



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CUIDADO ESPECIALIZADO  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM FIM DE VIDA**

**SPECIALIZED CARE  
TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND END OF LIFE**

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

Por, Bárbara Hermana Freitas Costa

Porto, maio de 2017





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CUIDADO ESPECIALIZADO  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM FIM DE VIDA**

**SPECIALIZED CARE  
TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND END OF LIFE**

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

Por, Bárbara Hermana Freitas Costa

Sob a orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, maio de 2017



## RESUMO

A realização do presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde. Este Relatório incide sobre a Unidade Curricular - Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu cronologicamente no Serviço de Cuidados Paliativos (Módulo III) do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., no Serviço de Urgência (Módulo I) e no Serviço de Medicina Intensiva (Módulo II), sendo estes últimos realizados no Hospital Pedro Hispano, E.P.E.

Após o término do estágio, o presente relatório tem por objetivo apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. O documento redigido encontra-se dividido em quatro partes: Introdução, onde se faz o enquadramento do relatório, do estágio e dos respetivos módulos, bem como dos objetivos delineados; Caracterização dos Locais de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde através da caracterização de cada local de estágio se demonstra a existência das características necessárias ao desenvolvimento de competências; Desenvolvimento de Competências para o Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica e em Fim de vida, sob organização dos Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, não descurando as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; por fim, Conclusão, onde se explora o desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas, as dificuldades sentidas, o contributo da aprendizagem e as perspectivas futuras.

As oportunidades de melhoria encontradas, nos módulos de estágio, foram trabalhadas no sentido de as perceber, solucionar e melhorar. De uma forma geral, no Serviço de Cuidados Paliativos, procurou-se compreender a vivência dos enfermeiros perante o processo de morte, que estratégias de *coping* utilizam e que recursos dispõem, através da aplicação de um questionário confidencial – O enfermeiro perante a morte. No Serviço de Urgência, perante a observação da efetivação do transporte do doente crítico, realizou-se uma sessão de formação, à equipa de enfermagem, sobre o problema encontrado e propôs-se uma norma de procedimento com vista à segurança da efetivação do transporte. No Serviço de Medicina Intensiva, perante o cuidado a uma pessoa submetida a ventilação não invasiva, realizou-se um estudo de caso e criou-se um póster acerca da ventilação não invasiva e uma folha de monitorização na ventilação não invasiva, como forma de otimizar a prestação do enfermeiro especialista.

Concluído o percurso, considera-se que foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista de forma satisfatória e julga-se futuramente ser capaz de prestar cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, assente na ação refletida e na prática baseada na evidência científica.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Especialista, Doente Crítico, Doente Terminal, Cuidados de Enfermagem



## **ABSTRACT**

The execution of this work comes under the curricular unit Report of the 9th Master's degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal. This report focuses on the curricular unit - clinical practice in Medical-Surgical Nursing, developed chronologically in the Palliative Care Service (Module III) of Portuguese Oncology Institute, E.P.E, in Emergency Room (Module I) and Intensive Medicine Service (Module II) of Pedro Hispano Hospital, E.P.E.

After the internship ends, this report aims to present the path of acquisition and development of Specialist Nurse Practitioner's Skills in Medical-Surgical Nursing and disseminate knowledge through practice based on evidence. Using a descriptive and critical-reflective methodology, the drafted document is divided into four parts: Introduction, where the framework of the report, the Internship and the respective modules, as well as the objectives outlined are made; Characterization of the Internship in Medical-Surgical Nursing places, where through the specificities of each internship location, the existence of the characteristics necessary to the development of competencies is demonstrated; Development of Skills for the Specialized Care to the Person in Critical Situation and in End of life, under the organization of the Common Competence Domains of the Specialist Nurse, established by the Order of Nurses, not disregarding the Specific Competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing; Lastly, Conclusion, where professional development is explored in the light of acquired Skills, the difficulties experienced, the contribution of learning and the future perspectives.

The improvement opportunities found in the internship modules have been worked on in order to perceive, solve and improve them. In general, in the Palliative Care Service, an attempt was made to understand the nurses' experience regarding the death process, which coping strategies use and what resources they have, through the application of a confidential questionnaire - The nurse before death. In the Emergency service, towards the observation of critical patient transportation, a training was made in the nursing team to raise awareness about the encountered problem and a procedure norm was proposed to achieve effective transportation safety. In the Intensive Care Unit, in the care of a person Submitted to a non-invasive ventilation, a case study was carried out and a poster on non-invasive ventilation and a monitoring sheet on non-invasive ventilation was created, as a way to optimize the provision of the specialist nurse.

Completed the course, it is considered that the competences of a specialist nurse have been developed satisfactorily and judges in the future to be able to provide specialized care in the area of Medical-Surgical Nursing, through decision-making processes, based on the reflected action and the Practice based on scientific evidence.

**Keywords:** Nurse, Specialist, Critical Patient, Terminal Patient, Nursing Care



*“Não sou nada.  
Nunca serei nada.  
Não posso querer ser nada.  
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”*

Álvaro de Campos, in *"Poemas"*  
Heterónimo de Fernando Pessoa



Ao meu **Pai,**  
**Armando,**

pelo exemplo de luta, força, coragem e persistência.  
**Obrigada Pai** pelo apoio, apesar dos momentos difíceis que vivemos.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Patrícia Coelho, agradeço a sua orientação, as sugestões, os conselhos e a sua infinita disponibilidade, tolerância e compreensão.

Aos Enfermeiros Tutores e Equipas de Enfermagem encontradas nos locais de estágio, pela partilha, pela receptividade e pela dedicação recebida.

Às colegas Andreia Moreira e Carla Magalhães, agradeço os momentos de partilha ao longo do mestrado, o incentivo, a ajuda e a amizade.

Aos meus Pais por tudo o que sempre fizeram por mim, pelos quais tenho muito orgulho, respeito e carinho.

Ao Patrício, pelo incentivo, pela ajuda incondicional, pela compreensão, por saber escutar-me... por tudo...



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CP – Cuidados Paliativos

CVC – Cateter Venoso Central

DAV – Diretivas Antecipadas da Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Enfermeiro Chefe

ECG – Eletrocardiograma

ECTS - *European Credit Transfer System*

EEMC – Especialização/Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EIH – Equipa Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ER – Enfermeira Responsável

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*

GTU – Grupo de Trabalho das Urgências

HPH – Hospital Pedro Hispano

HP-HCIS – *HP Health Care Information System*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto Ciências da Saúde

IDS - Interrupção Diária de Sedação

IPOPFG – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

MAIE – Manual de Acolhimento e Integração dos Enfermeiros

mg – miligramas

mmHg – milímetros de mercúrio

nº - número

OBS – Unidade de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PaCO<sub>2</sub> – Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial

PAEI - Plano de Ativação de Emergência Interna

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PEEP – Pressão positiva no final da expiração

PVC – Pressão Venosa Central

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SC – Via subcutânea

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SCP – Serviço de Cuidados Paliativos

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPICI – Stress Pós- Internamento em Cuidados Intensivos

SU- Serviço de Urgência

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDT – Unidade de Dor Torácica

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

URD – Unidade de Rápido Diagnóstico

VNI – Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2.CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</b> .....	23
<b>3.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM FIM DE VIDA</b> .....	27
<b>3.1.Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b> .....	28
<b>3.2.Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b> .....	38
<b>3.3.Domínio da Gestão dos Cuidados</b> .....	45
<b>3.4.Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b> .....	56
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	83
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	87
<b>6. APÊNDICES</b> .....	101
<b>APÊNDICE I – O Enfermeiro perante a Morte – Questionário</b> .....	103
<b>APÊNDICE II – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico – Sessão de Formação</b> .....	163
<b>APÊNDICE III – Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetido a Ventilação Não Invasiva – Estudo de Caso</b> .....	235
<b>APÊNDICE IV – A Ventilação Não Invasiva – Póster</b> .....	285
<b>APÊNDICE V – Folha de Monitorização na Ventilação Não Invasiva</b> .....	289



## 1. INTRODUÇÃO

O Processo de Bolonha, a integrar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEEMC), previsto nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, acarreta a mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), quer as de natureza específica associadas à área de formação, e onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante. Tendo por base o Processo de Bolonha, a metodologia de aprendizagem fundamenta-se na procura do autoconhecimento e na promoção do espírito crítico-reflexivo, o que permite desenvolver aspetos no âmbito da autonomia e da responsabilidade.

No Regulamento do 9º CMEEEMC da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto Ciências da Saúde (ICS) do Porto é previsto a realização da Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), durante o 2º e 3º semestre, que comporta uma carga horária de 750 horas de trabalho, sendo 540 horas de contacto direto e 210 horas de trabalho individual do aluno, correspondendo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS). A realização do Estágio em EMC encontra-se dividida em 3 módulos, o que diz respeito a 10 ECTS e 180 horas de contacto em cada módulo. Os módulos não são precedentes entre si e a sua ordem foi delineada pela UCP, e descritos por ordem cronológica são:

- Módulo III – Opcional - que decorreu no Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPOPFG), com início no dia 2 de maio e com término no dia 25 de junho de 2016;
- Módulo I – Serviço de Urgência (SU), que decorreu no SU do Hospital Pedro Hispano (HPH), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), no período de 12 de setembro a 5 de novembro de 2016;

- Módulo II – Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), que decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HPH da ULSM, a partir do dia 7 de novembro de 2016 ao dia 13 de janeiro de 2017.

Previamente à realização do Estágio em EMC foi elaborado um projeto de estágio, que me permitiu desenvolver uma cultura de autonomia baseada na reflexão crítica com base na evidência científica. A estruturação desse projeto contemplou o perfil de competências pessoal, motivação e projeto profissional, onde o mesmo foi alicerçado em objetivos, concretizáveis com recurso a estratégias/atividades que respeitassem o *timing* estabelecido.

A frequência num curso de carácter profissional, como o 9º CMEEEMC prevê a realização do estágio como uma medida fundamental, uma vez que permite ao estudante a aplicação prática e a integração dos conhecimentos académicos e empíricos adquiridos, ao longo de uma prática clínica tutelada, sistematizada e planeada.

O presente documento trata-se de um Relatório de Estágio, concebido com o término do Estágio em EMC, sob orientação de um Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), proposto pela UCP. A realização do relatório de estágio justifica-se com o definido pelo Processo de Bolonha, previsto, nos termos do Artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, dado que o plano de estudos do curso integra a realização de estágio de natureza profissional, objeto de relatório final, com a possibilidade de progressão de grau académico - Mestrado.

Atualmente sou prestadora de cuidados de enfermagem no Serviço de Onco-Hematologia do IPOFG, e neste contexto sou muitas vezes confrontada com a necessidade de prestar cuidados a doentes críticos, frequentemente por choque séptico e na iminência de/ou em paragem cardio-respiratória. Simultaneamente, no serviço onde exerço a minha atividade profissional, sou confrontada com a necessidade de prestar cuidados a doentes em fim de vida, num contexto de doença oncológica avançada. Reconhecendo as dificuldades sentidas, na coordenação e sincronização de respostas eficazes em equipa ao doente crítico e em fim de vida em contexto de internamento, decidi ingressar no CMEEEMC, tendo estas experiências profissionais influenciado na escolha dos locais de estágio.

De acordo com o plano de estudos do Estágio em EMC, o Módulo I e II, concretizaram-se em serviços de enfermagem e unidades de saúde protocoladas com a UCP, nomeadamente o SU da ULSM – HPH, que me proporcionou um contexto de

prestação de cuidados emergentes/urgentes a doentes críticos de etiologia múltipla e o SMI da ULM – HPH, que igualmente me proporcionou um contexto de prestação de cuidados a doentes críticos, mas num ambiente mais controlado e intensivo. Relativamente ao Módulo III – Opcional, aquando, do momento de escolha do local de estágio percebi que nenhum dos locais disponíveis iam ao encontro das minhas necessidades e ambições profissionais, por isso realizei um pedido à Coordenadora de Curso, para a sua realização no SCP do IPOFG, E.P.E., tendo este sido concedido.

Por tudo isto, a concretização do Estágio em EMC nos locais de estágio selecionados, reúne as características necessárias ao desenvolvimento das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A sua realização foi simultaneamente orientada por um Professor Orientador pertencente à UCP, nomeadamente a Mestre Patrícia Coelho e tutorado por Enfermeiros Especialistas e Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com experiência profissional relevante na área de especialização, em cada módulo do Estágio em EMC.

No decorrer da prática clínica desenvolvi estratégias e atividades com vista a desenvolver competências na área de EEMC. De acordo com a OE (2009), a prática clínica é a atividade fundamental do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem. Desta forma, o estágio é encarado como o momento e o espaço primordial para o desenvolvimento de competências de prática clínica, sendo em particular, o momento formativo fundamental para o desenvolvimento de saberes e competências no âmbito da pessoa em situação crítica e em fim de vida.

O **“Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica e em Fim de Vida”** titula e conduz o presente Relatório de Estágio, uma vez que identifica a preferência e experiência profissional e o contexto da prática clínica. Como linha condutora deste relatório, justifica-se um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado especializado ao doente em contexto de situação crítica e em fim de vida, no respeito pela sua dignidade humana.

Terminado o Estágio em EMC, impera a necessidade de proceder a uma análise sobre a forma como as experiências e intervenções realizadas contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. Neste sentido, a produção deste relatório visa demonstrar a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e de que forma as intervenções e

reflexões realizadas contribuíram para a aquisição de competências. Assim, com o presente relatório proponho:

- Descrever o percurso de evolução e de aprendizagem ao longo do Estágio em EMC;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, com especial ênfase para a identificação de oportunidades de melhoria, bem como na procura de soluções e estratégias para a concretização das mesmas;
- Demonstrar as competências adquiridas, através da descrição das atividades desenvolvidas, na identificação de oportunidades de melhoria e no desenvolvimento de soluções eficazes para os problemas encontrados;
- Disseminar o conhecimento mediante a prática baseada na evidência;
- Dar resposta a um processo avaliativo, enquadrado no CMEEEMC;
- Obter o grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a elaboração do documento adotei a metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com suporte de revisão bibliográfica, recorrendo a bases de dados, publicações periódicas e a trabalhos de investigação em contexto de mestrado e doutoramento. Para além destes recursos, saliento as oportunidades de aprendizagem, no contexto da prática, disponibilizadas pelos doentes e família, a sabedoria transmitida pelos profissionais de saúde dos serviços, com especial destaque à tutoria dos enfermeiros EEMC dos locais de estágio e à orientação do Mestre em Enfermagem com EEMC.

