EMERGÊNCIA DA URGÊNCIA GERAL

Junho de  
2012

Aluna do Curso de Mestrado: Enfermeira Cláudia Carvalho  
Enfermeira Orientadora: Ana Tomaz [Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica]

APÊNDICE III – Procedimento Setorial – Precauções de Isolamento



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

## 1. OBJECTIVO

Prevenir disseminação de agentes infecciosos e/ou infecções nas áreas de prestação de cuidados da UUM.

Prevenir exposição de doentes, profissionais e visitantes a doenças infecciosas na UUM.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais prestadores de cuidados directos ao doente na UUM.

## 3. RESPONSABILIDADES

**3.1. Pela implementação do Procedimento:** Responsável da Especialidade, Enfermeira Chefe e todos os profissionais de saúde em exercício de funções na Unidade de Urgência Médica.


**3.2. Pela revisão do procedimento:**

## 4. DEFINIÇÕES

**Isolamento** – estabelecimento de barreiras físicas para prevenir a transmissão cruzada de microrganismos infecciosos de um indivíduo para outro (*isolamento de contenção*) ou para proteger o doente susceptível (*isolamento de protecção*).

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____
	_____
	_____
<b>VERIFICAÇÃO</b>	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		1/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

**Precauções de isolamento baseadas na via de transmissão por contacto** - medidas utilizadas em doentes com suspeita/confirmação de terem microrganismos que podem ser transmitidos por contacto directo ou contacto indirecto com superfícies ambientais, materiais/equipamentos no ambiente do doente.

**Precauções de isolamento baseadas na via de transmissão por gotículas** - são medidas utilizadas em doentes com suspeita/confirmação de agentes transmissíveis por gotículas (partículas de tamanho > 5 µm) que são emitidas pelo doente quando tosse, espirra ou fala, ou geradas durante procedimentos no tracto respiratório, e podem ser inaladas em contactos próximos até distâncias de 1-2 metros ou depositadas nas mucosas através das mãos por contacto indirecto com objectos contaminados com secreções respiratórias.

**Precauções de isolamento baseadas na via de transmissão por via aérea** - são medidas utilizadas em doentes com suspeita/confirmação de agentes transmissíveis pelos núcleos das gotículas evaporadas (fragmentos de partículas com tamanho ≤ 5 µm) que permanecem em suspensão no ar e se podem dispersar a longas distâncias.


**Precauções máximas** - necessidade de utilização em simultâneo dos 3 tipos de precauções baseadas nas vias de transmissão: precauções de contacto, precauções de gotículas e precauções de via aérea.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

Listam-se as siglas e abreviaturas utilizadas no procedimento e indicam-se os seus significados.

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____
	_____
	_____
<b>VERIFICAÇÃO</b>	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		2/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

## 5. REFERÊNCIAS

CHLC – Procedimento Multisectorial “Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão” CIH.104

CHLC- Procedimento Multisectorial “Higiene do Ambiente” CIH 114

Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010.

## 6. DESCRIÇÃO


Medidas de isolamento para quebrar a via de transmissão de agentes infecciosos.

Os três tipos de precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão (isolamento de contenção) são utilizados quando a via de transmissão não é completamente interrompida só com as precauções básicas (anexo 1). São precauções que se podem usar isoladamente ou em combinação mas sempre com o cumprimento das precauções básicas.

Contempla as medidas de contenção e também o isolamento de proteção do doente susceptível.

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____
	_____
	_____
<b>VERIFICAÇÃO</b>	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		3/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Para sistematização dos cuidados prestados foi criado um código de cores interno à UUM em que cada cor corresponde a um tipo de isolamento:

Isolamento baseado na via de transmissão por contacto – verde

Isolamento baseado na via de transmissão por gotículas – amarelo

Isolamento baseado na via de transmissão por via aérea - vermelho

Isolamento de protecção – azul

Na admissão deve ser identificada a medida de isolamento preconizada em função de agentes infecciosos isolados ou suspeita de (anexo 2), para todos os doentes.


Colocação nos locais apropriados de sinaléticas (anexo 3) que descrevam medidas de protecção antes de contacto com o doente (colocadas na porta da sala), depois do contacto com o doente e de higienização de ambiente (junto ao lavatório).

Sempre que surgir a identificação de um novo agente infeccioso, reequacionar o tipo de isolamento a aplicar.

## 6.1 - Isolamento baseado na via de transmissão por contacto

6.1.1. Antes do contacto directo com o doente:  
Higienização das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com solução alcoólica.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		4/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Utilizar luvas sempre que contactar com pele intacta do doente ou com as superfícies/materiais na sua proximidade e quando aceder à unidade do doente

Usar avental (ponderar bata) sempre que se antecipe que o vestuário vai estar em contacto directo com o doente ou com superfícies ambientais/equipamentos próximos do doente, potencialmente contaminados e quando aceder à unidade do doente.

#### 6.1.2 Depois do contacto com doente:

Remover as luvas e avental/bata e colocar no saco branco.

Lavar as mãos e/ou desinfectar com solução alcoólica.

Substituir o equipamento de protecção e fazer a higiene das mãos no contacto entre doentes no mesmo quarto, independentemente de estarem ou não em isolamento de contacto.


Após remoção do avental assegurar que a roupa e a pele não contactam com superfícies ambientais contaminadas que podem resultar na possível transferência de agentes infecciosos para outros doentes ou superfícies

#### 6.1.3 Higienização do ambiente:

Conter roupa suja em saco presente na própria sala

Os quartos dos doentes são limpos 2 vezes ao dia (manhã e tarde) sobretudo as superfícies mais manipuladas (ex: grades da cama, lavatório, portas) assim como os equipamentos mais próximos do doente.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		5/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Utilizar luvas domésticas e avental descartável na higienização do ambiente.

Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e mopa de chão).

A unidade do doente, equipamento e material, é higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes). No caso dos agentes álcool-resistentes (ex: colistridium difficile) realizar a higienização com pano húmido com hipoclorito de sódio (lexívia) com uma diluição de 5.000 PPM. (proporção de 1:10; exemplo 1 L lexívia: 10 L água).

Os panos utilizados na higienização devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quentes (80°).

Lavar os baldes de limpeza e deixar invertidos para permitir a secagem.

Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.

Remover o avental.


Higienização das mãos após o final da tarefa.

#### 6.1.4 Considerações gerais:

Correr as cortinas para minimizar o contacto directo entre doentes e substituição das mesmas quando o doente tem alta.

Transporte do doente: remover o equipamento de protecção individual contaminado e fazer a higiene das mãos antes do transporte do doente; durante o transporte assegurar que as áreas infectadas/colonizadas do doente estão cobertas e/ou contidas; no local de destino do transporte: Utilizar EPI's no contacto directo com o doente.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		6/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

## 6.2. ■ Isolamento baseado na via de transmissão por gotículas

### 6.2.1 Antes do contacto com doente:

Lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica.

Colocar máscara cirúrgica quando distância  $\leq 1$  metro.

Usar bata sempre que se antecipe que vamos estar a menos de 1 metro de distância do doente ou em contato com superfícies ambientais/equipamentos, potencialmente contaminados. Ex: unidade do doente.

### 6.2.2. Depois do contacto com o doente:

Remover EPI`s e colocar em saco branco.

Lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica.

### 6.2.3 Higienização do ambiente:


Os quartos dos doentes são limpos 2 vezes ao dia (manhã e tarde).

A unidade do doente, equipamento e material, é higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes).

Utilizar luvas domésticas e avental descartável na higienização do ambiente.

Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		7/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Os panos utilizados na higienização devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quentes (80°).

Lavar os baldes de limpeza e deixar invertidos para permitir a secagem

Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.

Remover o avental.

Higienização das mãos após o final da tarefa.

### 6.2.3.Considerações gerais:

Correr as cortinas para minimizar o contacto direto entre doentes.

A colocação, por rotina, de viseira ou óculos para contactos próximos com o doente em precauções de gotículas é um assunto **não resolvido**.

Transporte do doente: Se doente extubado instruir o doente para usar uma máscara e seguir as recomendações da higiene respiratória/etiqueta respiratória; Se tem entubação traqueal ou traqueostomia, em respiração espontânea, utilizar humidificadores de rede para aporte de O<sub>2</sub>; não é necessário a colocação de máscaras nas pessoas que transportam os doentes.

## 6.3. ■ Isolamento baseado na via de transmissão por via aérea

### 6.3.1.Para entrar no quarto:

Antes de entrar no quarto:


Lavar as mãos com água e sabão e/ou desinfetar com solução alcoólica.

Colocar máscara de protecção respiratória (EN149:2001 FFP2).

Antes de contatar o doente:

Usar avental (ponderar bata) sempre que se antecipe que o vestuário vai estar em contacto direto com o doente ou com superfícies

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		8/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

ambientais/equipamentos próximos do doente, potencialmente contaminados e quando aceder à unidade do doente.

### 6.3.2 Antes de sair do quarto:

Remover EPI (excepto máscara) e colocar em saco branco.

Lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica.

Depois de sair do quarto: retirar máscara e lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica.

### 6.3.3 Higienização do ambiente:

Higienização de bancadas/mesas/equipamentos/manípulos de portas/chão de manhã e à tarde e sempre que necessário. Limpeza de manhã das paredes/portas e janelas. Higienização de lavatórios /sanitários manhã e à tarde e sempre que necessário.

A unidade do doente, equipamento e material, é higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes). No caso dos agentes álcool-resistentes (ex: mycobacterium tuberculosis) realizar a higienização com pano húmido com hipoclorito de sódio (lexívia) com uma diluição de 5.000 PPM. (proporção de 1:10; exemplo 1 L lexívia: 10 L água).

Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas, baldes)


Os panos utilizados na higienização devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quentes (80°).