O relatório divide-se em quatro partes: Introdução, Caracterização dos Locais do Estágio em EMC, Desenvolvimento de Competências para o Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica e em Fim de Vida e Conclusão. Na introdução faço um enquadramento do Relatório e do Estágio em EMC no CMEEEMC, dos módulos de estágio realizados, a justificação das opções, bem como os objetivos delineados para o relatório. Na segunda parte, caracterizo os serviços da prática clínica de cada módulo do Estágio em EMC. Na terceira parte, elaboro uma descrição e análise crítico-reflexiva das intervenções realizadas em estágio com vista à aquisição de competências. Optei por estruturar a terceira parte de acordo com os Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidos pela OE (2009), não descorando as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por fim, na Conclusão exploro sucintamente o desenvolvimento profissional à luz das competências

adquiridas, as dificuldades sentidas, os contributos da aprendizagem e as perspetivas futuras. Termina com as Referências Bibliográficas e os Apêndices.

As Referências Bibliográficas encontram-se formuladas de acordo com a norma APA (*American Psychological Association*).



## **2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

As características dos locais da prática clínica de cada módulo do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em complementaridade com a base teórica lecionada durante o CMEEEMC e o suporte contínuo de pesquisa bibliográfica, para uma prática com base na evidência científica, constituíram o pilar para consecução dos objetivos dirigidos ao desenvolvimento de competências de enfermeiro EEMC.

A integração nas equipas multidisciplinares, a noção da estrutura física e organizacional dos serviços, bem como a forma com que os serviços se articulam com outras unidades, a perceção das metodologias de trabalho e dos protocolos de atuação, normas e regulamentos existentes, revelaram-se elementos essenciais para o percurso de desenvolvimento de competências. Assim, neste capítulo pretendo de uma forma clara e por ordem cronológica caracterizar os diferentes locais de estágio onde efetuei o meu percurso, de forma a integrar a dinâmica funcional dos serviços de cada local de estágio.

O **Serviço de Cuidados Paliativos (SCP)** do IPOPGF localiza-se no piso 1 do edifício E, e é constituído por vinte camas de internamento, pelas quais recebe doentes com doença oncológica avançada e incurável com um prognóstico reservado. Atualmente este serviço de internamento faz parte integrante de um conjunto de respostas ao doente com necessidade de acompanhamento paliativo, o qual inclui dois serviços de internamento, a consulta externa, a consulta telefónica, uma equipa intra-hospitalar e uma equipa de apoio ao domicílio. A equipa paliativa que assegura o acompanhamento destes doentes, é multidisciplinar sendo constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais e nutricionista que procuram, em toda a sua atuação, prestar cuidados de excelência com vista a garantir conforto, qualidade de vida e bem-estar físico, psíquico e espiritual do doente e sua família.

Pela observação, interação com a equipa multidisciplinar e consulta do Manual de Acolhimento e Integração dos Enfermeiros (MAIE), consegui perceber que, quando não há resposta da doença ao tratamento curativo e conseqüentemente há progressão da doença verificada pelo médico assistente do doente, este habitualmente propõe Cuidados

Paliativos (CP) decorrente de uma consulta de grupo, da consulta externa ou de um internamento (dependendo do contexto da situação), sendo esta decisão tomada em parceria, com os vários profissionais de saúde, o doente e a família. Posteriormente, todos os pedidos de seguimento por CP são discutidos, semanalmente em sede de comissão constituída pelos médicos do serviço e pela enfermeira chefe, que avaliam o processo clínico do doente, tendo por base os critérios definidos e presentes no MAIE do SCP. De certa forma, este processo revela a forma como os demais serviços da instituição se articulam com o SCP, no entanto é ainda importante referir a importância da Equipa Intra-Hospitalar (EIH) como contributo desta articulação. Para os doentes internados que foi solicitada e aguardam colaboração do SCP, encontra-se destacada a EIH que após a avaliação e admissão do doente no SCP, na ausência de vagas no serviço de internamento, acompanha o doente, realizando visitas ao local onde se encontra internado sempre que necessário, até que surja a vaga.

No decorrer da prática clínica tive a possibilidade de colaborar em todos os campos de intervenção do SCP, nomeadamente, na reunião semanal da equipa interdisciplinar, onde é realizada a apresentação formal e estruturada de cada caso e situação clínica do doente, sendo fornecidos dados por cada um dos intervenientes acerca da sua própria visão, sobre o doente, a família e intervenções realizadas. A minha participação na reunião foi realizada de forma ativa, uma vez que discuti juntamente com a equipa os sinais e sintomas que determinado doente apresentava e em conjunto foram traçados planos de cuidados que envolvessem o binómio doente/família em todas as suas dimensões de encontro às suas necessidades. Tive ainda a oportunidade de colaborar na consulta externa e na visita domiciliária, nomeadamente no acompanhamento do doente terminal e da sua família, para a deteção e despiste do agravamento sintomático e dos sinais de exaustão do cuidador, bem como na prestação de ensinamentos, entre outros.

O **Serviço de Urgência** (SU) situa-se no piso -1 do HPH e constitui um serviço de urgência com um nível de resposta Médico-Cirúrgica, que se articula com a Urgência Polivalente do Hospital São João e do Hospital Santo António na necessidade de cuidados com nível de diferenciação superior conforme estabelecido pela Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (Grupo de Trabalho das Urgências (GTU), 2006). Trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e como tal o segundo nível de acolhimento de situações urgentes/emergentes. Cumpre os requisitos exigidos, no que diz respeito, ao nível de responsabilidade dos Serviços de Urgência, à estrutura, aos recursos humanos, à formação, aos critérios e indicadores de qualidade e ainda, é sustentado num processo de

monitorização e avaliação, como legislado no Artigo n.º4, do Despacho n.º 10319/2014 de 25 de julho de 2014. Trata-se de uma unidade diferenciada, a qual dispõe de valências médicas e equipamento mínimo obrigatório legislado no Despacho anteriormente enunciado. Para além de estar articulada a um nível superior, encontra-se articulada a um nível inferior com o Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde (primeiro nível – urgência básica).

Este serviço de atendimento urgente/emergente situa-se no piso -1 do HPH e de uma forma geral, no ponto de vista estrutural é composto por:

- 2 Postos de Triagem, onde se inicia o atendimento ao doente, pela triagem de prioridades, efetuada através do Sistema de Triagem de Manchester, o que permite o apoio científico à tomada de decisão e uma melhor gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo um atendimento mais célere e clinicamente adequado (Silva, 2009). Posteriormente ao processo de triagem, o doente é encaminhado, de acordo com a prioridade, para a valência médico-cirúrgica adequada;
- Sala de Emergência, que fica imediatamente ao lado dos postos de triagem e tem capacidade física para responder a duas situações emergentes simultâneas;
- Sala de Trabalho de enfermagem;
- Sala de Inaloterapia;
- Cirurgia, Pequena Cirurgia / Ortopedia, onde se realiza a abordagem primária e secundária à vítima de trauma e se operacionalizam as técnicas de imobilização e alinhamento cervical (com a aplicação do colar cervical) e a imobilização da vítima em plano duro com a utilização de estabilizadores laterais de segurança;
- Sala de Tratamentos 2, que corresponde a uma Unidade de Rápido Diagnóstico (URD), como preconizado pelo GTU, a URD corresponde a uma unidade de decisão clínica para onde transitam alguns doentes, não internados, enquanto aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou observação por especialidades (GTU, 2006).
- Unidade de Observação / Unidade de Dor Torácica (OBS/UDT), que permite a permanência de curta duração de 16 doentes, com monitorização disponível em 14 camas, sendo que 4 das mesmas constituem a UDT. A UDT existe desde 1998 e tem como objetivo principal a avaliação diagnóstica do doente com dor torácica (ULSM, 2007). Nesta área de atuação, os doentes encontram-se em camas, como se fosse uma

unidade de internamento de curta duração, e estão com monitorização cardíaca permanente.

A oportunidade de realizar turnos nas diferentes valências do SU foi sem dúvida um contributo importante para a compreensão e participação da dinâmica funcional, permitindo-me analisar o processo de abordagem ao doente urgente e emergente nas distintas áreas.

Por último, o **Serviço de Medicina Intensiva** (SMI) situa-se no piso -1 do HPH e de uma forma geral, é constituído por uma área clínica e uma área não clínica, nesta encontra-se a sala de espera dos familiares, o *guichet* da assistente técnica e os vestiários. Para aceder à área clínica é necessário autorização para entrar ou ser portador de um cartão que permita o seu acesso, sendo esta constituída por gabinetes (enfermeira chefe, médicos e diretor clínico), pela copa, pela sala de reuniões, pelo laboratório (onde consta o equipamento para realizar gasometrias), pela sala de descanso, pelo armazém de material clínico, pela sala de sujos e pela área de doentes. A área de doentes é constituída por 10 unidades, das quais três das unidades são quartos de isolamento e ainda possui mais duas unidades a fim de serem utilizadas em situações de exceção e/ou catástrofe. No entanto o SMI concebe apenas capacidade, em termos de recursos humanos, para receber 8 doentes. Efetivamente, no que concerne ao número de enfermeiros o serviço possui apenas 23 elementos (incluindo a enfermeira chefe e o enfermeiro de referência) ao invés dos 4/5 enfermeiros por cama para assegurar o horário na totalidade conforme defendido pelo Ministério da Saúde (2003). As unidades dos doentes encontram-se dotadas de todo o material individualizado recomendado e encontram-se dispostas em L à exceção dos quartos de isolamento que se situam nas costas laterais do balcão central (espaço de registo clínico, de preparação terapêutica e de central de monitorização). Do balcão central não é possível observar todos os doentes o que constitui desde já uma limitação, dado que os quartos de isolamento, não permitem uma linha de visão direta enfermeiro-doente, como seria desejável (Ministério da Saúde, 2003).

Ao longo dos diferentes módulos do Estágio em EMC, partilhei experiências, dúvidas e receios com as equipas e com os enfermeiros tutores EEMC, que se tornaram fundamentais no desenvolvimento de competências, para uma melhoria contínua dos cuidados especializados prestados. Como refere Rego (2010) a prática exige espaços de reflexão de diálogo nas equipas a fim de potenciar a criatividade e aumentar a qualidade de resposta às solicitações dos doentes.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM FIM DE VIDA**

O Enfermeiro Especialista é um profissional que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo por base na sua ação as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, expressas num conjunto de competências especializadas direcionadas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 – OE, 2011).

A OE definiu um conjunto de domínios de competências comuns, que caracterizam o enfermeiro especialista, independentemente, do seu campo de intervenção. Nos termos do Artigo 3º do Regulamento n.º 122/2011 – OE (2011), as competências comuns são

*“as competências partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.*

Por outro lado, as competências específicas são

*“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.*

Os próximos subcapítulos foram organizados com base nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências no domínio da gestão dos cuidados; Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, para sua organização, optei por em cada domínio de competências comuns, delimitar as metas às quais me propôs a atingir e as atividades realizadas ao longo do Estágio em EMC, evidenciando em negrito os respetivos objetivos, os módulos de estágio e as competências adquiridas no percurso.

### **3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A prática clínica do enfermeiro EEMC é imensamente geradora de situações complexas, quando o seu cuidado implica a pessoa em situação crítica ou em fim de vida. Perante o que foi dito, esta prestação de cuidados especializados implica uma elevada complexidade e exigência no desenvolvimento de competências do enfermeiro EEMC, para a tomada de decisão baseada numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, aspetos legais e valores e normas deontológicas com vista a promover a proteção dos direitos humanos e consequentemente a dignidade da pessoa.

**Objetivo: Respeitar a singularidade e dignidade do doente crítico ou em fim de vida, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais.**

O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia. A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos com base nos seus valores, nas suas crenças e nos seus desejos da natureza individual, sendo influenciado pelo ambiente no qual vive e se desenvolve (OE, 2009). Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (doente/família e enfermeiro). Tendo em conta o mencionado anteriormente, a intervenção do enfermeiro é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro (Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) - Artigo 99º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Durante a prática clínica ao longo dos três módulos de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados centrados no doente, dado que o doente foi o verdadeiro centro da minha ação, onde esteve sempre presente as suas tradições culturais, as suas preferências e valores pessoais, a situação familiar e os seus estilos de vida, como elementos a considerar em todas as fases do processo de cuidar. Face ao explanado, o enfermeiro EEMC tem de estar desperto para a multiculturalidade atual, vigorando os princípios e as práticas gerais da enfermagem transcultural, isto é, adequar o Cuidar às necessidades do doente, às necessidades de cultura e de crença individual do mesmo. No seu exercício profissional o enfermeiro EEMC observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de respeitar e fazer respeitar as opções

políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (CDE, integrado no EOE - Artigo 102º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)

No **Módulo III – SCP**, a minha intervenção direcionou-se numa preocupação efetiva na promoção e maximização da qualidade de vida do doente terminal no tempo que resta, garantindo a palição, com respeito pela sua dignidade, no cumprimento das regras de ordem ética e deontológica profissional. No sentido da valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes em fim de vida, sugere-se um novo valor para a vida, o controlo sintomático, que nasce na obtenção de conforto e da omnipresença da morte. E é este valor que faz com que a ação terapêutica e de conforto adquiram um significado próprio (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, define cuidados paliativos como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, tendo o principal objetivo a promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

No respeito pela dignidade humana, um dos aspetos básicos da relação entre o enfermeiro EEMC e o doente é o respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida face ao seu projeto de cuidados em fim de vida. Este direito do doente com doença avançada, incurável e limitadora da vida, encontra-se sustentado pela obrigação ética, deontológica e legal do enfermeiro salvaguardar e proteger os direitos humanos. Pela prestação de cuidados paliativos, atribui-se ao enfermeiro um papel de “advogado” do doente, como aquele que assegura, defende os seus direitos, os seus desejos e a sua vontade, e zela para que sejam respeitados.

O enfermeiro EEMC acompanha o doente terminal privilegiando a sua qualidade de vida, diminuindo a sua dor, o seu sofrimento, ajudando-o a aceitar e a preparar-se para a morte. Em cuidados paliativos (CP) não há lugar para o estabelecimento de uma terapêutica inútil, em que em nada vai contribuir para a sua cura, mas apenas para um arrastamento prolongado de sofrimento. No decorrer do estágio, como futura enfermeira EEMC, tive oportunidade de estabelecer uma relação de ajuda com o doente e sua família, na aceitação do processo de morte, no controlo de sintomas, no alívio do sofrimento,

através da solidariedade, presença, atenção, dando auxílio para a busca de um sentido ao tempo que falta viver, garantindo conforto à pessoa e o direito a morrer a sua própria morte.

Durante a prática clínica, lembro-me a senhora B, que se encontrava numa angústia extrema, num grande sofrimento existencial, tendo pedido à equipa que a ajudasse a morrer. Mas tomar decisões perante a vontade expressa de finitude de vida da senhora B, levou-me inevitavelmente a refletir para uma questão ética complexa.

Perante a situação da senhora B houve um envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, família e do próprio doente para a busca de uma solução para a imensidão de sofrimento sentido pela mesma. Depois de esgotadas todas as formas de alívio de sofrimento da senhora B, pelo alívio sintomático, pelo apoio psicológico incondicional, pelo recurso a fármacos como antidepressivos e ansiolíticos, o sofrimento existencial mantinha-se refratário a todas estas medidas. A sedação paliativa surgiu como a possibilidade de devolver à senhora B algum conforto, como uma decisão tomada no seio de toda a equipa multidisciplinar, doente e família. Esta tomada de decisão conjunta, torna o doente e seus familiares, como parte integrante da equipa assistencial que juntamente com os profissionais de saúde colabora na tomada de decisão.

A sedação paliativa é entendida como um procedimento para alívio de sintomas refratários às estratégias habituais em cuidados paliativos pela utilização de sedativos, através da diminuição do nível de consciência (Mercadante et al., 2011), sem o objetivo de diminuir o tempo de vida ou de atingir um determinado nível de consciência. O nível de sedação deve ter em conta o objetivo da mesma e os desejos do doente/ família. A sedação paliativa é o uso controlado de medicamentos com o objetivo de induzir um estado de consciência diminuída ou ausente, a fim de aliviar o sofrimento físico e/ou psicológico inalcançável com outras medidas (Barbosa, 2010; Rousseau, 2005). Na definição geral é necessário ter em conta o objetivo da intervenção e os conceitos de sofrimento intolerável e de sintoma refratário. O grau e duração de sedação, assim como os aspetos farmacológicos dos medicamentos envolvidos devem ser considerados (Morita, Tsuneto & Shima, 2002).

Sendo um dos objetivos dos CP a manutenção de uma vida ativa tanto quanto possível, a redução do nível de consciência deverá ser o último recurso, a utilizar quando um ou mais sintomas não foram controláveis através das estratégias habitualmente utilizadas e/ou em tempo útil. Sendo esta a definição de sintoma refratário. A distinção entre sintoma de difícil controlo e sintoma refratário implica experiência e trabalho em equipa (Gonçalves, 2011).

De acordo com o consentimento e a vontade expressa da senhora B , bem com o envolvimento na tomada de decisão da doente, da equipa multidisciplinar e da família, tive oportunidade de observar a implementação da sedação ligeira. Na verdade, o efeito da sedação ligeira permitiu controlar a ansiedade da senhora B, que apesar de se encontrar mais sonolenta, continuou a interagir de forma tranquila com os seus familiares. Foi desgastante presenciar a imensidão de sofrimento, mas muito reconfortante verificar que a equipa ofereceu uma resposta que contribuiu significativamente para o alívio do sofrimento da doente e da família.

No entanto decidir sedação paliativa envolve muitas questões. Como saber que o sintoma justifica recorrer a sedação paliativa? E o que é, exatamente, um sintoma refratário?

A decisão ética baseia-se no princípio da beneficência ser muito superior ao princípio da maleficência. Este é o princípio do duplo efeito, a sedação paliativa é eticamente permitida porque o objetivo é o benefício para o doente, o alívio do sofrimento, não sendo ético o doente falecer em sofrimento sem que a equipa recorra a todos os meios possíveis para o seu alívio (Barbosa, 2010). A família pode sentir-se desconfortável com o uso da sedação, pois faz um luto antecipatório pela deficiente capacidade de interagir com o doente, podendo discordar quanto à sua indicação.

A Associação Europeia para Cuidados Paliativos (Cherny & Radbruch, 2009), considera importante e necessária esta terapia no tratamento de determinados doentes em cuidados paliativos com angústia, de forma refratária, devendo ser aplicada com rigor clínico para não se tornar uma prática nociva e anti-ética.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Bioética divulgou *guidelines* para a sedação paliativa contínua até à inconsciência, devendo o doente ter uma doença terminal. De acordo com o Parecer n.º P/20/APB/10, destaco algumas das indicações, tais como o facto, em que o doente deve estar em profundo sofrimento existencial (sofrimento para o qual todas as alternativas de tratamento razoável e efetivo são para si inaceitáveis); a existência de uma Ordem de Não-Reanimar deve estar inscrita no processo clínico; o tempo até à morte pela doença deve ser menor ou igual ao tempo até à morte por desidratação induzida pela sedação paliativa (...) (Nunes & Rego, (2010). Considero que, a prática sustentada em *guidelines* é uma forma de aplicar com rigor a atividade clínica, como futura enfermeira EEMC, conhecer e seguir as *guidelines*, não só da sedação paliativa, mas em toda a diversidade da prática clínica, é o caminho para a prática baseada na evidência.

No **Módulo I – SU**, perante o cuidado especializado ao doente em situação crítica, no respeito pela dignidade humana, um dos aspetos básicos da relação entre o enfermeiro EEMC e o doente crítico é o respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida face ao seu projeto de saúde. Este direito do doente encontra-se sustentado pela obrigação ética, deontológica e legal do enfermeiro salvaguardar e proteger os direitos humanos.

O enfermeiro EEMC tem o dever ético e legal de informar de forma esclarecida o doente acerca das intervenções necessárias para a promoção/tratamento da sua saúde e respeitar a sua capacidade de autodeterminação.

O consentimento em saúde é um elemento necessário à prática atual de intervenções de saúde prestadas não só pelo enfermeiro EEMC, mas por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma, o consentimento em saúde surge como um direito que o doente tem para decidir receber ou recusar determinada prestação de saúde, e como um dever que o profissional de enfermagem deve respeitar e assegurar.

Nos termos do Artigo 5º da Convenção de Oviedo, Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, configura que,

*“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”.*

Depreende-se assim, que a informação que o enfermeiro EEMC fornece ao utente é a informação que lhe irá permitir, efetivamente consentir ou recusar a intervenção de saúde proposta. Assim no decorrer do Estágio em EMC, tive como preocupação constante, garantir que a informação fosse dada numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando obstáculos culturais e linguísticos. Preocupei-me ainda, em perceber se o doente compreendeu a informação, validando-a, esclarecendo dúvidas, e até mesmo reformulando muitas vezes o conteúdo da informação. Só assim, o doente teve a possibilidade de decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, aceitar ou recusar uma intervenção.

A profissão de enfermagem, pela natureza da prestação de cuidados, pela sua especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnica, impõe a necessidade de um regime jurídico. Em Portugal, o exercício profissional de enfermagem encontra-se

legislado através das leis que sustentam o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE).

No REPE, nos termos do n.º 1 do Artigo 8º do Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril, no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. No EOE, nos termos do Artigo 105º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro:

*“No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.*

Pode deduzir-se assim, que o direito ao consentimento livre e esclarecido do utente está assegurado pelo dever do enfermeiro EEMC informar o utente, respeitando a sua autonomia e dignidade humana. Ou seja, o enfermeiro está obrigado a dar resposta com responsabilidade (com exatidão) e cuidado (gentileza, atenção, utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda) a todos os pedidos de informação e explicação feitos pelos utentes no domínio de cuidados de enfermagem.

As intervenções de enfermagem carecem do consentimento do doente, e não devem ética e legalmente, ser praticados atos que o doente, por meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida, recusou. Contudo, apesar do consentimento ser necessário a qualquer intervenção, nem todos os utentes têm capacidade para o prestar. Esta exceção está muito presente no cuidado especializado ao doente em situação crítica.

No caso do doente se encontrar com alterações do estado de consciência, como tive oportunidade de me deparar na sala de emergência do **SU**, a obtenção do consentimento livre e esclarecida não é viável. Nestas situações, adequiei a minha prática clínica à luz do consentimento presumido.

O consentimento presumido é importante nos casos em que o doente está inconsciente ou não está legalmente representado e há risco sério para a sua saúde e/ou para a sua vida, em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Em situações de emergência, verifica-se muitas vezes que ao doente é impedido obter o seu

consentimento explícito, o que legitima, o enfermeiro EEMC a agir no melhor interesse daquele, tendo em conta o princípio da beneficência, e presumir o seu consentimento.

Nos termos do Código Penal, do n.º 2, do Artigo 39º do Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março,

*“Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”.*

Desta forma, o consentimento presumido é lícito ao enfermeiro EEMC em situações de urgência.

Nos termos do Artigo 107º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente. No SU a promoção da privacidade e o respeito pela intimidade do doente carece maior importância, pela dificuldade acrescida pelo contexto físico e funcional do serviço. É exemplo disso, a área de triagem, dado que o posto de triagem apenas se encontra delimitado por uma cortina. Um doente que se dirija ao posto de triagem, onde através do processo de comunicação, com o enfermeiro, expõe as suas queixas, percebe que estas podem ser ouvidas quer pelo segurança que se encontra no corredor, quer pelos doentes que esperam ser triados, quer pelos doentes que dão entrada no SU em maca de transporte e aguardam no corredor transferência para uma maca do SU, entre outros que passam no corredor, naquele momento. Esta situação levanta questões éticas na medida em que compromete a promoção da privacidade e o respeito pela intimidade do doente. Perante esta constatação, tive oportunidade de refletir com o enfermeiro tutor EEMC, na procura de uma solução de melhoria para esta situação, no entanto seria necessário obras nas instalações físicas dos postos de triagem. Perante as adversidades desta necessidade, estabeleci uma comunicação com os doentes num volume de voz, não mais elevado do que o necessário.

Uma outra questão ética, que pude refletir diz respeito ao acesso a informação clínica do doente, através dos sistemas de informação utilizados, mais precisamente o *HP Healthcare Information System* (HP-HCIS) no SU. Atualmente, o modelo atual de cuidados hospitalares, no que concerne ao acesso e utilização da informação clínica do doente, prevê que a equipa multidisciplinar tenha acesso aos processos clínicos dos doentes, havendo desta forma partilha da informação que originalmente é revelada a outro profissional de saúde. Esta perda de confidencialidade tem sido considerada benéfica para a assistência ao doente, uma vez que visa proporcionar-lhe todos os cuidados disponíveis

na instituição para o correto diagnóstico e tratamento. No entanto, este acesso ao processo clínico deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico e não acessível a todos os profissionais de saúde, sendo eles necessários ou não ao processo de assistência de um determinado doente. Do meu ponto de vista, é a necessidade terapêutica que deve determinar o acesso à informação, pelo que as normas e as rotinas que possibilitam ou restringem o acesso aos dados do doente devem ser objeto de atenção e aperfeiçoamento das unidades de saúde.

No **Módulo II - SMI**, procurei envolver-me no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar, de forma a promover a dignidade do doente. Assim, quando a minha prática clínica foi dirigida a um doente crítico consciente, tive o cuidado de o envolver no seu processo terapêutico, respeitando a sua autonomia como forma de participação na tomada de decisão, informando-o adequadamente e solicitando o seu consentimento para todas as intervenções.

Em qualquer momento, o consentimento é livremente revogável pelo doente, contudo, para o enfermeiro EEMC este só pode ser substituído pelo consentimento presumido nos casos em que o doente crítico não pode dar o seu consentimento. O consentimento presumido aplica-se quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros que permitam inferir que o doente se oporia a uma determinada intervenção, como na ausência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV).

Em Portugal, surge no ano de 2012, a Lei do Testamento Vital, e de acordo com o Artigo 1º da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, a lei estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde. Nos termos do n.º 1 do Artigo 2º da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho,

*“as Diretivas Antecipadas de Vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.*

Pela DAV, num prazo de cinco anos, o doente pode ter expresso a sua vontade antecipada consciente, livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte artificial das funções vitais, a tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a

tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte. Da mesma forma que pode expressar a sua vontade de receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada (n.º 2, Artigo 2º, Lei n.º 25/2012 de 16 de julho). As DAV encontram-se registadas no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), registo ao qual o médico assistente do doente tem acesso. Quando um doente efetuou o registo da sua DAV no RENTEV, o médico assistente depois de aceder à sua DAV, deve anexá-la ao processo clínico do doente (Artigo 17º, Lei n.º 25/2012 de 16 de julho).

Na prática clínica no SMI, a impossibilidade de obter consentimento informado do doente em situação crítica, no cuidado especializado, está muito presente. No caso do doente se encontrar sedado, e por isso com depressão do estado de consciência, a obtenção do consentimento livre e esclarecido não é viável. Nestas situações, adequiei a minha prática clínica à luz do consentimento presumido e na ausência e/ou presença de uma DAV. Como futura enfermeira EEMC, legitimamente, agi no melhor interesse do doente, tendo em conta o princípio da beneficência, e presumi o seu consentimento de acordo com as situações encontradas.

Outro foco de atenção para o qual direcionei a minha prática clínica foi a privacidade e a confidencialidade da informação clínica do doente. Um processo de doença numa pessoa em situação crítica é gerador de uma panóplia de dados desde a avaliação inicial do doente, ao processo clínico e até mesmo a passagem de turno. Estes dados constituem informação em saúde e podem ser considerados como o mais íntimo, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa, como uma extensão do corpo ou da mente de alguém.

O sigilo, considerado como uma característica moral obrigatória da profissão de enfermagem, é tanto um direito como um dever, na medida em que sendo um direito do doente, gera uma obrigação específica nos profissionais de saúde. Assim, e de acordo com o Artigo 106º do Dever De Sigilo da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro EEMC vê-se obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão e assume o dever de considerar confidencial toda a informação acerca do doente e de a partilhar apenas e pertinememente com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Por outro lado, também a Carta dos Direitos de Acesso

aos Cuidados de Saúde, definida pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, nos termos do Artigo 6.º define que o utente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais.

A problemática da salvaguarda da privacidade e confidencialidade e proteção da intimidade e da vida privada do doente encontra-se dependente da organização dos serviços hospitalares e das práticas enraizadas.

Ao longo do Estágio em EMC tive oportunidade de refletir sobre a problemática do sigilo de informação de acordo com a minha tomada de considerações sobre as passagens de turno praticadas pelas equipas do SMI. Segundo a OE (2001), a passagem de turno apresenta-se como um momento de partilha de informação relativa ao doente que permita a continuidade de cuidados e que possibilite a discussão dos enfermeiros em prol do estabelecimento de estratégias capazes de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados por eles prestados enquanto equipa.

No SMI a passagem de turno da equipa de enfermagem é efetuada em dois momentos distintos: num primeiro tempo, o enfermeiro apresenta sumariamente cada doente a si atribuído para toda a equipa de enfermagem, onde refere os aspetos gerais do doente; num segundo tempo o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente no turno com base na folha de registos. Ambos os momentos descritos são feitos na unidade do doente e embora dirigida para toda a equipa de enfermagem estão ao alcance da escuta dos outros doentes que se encontrem acordados.