Lavar os baldes de limpeza e deixar invertidos para permitir a secagem

Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto

Remover o avental.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		9/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Higienização das mãos após o final da tarefa.

Após saída do doente: manter o quarto fechado durante pelo menos uma hora e se possível abrir a janela para permitir a renovação do ar no quarto e a deposição de gotículas antes de proceder à sua limpeza e desinfecção.

#### 6.3.4.Considerações gerais:

Nos agentes álcool-resistentes (ex: mycobacterium tuberculosis) a higienização das mãos deve ser efetuada sempre com água e sabão.


Colocar doente em quarto individual de pressão negativa.

O tipo de equipamento de protecção individual (i.e. máscara cirúrgica versus máscara de protecção respiratória EN149:2001 FFP2 ou superior) a utilizar pelos profissionais susceptíveis que têm de contactar com doentes com suspeita/confirmação de sarampo, varicela ou herpes zoster disseminado é um **assunto não resolvido**.

Transporte do doente: Se doente extubado instruir o doente para usar uma máscara e seguir as recomendações da higiene respiratória/etiqueta respiratória; Se tem entubação traqueal ou traqueostomia, em respiração espontânea, utilizar humidificadores de rede para aporte de O2.

Nos doentes com lesões cutâneas de varicela, varíola ou lesões cutâneas exsudativas por M. tuberculosis, cobrir as áreas afectadas

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		10/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

para prevenir a formação de aerossóis ou o contacto com o agente infetante.

Os profissionais de saúde que transportam os doentes em precauções de via aérea não necessitam de usar máscara durante o transporte se forem cumpridas as normas anteriores.

A utilização dos referidos EPI`s é obrigatória para todas as pessoas que entrarem no quarto. Apenas a remoção da máscara é efetuada na antecâmara, depois de sair do quarto.

## **6.4 ■ Isolamento protetor**

6.4.1 – Para entrar no quarto:

O isolamento protetor exige que sejam definidos dois momentos para cada ação de entrar e sair do quarto:

Momento 1: Lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica, colocar máscara e depois entrar no quarto.

Momento2: após entrar no quarto e antes de contatar com o doente, colocar luvas e bata esterilizada e touca. Este momento 2 requer contato com o doente.

6.4.2- Depois de sair do quarto:


Remover EPI's e colocar em saco branco

Lavar as mãos e/ou desinfetar com solução alcoólica.

6.4.3 – Higienização do ambiente:

Higienização de bancadas/mesas/equipamentos/ portas/chão de manhã e à tarde e sempre que necessário. Higienização de lavatórios / manhã e à tarde e sempre que necessário.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		11/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas, baldes)

A unidade do doente, equipamento e material, é higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes). Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas, baldes)

Os panos utilizados na higienização devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quentes (80°).

Lavar os baldes de limpeza e deixar invertidos para permitir a secagem

Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.

Remover o avental.

Higienização das mãos após o final da tarefa.


#### 6.4.4 – Considerações gerais:

A utilização dos EPI`s é obrigatória para todos os profissionais que entrarem no quarto.

Transporte do doente: Se doente extubado instruir o doente para usar uma máscara; Se tem entubação traqueal ou traqueostomia, em respiração espontânea, utilizar humidificadores de rede para aporte de O2.

Cobrir o doente durante o transporte com lençol esterilizado e evitar manipulação para lá dessa barreira sem luvas esterilizadas.


EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		12/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

### Anexo 1 - Precauções de Isolamento – elementos principais


<b>Precauções Básicas</b>	<p>Todos os fluídos orgânicos (excepto suor), sangue, secreções e excreções, mucosas e pele não intacta de todos os doentes devem ser tratados como potencialmente infecciosos.</p> <p>As precauções básicas incluem higiene das mãos, utilização adequada de mascaras e viseiras, limpeza de equipamento (ou utilização única), práticas de segurança na terapêutica injectável, colocação de máscara facial na realização de punção lombar, na colocação de um cateter ou na administração de terapêutica intra-raquidiana, contenção de roupa no local de utilização, uso consistente e correcto de luvas, uso adequado de aventais para evitar a contaminação da roupa, limpeza regular das superfícies ambientais e adesão às recomendações de segurança ocupacional.</p> <p>Recentemente foi incluída nas precauções básicas a higiene respiratória/etiqueta respiratória que exige:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Educação dos profissionais, doentes e familiares;</li> <li>2) Cartazes com instruções adequadas aos doentes, familiares e amigos;</li> <li>3) Medidas de controlo da fonte (p. ex. cobrir o nariz e boca com toalhete/ lenço, desperdiçados após utilização ou uso de máscara cirúrgica no doente);</li> <li>4) Higiene das mãos após contacto com secreções do trato respiratório;</li> <li>5) Nas salas de espera e sempre que possível, separação espacial de pelo menos 1 metro relativamente a doentes com infecções respiratórias.</li> </ol>
<b>Precauções de Contacto</b>	<p>Utilizam-se para doentes suspeitos ou com confirmação de infecção com microrganismos que podem ser transmitidos por <u>contacto directo</u>, com a pele do doente aquando da prestação de cuidados ou <u>contacto indirecto</u> com as superfícies ambientais ou materiais/equipamentos utilizados no doente. Estas precauções exigem a utilização de luvas e avental quando se acede à unidade do doente. Sempre que possível o doente deve ser colocado em quarto individual. Quando este não existe, o doente deve ser colocado num quarto com outro doente colonizado/infectado com o mesmo microrganismo (<i>cohort</i>).</p>
<b>Precauções de gotículas</b>	<p>Utilizadas para doentes com suspeita ou confirmação de infecção com microrganismos transmitidos por gotículas (&gt; 5 µm de tamanho) produzidas pela tosse, espirros, conversação ou durante a realização de procedimentos envolvendo o trato respiratório. Os microrganismos podem ser adquiridos por contacto directo, contacto com gotículas a 1-2 metros de distância ou contacto com objectos recentemente contaminados com secreções respiratórias. A utilização universal de máscara é recomendada nas estações de maior incidência de gripe e infecção a vírus respiratório sincicial para determinadas populações de imunocomprometidos (i.e. doentes com leucemia ou transplantados de</p>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		13/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

	<p>medula óssea). Os doentes devem ser colocados em quartos individuais. Quando inexistentes optar pelo <i>cohort</i> e se este não for exequível manter uma distância de 1 a 2 metros entre o doente infectado e os outros doentes e visitas. Não são necessários requisitos especiais na ventilação e a porta do quarto/enfermaria deve ser mantida aberta. No <i>cohort</i> devem manter-se as cortinas fechadas entre doentes com precauções de gotículas. Para além da utilização de máscaras como referido nas precauções básicas, deve-se utilizar sempre uma máscara cirúrgica quando se está até 1 metro de distância do doente.</p>
<b>Precauções de via aérea</b>	<p>Utilizadas para doentes com suspeita/confirmação de infecção a microrganismos transmitidos pelos núcleos das gotículas evaporadas (partículas &lt;5 µm de tamanho) que permanecem suspensas no ar e podem dispersar-se pelo quarto ou até longas distâncias. Colocar o doente em quarto individual que tenha:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pressão negativa em relação às áreas circundantes;</li> <li>2) Um mínimo de 6-12 renovações de ar/hora e;</li> <li>3) Adequada remoção do ar para o exterior ou filtros HEPA antes do ar do quarto circular para outras áreas do hospital. Os filtros HEPA portáteis devem funcionar no quarto durante 30-40 minutos após a alta do doente, antes da admissão de outro doente. Manter a porta do quarto fechada e o doente no quarto. Esta categoria de isolamento exige uma máscara EN149:2001 FFP2 antes da entrada no quarto. No caso de varicela ou sarampo não é necessário máscara EN149:2001 FFP2 se existe imunidade nos profissionais.</li> </ol>
<b>Precauções máximas</b>	<p>Utilizadas para prevenir a transmissão de microrganismos de resistência muito elevada (i.e <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes/intermédios à vancomicina). Estes doentes exigem uma enfermeira só para eles ou para um <i>cohort</i> de doentes com o mesmo agente. Colocação em quarto individual ou em <i>cohort</i>. Não sendo possível deve ser contactada a Comissão de Controlo de Infecção. Utilização de avental e luvas antes de aceder à unidade do doente, complementada com máscara facial/ viseira se o agente está no trato respiratório. Limpeza do quarto quando o doente sai do quarto ou da área de realização de algum procedimento a que tenha sido submetido. A limpeza adequada inclui lavagem e desinfecção de superfícies e equipamentos contaminados incluindo os que estiveram próximos do doente como grades das camas, mesas-de-cabeceira e superfícies frequentemente manipuladas como maçanetas de portas, etc.</p>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		14/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

**Anexo 2**  
**Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão por Doença/Agente**  
(exemplos)

**Precauções de Contacto e Precauções Básicas:**


- Agentes multirresistentes (ex: MRSA, VRE, Gram negativo produtor de B- lactamases de espectro alargado)
- Adenovírus (conjuntivite e gastroenterite)
- Campylobacter (doente com fraldas ou incontinente)
- **Colera**
- Clostridium difficile
- Conjuntivite virica
- Criptosporidiose (doente com fraldas ou incontinente)
- Doença mão/pé/boca (doente com fraldas ou incontinente)
- **Difteria cutânea**
- Echovirus (crianças e adultos incontinentes)
- Enterovirus (crianças e adultos incontinentes)
- S. aureus (infecções da pele, não cobertas)
- Estreptococos Grupo A (infecções cutâneas)
- Escherichia coli (gastroenterite no incontinente)
- Norovirus (gastroenterite no incontinente)
- **Poliomielite**
- Pediculose
- Escabiose
- **Shigelose** (doente com fraldas ou incontinente)
- **Salmonelose tiphy e paratiphy** (doente com fraldas ou incontinente)
- Síndrome da pele escaldada
- Rotavirus (doente com fraldas ou incontinente)
- **Rubeola Congénita**
- Virus coxsackie (crianças)
- **Virus Hepatite A** (doente com fraldas ou incontinente)
- Virus Herpes Simplex (disseminado, mucocutâneo ou primário graves e neonatal incluindo exposição perinatal)