Perante o que foi dito anteriormente, ao participar nas passagens de turno quer da equipa de enfermagem, quer da equipa médica, verifiquei que, se por um lado existe vantagem na estruturação do SMI como uma sala aberta que permite a visualização direta dos doentes do balcão, como recomendado pelo Ministério da Saúde (2003), por outro lado, é acompanhada pela desvantagem da limitação da privacidade do doente crítico.

Esta situação levanta questões éticas na medida em que compromete a promoção da privacidade e o respeito pela intimidade do doente. De acordo com Pupulim & Sawada (2002), a privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade.

Muitas vezes, a promoção da privacidade do doente passa por pequenas mudanças a nível comportamental por parte das equipas de saúde. Posto isto, adotei uma postura de respeito pelas preferências do doente e família sempre que estas me foram acessíveis e durante a prestação de cuidados de higiene tive a preocupação de evitar ao máximo a

exposição corporal do doente crítico, recorrendo ao uso de cortinas para o efeito. Durante a prestação de cuidados pós-morte respeitei o corpo da pessoa. No estabelecimento do diálogo com o doente e com a família utilizei um tom de voz baixo, para salvaguardar o acesso por outrem, a informações que só àquele doente dizem respeito. Durante as passagens de turno, quando efetuadas junto do doente (consequentemente com outros doentes ao lado) procurei transmitir apenas a informação pertinente e relevante para a continuidade de cuidados e, assegurei que toda a informação relacionada com cada doente estivesse arrumada e arquivada no respetivo processo clínico, de forma a torná-la inacessível a elementos externos à equipa.

Perante as reflexões realizadas de índole ética e deontologia profissional no decorrer do Estágio em EMC, posso dizer que as expostas nos parágrafos anteriores são minutas em relação à imensidade das inferidas.

Considero portanto, que as atividades e reflexões atrás descritas foram importantes para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A tomada de decisão foi fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão. Para tal a revisão e pesquisa bibliográfica sobre questões éticas e a tomada de decisão, foram fundamentais numa atuação com respeito pelos direitos do doente/família e pelos deveres do CDE.

**Competências:** Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa doente e família, especialmente na área da EEMC.

### **3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

A melhoria contínua da qualidade envolve uma análise e revisão das práticas, avalia a qualidade e realiza programas de melhoria contínua (Regulamento n.º122/2011, OE, 2011).

**Objetivo: Participar ativa e passivamente na formação e investigação.**

A formação específica é deveras uma mais-valia, uma âncora científico-teórica, que fundamenta o meu agir e, aliada à imprescindível ferramenta de desenvolvimento profissional, integra o conhecimento e as competências adquiridas com a experiência

clínica, suportada por um referencial teórico, que me capacita a alcançar a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao ingressar a minha prática clínica no **Módulo III - SCP**, questionei a enfermeira tutora EEMC acerca das necessidades formativas da equipa, acerca da existência de um plano anual de formação, acerca de um projeto de investigação em formulação, bem como acerca de uma possível investigação a decorrer no serviço. Desta forma, constatei que no período decorrente do meu estágio, não se estava a desenvolver nenhum processo de investigação no SCP na área de enfermagem e o plano de formação anual do serviço já estava concretizado e não compreendia o período da minha permanência.

Evidentemente que necessidades formativas existem sempre em qualquer contexto da prática clínica, quer seja para implementação de um novo procedimento, quer seja para melhoria das atividades ou até mesmo para sustentação /reforço de informação.

Na sua atividade profissional, o enfermeiro do SCP é exposto diariamente à morte e ao processo de morrer, que para além da sobrecarga de luto, constitui um desafio ao seu crescimento pessoal e profissional. Ao observar e integrar a dinâmica da equipa multidisciplinar, mas essencialmente da equipa de enfermagem, que gere com abundância emoções resultantes da convivência com a morte e o processo de morrer, senti necessidade de compreender este fenómeno.

Dada esta problemática, decidi desenvolver um trabalho, que me permitisse compreender a vivência dos enfermeiros do SCP perante a morte, o qual denominei de – O enfermeiro perante a morte (Apêndice I).

Iniciei este trabalho, com a pesquisa e leitura de uma vasta pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados, repositórios e manuais, acerca da temática. Esta pesquisa e leitura aliada ao suporte teórico relacionado com a técnica de entrevista e construção de questionários, lecionados na Unidade Curricular – Métodos de Investigação do CMEEEMC, permitiu-me conceber um instrumento de colheita de dados. A construção deste instrumento foi importante no processo de desenvolvimento de competências, na medida em que me possibilitou refletir antes da ação, consciencializando-me das minhas dificuldades, à medida que construía um instrumento de colheita de dados personalizado.

Concluído o instrumento de colheita de dados, nomeadamente um Questionário, titulado como, O Enfermeiro perante a Morte, o início do processo de aplicação do questionário à equipa de enfermagem do SCP surgiu após a validação do instrumento de colheita de dados pela enfermeira tutora EEMC e pela Professora Orientadora, peritas na área de

cuidados paliativos e com mais de dez anos de profissão na área, e ainda, após a autorização e o consentimento da Enfermeira Chefe e do Diretor de Serviço.

Posteriormente, optei por solicitar a participação voluntária e confidencial dos enfermeiros do SCP no seu preenchimento, para compreender como vivenciam estes enfermeiros a morte e o processo de morrer, quais as estratégias de *coping* utilizadas e que recursos, apoios dispõem na instituição. Desta forma, entreguei os questionários nos momentos prévios e após a passagem de turno, de forma a conseguir reunir um maior número de enfermeiros. Deste modo, apesar das dificuldades sentidas na sua entrega, foi possível reunir uma amostra aleatória de 9 enfermeiras (Capítulo 3, Apêndice I).

A realização da pesquisa bibliográfica acerca do tema foi pertinente, o que me permitiu confrontar a documentação encontrada com os resultados obtidos através do preenchimento do questionário (Capítulo 4, Apêndice I).

Após a análise e interpretação dos resultados, estes indicam que os enfermeiros do SCP integram um elevado risco de *burnout*, pelas características próprias do serviço, nomeadamente pela prestação de cuidados paliativos a doentes com doença avançada, incurável e limitadora da vida e suas famílias, pela sobrecarga de trabalho, pela falta de formação recorrente acerca do luto nos profissionais de saúde, pela insensibilidade da instituição para o problema e pela falta de apoio e/ou acompanhamento formal.

Como contributo na realização deste trabalho, saliento a mobilização da literatura existente acerca do tema, bem como o aumento da sensibilização da problemática dentro da equipa de enfermagem do SCP, através da apresentação dos resultados obtidos pela aplicação do Questionário, em forma de Folheto (Apêndice 2 do Apêndice I). Acredito ter conseguido um contributo válido, para a consciencialização dos enfermeiros para o estabelecimento de momentos de reflexão/formação pessoal e/ou grupal, que de certa forma possam facilitar a vivência no período terminal da vida, e consequente, a prestação de melhores cuidados.

Ao ingressar a minha prática clínica no **Módulo I – SU**, percebi que durante o meu percurso, não se encontrava delineado nenhum dia de formação nos horários estabelecidos nos meses decorrentes da minha prática clínica. Apesar disso, eu e a colega de Estágio em EMC realizamos uma Sessão de Formação – O Transporte Inter-Hospitalar (TIH) do Doente Crítico (Apêndice II).

No decorrer deste módulo do Estágio em EMC, identificamos oportunidades de melhoria benéficas para a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, relacionada com o TIH do doente crítico. Apesar de existir uma mala de transporte na sala de

emergência, especificamente preparada para o efeito e de acordo com as Recomendações do Transporte de Doentes Críticos – 2008, da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e da Ordem dos Médicos (OM), encontramos pontos importantes a destacar e sensibilizar os profissionais de enfermagem do SU, no processo de transporte de um doente crítico.

Assim, relativamente à realização do transporte inter-hospitalar do doente crítico, sensibilizamos a equipa de enfermagem para algumas recomendações, nomeadamente:

1. Realização de uma *checklist* prévia ao transporte do doente crítico, como forma de verificar a existência e funcionamento do material possivelmente necessário;
2. Realização da avaliação para o transporte do doente crítico, que permita perceber a quantidade e qualidade dos profissionais de saúde, do equipamento e nível de monitorização necessária ao transporte conforme as reais necessidades fisiológicas do doente crítico;
3. Criação de um documento de registo durante a efetivação do transporte, que permita registar a evolução clínica, intervenções e medicação instituída durante o transporte.

Ressalvo o facto de existir no SU um documento designado por *Checklist* da mala de transporte, onde estão descritos os materiais e fármacos necessários ao transporte, mas que serve apenas como controlo de *stock* e não como uma *checklist* prévia ao transporte.

Iniciámos por realizar uma entrevista ao Sr. Enfermeiro Chefe, de forma a perceber a sua consideração para a realização da sessão de formação, tendo-se obtido um parecer positivo para a sua concretização. De seguida, conforme aconselhado pelo Sr. Enfermeiro Chefe, foi estabelecido contato com o Enfermeiro Responsável pelo Transporte do Doente Crítico do SU, a fim de perceber o que já foi desenvolvido e o que carece de desenvolvimento, em função das características da unidade.

Posteriormente foi desenvolvida uma vasta pesquisa bibliográfica acerca do tema e começaram-se a definir linhas orientadoras para a elaboração do trabalho, organizadas de forma sucinta no corpo de desenvolvimento do Apêndice II. Neste apêndice encontram-se os documentos elaborados, que dão resposta aos objetivos delineados com a sessão de formação, tais como:

1. Plano de Sessão, onde se enuncia a população alvo da sessão de formação, o local, o tempo de duração, os objetivos e os métodos e meios de concretização dos mesmos;
2. Apresentação com o conteúdo da sessão de formação, realizado através do aplicativo *Power Point*, que serviu de guia para concretização da sessão de formação;

3. Avaliação da Sessão, essencial para perceber, no final da sessão de formação, se os formandos consideraram pertinente o tema da sessão, se foi bem abordado, se os formadores conseguiram atingir os objetivos delineados, bem como receber sugestões e recomendações;
4. Norma de Procedimento, que constitui uma forma de consulta rápida para a equipa de enfermagem do SU perante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, onde constam os documentos: a Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar e o Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar. Este documento ficou no SU para revisão.

Dado o caminho escolhido através da observação e análise crítica da prática encontrada no local de estágio e da pesquisa bibliográfica encontrada, foi possível atingir os objetivos definidos.

Pela concretização da sessão de formação, não posso deixar de considerar algumas limitações ao seu desenvolvimento, nomeadamente o facto de ser realizada durante o período de prestação de cuidados, ao invés de ser introduzida num dia de formação em serviço obrigatório escalado no horário, e ainda o facto de ser realizada sobre uma população alvo reduzida.

Como contributo da elaboração deste documento, posso salientar a mobilização da literatura existente acerca do tema, bem como o aumento da sensibilização acerca da problemática dentro da equipa de enfermagem. Os documentos realizados, após reflexão com o enfermeiro tutor EEMC e com o Sr. Enfermeiro Chefe, foram disponibilizados à equipa para análise e futura implementação no serviço. Acredito ter conseguido um contributo válido, para a consciencialização dos enfermeiros para o estabelecimento de momentos de reflexão pessoal e/ou grupal, bem como para o estabelecimento de uma conduta de atividade profissional, assente na prestação de cuidados seguros, de qualidade, com base na evidência científica.

No **Módulo II – SMI**, a formação em serviço é uma realidade valorizada e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da evidência científica na prática dos cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados, ao encontro das reais necessidades da equipa de enfermagem. Afinal, em que consiste a prática baseada na evidência? Trata-se de uma utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias, investigação para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de doentes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências (Galvão, Sawada & Trevizan 2004). É o processo através do qual os

enfermeiros EEMC tomam decisões clínicas, usando a melhor evidência científica, a sua experiência clínica e as preferências do doente, no contexto dos recursos disponíveis (Dicenso, Cullum & Ciliska, 1998).

A formação em serviço permite aos elementos da equipa de enfermagem a possibilidade de atualização e reflexão sobre a prática de enfermagem, bem como reflexão sobre oportunidades de melhoria e situações problema que emergem, para as quais a equipa não está preparada para responder imediata e eficazmente. Anualmente, o enfermeiro, responsável pela formação, projeta um plano de formação em serviço, contanto com a participação de toda a equipa de enfermagem na sugestão de temas a abordar e na identificação das necessidades formativas. Desta forma, este enfermeiro responsável pela formação (enfermeiro EEMC) revela um papel fulcral para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudanças na prática, identificando os conteúdos a serem objeto de reflexão, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço.

Ao ingressar a minha prática clínica no SMI, constatei que no período decorrente do meu estágio, o plano de formação já estava em vigor para o ano 2016 e inclusive já estavam programadas sessões de formação coincidentes com a minha permanência no SMI.

De acordo com plano de formação já estabelecido no SMI, tive oportunidade de participar em dois momentos formativos, um *workshop* sobre Analgesia, Sedação e Delírio e ainda um dia de formação em serviço.

A participação no Workshop – Analgesia, Sedação e Delírio, permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos à utilização de escalas para a avaliação do doente crítico, através da realização de casos práticos, nomeadamente a *Behavioral Pain Scale* (BPS) na avaliação da dor no doente crítico entubado, o *Confusion Assessment Method in a Intensive Care unit* (CAM-ICU), na avaliação da presença ou ausência de delírio e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) na avaliação do grau de sedação. Ofereceu-me ainda, outros momentos de aprendizagem, tais como o Bloqueio Neuromuscular e a utilização do *Train-of-four* (TOF) na sua monitorização, o Protocolo da Utilização da Dexmedetomidina para a sedação, entre outros, passando a destacar o Protocolo de Interrupção Diária de Sedação (IDS).

A oportunidade de conhecer o Protocolo de IDS, permitiu-me perceber as vantagens que justificam a realização da interrupção diária da sedação como a diminuição do internamento do doente no SMI, a diminuição do tempo do doente com necessidade de

ventilação assistida, a diminuição da mortalidade e a diminuição de efeitos nocivos como a pneumonia, fundamentado no protocolo de serviço. No entanto, perante uma pesquisa bibliográfica que tive oportunidade de realizar encontrei um artigo de revisão integrativa – “*Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation*”, no qual verifiquei que não existe forte evidência desses resultados. Este artigo foi realizado através de uma revisão integrativa de estudos encontrados em bases de dados até fevereiro de 2014. Nesta revisão, não foram encontradas evidências fortes de que a IDS altere a duração da ventilação mecânica, a mortalidade, a duração do internamento em SCI, as taxas de eventos adversos, o consumo de drogas ou a qualidade de vida de adultos criticamente doentes que recebem ventilação mecânica em comparação com as estratégias de sedação que não incluem IDS (Burry et al., 2014).