**Nota:** As infecções ou agentes a **negrito** são de notificação obrigatória.

**Precauções de Gotículas e Precauções Básicas:**

- Adenovirus (infecção disseminada-2 ou mais locais-em doente imunodeprimido)
- **Difteria faríngea**
- Escarlatina (Estreptococos Grupo A)
- Estreptococos Grupo A (faringite, pneumonia)
- **H. influenzae** (epigloteite, pneumonia e **meningite** em crianças)
- **Meningococos** (suspeita ou confirmação) - **meningite**, pneumonia, meningococémia
- Micoplasma pneumoniae
- Parvovirus B 19 (incluindo 5ª Doença)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		15/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

- Pneumococos resistente à Penicilina /cefalosporina (infecção/ colonização orofaringe ou expectoração)
- **Parotidite Epidémica**
- **Rubéola**
- **Tosse Convulsa**
- Vírus influenza
- Vírus parainfluenza
- Vírus Respiratório sincicial

**Nota:** As infecções ou agentes a **negrito** são de notificação obrigatória.

#### **Precauções de Via Aérea e Precauções básicas**

- **Sarampo**
- **Tuberculose pulmonar e laríngea** (suspeita ou confirmada)
- Vírus Varicela/zoster no liquor em qualquer doente

**Nota:** As infecções ou agentes a **negrito** são de notificação obrigatória.

#### **Precauções de Via Aérea + Precauções de Contacto + Precauções Básicas**

Vírus Varicela / Zoster:

- 1) Varicela
- 2) Zoster disseminado (mais de 2 dermatomos contíguos)

**OU**


- 3) Infecção localizada no doente imunocomprometido (CD4 <200, terapêutica citostática actual ou no ultimo mês, corticoterapia actual há pelo menos 1 mês, transplante de órgão sólido ou transplante medular no último ano)
- 4) Infecção do liquor céfalo-raquidiano e vesículas num ou mais dermatomos em qualquer doente
- 5) Exposição do individuo não imune a doente com varicela

#### **Precauções Máximas e Precauções Básicas**

- **Varíola**
- **Gripe aviária**
- Colonização /Infecção a Estafilococos aureus resistentes/ intermédios à vancomicina.

**Nota:** As infecções ou agentes a **negrito** são de notificação obrigatória

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		16/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

### Anexo 3 - Sinaléticas

## O que fazer ao entrar no quarto

- Utilizar avental ou bata e luvas em todos os contactos com os doentes.
- Substituir os EPI entre doentes. Colocar nos contentores de resíduos.
- Lavar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica entre contactos com os doentes .
- Descontaminar material a equipamentos entre doentes:
  - seringas infusoras
  - Cabos de monitorização
  - (...)
- Manter as cortinas corridas entre doentes, para minimizar o contacto directo.



#### Familiares:

Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

## O que fazer antes de sair do quarto:


- Remover todo EPI (luvas, batas, aventais,...) e colocar nos contentores de resíduos.
- Lavar as mãos com água e sabão ou higienizar com solução alcoólica
- Antes de remover a roupa suja e os resíduos fechar bem os sacos.
- Substituição das cortinas quando o doente tem alta.



#### Familiares:

Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		17/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

## Como fazer a limpeza do quarto:

- Unidade do doente, equipamento e material - higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes).
- Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas).
- frequência de limpeza:
  - **Manhã**
  - **Tarde**
- Usar luvas domésticas e avental descartável.
- Limpeza com água e detergente,
- Os panos utilizados na limpeza e devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quente (80°).
- No final da limpeza: Lavar os baldes e deixar invertidos para permitir a secagem.
- Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.
- Remover o avental.
- Lavar as mãos com água e sabão no final da tarefa.

## O que fazer ao entrar no quarto

- Utilizar batas e luvas em todas as interacções, contactos com os doentes.
- Substituir os EPI entre doentes. Colocar nos contentores de resíduos.
- Lavar as mãos com água e sabão ou usar solução alcoólica antes e entre contactos com os doentes.
- Colocar máscara cirúrgica quando distância  $\leq 1$  metro.
- Descontaminar material a equipamentos entre doentes:
  - seringas infusoras
  - Cabos de monitorização
  - (...)
- Manter as cortinas corridas entre doentes, para minimizar o contacto directo.



**Familiares:**  
Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		18/22



## O que fazer antes de sair do quarto:

- Remover todo EPI (luvas, batas, aventais,...) e colocar nos contentores de resíduos.
- Lavar as mãos com água e sabão ou solução antisséptica de base alcoólica
- Antes de remover a roupa suja e os resíduos fechar bem os sacos.
- Substituição das cortinas quando o doente tem alta.
- Antes de remover a roupa suja e os resíduos fechar bem os sacos.




### Familiares:

Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

## Como fazer a limpeza do quarto:

- Unidade do doente, equipamento e material - higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes).
- Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas).
- frequência de limpeza:
  - Manhã
  - Tarde
- Usar luvas domésticas e avental descartável.
- Limpeza com água e detergente,
- Os panos utilizados na limpeza e devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quente (80°).
- No final da limpeza: Lavar os baldes e deixar invertidos para permitir a secagem.
- Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.
- Remover o avental.
- Lavar as mãos com água e sabão no final da tarefa.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		19/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

## O que fazer ao entrar no quarto

- Antes de entrar: Lavar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica.
- Colocar máscara de protecção respiratória (EN149:2001 FFP2).
- Antes do contacto com o doente: Colocar bata e luvas.

- Descontaminar material e equipamentos entre doentes
- Conter a roupa suja em saco de plástico.



### Familiares:


Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

## O que fazer antes de sair do quarto:

- Antes de sair do quarto: Remover EPI (excepto máscara) e colocar em saco branco.
- Lavar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica.
- Depois de sair do quarto: retirar máscara e lavar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica.

- Descontaminar material e equipamentos imediatamente após a remoção do quarto de isolamento
- Antes de remover a roupa suja e os resíduos fechar bem os sacos.
- Após saída do doente: manter o quarto fechado durante 1 hora com janela aberta.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		20/22

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA Urgência e Cuidados Intensivos</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>Precauções de Isolamento</b>	

## Como fazer a limpeza do quarto:

- Unidade do doente, equipamento e material - higienizada com hipoclorito de sódio (lexívia) com uma diluição de 5.000 PPM. (proporção de 1:10; exemplo 1 L lexívia : 10 L água )
- Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas).
- frequência de limpeza de rotina: **Manhã e Tarde**
- Usar luvas domésticas e avental descartável.
- Limpeza com água e detergente,
- Os panos utilizados na limpeza e devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quente (80°).
- Após limpeza com água e detergente, efectuar a desinfeção com pano húmido em hipoclorito de sódio (lexívia) com uma diluição de 5.000 PPM. (proporção de 1:10; exemplo 1 L lexívia : 10 L água )
- No final da limpeza: Lavar os baldes e deixar invertidos para permitir a secagem.
- Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.
- Remover o avental.
- Lavar as mãos com água e sabão no final da tarefa.

## O que fazer ao entrar no quarto

- Antes de entrar no quarto:
  - Lavar as mãos com água e sabão ou com solução alcoólica.
  - Colocar máscara.
- Antes do contacto com o doente: colocar luvas e bata esterilizada.
- Descontaminar material a equipamentos imediatamente antes de colocar na unidade do doente.



### Familiares:

Contacte o enfermeiro para esclarecimentos

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		21/22



## O que fazer antes de sair do quarto:

- Remover todo EPI (luvas, batas, aventais) e colocar nos contentores de resíduos.
- Lavar as mãos com água e sabão.
- Antes de remover a roupa suja e os resíduos fechar bem os sacos.



## Como fazer a limpeza do quarto:

- Unidade do doente, equipamento e material - higienizada com cloreto de benzalcónio em propanolol (toalhetes).
- Utilizar material de limpeza exclusivo para o quarto (panos de superfícies e chão, luvas).
- frequência de limpeza:
  - Manhã
  - Tarde
- Usar luvas domésticas e avental descartável.
- Limpeza com água e detergente,
- Os panos utilizados na limpeza e devem ser lavados na máquina de lavar com água bem quente (80°).
- No final da limpeza: Lavar os baldes e deixar invertidos para permitir a secagem.
- Lavar as luvas domésticas após a limpeza do quarto.
- Remover o avental.
- Lavar as mãos com água e sabão no final da tarefa

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		22/22

APÊNDICE IV – Estudo de Caso em Cuidados Paliativos



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Módulo III – Estágio Opcional

Cuidados Paliativos – IPOLFG, EPE

Tutoria: Professora Georgiana Marques da Gama

Orientação: Enfermeira Sandra Neves

Estudante: Cláudia Carvalho, 192011037

Janeiro 2013

## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO</b> .....	<b>4</b>
1.1. Identificação da pessoa.....	4
1.2. História da doença atual .....	4
1.3. Caracterização familiar .....	6
1.3.1. <i>Genograma</i> .....	6
1.3.2. <i>Estrutura familiar e relações estabelecidas</i> .....	6
<b>2. NECESSIDADES IDENTIFICADAS E INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS</b> .....	<b>7</b>
2.1. Primeiro período.....	7
2.2. Segundo período.....	10
2.3. Terceiro Período.....	11
<b>3. ANÁLISE CRÍTICA DO CASO DESCRITO</b> .....	<b>14</b>
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>21</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> Avaliação Inicial da Dor (Adaptado de “Dor – Guia orientador de boa prática” .....	8
<b>Tabela 2</b> Terapêutica farmacológica na altura da admissão .....	9
<b>Tabela 3</b> Terapêutica farmacológica instituída no controlo da dor .....	12

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> Genograma da pessoa identificada.....	6
---	---

## **0. INTRODUÇÃO**

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem de natureza profissional (área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica), módulo opcional da unidade curricular estágio - cuidados paliativos no IPOLFG,EPE e, tendo em consideração os objetivos delineados, realizou-se um estudo de caso.

Este método de investigação permite que a enfermeira observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações <sup>(1)</sup>. Desta forma, esta atividade surgiu com o objetivo de facilitar e estruturar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença avançada e progressiva.

Foram considerados os quatro pilares dos cuidados paliativos: controlo sintomático, trabalho em equipa, apoio à família e comunicação na prestação de cuidados abrangendo as diferentes dimensões da pessoa (pessoal, psicológica, social e espiritual). <sup>(2)</sup>

O estudo retratou a prestação de cuidados a uma pessoa/família, unidade de cuidados, num período de aproximadamente sete semanas, de 26 de novembro de 2012 a 8 de janeiro de 2013. Para uma perceção da situação mais sistematizada, a descrição da mesma foi subdividida em 3 momentos de evolução de aproximadamente 2 semanas cada: 1º período de 26/11 a 16/12 de 2012; 2.º período de 17/12 a 30/12 e 3º período de 31/12 a 9/01 de 2013.

A apresentação do estudo foi estruturada da seguinte forma: descrição da situação (identificação da pessoa, história da doença atual, caracterização familiar), necessidades identificadas e principais intervenções implementadas, análise crítica do caso e conclusão.

## **1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

### ***1.1. Identificação da pessoa***

*Nome:* C.P.

*Género:* Feminino

*Idade:* 31 anos

*Naturalidade e residência:* Lisboa

*Antecedentes pessoais de saúde:*

- Hipertensão arterial
- Depressão
- Fumadora (30 cigarros/dia)
- Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas

*Antecedentes familiares de saúde:*

- Tia materna com “tumor na cabeça”
- Tio paterno com cancro hepático

*Profissão:* ajudante de cozinha

*Crença religiosa:* católica não praticante

### ***1.2. História da doença atual***

A Sr<sup>a</sup> C., há cerca de 2 anos, iniciou quadro de coitorragias e metrorragias acompanhadas de dor lombar e pélvica, de agravamento progressivo. Inicialmente foi acompanhada na maternidade, sendo que os primeiros exames complementares de diagnóstico não revelaram alterações. Em julho de 2011 começou com dores abdominais. Recorreu múltiplas vezes ao serviço de urgência de um hospital central. Nesta sequência e, após ser novamente encaminhada à maternidade, foi-lhe

diagnosticado cancro do colo do útero III B<sup>a</sup>.<sup>(3)</sup> Perante o diagnóstico foi encaminhada ao IPOLFG, iniciando o seu seguimento nesta instituição em setembro de 2011. No mês seguinte iniciou radioterapia e posteriormente quimioterapia com cisplatina<sup>b</sup> <sup>(4)</sup>. Em novembro do mesmo ano foi-lhe diagnosticada insuficiência renal obstrutiva com hidronefrose bilateral, tendo sido suspenso tratamento com cisplatina. Neste seguimento foi submetida a colocação de cateter duplo J<sup>c</sup> à esquerda. Ainda no mesmo mês foi avaliada para possível realização de braquiterapia intracavitária. Contudo, após observação, não apresentava indicação para tal tratamento.

Em fevereiro de 2012, dada a progressão da doença, relatada por exames complementares de diagnóstico, foram colocadas nefrostomias bilaterais. Ainda a referir que, devido a proctite rádica, foi submetida a hemostase endoscópica. Em setembro de 2012 foram substituídas ambas as nefrostomias e removido o cateter duplo J à esquerda. Durante o ano de 2012 foi acompanhada em consulta da dor no IPOLFG, por dor de difícil controlo tipo moinha na anca e tipo choque eléctrico/queimadura no pé esquerdo. Devido à progressão da doença que condicionou a sua capacidade de se deslocar aos serviços de ambulatório e por necessidade de optimização do controlo sintomático, assim como, de apoio na gestão da situação de doença, foi admitida na unidade de assistência domiciliária a 26 de novembro de 2012.

---

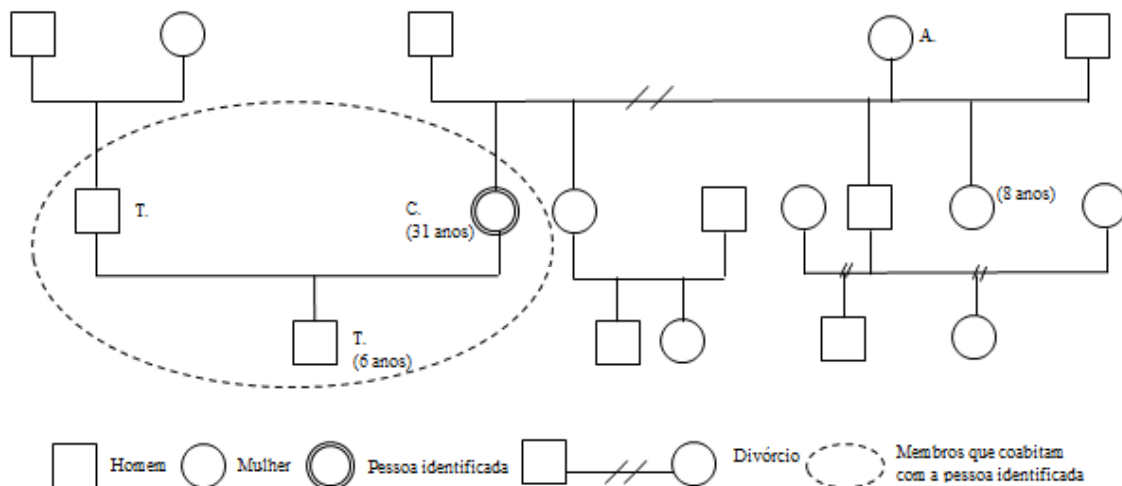
<sup>a</sup> Carcinoma extendendo-se até à parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante devido a ureterostenose causada pelo tumor (3)

<sup>b</sup> Ciplastina – citostático utilizado, entre outras indicações, no cancro do colo do útero em associação com radioterapia (4)

<sup>c</sup> Cateter duplo J é o cateter utilizado para livre drenagem de urina do rim até a bexiga, em condições adversas. Uma extremidade do J ancora-se na pelve renal e a outra extremidade curva-se no interior da bexiga. Em inglês, *double-J*, "J-J stent" ou "pig-tail". Este cateter pode ou não possuir um fio amarrado à extremidade para permitir a retirada do mesmo sem a necessidade de cistoscopia. É utilizado frequentemente para se proceder a livre drenagem da urina do rim até a bexiga após cirurgias da via urinária, como ureterolitotripsias, nefrolitotripsias e transplante renal. Posteriormente este cateter é removido através de cistoscopia ou através da tração do fio ligado à sua extremidade quando existente.

### 1.3. Caracterização familiar

#### 1.3.1. Genograma



**Figura 1** Genograma da pessoa identificada

#### 1.3.2. Estrutura familiar e relações estabelecidas

Trata-se de uma família nuclear, constituída pela Sr<sup>a</sup> C., marido (Sr. T) e filho de 6 anos (T.). Encontram-se na terceira fase do ciclo vital: casal jovem com filhos em idade escolar. <sup>(5)</sup>

Existe uma ligação muito próxima entre a Sr<sup>a</sup> C e o Sr. T. Apoiam-se mutuamente, “somos uma equipa” (sic). Verifica-se a tomada de decisões em conjunto. O Sr. T. é o cuidador principal. Existe uma forte relação afetiva de ambos com o filho. Como apoio recorrem à família alargada. Atualmente, a Sr<sup>a</sup> C tem apoio da mãe que se desloca todos os dias de manhã para o domicílio da família onde permanece até ao regresso do Sr. T. do trabalho. Embora a mãe da Sr<sup>a</sup> C. desempenhe esta função, denota-se uma relação distante entre mãe e filha. Apresentam ainda como recurso, os pais do Sr. T., cuja proximidade física permite o apoio referido, dado que residem no apartamento ao lado.

## **2. NECESSIDADES IDENTIFICADAS E INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS**

Neste capítulo realiza-se a descrição da evolução da situação pelos 3 períodos de prestação de cuidados. Importa realçar que são abordadas essencialmente 2 principais necessidades identificadas. Concomitantemente, faz-se alusão às principais intervenções implementadas no âmbito de cada necessidade identificada.

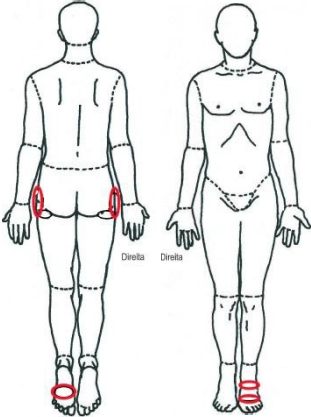
Assim, as duas principais necessidades identificadas são:

- Alívio da dor
- Necessidade de manter a “normalidade” manifestada pelo desejo de permanecer em casa, junto do filho e marido.

### ***2.1. Primeiro período***

Neste primeiro período, a principal necessidade identificada, tanto pela Sr<sup>a</sup> C. como pelo marido, diz respeito ao alívio da dor. Procedeu-se à avaliação inicial da dor (Tabela 1) assim como avaliação sistemática da mesma, planeando-se visitas diárias. Na altura da admissão a Sr<sup>a</sup> C. já se encontrava-se sobre terapêutica analgésica complexa com associação de distintos fármacos adequados à mesma (Tabela 2).