A participação no dia de formação foi igualmente importante, pois se de certa forma a formação foi expositiva, também foi reflexiva, na medida em que se partilharam experiências entre os participantes, em que se consideraram estratégias, prós e contras relativamente aos assuntos abordados, como no que diz respeito às estratégias de comunicação com o doente crítico ventilado. A segurança do doente também foi um tema abordado, dando ênfase à criação de um sistema de notificação do erro no SMI, procurando estratégias e formas de o fazer. Um projeto de serviço que está a decorrer no SMI é a aplicação da musicoterapia, como forma de reduzir a dor e a ansiedade do doente crítico e melhorar o sono e a condição hemodinâmica do doente, que tive possibilidade de conhecer no dia da sessão de formação. Outros temas foram abordados nomeadamente o acolhimento familiar no SMI, onde foi dada relevância ao Risco de Stress Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) familiar.

Todos estes momentos formativos contribuíram para a prestação de cuidados especializados, fundamentados e com base na evidência científica, mas também para o crescimento pessoal e profissional como futura enfermeira EEMC.

**Competências:** Identifiquei as necessidades formativas na área da EEMC; Participei e promovi a investigação em serviço na área de EEMC; Promovi a formação em serviço na área de EEMC; Identifiquei situações de melhoria para a qualidade segurança do doente e dos profissionais; Zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC.

### **3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

No seio das organizações de saúde, o enfermeiro EEMC tem um papel preponderante no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados e até quando adequa os estilos de liderança por forma a melhorar as relações entre a equipa, com vista a atingir os objetivos institucionais.

A área de gestão de cuidados é crucial para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de Enfermagem. O enfermeiro EEMC gere os cuidados, otimizando as respostas dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, adequando os recursos existentes às situações e contextos, de forma a garantir a segurança e promoção da qualidade dos mesmos (Regulamento n.º 122/2011, OE, 2001)

**Objetivo: Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de cuidados, recursos humanos e recursos materiais.**

Para se poder oferecer uma resposta eficaz às necessidades dos doentes e suas famílias é necessário conhecer os recursos disponíveis. Pelo que foi interessante perceber como é realizada a gestão pela responsável da equipa de enfermagem do **Módulo III - SCP**. Ao longo dos turnos tive oportunidade de compreender o modelo de gestão dos recursos materiais da área do serviço através da observação e das explicações da coordenadora da equipa e restantes elementos. Inclusive tive oportunidade de experienciar um turno focado na área de gestão e supervisão de cuidados, acompanhando a enfermeira responsável de equipa de enfermagem, neste caso, quem substitui a enfermeira-chefe nas suas ausências.

À enfermeira responsável (ER), e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é inculcida a responsabilidade pela promoção da continuidade dos cuidados através da articulação com a equipa multidisciplinar e com todos os serviços institucionais capazes de dar resposta às necessidades levantadas pela equipa do SCP. Dadas as suas responsabilidades, a ER é considerada como um elemento diferenciado dentro da equipa, com boas capacidades de relacionamento, sendo-lhe reconhecidas competências técnico profissionais e de liderança por parte da equipa.

No turno em que me foi dada a possibilidade de acompanhar a ER no desempenho das suas funções, participei nos pedidos de material e na verificação do material da sala de

tratamento e da medicação do *stock* avançado, na reposição dos stocks, nos pedidos de reparação de material e equipamentos, bem como na gestão do *stock* de estupefacientes. Foi-me ainda dada a possibilidade de participar na elaboração de planos de trabalho, percebendo o modo como é realizada a distribuição das assistentes operacionais e dos enfermeiros nos diferentes turnos, tendo em conta a regularidade relativamente aos mesmos profissionais pelos mesmos doentes, possibilitando uma maior personalização de cuidados.

Perante as minhas constatações sugeri à ER que a verificação e pedido de medicação de resgate para resposta a situações emergentes como de hemorragia maciça, agitação, convulsão, entre outros, seriam detentores de maior segurança, por forma a evitar uma rutura de *stock*, com criação de uma *checklist*. A ER demonstrou-se muito recetiva à ideia, pelo que será uma estratégia a adotar futuramente na melhoria da gestão de *stocks*. No entanto, será necessária a criação de um protocolo em articulação com o serviço de farmácia.

Com o decorrer do Estágio em EMC, nomeadamente no SCP foi perceptível um elevado absentismo quer na equipa de enfermagem, quer na equipa de assistentes operacionais, por várias razões, atestados de doença programada, licenças de maternidade e de casamento, licenças por gravidez, entre outras situações menos planeadas. Apesar de muitas destas ausências de serviço serem planeadas e de longo curso, estes profissionais não se encontram substituídos na equipa, o que por si só faz com que os elementos no ativo sofram aumento da carga laboral em número de horas no final do mês, mas também exerçam a sua atividade com um mau rácio-doente em muitos turnos do mês. O absentismo é uma das variáveis que influencia a gestão de um serviço e afeta gestão de recursos humanos para prestação de cuidados.

A continuidade dos cuidados de enfermagem é uma característica fundamental, não só para os utentes das unidades de saúde, mas também para a garantia da qualidade desses mesmos cuidados. Para Chaves (1995), a ausência de um membro da equipe de enfermagem ao trabalho merece especial atenção, pois afeta diretamente a qualidade dos cuidados prestados ao doente. O absentismo arrasta consigo não apenas a ausência de um elemento de referência (para os doentes e para os restantes elementos da equipa), mas também uma rotatividade de elementos desconhecidos (provenientes de novos contratos ou de equipas móveis da instituição), originando um reajustamento do novo elemento à equipa e vice-versa, ou até da ausência de um elemento sobrecarregando a equipa existente, que tem como consequência imediata a diminuição da qualidade dos cuidados. De acordo com

Patinha (2012), os recursos humanos constituem um factor essencial para o sucesso organizacional, pelo que elevadas taxas de absentismo tornam difícil atingir os objetivos estratégicos delineados pela organização.

As causas do absentismo podem ser muito diversas e nem sempre têm origem no funcionário. Patinha (2012) considera que os factores de ordem individual resultam de uma continuada discrepância entre as exigências do posto de trabalho e a capacidade de resposta do trabalhador. Para Cunha et al. (2010) as causas do absentismo podem ser explicadas pela própria organização, por uma deficiente supervisão dos recursos humanos, pelo empobrecimento das tarefas, falta de motivação e estímulo, por desagradáveis condições de trabalho, por condições precárias de integração dos recursos humanos na organização, ou mesmo pelos impactos psicológicos de uma gestão deficiente.

O absentismo, mediante a minha reflexão poderá ser um dos grandes problemas da equipa do SCP, que a longo prazo traz consequências muito negativas sobre o serviço, sobre os profissionais de saúde, sobre os cuidados prestados e sobre os doentes/famílias. Questionei-me acerca do tipo de liderança praticada pela enfermeira chefe do SCP, se de alguma forma se poderia relacionar com o absentismo sentido na equipa. Mas não consegui obter relações acerca do mesmo, pois no decorrer do Estágio em EMC percecionei a adoção, por parte da enfermeira chefe, de estilos de liderança distintos em função das situações geradas. Desta forma, consegui distinguir a adoção do estilo autocrático, do estilo liberal e também democrático.

A Liderança pode caracterizar-se, essencialmente em três tipos: Autocrática, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; Democrática, caracterizada pela participação de todos os membros do grupo na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, Liberal, na qual o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder (Pinto et al., 2006).

Perante a possibilidade dos diferentes tipos de liderança serem adotados pelos líderes de equipas, não existe literatura que defenda a adoção de um tipo de liderança em detrimento de outro. Os distintos tipos de liderança possuem vantagens e desvantagens. Pelo que, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias encontradas, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas.

Perante a experiência na área de gestão no SCP, posso inferir que a área de gestão de cuidados é uma área complexa, que exige experiência, criatividade e reflexão contínua, sem a qual não é possível prestar cuidados com rigor, qualidade e sucesso.

Todas as organizações, independentemente do seu ramo de atividade, desde as industriais às prestadoras de serviços, como é o caso do hospital, necessitam da gestão. Esta gestão deve ser adequada aos objetivos propostos pela organização, no sentido de maior eficiência e melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o fator económico (Chiavenato, 2004). Neste sentido, a administração é definida como um fenómeno universal, em que cada organização requer a tomada de decisões, a coordenação de várias atividades, a liderança de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados, a obtenção e alocação de diferentes recursos (Chiavenato, 2004). Gerir é coordenar as atividades das pessoas e os recursos de uma organização (ou de uma parte) para definir e prosseguir os objetivos. (Pinto et al., 2006).

Com a constante mudança da tecnologia e do mercado de trabalho, os enfermeiros, nomeadamente o enfermeiro EEMC reflete sobre o seu papel de liderança na equipa de enfermagem pertencente a uma unidade hospitalar. As exigências da atualidade solicitam um novo perfil do profissional de enfermagem EEMC, com novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Ao enfermeiro EEMC cabe o papel de administrar relacionamentos, gerir conflitos, construir equipas, negociar com os elementos das equipas, ligar as tarefas individuais/grupais específicas aos objetivos institucionais, entre tantas outras habilidades. Para a concretização deste papel, o enfermeiro gestor EEMC, desenvolve o seu autoconhecimento sobre custos, políticas de saúde, legislação e análise do ambiente, fomenta a sua capacidade de planeamento, estratégia e sistematização da assistência de enfermagem, e revela uma postura de atitude e integridade, de abertura a mudanças, flexibilidade, ética, sociabilidade e trabalho em equipa.

A função de gestão desempenhada pelo enfermeiro EEMC nos serviços de saúde deve contemplar aspetos da prestação de cuidados, mas também aspetos pedagógicos, técnico-científicos e políticos, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando o planeamento de uma prestação de cuidados integral, prestada de forma segura e livre de riscos ao individuo e à comunidade (Spagnol, 2005). Justificando-se por isso a necessidade dos enfermeiros gestores frequentarem formações na área da gestão e administração.

No decorrer da prática clínica no **Módulo I - SU**, tive oportunidade de realizar um turno com o Enfermeiro Chefe (EC) e EEMC, no qual através da observação e da realização de uma entrevista não estruturada, percebi quais as atividades diárias que o mesmo realiza no desempenho da sua função de gestor. Assim de encontro às respostas do EC, passo a evidenciar atividades que o mesmo excuta diariamente, tais como: tomar

conhecimento de tudo o que se passou nas últimas 24 horas ou últimos dias; proceder a todos os pedidos de reparações de equipamentos ou aquisição de material clínico necessário ao normal funcionamento do serviço; elaborar planos de trabalho de enfermeiros e assistentes operacionais para o dia seguinte; dar resposta a uma infindável lista de questões que respondem a critérios e objetivos institucionais tais como a realização de auditorias clínicas ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), gestão documental inserida no sistema de gestão da qualidade, correção das marcações de horário e atualização das trocas de horário, gestão das Não-Conformidades no aplicativo informático provenientes da gestão do risco, gestão das reclamações de utentes/acompanhantes provenientes do gabinete do cidadão, gestão de alguns fármacos como por exemplo vacinas, verificação do registo das temperaturas dos frigoríficos, do registo dos estupefacientes e medicação antirretroviral. Para além destas tarefas diárias, o EC referiu ainda atividades relacionadas com a avaliação de desempenho dos enfermeiros e a participação em reuniões de vários grupos de trabalho ou comissões como: comissão de catástrofe, comissão de controlo de infeção, comissão de enfermagem, grupo das úlceras de pressão, gestão do risco clínico e outras.

De acordo com o EC, o que o mesmo, procura na realização das tarefas supracitadas é que os serviços funcionem normalmente, e para isso gere recursos humanos, materiais, equipamentos, estruturas físicas, outras classes profissionais, documentos, registos (...). No final de contas no seu exercício profissional, o EC tem como meta final, a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas que tem a seu cuidado, através da gestão de cuidados de enfermagem e da gestão dos serviços/unidades de saúde. De acordo com Parreira (2005), o enfermeiro gestor na sua prática clínica deverá compreender o sistema de saúde e o seu impacto nos cuidados prestados, projetando o seu desempenho em obter respostas que se adequam aquilo que lhe é pretendido, promovendo, simultaneamente, trabalho em equipa eficaz, tendo como base a gestão da mudança, valorizando a prestação de cuidados de enfermagem, permanecendo em contínua formação no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências.

No decorrer deste dia de Estágio em EMC em gestão posso afirmar que a atenção foi direcionada para a gestão dos recursos humanos. Relativamente a este assunto o EC destacou o recrutamento de pessoal, dado o serviço evidenciar falta de recursos humanos. Assim, perante esta situação, EC comunica este assunto através de uma hierarquia, nomeadamente, Direção de Serviço, Conselho de Gestão e Conselho de Administração. Espera-se que o enfermeiro gestor, de acordo com Neves, Garrido & Simões (2015), seja

ágil, inovador, criativo e com capacidade de interligar a sua função de gestor, no que se refere a todas as questões económicas e financeiras da organização de saúde à gestão da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade da equipa que coordena.

Outra questão que o EC mencionou, no que concerne à gestão de recursos humanos, deve-se à existência de ausências prolongadas de alguns elementos da equipa de enfermagem. Embora alguns deles venham sido substituídos, na sua perspetiva, a perda de profissionais de enfermagem não tem sido igualmente reposta, porque recebe profissionais que necessitam de um tempo prolongado de integração e até mesmo possam ser destinados a uma única valência do SU, o que prejudica a sua dinâmica funcional. Talvez a opção de substituição desses elementos fosse mais benéfica, se fossem contratados os enfermeiros que em períodos de prática clínica a desenvolveram no SU, pois estes apesar de serem detentores de pouca experiência profissional, pela sua motivação, apresentariam certamente uma capacidade de resposta crescente. De acordo com Frederico & Leitão (1999), a estratégia da gestão de recursos humanos deve ter como propósito ajudar a transformar cada trabalhador num trabalhador com saberes, assim como empreendedor com capacidade de integrar projectos/equipas motivadas e auto-suficientes.

Para Bilhim (2009), a gestão de recursos humanos consiste num conjunto de funções e de atividades, que incluem: planeamento dos recursos humanos, recrutamento e selecção de pessoal, integração de recursos humanos, análise e descrição de funções, avaliação de desempenho, higiene e segurança no trabalho, formação profissional e desenvolvimento pessoal, controlo e auditoria de recursos humanos. De todas estas funções a que o EC considera mais difícil de realizar é a avaliação do desempenho, que na sua instituição é realizada através do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP).