**Tabela 1** Avaliação Inicial da Dor (Adaptado de “Dor – Guia orientador de boa prática”) <sup>(6)</sup>

<b>Caraterísticas da Dor</b>	<b>Localização</b>	<p>Anca bilateralmente</p> <p>Pé esquerdo</p> 
	<b>Qualidade</b>	<p>Dor anca – tipo moinha</p> <p>Dor pé esquerdo - tipo choque elétrico e ardor/queimadura</p>
	<b>Intensidade</b>	<p>Escala de Avaliação Numérica (0-10):</p> <p>Intensidade máxima nas últimas 24h - 7</p> <p>Intensidade média nas últimas 24 horas- 5</p> <p>Intensidade mínima- 0</p> <p>Escala do observador: parece desconfortável (posição sentada mas com apoio, com carga sobre braços)</p>
<b>Fatores de alívio e agravamento</b>	<p>Agravamento da dor com as movimentações, mudança de posição. Piora na posição de deitada. Alívio na posição sentada e com analgesia prescrita.</p>	
<b>Estratégias de Coping</b>	<p>Recurso ao humor, técnicas distrativas como ver televisão e fumar.</p>	
<b>Impacto nas atividades de vida e relações pessoais:</b>	<p>Dificuldade na mobilidade que condiciona autocuidado e restantes atividades de vida.</p> <p>Interfere na disponibilidade e relação com os outros, nomeadamente com o marido e filho</p>	
<b>Conhecimento /Percepção</b>	<p>A Sr<sup>a</sup> C. tem percepção de que a dor se relaciona com a</p>	

<b>acerca da doença / expectativas acerca da dor e tratamento</b>	doença e sua progressão. Identifica, assim como o seu cuidador principal, o alívio da dor como a principal necessidade. Ambos expectam o alívio da dor.
<b>Sintomas associados</b>	Insónia

**Tabela 2** Terapêutica farmacológica na altura da admissão

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Via de Administração</b>	<b>Horário</b>
<b>Trazadone</b>	150 mg	Oral	Ao deitar
<b>Lorazepam</b>	2,5 mg	Oral	Ao deitar
<b>Alprazolam</b>	0,5 mg	Oral	3xdia
<b>Deflazacort</b>	30 mg	Oral	Pequeno-almoço
<b>Normocol</b>	1 carteira	Oral	2xdia
<b>Furosemida</b>	20mg	Oral	Jejum
<b>Morfina</b>	425mg/dia	Perfusão subcutânea contínua	11 dias
<b>Cetamina</b>	60mg/dia	Perfusão subcutânea contínua	11 dias
<b>Midazolam</b>	10mg/dia	Perfusão subcutânea contínua	11 dias
<b>Abstral</b>	600mg	Sublingual	SOS
<b>Omeprazol</b>	20mg	Oral	SOS
<b>Sene</b>	20 mg	Oral	SOS
<b>Preglabina</b>	50mg	Oral	50 mg manhã, 100mg noite
<b>Sertralina</b>	100 mg	Oral	Manhã

Face a esta necessidade identificada, procedeu-se ao reajuste da medicação diariamente, através da avaliação da dor e do número de SOS realizados em 24 horas. Verificou-se a necessidade do aumento das doses de opióides (morfina) e adjuvante de

3ª linha no controlo da dor neuropática- cetamina. Neste período foram implementadas medidas não farmacológicas, verificando-se alívio da dor no pé esquerdo com a aplicação de frio.

Devido à presença da dor verificaram-se alterações na mobilidade e no padrão de sono. Como intervenção facilitadora da mobilidade, foi fornecida cadeira de rodas como dispositivo técnico de auxílio na marcha. Obteve-se com esta intervenção uma maior autonomia da doente nas atividades de vida, nomeadamente na deslocação à casa de banho para se autocuidar.

Com a estabilidade que se verificou no final deste período, constatou-se a melhoria da qualidade do sono: sono reparador de cerca de 8 horas por noite.

A presença desta dor e fragilização da pessoa, relacionadas com a progressão da doença, remeteu para a identificação de outra necessidade - manter a “normalidade”. Esta manifestou-se através do desejo de permanecer no domicílio e manter as rotinas diárias da família e de acompanhar o crescimento do filho. Neste período de prestação de cuidados, foi possível identificar que a Srª C. e o marido reconhecem a gravidade da situação e sua eventual evolução. Contudo, a doente referiu que “não tem de estar sempre a pensar nela” (sic). Foi identificada como estratégia de coping face à situação, o evitamento. Perante esta avaliação, as intervenções realizadas consistiram na adequação da comunicação a esta realidade, tendo em consideração a linha de orientação da pessoa. Desta forma, foi percebido o que a pessoa sabia e o que desejava saber sobre a situação. A informação foi transmitida de um modo claro ao ritmo da pessoa de forma a que a comunicação fosse ajustada aos mecanismos de coping adotados. Foi realizado o reforço positivo das estratégias mobilizadas pelo casal na adaptação às adversidades, assim como do trabalho desenvolvido.

## ***2.2. Segundo período***

Com a estabilização do quadro evolutivo da doença, com dor mais controlada, a Srª C e o marido, abordaram o modo de adaptação do filho face à situação. Falaram sobre a construção da sua relação, o seu percurso enquanto casal, destacando os

momentos positivos como a compra da casa e o nascimento do filho. Referiram ser “uma equipa”. O marido expressou que a sua prioridade era a esposa, através de frases como “ela é a minha mulher, quero protegê-la”, “neste momento a C. é a minha prioridade”. Verificou-se que a Sr<sup>a</sup> C., só abordava as repercussões da progressão da doença e sua conseqüente fragilização, quando estava na presença do marido, evitando fazê-lo perante a mãe ou a sogra.

Este período contemplou a época natalícia. Neste âmbito, a equipa ofereceu uma moldura digital à Sr<sup>a</sup> C. Perante esta intervenção, o casal escolheu fotografias alusivas às memórias positivas da relação e do crescimento do filho fazendo revisão da história de vida do casal e da construção da família. Assim, foram encorajadas as funções positivas desenvolvidas pela Sr<sup>a</sup> C. na relação com o filho e as estratégias de coping utilizadas pela Sr<sup>a</sup> C e pelo marido face às limitações físicas decorrentes da progressão da doença. Estas intervenções permitiram também reforçar a identidade pessoal enquanto mulher, esposa e mãe. Foram assim reforçados os valores familiares e transmitidos ao descendente. Neste sentido proporcionou-se a oportunidade de a Sr<sup>a</sup> C. deixar um legado ao seu filho, funcionando como uma forma de separação/despida do mesmo. Salienta-se também a facilitação de reviverem e construírem memórias positivas, que poderão apoiar a família no processo de luto.

### ***2.3. Terceiro Período***

Neste último período verificou-se a progressão da doença de modo mais evidente. Esta evolução manifestou-se com a diminuição da força muscular, edema do pé direito. A Sr<sup>a</sup> C. passou a dormir no cadeirão, perdeu a capacidade de se deslocar à casa de banho. A dor foi também identificada ao nível da coxa esquerda, tipo ardor/queimadura. A frequência da dor tipo choque elétrico no pé esquerdo aumentou. Foi necessário ajustar a terapêutica analgésica (Tabela 3) e introduzir novos fármacos como a morfina em solução oral e a lidocaína transdérmica.

Concomitantemente e relacionado com a progressão da doença (pessoa emagrecida, edemas, zonas de pressão), identifica-se comprometimento da integridade cutânea manifestado por eritemas branqueáveis em regiões de proeminências ósseas, como cotovelo e ombro. Quanto a esta necessidade relacionada com a integridade cutânea comprometida, as intervenções implementadas relacionaram-se com vigilância da mesma, hidratação e proteção com placas extrafinas nas zonas de pressão assim como hidratação dos locais edemaciados de forma a evitar lesões.

**Tabela 3** Terapêutica farmacológica instituída no controlo da dor

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Via de Administração</b>	<b>Horário</b>
<b>Morfina</b>	1000 mg	Perfusão contínua subcutânea	Diário
<b>Cetamina</b>	400 mg	Perfusão contínua subcutânea	Diário
<b>Midazolam</b>	10 mg	Perfusão contínua subcutânea	Diário
<b>Abstral</b>	2 cp de 800 mg	Sublingual	SOS
<b>Morfina solução oral</b>	3 ampolas de 30mg	Oral	SOS
<b>Preglabina</b>	200 mg 300 mg	Oral	Pequeno almoço Jantar
<b>Lidocaína</b>	5%	Transdérmica	Aplicações de 12 horas intercaladas com 12 horas de repouso
<b>Dexametasona</b>	8 mg 4 mg	Oral	Pequeno almoço Almoço

Perante as perdas ao nível das capacidades físicas, a Sr<sup>a</sup> C. tem necessidade de manter o controlo sobre o seu papel de mãe, nos afetos, no acompanhamento do processo de aprendizagem do filho na escola e participação nas brincadeiras com o mesmo. Contudo, identificou-se a perceção da gravidade da situação e sua evolução, através de frases como “dias piores virão” (sic). No decurso das visitas, o marido abordou a possibilidade de colocar baixa de assistência à família e a possibilidade de internamento na fase final deste processo, de modo a permitir promover cuidados à esposa e como medida protetora do filho. No apoio ao cuidador principal, Sr. T., foram implementadas intervenções no que respeitou à gestão do processo da doença, reforço positivo do trabalho desenvolvido, esclarecimento e demonstração de como se realizavam os cuidados e clarificação da evolução da situação.

### **3. ANÁLISE CRÍTICA DO CASO DESCRITO**

Os cuidados paliativos centram -se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.

O núcleo da disciplina de enfermagem, é constituído por 4 conceitos fundamentais : *pessoa, ambiente, saúde, enfermagem*. Estes conceitos são retratados na conceptualização dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Desta forma, pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”; ambiente “no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”; saúde “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” e enfermagem “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”.<sup>(7)</sup>

A mudança no processo de saúde de uma pessoa consiste numa transição na vida da mesma. As transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim altere o conceito de si num contexto social<sup>(8)</sup>. Importa ao enfermeiro incorporar na sua prestação de cuidados, essas mesmas transições. Assim, perante o caso apresentado, verificou-se, com o diagnóstico e progressão da doença uma mudança significativa na vida da pessoa e sua família.

Encara-se assim a doença como um momento de transição na vida da pessoa. O carcinoma do colo do útero constitui uma das doenças neoplásicas mais frequentes nas mulheres assim como uma das principais causas de morte por cancro, sobretudo em idade jovem. Para além da morbilidade associada à própria doença, também tem uma forte componente de impacto social.<sup>(3)</sup> Em 1998, Portugal apresentava a mais alta taxa de incidência e a 2<sup>a</sup> mais alta de mortalidade por tumor maligno do colo do útero de

entre os países europeus (dados de 1998). No período 2000-2001, na região do registo oncológico regional do sul este tumor é responsável por cerca de 3% da mortalidade por cancro.

Verificou-se a presença desta doença, carcinoma do colo do útero, na mulher em idade jovem, com cuidador principal também jovem e com um filho de 6 anos. A idade jovem tanto da pessoa doente como do cuidador principal e a presença de filhos em idade escolar constituem fatores de complexidade na prestação de cuidados paliativos.

Cada pessoa/família tem direito a um acompanhamento personalizado. Assim, é essencial cuidar através de uma ampla abordagem de enfermagem, procurando conexões em detrimento de separações entre as partes que formam o todo da pessoa. <sup>(9)</sup>

É fundamental realizar-se uma correta avaliação, tanto inicial como sistemática de acordo com as necessidades identificadas pela própria pessoa, uma vez que, esta vivencia uma situação particular de saúde, o processo em fim de vida. Os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase são, privilegiadamente, direcionados para o conforto e bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Assim sendo, toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pela pessoa e família. <sup>(10)</sup>

No caso apresentado verificou-se, entre outras necessidades relacionadas com a progressão da doença, duas grandes necessidades: alívio da dor e necessidade de manter a normalidade como prática de conservação da dignidade por parte da Sr<sup>a</sup> C.

A dor associada ao cancro foi declarada, pela Organização Mundial de Saúde, em 1986 como uma emergência médica mundial. A dor afeta 60 a 80% das pessoas com cancro, sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e 70 a 90% com doença avançada. <sup>(11)</sup>

É essencial identificar a causa ou causas implicadas no aparecimento da dor, devendo ter-se presente que 80% das pessoas, apresenta mais de uma localização dolorosa. <sup>(12)</sup> Estas podem relacionar-se com diferentes causas e necessitarem de tratamentos distintos. No caso estudado, verificou-se concomitantemente dor nociceptiva somática, tipo moimha ao nível da anca e, dor neuropática. Quanto a esta última, constatou-se, numa fase inicial, dor tipo lancinante (choque elétrico) episódica ao nível do pé esquerdo e posteriormente também distésica, tipo ardor/queimadura ao nível da coxa esquerda. Aquando da admissão da Sr<sup>a</sup> C. na Unidade de Assistência

Domiciliária, esta já se encontrava sob terapêutica farmacológica para a dor em perfusão contínua subcutânea. Estava-se portanto perante uma dor complexa com necessidade de fármacos do 3º degrau da escada analgésica, morfina, em combinação com fármacos de 2ª e 3ª linha no controlo da dor neuropática. Durante o período de prestação de cuidados, foi necessário a avaliação sistemática da dor com necessidade de reajuste terapêutico de acordo com essa mesma avaliação. Encontra-se descrita como estratégia geral para uso de opioides ajustar a sua dose diária com base no número de doses extra em 24 horas que foram necessárias para controlar a dor. Foi com base neste parâmetro e registo, por parte da doente e sua caracterização da dor, que se foi ajustando as doses de opioides e adjuvantes no controlo da dor. Para o controlo da dor nociceptiva foi necessário um aumento gradual da dose de morfina subcutânea e introdução posterior de solução oral de morfina em SOS.

Relativamente à presença de dor neuropática é recomendável utilizar desde o princípio corticóides como fármaco adjuvante, neste caso específico, dexametasona, de forma a reduzir a componente inflamatória do processo. Devido à complexidade desta dor neuropática verificou-se a associação a opioides, de fármacos de 2ª linha como antidepressivos (trazadona) e anti convulsivantes (pregabina) e fármacos de 3ª linha, utilizado na dor neuropática de difícil controlo – cetamina. Este último fármaco é um anestésico geral e potencia a analgesia opioide. Associado à administração da cetamina encontram-se descritos efeitos psicomiméticos que se revertem com benzodiazepinas, daí a conjugação com o midazolam em perfusão subcutânea contínua.<sup>(12)</sup> Nas últimas semanas de acompanhamento, com o aumento da frequência de episódios de dor tipo choque no pé esquerdo, foi necessário associar um anestésico local, a lidocaína na forma de pensos transdérmicos. (Tabela 3)

Para além das medidas farmacológicas, destacam-se como medidas não farmacológicas implementadas a aplicação de frio. Encontra-se descrito que a dor neuropática alivia com aplicação de calor. Contudo, no caso apresentado verificou-se que o alívio surgia com a aplicação de frio. Tal constatação, remete para a importância da escuta ativa das queixas da pessoa, bem como, das estratégias que identifica no alívio dos sintomas. De facto, a prestação de cuidados deve ser individualizada dado que, cada pessoa é única e a melhor conhecedora daquilo que se adequa a si.

Perante a presença de dor e abordagem da mesma é essencial encará-la na sua totalidade pois interfere em todas as dimensões da pessoa.

Neste âmbito, na situação estudada, identificaram-se alterações como o comprometimento do sono e repouso e a disponibilidade para estar com a família, associados à presença de dor. Relativamente ao padrão de sono e repouso, os resultados do controlo da dor revelaram-se através de um padrão de sono de aproximadamente 8 horas, promovendo assim o conforto da mesma.

Atendendo à especificidade dos cuidados paliativos, a dimensão espiritual revela-se como alvo atento aos olhos da prestação de cuidados de enfermagem. As pessoas com doença progressiva, sem perspectiva de cura, referem que os valores existenciais tornaram-se mais importantes do que antes de ficarem doentes. Os valores pessoais encontram-se descritos como importantes na estruturação da experiência e ajudam na adaptação às dificuldades vivenciadas.<sup>(13)</sup>

Segundo Watson (14 p. 99) o modo “como a pessoa compreende e responde numa dada situação depende do campo fenomenológico (realidade subjetiva) e não apenas das condições objetivas e realidade externa”. Na situação em estudo, verificou-se uma esperança particularizada direcionada para um resultado específico com significado pessoal - manter a normalidade permanecendo em casa, junto do filho e marido.

Constatou-se que a Sr<sup>a</sup> C. e o marido apresentavam uma forte relação, em que se apoiavam mutuamente. Revelaram bons canais de comunicação na manutenção da sua intimidade enquanto casal, na abordagem da doença e seu prognóstico assim como, na verbalização dos seus valores e legado que desejavam transmitir ao filho. Foi ainda importante para os mesmos abordarem a construção da sua relação, com destaque para os marcos positivos como a compra da casa e o nascimento e crescimento do filho. A estabilidade do casamento após o diagnóstico e progressão da doença oncológica, baseia-se na situação anterior. Se já existia apoio mútuo antes da doença, a probabilidade de se manter após a mesma é elevada.<sup>(15)</sup>

O modo como as estratégias adotadas permitem a adaptação às situações adversas revela-nos a capacidade de resiliência. Face à doença, a estratégia que a Sr<sup>a</sup> C. adotou foi de evitamento. Identificou-se a consciência da gravidade da situação

contudo, evitava abordar a mesma. O mais importante para a pessoa era dizer ao marido e filho o quanto os amava. O desejo de estar disponível para o filho, como na execução trabalhos da escola demonstram o seu amor incondicional pelo mesmo. Neste seguimento, é importante realçar a oferta da moldura digital. O casal realizou uma seleção de fotos que espelhavam os momentos do núcleo familiar, a revisão da sua história de vida. Constituiu uma intervenção importante na necessidade da Sr<sup>a</sup> C. deixar um legado ao filho, através das memórias positivas da vivência conjunta. Assim, esta intervenção teve uma intencionalidade terapêutica. Esta não passou pela cura ou recuperação, inadequadas na realidade apresentada, mas sim, por conferir dignidade à pessoa, ajudando-a a aceitar os limites e a morte com a serenidade possível, veiculando a separação, a despedida inevitáveis. <sup>(10)</sup> Funcionou assim como um agente facilitador no sentido de vida da pessoa, no processo de perda e separação inerentes.

Identificou-se que a Sr<sup>a</sup> C., perante a equipa de enfermagem, na relação com a mesma, necessitava de estabelecer uma relação com base no conhecimento da enfermeira, recorrendo ao humor, com partilha de aspetos pessoais da profissional. Contudo, por outro lado, necessitou de estabelecer uma relação de confiança através da antecipação de necessidades, esclarecimento de dúvidas e prontidão na relação. De facto, encontra-se descrito que, na relação com a enfermeira, as pessoas preferem aquela que seja tradutora (informa, explica, dá instruções e ensina), que permitam o conhecimento (partilha aspetos pessoais, utiliza humor, é amigável), transmita confiança (toma conta, antecipa as necessidades, demonstra prontidão). <sup>(10)</sup> O cuidado é a essência de enfermagem e denota reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa, a enfermeira participa com a pessoa. A comunicação é um dos melhores instrumentos que a enfermeira pode utilizar no estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança. As características necessárias neste relacionamento são a congruência, a compreensão empática e a aceitação incondicional. <sup>(9)</sup>

Com a progressão da doença, e a dependência física cada vez mais evidente, a intervenção da equipa residiu em promover ao máximo o conforto da pessoa, manter a normalidade. Os indicadores de resultado neste sentido, relacionam-se com a permanência da Sr<sup>a</sup> C. em casa, com o marido e o filho, concedendo-lhe a estabilidade possível, como era seu objetivo. O processo de adaptação da pessoa à doença revela-se

mais ou menos adaptativo, consoante a sua própria personalidade, o envolvimento do cuidador principal e a intervenção terapêutica desenvolvida pela equipa, que nesta situação foram essenciais.