O SIADAP define-se legalmente pelo Lei n.º 66B/2007 de 28 de dezembro, tendo como pressupostos que a Administração Pública tem como objetivo fundamental a promoção da Pessoa Humana e do seu desenvolvimento integral em liberdade, bem como contribuir para a concretização dos seus direitos consagrados na Constituição. De certa forma, pode-se dizer que Administração Pública evoluiu para uma gestão determinada por objetivos, orientada para resultados e dotada dos instrumentos de gestão necessários para atuar e responsabilizar.

O SIADAP trata-se de um sistema de avaliação de desempenho que prevê simultaneamente a motivação dos trabalhadores para um desempenho de qualidade, reconhecendo o mérito e a excelência, permitindo aproximar a avaliação daquilo a que os

autores designam por Justiça Organizacional (Rego, 2000; Greenberg & Wiehoff, 2001), oferecendo aos trabalhadores o desenvolvimento dos objetivos num clima laboral de respeito e dignidade profissional.

Como referiu o EC, todas as áreas, como exemplo o Bloco Operatório, o SU, a Saúde Materna e Obstétrica, (...) da instituição desenvolveram mecanismos de avaliação efetiva para os trabalhadores, através da criação de um modelo de avaliação baseado no SIADAP, com o desenvolvimento mínimo de cinco objetivos. Embora existam competências comuns aos diferentes papéis, a sua aplicação e o nível de competência variam de acordo com as funções de trabalho e contextos específicos. De modo que, as competências esperadas para profissionais de um hospital geral, não serão as mesmas necessárias num serviço comunitário de saúde rural. De acordo com o Internacional Council of Nurses (2010), competências similares serão necessárias, mas elas serão aplicadas e expressas de formas diferentes.

No SU as áreas que influenciaram a definição dos objetivos são: Regulamento das fardas, Assegurar todas as valências do SU; Qualidade/Satisfação do cliente, Qualidade/Desenvolvimento e Aperfeiçoamento Profissional; Responsabilidade Comportamental. Para cada uma destas áreas de objetivos foram delineados indicadores de desempenho, igualmente discutidos com os avaliados, como por exemplo: anualmente entrega-se um inquérito ao doente para avaliar a sua satisfação, como objetivo a percentagem de satisfação deve estar entre os 62% - 68%; Outro exemplo: cada elemento realizar pelo menos seis formações no SU (bianual) ou no Cento de Formação da instituição, como formador ou formando.

Para Neves, Garrido & Simões (2015) a competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho. O conceito de competência profissional é empregado no singular, pois retrata a síntese de conjuntos de desempenhos (capacidades em ação) agrupados em áreas de competência que conformam o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência. Importa enfatizar que a competência se traduz na ação, e que se concretiza pela concertação do conhecimento, da capacidade ou habilidade e da atitude que o colaborador demonstra no desempenho das suas tarefas (Durand, 2006).

Denoto que avaliar a competência de um enfermeiro em função do seu desempenho não é uma tarefa fácil. Embora esta avaliação assente em critérios objetivos, ela tende sempre a ser subjetiva, uma vez que é impossível ao EC estar em todos os postos de trabalho do SU em simultâneo. Na minha perspetiva devem ficar, muitas vezes,

desempenhos muito bons e outros menos bons por identificar. No decorrer deste percurso académico, não tive possibilidade de estar presente na avaliação de desempenho de um profissional, mas esta reflexão acerca desta avaliação, permitiu-me perceber em que consiste e quais as vantagens e desvantagens. Penso que se um dia, o resultado desta avaliação considerar incentivos monetários, ou subida de carreira, muitos aspetos terão de ser desenvolvidos, esclarecidos e esmiuçados.

No decorrer do Estágio em EMC, no SU a minha atenção também se focou na gestão do material e na gestão dos cuidados de enfermagem. Diariamente o EC nomeia um enfermeiro responsável pela sala de emergência e um enfermeiro responsável de turno, sendo muitas vezes o mesmo enfermeiro responsável pelas duas tarefas. Em parceria com o enfermeiro tutor EEMC, foram muitas as vezes que partilhámos desta responsabilidade. Assim, previamente ao contacto com situações emergentes, tive a possibilidade de conhecer a funcionalidade do material e equipamento existente para a permeabilização da via aérea e ventilação, do equipamento e material de monitorização, do material e fármacos do carro de emergência, da mala de transporte e do armário do material clínico, através da *checklist* diária realizada uma vez por turno, para a verificação da operacionalidade da sala e para a reposição do material em falta. A reposição do material farmacológico nas salas de trabalho é realizada pelo método de reposição por níveis, em que, conforme o material é gasto até um limite mínimo, é de imediato repostado por material existente na farmácia do SU, que posteriormente é repostado diariamente em função das etiquetas e caixas dispostas no local indicado de faltas. Este método evita a rutura do material e exige pouca quantidade de material no local onde este serve o utilizador.

Como responsável de turno em parceria com o enfermeiro tutor EEMC, tive a possibilidade de participar na supervisão dos cuidados, atualizar o plano de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais nas diversas valências, realizar pedidos para que fossem efetuadas as reparações de anomalias/avarias, comunicar ao enfermeiro chefe, por escrito, as avarias detetadas ou faltas de material de consumo clínico e farmacêutico, verificar e registar quantidades de estupefacientes conforme procedimento do serviço, providenciar para que a linha telefónica portátil estivesse sempre em condições operacionais de contacto, tomar decisões referente a situações de emergência e segurança de pessoas e bens. De uma forma geral colaborei com o enfermeiro tutor EEMC, na liderança da equipa, nomeadamente, na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, na motivação/satisfação dos profissionais e na valorização dos cuidados de qualidade.

Perante a imprevisibilidade diária do fluxo de doentes, das suas necessidades individuais e da intensidade dos cuidados, a equipa de enfermagem do SU estrategicamente adota o método de trabalho à tarefa na prestação de cuidados. De acordo com Pinheiro (1994), o método de trabalho à tarefa não permite a abordagem individualizada e/ou holística e dificulta a responsabilização dos profissionais que eventualmente cometam um erro. Esta questão foi refletida com o enfermeiro tutor EEMC e com a equipa de enfermagem, como uma oportunidade de melhoria e consciencialização da equipa, dado que o método individual de trabalho individualizaria e humanizaria os cuidados prestados ao doente e diminuiria o risco de erro.

O facto de o EC delegar muitas funções nos enfermeiros responsáveis, contribui significativamente para a promoção da melhoria dos cuidados, ma medida em que estes funcionam como líderes intermédios.

No SMI, foi foco do meu desenvolvimento profissional a gestão e prestação de cuidados pela aplicação do modelo científico – Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem e a respetiva aplicação no plano de cuidados de enfermagem é fundamental em qualquer área intervenção do enfermeiro EEMC, enquanto profissional altamente qualificado e com um campo de intervenção próprio.

A equipa de enfermagem do SMI, inserida numa equipa multidisciplinar, demonstra preocupação, dedicação e trabalho na uniformização dos cuidados prestados, com a constante atualização das normas e protocolos de serviço já existentes, bem como com a realização de novos protocolos e ações de formação. Assim, poder-se-á afirmar que o SMI vai de encontro às Recomendações para o Desenvolvimento dos Cuidados Intensivos do Ministério da Saúde, e é provido de quadros próprios de equipas (enfermagem e médicas) funcionalmente dedicadas, de assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas e dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003).

Diariamente a equipa multidisciplinar no SMI é organizada de acordo com as funções a desempenharem no seu período de trabalho. Desta forma, existem médicos intensivistas destacados para dar resposta à Sala de Emergência do SU e ao Plano de Ativação de Emergência Interna (PAEI). De forma semelhante, existe um enfermeiro do SMI destacado diariamente para atuar no PAEI, um enfermeiro responsável de turno (EEMC) e enfermeiros para a prestação direta de cuidados ao doente crítico, através do método individual de trabalho, num rácio de 1:2. De acordo com Campos (2006) o cálculo

da dotação segura de enfermeiros deve ter em conta o número de doentes, as necessidades individuais, a intensidade dos cuidados, entre outros.

O enfermeiro responsável de turno, tem como responsabilidade supervisionar e coordenar a equipa de enfermagem, efetuar pedidos de reposição de material e produtos farmacológicos, providenciar a substituição de recursos humanos em situações excecionais de ausência, registar as ocorrências do turno no livro de ocorrências, supervisionar e conferir o registo e manutenção de estupefacientes e antibióticos e entre outras, testar a operacionalidade do carro de emergência do SMI.

No decorrer da prática clínica tive oportunidade de colaborar quer com o enfermeiro responsável de turno (enfermeiro tutor EEMC), quer com o enfermeiro destacado para o PAEI.

Ao colaborar com o enfermeiro destacado para o PAEI, relembro a situação crítica da senhora S, que apresentava um ritmo de taquicardia supraventricular, encontrava-se já monitorizada, o carro de emergência do serviço já estava aberto e operacional, e a equipa de atuação emergente rapidamente reuniu condições de atuação. Felizmente, através da adoção da Manobra de Valsava modificada obteve-se reversão para o ritmo sinusal. De acordo com o estudo randomizado de Appelboom et al. (2015), a Manobra de Valsava modificada apresenta uma taxa de reversão em 43% dos casos quando comparada com 17% de reversão com a manobra de Valsava tradicional. A manobra modificada consiste em colocar o doente a proceder à expiração forçada por 15 segundos em decúbito dorsal a 45° (no caso da senhora S foi pedido que expirasse sobre o buraco de encaixe da agulha de uma seringa de 10 ml com o êmbolo fechado). Imediatamente após, o doente passa a decúbito dorsal a 0° e elevam-se os membros inferiores a 45°, mantendo essa posição também por 15 segundos. Após este período, reposiciona-se o doente a 45° e observa-se o ritmo.

Como descrito anteriormente, o enfermeiro EEMC está inserido numa equipa multidisciplinar, pelo que os cuidados de enfermagem são proporcionados em complementaridade com outros profissionais de saúde, com o objetivo de promover a saúde, a prevenção e o tratamento de doenças. O REPE, Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, decreta no Artigo 8.º e 9.º que o enfermeiro tem uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde e, estando inseridos num contexto de atuação multiprofissional, decorrem dois tipos de intervenções as autónomas e interdependentes. Este aspeto é também contemplado no CDE, incluso no EOE, na alínea b), do Artigo 112º

da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro onde “o enfermeiro assume, como membro da equipa de saúde, o dever de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde”.

A gestão dos cuidados de enfermagem pode, assim, distinguir-se em dois tipos de intervenções - autónomas e interdependentes. As intervenções interdependentes correspondem às ações praticadas pelos enfermeiros, em articulação com outros profissionais de saúde, com o objetivo comum, inerentes a planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares, nos quais se encontram integrados as prescrições. As intervenções autónomas representam as ações efetuadas pelo enfermeiro, das quais apenas depende a sua iniciativa e responsabilidade (REPE, Artigo 9º, Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril). É pelo Processo de Enfermagem que resultam intervenções autónomas.

A implementação do processo de enfermagem, no decorrer do Estágio em EMC, foi efetuado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Pela aplicação do processo de enfermagem, mobilizei o conhecimento adquirido de forma a identificar problemas existentes no doente, estabeleci diagnósticos perante as situações, para os quais planeei e implementei intervenções de enfermagem adequadas, e posteriormente efetuei uma nova avaliação do doente, de forma a avaliar os resultados e a eficácia obtida. No SMI, o Processo de Enfermagem, foi muitas vezes aplicado e executado mentalmente, devido à necessidade de uma resposta rápida, adequada e eficaz sobre situações de instabilidade e imprevisibilidade da pessoa em situação crítica.

No percurso desenvolvido ao longo do Estágio em EMC estabeleci, progressivamente, relações com as equipas multi e interdisciplinares de forma construtiva, coesa e firme. No trabalho desenvolvido neste percurso, promovi excelentes relações interpessoais, com as equipas, nomeadamente as equipas de enfermagem, o que me ajudou e estimulou ao bom desempenho. Na prestação de cuidados especializados de enfermagem é fundamental o trabalho em equipa, para obter benefício dos mesmos e constituir ganhos em saúde. Como refere Silva (2007) a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, por isso, melhora a qualidade dos cuidados de saúde. O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para todos os profissionais e é considerado como uma experiência no campo da saúde suscetível de afetar positivamente, tanto a satisfação dos doentes, como profissionais (Chaves, 2000).

**Competências:** Realizei a gestão dos cuidados na área da EEMC; Demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de gestão em EEMC; Liderei equipas de prestação de cuidados na área de EEMC; Colaborei na definição de recursos adequados para a segurança na prestação de cuidados; Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática atual, relacionados com a prestação de cuidados na área da EEMC; Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Geri respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; Participei na construção da tomada de decisão em equipa; Colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar.

### **3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Dada a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e em fim de vida e à sua família, o enfermeiro EEMC na perspetiva de dar uma resposta em tempo útil e de forma holística, mobiliza uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades. Pela necessidade constante de atualizações, para uma prática caracterizada pela qualidade e segurança, justifica-se a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais para a excelência do Cuidar. Perante esta premissa, foram estabelecidos objetivos e desenvolvidas atividades, as quais passo a apresentar.

**Objetivo: Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre situações clínicas complexas, técnicas, fármacos, instalações, equipamentos e intervenções características de cada local de estágio, para a assistência ao doente em situação crítica e em fim de vida.**

Ao longo prática clínica tive sempre presente o desenvolvimento do conhecimento através de pesquisas em bases de dados, repositórios, manuais, material das aulas lecionadas, bem como da troca de experiências e partilha de informação com os enfermeiros tutores EEMC.

A realização do Estágio em EMC, no **Módulo III – SCP**, proporcionou-me treino na gestão da terapêutica analgésica, nomeadamente na rotação de opióides, na utilização das perfusões contínuas e na sedação paliativa. A rotação de opióides é realizada com o objetivo de reduzir efeitos adversos intoleráveis ou melhorar a analgesia (Pereira, 2010). São vários os fatores que podem contribuir para a diminuição da eficácia analgésica dos opióides na dor crónica, incluindo a tolerância farmacológica, o possível desenvolvimento

da hiperalgesia induzida por opióides, e progressão da doença. A prática recomendada para a rotação de opióides é usar uma equianalgesia, tendo em conta a tabela para calcular a equivalência de dosagem para o novo opióide em relação ao anterior, sendo aconselhado uma redução de 30/50% da dose do novo opióide (Neto, 2010; Mercadante & Portenoy, 2010). Dado que, a potência e biodisponibilidade dos opióides varia drasticamente e é dependente da via de administração, a razão de conversão deve ser cuidadosamente considerada na rotação.