## **4. CONCLUSÃO**

O caso estudado apresenta-se de extrema complexidade devido à idade jovem da pessoa, do seu cuidador principal e à presença de um filho com 6 anos.

Ao nível do controlo sintomático, identificou-se o alívio da dor como uma necessidade. A existência de diferentes tipos de dor, implicou a sua abordagem de modos igualmente distintos. A presença de dor teve implicações a diferentes níveis na vida da pessoa – dependência nas atividades de vida e influência na disponibilidade para a relação com o filho e o marido.

A abordagem da equipa multidisciplinar dirigiu-se para as necessidades identificadas pela própria pessoa. Na situação apresentada foi primordial a permanência no domicílio. No respeito pela unicidade da situação, foi também preponderante a adaptação às necessidades e estratégias de coping adotadas pela pessoa/família. O cuidador principal destacou-se como um elemento fundamental na concretização do objetivo fulcral da pessoa, mobilizando todos os seus recursos interiores e exteriores nesse sentido. No entanto, o cuidador principal não só foi prestador de cuidados como também recetor dos mesmos por parte da equipa.

Destaco a importância da realização do estudo de caso apresentado no meu processo de aprendizagem ao longo do estágio, na prestação de cuidados à pessoa/família com doença avançada e progressiva. A complexidade da situação permitiu-me aprofundar conhecimentos relativamente ao controlo sintomático, nomeadamente da dor assim como a avaliação sistemática da mesma e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio. Permitiu-me o desenvolvimento de competências relacionais adequando a comunicação à realidade vivenciada. Por outro lado, proporcionou a consolidação da importância da priorização de cuidados face às necessidades identificadas pelo núcleo de cuidados, a pessoa e sua família considerando-as na individualidade.

Considero ainda importante referir que, a prestação de cuidados a este núcleo, permitiu-me refletir sobre a minha prática, proporcionando o crescimento pessoal e profissional.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Galdeano, LE, Rossi, LA e Zago, MMF.** Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003.
2. **Twycross, Robert.** *Cuidados Paliativos*. Lisboa : CLIMEPSI Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
3. **Roldão, Margarida de Abreu.** *Cancro do colo do útero - radioterapia externa e braquiterapia*. Lousã : Monitor preprojectos e edições, Lda, 2007. ISBN 978-972-9413-72-8.
4. **Infarmed Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Lda.** *Site do Infarmed*. [Online] [Citação: 2 de Dezembro de 2012.] <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>.
5. **Stanhope, Marcia.** Teorias e Desenvolvimento Familiar. [autor do livro] Marcia Staphone e Jeanette Lancaster. *Enfermagem Comunitária: Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa : Lusociência, 1999.
6. **Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem.** *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.
7. **Ordem dos Enfermeiros.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002.
8. **Meleis, Afaf Ibrahim, Sawyer, Linda M. e Schumacher, Karen.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. Aspen Publishers, Inc, 2000.
9. **Neil, Ruth M.** Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligod. *TEÓRICAS DE ENFERMAGEM E A SUA OBRA (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures : LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas,Lda, 2004.

10. **Sapeta, Paula e Lopes, Manuel.** Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*. II série, 2007, Vol. n.º 4.
11. **Rangel, Odilea e Telles, Carlos.** Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. 2012.
12. **Sales, J. Porta, Gomez-Batiste, X. e Rodríguez, A. Tuca.** *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid : Arán Ediciones, 2008. ISBN 978-84-96881-48-8.
13. **Vivat, B.** Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliative Medicine*. 2008.
14. **Watson, Jean.** *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9.
15. **Shell, Judith A.** Impacto do Cancro na Sexualidade. [autor do livro] Shirley E. Otto. *Enfermagem em Oncologia*. Loures : LUSOCIENCIA - Edições e Técnicas Científicas, Lda, 2000.



APÊNDICE V – Diapositivos do Clube de Revistas realizado no módulo de Cuidados Paliativos





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Clube de Revistas

Artigo "Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente"

Cláudia Carvalho, aluna n.º 192011037  
Sob orientação de:  
Professora Georgiana Marques da Gama  
Enfermeira Sandra Neves

IPOLFG, EPE – Unidade de Assistência Domiciliária  
16 de Janeiro de 2013

## Objetivo da sessão

- Contribuir para a reflexão na e sobre a prática baseada na evidência, através de um artigo científico

# Sumário

- Apresentação do estudo realizado
- Fatores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente:
  - > Características do doente
  - > Características da enfermeira
  - > Características sociais e culturais
  - > Características do contexto hospitalar “cultura organizacional”
- Conclusão

“Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente”

Apresentação do estudo realizado:

- Objetivo
- Metodologia PICOD

# Características do doente

- Idade
- Crença e prática religiosa
- Doença de base
- Estado clínico
- Processo de adaptação do doente à doença
- Relação que estabelecem com a enfermeira

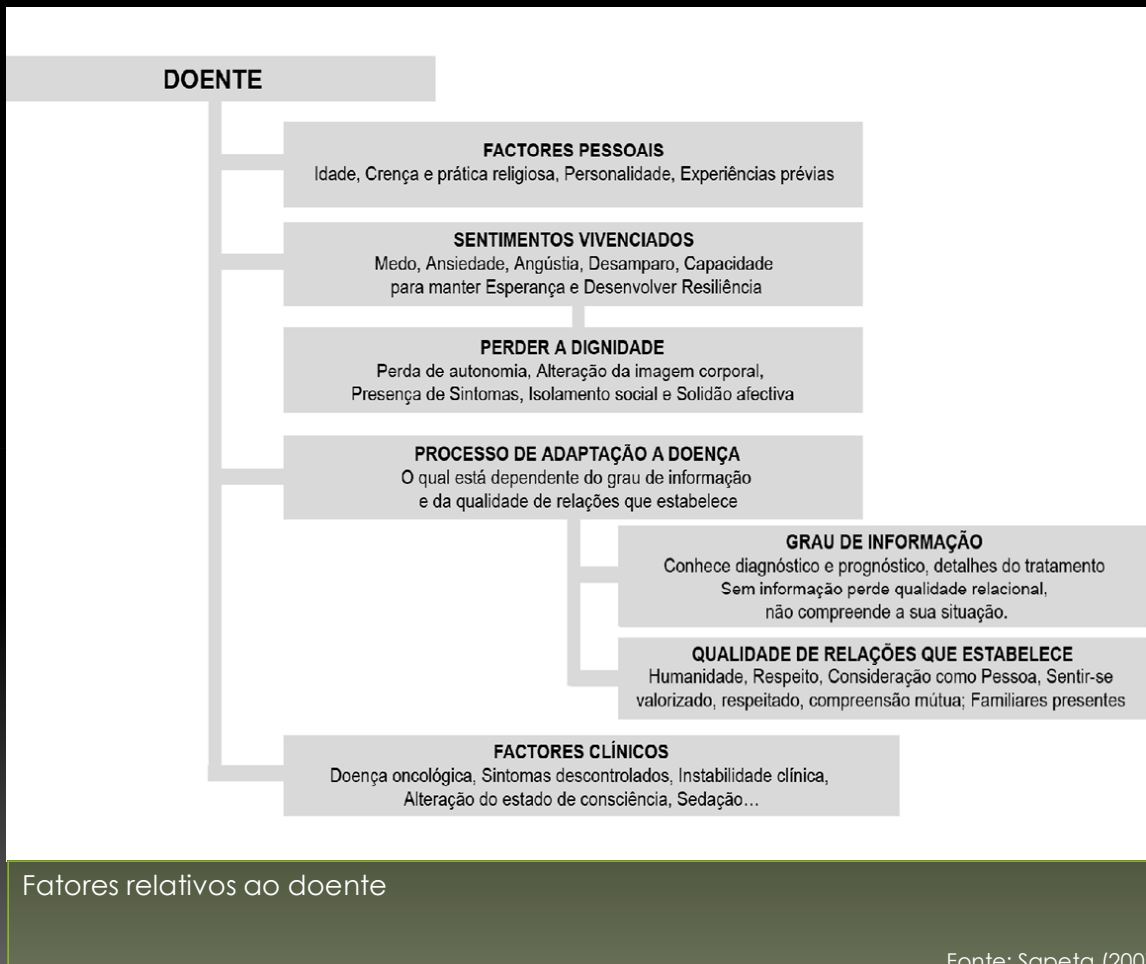
Fonte: Sapeta (2007)

# Características do doente (cont.)

- Grau de informação
- Perda de dignidade
- Esperança
- Resiliência

Fonte: Sapeta (2007)

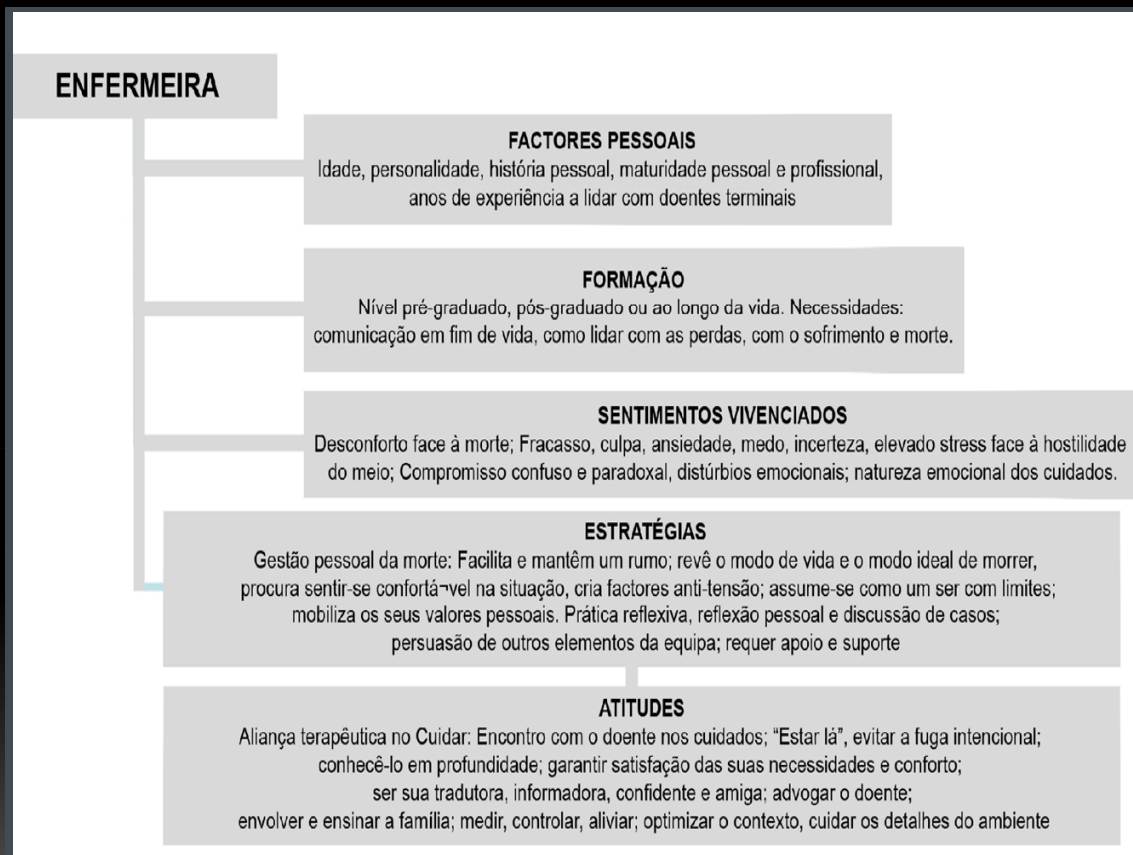
# CARACTERÍSTICAS DO DOENTE



## Características da enfermeira

- Idade e anos de experiência profissional
- Prática reflexiva
- Formação
- Sentimentos vivenciados
- Estratégias adotadas

# CARACTERÍSTICAS DA ENFERMEIRA



Fatores relativos à enfermeira

Fonte: Sapeta (2007)

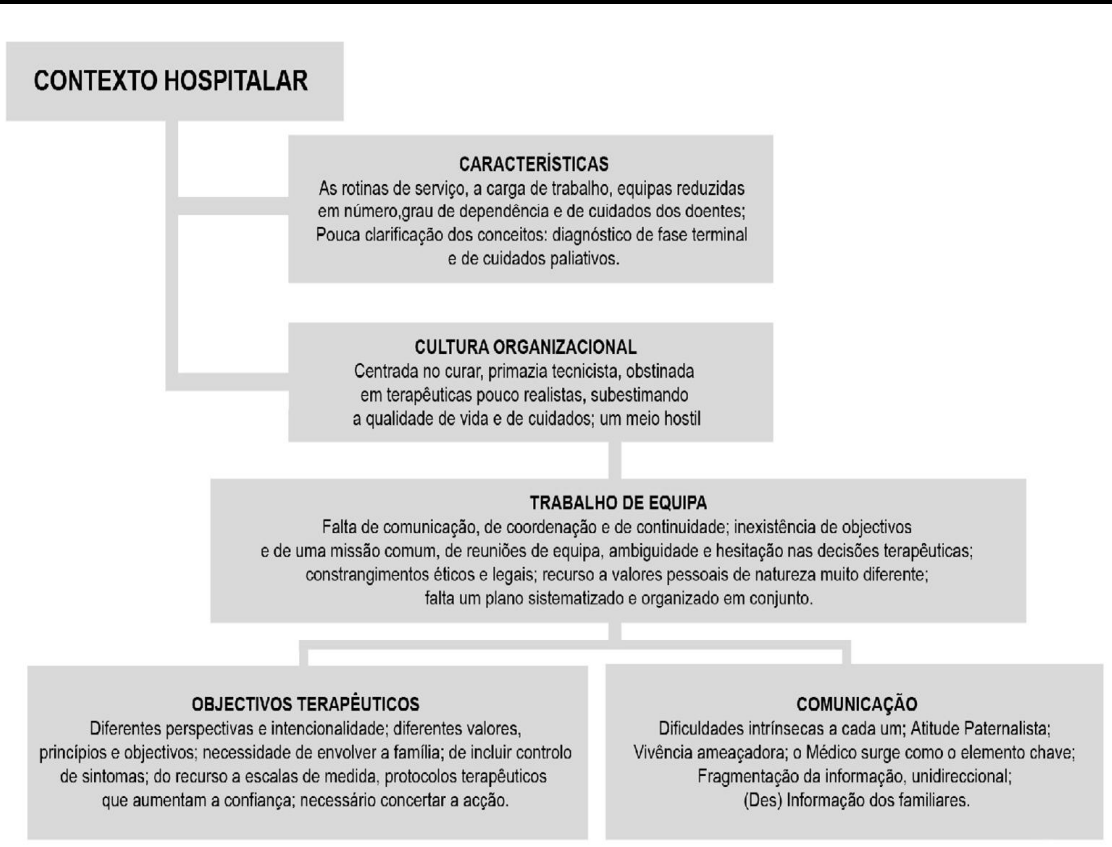
# CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E CULTURAIS



Fatores do contexto social e cultural

Fonte: Sapeta (2007)

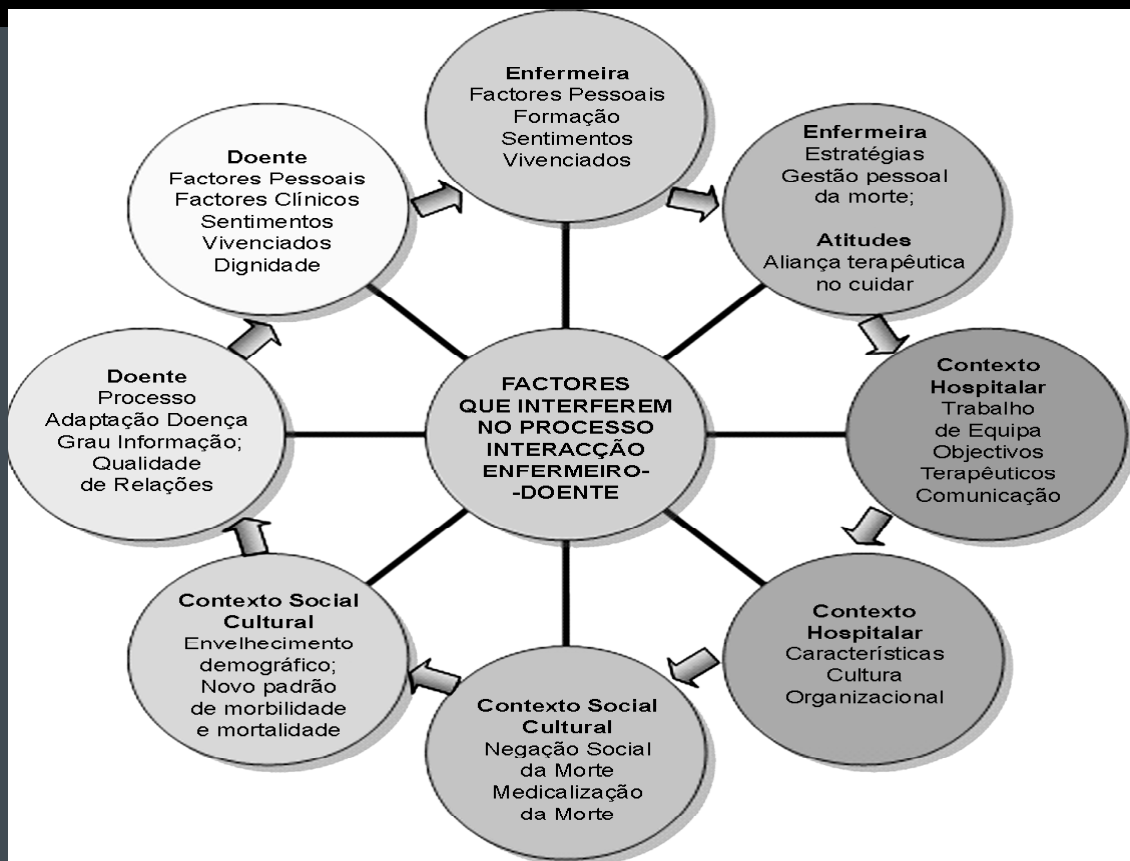
# CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO HOSPITALAR



Fatores relativos ao contexto hospitalar

Fonte: Sapeta (2007)

# CONCLUSÃO



Fatores que interferem no processo interação enfermeiro-doente

Fonte: Sapeta (2007)

# Referência Bibliográfica

- Sapeta, Paula e Lopes, Manuel. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. Revista Referência. II série, 2007, Vol. n.º 4.

Dúvidas/Questões

# Obrigada!

Fonte: Sapeta (2007)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Clube de Revistas

Artigo "Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente"

Cláudia Carvalho, aluna n.º 192011037  
Sob orientação de:  
Professora Georgiana Marques da Gama  
Enfermeira Sandra Neves

IPOLFG, EPE – Unidade de Assistência Domiciliária  
16 de Janeiro de 2013