A prática clínica com gestão da dor sob a prática baseada na evidência, contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências e para uma intervenção diferenciada como futura enfermeira EEMC. Compreender a farmacologia dos opiáceos, o impacto da via de administração, o potencial de interação medicamentosa, foi importante para a gestão eficaz da dor, bem como para a compreensão da rotação dos opióides.

Ter oportunidade de realizar a prática clínica no SCP, permitiu-me desenvolver conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas e fármacos. Exemplo disso é o facto da via de administração de fármacos de eleição ser a via subcutânea (administração de fármacos e hipodermóclise), como uma via pouco iatrogénica, com menor custo, pouco invasiva e por isso menos dolorosa para o doente e de fácil manutenção (Pontalti et al. (2012). Outro exemplo, é o uso frequente de perfusões contínuas SC, com vantagem em relação à administração por bólus, uma vez que existe uma manutenção contínua de níveis plasmáticos de fármacos de modo mais estável, sendo uma opção terapêutica de segunda linha quando os sintomas são refratários à administração em bólus ou para uma boa gestão de controlo de sintomas como a dor e o vómito.

No **Módulo I – SU**, os doentes apresentam essencialmente patologias do foro cardíaco, respiratório, neurológico e urológico, detentoras de inúmeras especificidades, cujo tratamento é médico-cirúrgico, sobre as quais procurei desenvolver conhecimento.

Ter oportunidade de realizar a prática clínica no SU, permitiu-me desenvolver conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas, procedimentos e fármacos, de acordo com protocolos do serviço e *guidelines*. Exemplo disso, foi a prática clínica desenvolvida na UDT do SU, onde os doentes se encontram monitorizados. A monitorização do Eletrocardiograma (ECG) permite identificar ritmos cardíacos no doente em Paragem Cardio-Respiratória (PCR), tratar as complicações e prevenir a PCR em doentes com risco de desenvolver arritmias (Antunes, 2009). Estes doentes de risco de PCR são por exemplo, os doentes que se encontram na UDT, que têm dor torácica, sofreram colapso ou síncope e têm ou tiveram palpitações. Assim, na UDT, para além de manipular o monitor,

nomeadamente na escolha da derivação cardíaca mais indicada para melhor visualização e interpretação do traçado do ECG e na diminuição de artefactos, desenvolvi competências na interpretação do ECG, nomeadamente no despiste do Enfarte Agudo do Miocárdio, com elevação do segmento S-T, na deteção de fibrilação auricular, taquicardias, entre outros. Compreendi a importância da correta colocação dos elétrodos no doente para uma boa leitura do traçado do eletrocardiograma, nomeadamente sobre proeminências ósseas e sem pêlos. De acordo com Antunes (2009), os elétrodos devem ser colocados sobre proeminências ósseas, por ter menos interferência das contrações musculares, e se necessário dever-se-á fazer tricotomia e limpeza da pele com álcool nas áreas de colocação dos elétrodos.

Na UDT, tive possibilidade de colaborar com a equipa multidisciplinar na realização de uma Cardioversão Sincronizada. A cardioversão sincronizada é um procedimento médico que consiste em administrar um choque para tratar uma fibrilação auricular ou taquidisritmias ventriculares (exceto taquicardia ventricular sem pulso), e este choque deve ser sincronizado, isto é, tendo em conta o complexo PQRST cardíaco, pretende-se que a descarga do choque ocorra sobre a onda R (Antunes, 2009). Como previsto, e apesar da senhora D se encontrar muito ansiosa com a situação, pude estabelecer com a doente uma verdadeira relação de ajuda, tranquilizando-a enquanto a equipa multiprofissional preparou o material necessário ao procedimento. Posteriormente a doente foi sedada com a administração de propofol endovenoso pelo enfermeiro EEMC e o médico anestesista assegurou o suporte ventilatório com ambu. O cardiologista colocou o desfibrilhador no modo Cardioversão Sincronizada e o choque foi administrado, com o afastamento do oxigénio e de todos os profissionais de saúde envolventes. Imediatamente ao choque foi possível observar no monitor a passagem de um ritmo cardíaco, nomeadamente fibrilação auricular para um ritmo cardíaco normal. No entanto, a equipa multidisciplinar partilhou comigo que em experiências anteriores, nem sempre conseguem que haja cardioversão de um ritmo apenas com a administração de um único choque.

A realização do Estágio em EMC, no **Módulo II – SMI**, consistiu numa experiência única no decurso do meu desenvolvimento profissional, uma vez que foi o primeiro contacto com o contexto da prestação de cuidados intensivos ao doente crítico. Por isso, foram muitas as oportunidades para desenvolver e aperfeiçoar competências técnicas, bem como para desenvolver e consolidar conhecimento, relacionadas com a especificidade do ambiente de cuidados intensivos, passando a evidenciar de seguida algumas.

Tive oportunidade de executar o procedimento de manipulação do material para monitorização da pressão venosa central (PVC) e perceber a influência no resultado obtido em função do nível de posicionamento do transdutor em relação ao doente crítico, da escolha da via do cateter venoso central (CVC), do posicionamento do doente e até mesmo da ventilação do doente e dos valores da pressão positiva no final da expiração (PEEP). Para além da manipulação correta do equipamento fui capaz de perceber a importância da interpretação dos valores obtidos, a fim de obter dados clínicos e hemodinâmicos acerca das condições cardiovasculares do doente crítico. Assim, o CVC da PVC é utilizado para indicar a pressão cardíaca direita (pressão de enchimento do lado direito ou a pré-carga do ventrículo direito) e o estado de hidratação. Desta forma, são determinantes da PVC, o volume de sangue circulante, o tónus vascular e a função ventricular direita (Oliveira & Azeredo, 2013).

O cateterismo arterial no doente crítico em ambiente de cuidados intensivos é o meio que permite monitorizar de forma contínua a pressão arterial invasiva do doente e a pressão arterial média (PAM), e oferece um acesso rápido a colheita de sangue para gasometria arterial e outras análises laboratoriais. Como foi referido anteriormente, no SMI todos os procedimentos e técnicas estão protocolados e a manipulação e manutenção do cateterismo arterial não é exceção, o qual tive oportunidade de conhecer e colocar em prática. Foi com base na evidência científica que realizei a minha prática de enfermagem relacionada com a manutenção do sistema de monitorização invasiva arterial. Assim, e perante a uniformização de cuidados no SMI, a manutenção foi realizada com a colocação de solução salina (cloreto de sódio 0,9%) em manga de pressão para manter um *flush* contínuo. Na literatura científica, existe uma incerteza entre os clínicos quanto à melhor prática em torno do conteúdo da solução de irrigação do cateter arterial (heparina ou solução salina). Tive assim oportunidade de analisar alguns estudos tais como: “*Heparin versus normal saline for patency of arterial lines*” realizado por Robertson-Malt et al. (2014) onde pretende verificar se a utilização da solução salina é tão segura e eficaz na manutenção e permeabilidade do cateterismo arterial; “*Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial*” realizado por Cotelho et al. (2008); e “*Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines*” realizado por Whitta et al. (2006). Perante os estudos analisados não existe evidência científica que demonstre vantagem no uso da heparina. De acordo Robertson-Malt et al. (2014), acrescenta ainda desvantagens no uso de heparina,

nomeadamente, o facto de ser mais caro, acompanhado por riscos significativos como hemorragia, hipersensibilidade e trombocitopenia induzida por heparina.

Relativamente à monitorização hemodinâmica, apesar de não ter oportunidade de experienciar outras modalidades de monitorização invasiva como a monitorização da pressão intra-craniana (PIC), a monitorização da pressão da artéria pulmonar (PAP) e a monitorização da pressão intra-abdominal (PIA), tive o interesse em procurar informação através de pesquisas e de entrevistas informais com os enfermeiros tutores sobre a sua manipulação, manutenção e interpretação dos valores de referência e os valores potencialmente obtidos. Considero a aquisição de conhecimento, habilidades e competências na monitorização hemodinâmica invasiva do doente crítico essencial para a descoberta do diagnóstico do doente, mas também para a condução da sua recuperação e verificação da eficácia terapêutica instituída. Perante o que foi dito, recai a importância do enfermeiro EEMC, pois é este enfermeiro especialista o responsável por garantir a fidedignidade dos dados obtidos no monitor. Assim, sabe-se que os parâmetros de monitorização invasiva só acarretam benefícios quando fidedignos, e que essa fidedignidade carece de enfermeiros EEMC, não apenas técnicos na execução dos procedimentos, mas sim possuidores de conhecimento técnico-científico para a avaliação crítico-reflexiva do doente crítico.

Em suma, ao longo da prática clínica foi possível aplicar conhecimentos adquiridos na componente teórica do CMEEEMC. A prestação de cuidados ao doente crítico e ao doente terminal permitiu-me aperfeiçoar a capacidade de interagir, observar, interpretar, avaliar, intervir e resolver problemas. Neste sentido, percebe-se um esforço dirigido para a humanização dos cuidados à pessoa, o que contribui para a minha aprendizagem profissional.

**Objetivo: Identificar as necessidades da pessoa em fim de vida e promover intervenções fundamentadas e eficazes.**

Na prestação de cuidados paliativos especializados efetivos para além de ter presente a importância da comunicação, do apoio à família e do trabalho em equipa, é indispensável saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no doente em fim de vida e que têm repercussões diretas sobre o seu bem-estar.

No **Módulo III – SCP**, Ao longo da minha prestação de cuidados especializados ao doente em fim de vida tive oportunidade de avaliar e monitorizar continuamente os sinais e sintomas, de forma a prevenir o seu agravamento bem como efetuar uma deteção precoce

de agudização de sintomas e oferecer uma intervenção atempada. Para a avaliação e monitorização de sintomas, tive por base a aplicação da Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). A ESAS, ou também denominada por escala de Edmonton é uma ferramenta cujo objetivo é auxiliar na avaliação de nove sintomas comuns no doente com cancro: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, havendo um item adicional denominado "outros problemas" para a pessoa responder livremente. Preferencialmente a ESAS é uma ferramenta de auto-avaliação do doente, no entanto quando este não tem capacidade deve ser preenchida pela equipa de saúde. A gravidade no momento da avaliação de cada sintoma é classificada de 0 a 10 numa escala numérica, em que 0 significa que o sintoma está ausente e 10 que é o pior possível (Neto, 2010). A ESAS fornece um quadro clínico da gravidade dos sintomas ao longo do tempo, ou seja, este instrumento facilita a representação gráfica do padrão dos sintomas, permitindo perceber o que mais incomoda o doente, oferecendo um ponto da situação sobre as repercussões somáticas ou psicológicas da doença (Nekolaichuk, Watanabe & Beaumont, 2008). Embora apresente todas estas vantagens, a ESAS não permite uma avaliação completa dos sintomas em si. Para atingir um bom controlo sintomático a ESAS deve ser utilizada apenas como uma parte de uma avaliação holística clínica, podendo ainda recorrer-se a outras ferramentas.

Como não é possível descrever a aquisição de competências de cada um destes sintomas, optei por abordar o desenvolvimento de competências na área da **avaliação e gestão da dor**, como forma de dar resposta a uma necessidade pessoal que procuro colmatar, com vista a assegurar o bem-estar e qualidade devida da pessoa em fim de vida.

Em cuidados paliativos a dor total é um conceito central que inclui diferentes dimensões - física, psíquica, social e espiritual (Capelas, 2008). Enquanto sintoma físico, a dor afeta um número significativo de doentes oncológicos em cuidados paliativos, com uma prevalência entre 64% e 74% (Rodrigues, 2013; Soden et al., 2010). A sua avaliação assume uma importância significativa, contribuindo diretamente para o bem-estar e para a qualidade de vida do doente. Este princípio é corroborado pela Direção-Geral de Saúde (DGS) (2013), ao afirmar no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor Programa Nacional de Controlo da Dor que a avaliação e o controlo da dor devem ser encarados como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo este um fator decisivo e indispensável para humanização dos cuidados, assumindo desta forma a designação de 5º sinal vital.

Sendo a dor uma experiência individual, sensorial e emocional desagradável com diferentes etiologias e dimensões, a sua avaliação rigorosa mostra-se essencial na tomada de decisão em enfermagem.

Para aumentar o conhecimento sobre o processo de **avaliação da dor** realizei pesquisa em base de dados e repositórios sobre as diferentes dimensões da dor e sobre os instrumentos de monitorização adequados ao contexto de cuidados paliativos. Considero esta estratégia de pesquisa pertinente para a prática baseada na evidência no exercício profissional de qualidade, de forma a realizar uma aprendizagem efetiva como futura enfermeira EEMC.

Em CP, compreendo que o controlo da dor, enquanto foco de atenção da prática de enfermagem, não dever ser exclusivamente dirigido à dor física. A abordagem à dor em CP deve ser global e sustentada no conceito de dor total, uma vez que as suas diferentes dimensões se interrelacionam e produzem um sofrimento global.

Apesar da importância atribuída ao controlo da dor e existindo escalas de avaliação recomendadas pela DGS (2008), um número significativo de doentes internados no SCP manifestam alterações cognitivas e/ou estados de consciência que condicionam a sua correta monitorização. Perante esta dificuldade e reconhecendo que o enfermeiro EEMC avalia e identifica os sintomas descontrolados no doente terminal, recorrendo a escalas e ferramentas adequadas, assim como conhecimento científico (OE, 2011), tornou-se imperativo desenvolver uma pesquisa dirigida a esta temática. Na sequência desta exploração, a investigação desenvolvida por Rodrigues em 2013 no âmbito do trabalho de mestrado destacou-se, ao levar a cabo a validação da *Abbey Pain Scale* para a população portuguesa com doentes oncológicos em cuidados paliativos incapazes de comunicar. A integração deste instrumento na minha prática clínica permitiu-me avaliar a dor na pessoa impossibilitada de comunicar e identificar precocemente de sinais de desconforto (tais como, a vocalização de gemidos ou choro; a expressão facial de tensão e medo; a linguagem corporal sob a forma de agitação ou posição fetal; as alterações comportamentais como a confusão ou a recusa alimentar; as alterações fisiológicas como rubor ou palidez, a transpiração, a alteração do ritmo cardíaco ou da tensão arterial ou da temperatura; e as alterações físicas pré-existentes como feridas, zonas de pressão, artrite ou fraturas).

No decorrer do Estágio em EMC desenvolvi competências na avaliação da dor, uma vez que fui capaz de proceder a um diagnóstico diferencial dos sinais de desconforto

manifestados pelo doente com maior habilidade, quantificando e qualificando a dor com maior rigor.

Quando os dados recolhidos na avaliação da pessoa, me apontam para o diagnóstico de enfermagem de dor presente, a minha intervenção retratou uma competência específica do enfermeiro EEMC. Neste âmbito, a intervenção de enfermagem dirigida ao controlo da dor é bastante abrangente, podendo incluir uma atuação autónoma e /ou interdependente, em que o enfermeiro EEMC adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas (OE, 2011). Enquanto medidas não farmacológicas no controlo da dor, as terapias complementares como a massagem, a crioterapia ou a aplicação de calor, a estimulação elétrica transcutânea, o toque terapêutico, o relaxamento com imaginação guiada ou a terapia cognitivo/comportamental, assumem-se como opções viáveis no alívio da dor (OE, 2008). No entanto, mesmo sendo detentora de alguns conhecimentos teóricos sobre estas terapias, o contexto de internamento do SCP nem sempre se mostrou propício à sua concretização.

De forma a intervir na **gestão da dor**, adotei algumas medidas não farmacológicas. Tive a possibilidade de realizar a massagem de relaxamento com recurso a óleos essenciais no momento do banho demonstrou ser uma estratégia importante na obtenção da sensação de bem-estar, alívio da dor e até mesmo como medida de prevenção da dor iatrogénica. De acordo com Toth et al. (2004) a manipulação de mecano-receptores proprioceptivos proporcionado pela massagem, traduz-se num bloqueio medular da dor e numa estimulação do sistema opióide endógeno, facilitando a libertação de encefalinas que despoletam uma sensação de relaxamento e de bem-estar. A existência de quartos individuais concebe ao SCP um ambiente mais acolhedor, privado e familiar, propício à implementação de terapias, como a o relaxamento com imaginação guiada ou a terapia cognitivo/comportamental, que contribui para estados de maior relaxamento, diminuição da tensão muscular e sensação de bem-estar e conforto, com alívio da dor.

Ao desenvolver a área de avaliação e gestão da dor, foi possível reconhecer o impacto da condição psicológica do doente terminal no controlo da dor. Nesta dimensão da dor, compreendi que o doente é detentor de capacidades que lhe permitam lidar com a dor, pressupondo para isso a mobilização das suas habilidades de autocontrolo e adaptação. Neste âmbito, o enfermeiro EEMC possui um papel fundamental em incentivar a utilização de estratégias de *coping* que potencializem os recursos internos do doente para gerir o *stress*, promover o autocontrolo, verbalizar a aceitação da situação e aumentar o conforto psicológico, incrementando assim o bem-estar psicológico com repercussões no bem-estar

físico (Ribeiro & Santos, 2008). Por outro lado, apesar das medidas farmacológicas resultarem de uma intervenção de enfermagem interdependente, a gestão da terapêutica medicamentosa é da responsabilidade do enfermeiro EEMC. Assim, tive a preocupação de aprofundar conhecimentos sobre a farmacocinética e farmacodinâmica da terapêutica analgésica e coadjuvante, de forma a desenvolver competências para a capacidade de decisão sobre uma gestão farmacológica eficaz no controlo da dor.

Apesar do suporte teórico ser extenso, a gestão da dor em cuidados paliativos oncológicos envolve uma tomada de decisão complexa. A individualidade de cada pessoa, a multiplicidade de etiologias da dor e a diversidade de diferentes abordagens terapêuticas farmacológicas, exige uma capacidade de decisão sustentada na evidência, capaz de identificar a sua eficácia e gerir a analgesia de resgate.

Desta forma considero que fui capaz de desenvolver competências na área de avaliação e gestão da dor, da mesma forma que desenvolvi competências na avaliação e gestão de outros sintomas muitas vezes identificados e monitorizados, tais como a dispneia, a náusea e muito outros. Certamente, a prática clínica do enfermeiro EEMC em CP, não passa apenas pela avaliação, monitorização e gestão dos sintomas da escala de Edmonton, muitas outras necessidades e problemas são identificados no doente em fim de vida e na sua família.

Salvaguardo que a minha prática clínica na identificação das necessidades do doente com doença avançada, incurável e limitadora da vida, bem como da sua família, foi muito vasta e difícil de desenvolver neste relatório pela necessidade de capacidade de síntese.

**Objetivo: Desenvolver competências de atuação perante a situações de urgência e/ou emergência e situação crítica, demonstrando capacidade de estabelecer prioridades e cuidados especializados eficazes e fundamentados.**

Desenvolver competências de atuação perante o doente em situação crítica e/ou emergente, não passa unicamente pela envolvimento tecnológica, mas pela complexidade de pessoas e situações, onde a transição súbita de saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. Tendo por base estes pressupostos, desenvolvi uma prática clínica centrada na pessoa, nos processos de transição inerentes a situações de saúde-doença agudas. Assim, adotei uma postura de responsabilidade na prestação de cuidados e privilegiei a reflexão sobre a prática, como forma, de conscientemente analisar a minha tomada de decisão, numa perspetiva de melhoria nos cuidados prestados. Cuidar

exige confiar nas nossas capacidades para cuidar do outro, no juízo para avaliar as suas necessidades e nos erros na possibilidade de crescimento (Vieira, 2009).

**No Módulo I – SU**, quando o doente dá entrada na área de triagem, muitas vezes apresenta dificuldade em exprimir as suas queixas pelo que a escolha do fluxograma mais indicado torna-se uma tarefa complexa para o enfermeiro EEMC. Para além da complexidade que acarreta esta atividade de enfermagem, nela está implícito um elevado grau de responsabilidade, pois é o enfermeiro que estabelece quanto tempo um doente espera em segurança pelo seu atendimento, tendo sempre presente o possível carácter agudo ou gravidade da sua situação.

A triagem de prioridades tem como pré-requisitos a capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, sendo cruciais o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e em menor grau a intuição (Silva, 2009). A tomada de decisão é apoiada por algoritmos com opções estruturadas, facilitadoras do raciocínio necessário e promotoras de uniformidade de critério.

Como tem vindo a ser referido a Triagem de Manchester baseia-se na identificação de critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, atribuindo a cada doente uma determinada prioridade clínica, conforme o grau crescente de gravidade branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

Quando ao doente é atribuída uma cor vermelha (emergente) e muitas vezes em situações de cor laranja (muito urgente), o doente possivelmente com alterações do estado de consciência e/ou com compromisso da via aérea e/ou respiratória é encaminhado imediatamente para a sala de emergência, sendo ativada a equipa de emergência. Ouve-se em todos os corredores um sinal sonoro agudo facilmente identificável e todos os profissionais intervenientes, sabem o que fazer.

Seguindo as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (2006), tive a possibilidade de atuar em complementaridade com a equipa da sala de emergência. Procedi à avaliação e tratamento do doente crítico pela metodologia ABCDE – A (*Airway*), B (*Breathing*), C (*Circulation*), D (*Disability*), E (*Exposure*). Assim, consegui demonstrar conhecimentos e habilidades de forma a implementar respostas de enfermagem eficazes e fundamentadas para a estabilização do doente crítico. Foram várias as situações emergentes com que me confrontei, e verifiquei que seguir a metodologia ABCDE, é a forma organizada, lógica e sistemática para obter o essencial à estabilização do doente, até mesmo na efetivação do registo de procedimentos efetuados ao doente crítico na sala de emergência.

Ao SU, recorre uma quantidade significativa de doentes que apresentam como queixa principal a dor. Dito isto, durante a prática clínica do estágio em EMC, tive a possibilidade de perceber que são muitos os doentes que recorrem ao serviço de urgência para tratar um sintoma e não a causa que a provoca.

Não só por questões humanitárias, mas também por se tratar de um forte indicador da qualidade dos cuidados de saúde, denota-se a importância de considerar o tratamento da dor. Cabe assim ao profissional de saúde uma obrigatoriedade e esforço em detetar estas situações de presença e necessidade de controlo da dor, como forma de obter ganhos na qualidade de vida da população (DGS, 2008). A dor define-se por uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial, mas também a componente emocional, que pode estar associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão (DGS, 2008). Pode estar associada a traumatismos, fraturas, derrames, imobilização prolongada, infeções ocultas (otites, sinusites, abscessos, entre outros), doenças osteoarticulares crónicas, fatores psicossociais e muitas mais.

No decorrer da prática clínica reconheci a importância de registar a dor tal como efetuei o registo dos demais sinais vitais. A subjetividade, pessoalidade e complexidade da sensação de dor acarreta dificuldades, quer para o doente, quer para o enfermeiro EEMC, para a sua avaliação e quantificação. Perante isto, como futura enfermeira EEMC, desenvolvi vários métodos para mensuração da intensidade da dor, através da utilização de escalas validadas internacionalmente, como a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces (DGS, 2003). Durante todos os turnos procedi à monitorização da dor como 5º sinal vital (DGS, 2003) e implementei as atitudes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com o contexto. As medidas farmacológicas são intervenções de enfermagem interdependentes e de complementaridade, pelo que assumi a sua execução e monitorizei os seus efeitos de forma responsável. Por outro lado selecionei as intervenções não farmacológicas em complementaridade com as intervenções farmacológicas, nas suas múltiplas vertentes, cognitivo-comportamentais, físicas e suporte emocional (OE, 2008).

Nem sempre a prestação de cuidados ao doente crítico foi efetuada nas melhores condições físicas, pois assisti frequentemente a um acumular, lado a lado, de macas sem condições de privacidade para o doente e descorando as recomendações da Comissão de Controlo da Infecção de distância mínima entre doentes. O problema existe e da mesma

forma que detetei, procurei solucionar da melhor forma a situação, com a utilização de biombos/cortinas quando possível, devido à grande afluência

O facto de o espaço do SU ser reduzido e se tornar ainda mais reduzido com o elevado número de doentes atendidos por dia, compromete de alguma forma, a vigilância, a monitorização e a assistência dos mesmos. Neste contexto, atuei de forma responsável, consciente e fundamentada segundo uma perspetiva de enfermagem avançada.

No **Módulo II – SMI**, o meu foco de atenção foi a prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao doente em situação crítica, tendo desempenhado meu trabalho em estreita colaboração com os enfermeiros tutores EEMC, através da mobilização de conhecimentos teóricos para a prática, de pesquisas bibliográficas, de partilhas de conhecimento e de protocolos de serviço. Foi notável a minha crescente adaptação ao método de trabalho da equipa de enfermagem, adquirindo competências e autonomia e colaborando na admissão, avaliação e estabilização do doente crítico com risco de vida eminente que necessita de monitorização e intervenção terapêutica invasiva e intensiva.

A notificação da admissão de um novo doente ao SMI é sempre transmitida à equipa multidisciplinar de forma antecipada, o que permite a toda a equipa preparar a unidade funcional que irá acolher o doente. No decorrer da prática clínica, os doentes, cujas patologias/situações clínicas determinaram a sua admissão apropriada no serviço, com os quais experienciei foram: doentes em pós-operatório, doentes com falência respiratória aguda com necessidade de ventilação assistida, doentes com sépsis e choque séptico, doentes politraumatizados sem compromisso neurocirúrgico, doentes do foro neurológico (estado de mal epilético, alteração do estado de consciência, morte cerebral em potencial dador de órgãos...) e outros em situações clínicas que exijam cuidados intensivos.

No que concerne à admissão do doente crítico, tive a possibilidade de colaborar na montagem das traqueias do ventilador e do sistema de aspiração fechado e testar a sua operacionalidade, preparar o material para a monitorização invasiva (como material de cateterismo arterial e monitorização invasiva da pressão arterial) ...

Relembro a admissão do senhor R com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), com um quadro de insuficiência respiratória aguda, com o qual tive oportunidade de colaborar no acolhimento à unidade, na monitorização hemodinâmica, na preparação e colocação de Ventilação Não Invasiva (VNI), na verificação da funcionalidade dos acessos venosos periféricos existentes, na colaboração na punção de uma linha arterial e montagem

de monitorização da pressão arterial invasiva, na colheita de espécimes para análise (como gasometria, hemograma, bioquímica, rastreio séptico, rastreio microbiológico), na administração das perfusões prescritas e no preenchimento da folha de registo.

Após a realização da gasometria no laboratório do SMI, verifiquei que o senhor R estava em acidemia respiratória com um  $\text{pH} = 7,25$  e um valor de pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial ( $\text{PaCO}_2$ ) de 70 mmHg. Era evidente no senhor R, depressão do estado de consciência, resultante de má oxigenação dos tecidos cerebrais, colocando em risco a segurança da via aérea e predispondo-se a uma pneumonia por aspiração. De acordo com Paintal & Kuschner (2007) e Swaminathan & Stearns (2016) uma das condições predisponentes para a pneumonia por aspiração é associada à alteração do nível de consciência. Para proteção da via aérea, o senhor R foi posicionado com a cabeceira elevada 30-45°, foi realizada aspiração de secreções orofaríngeas e entubação naso-gástrica com drenagem livre para saco coletor, como forma de evitar uma possível aspiração de conteúdo gástrico. No entanto, após ter refletido sobre a situação e ter realizado pesquisa bibliográfica sobre a VNI, questiono-me se este senhor teria indicação para realizar este tipo de suporte de ventilação. De acordo com as *Guidelines “Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult Patients with Acute Respiratory Failure”* (Sanchez et al., 2014), se o doente não tem capacidade de proteger as próprias vias aéreas, este não tem indicação para realizar ventilação não invasiva. Tive oportunidade de refletir com o enfermeiro tutor EEMC acerca desta situação, no entanto a decisão da escolha do suporte ventilatório é um ato médico. Outra questão, sobre a qual refleti diz respeito ao registo dos parâmetros da VNI sobre o doente. Isto é, a folha de registo de monitorização contínua no SMI, está adaptada para o registo de monitorização do doente que se encontra ventilado com tubo orotraqueal, no entanto em lugar algum permite registar a interface adotada entre o ventilador de VNI e o doente, as complicações adversas que eventualmente possa acarretar esta ventilação (como a presença de úlceras de pressão facial, a irritação ocular, a insuflação gástrica...), as intervenções realizadas na sua prevenção (aplicação de cremes, espumas ou películas de poliuretano de proteção), o tempo de interrupção da VNI e os parâmetros ventilatórios da VNI. Perante esta situação, tornou-se pertinente realizar no decorrer da prática clínica um Estudo de Caso – A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva (Apêndice III); um Póster – Ventilação Não Invasiva (Apêndice IV) e uma Folha de Monitorização na Ventilação Não Invasiva (Apêndice V). Assim, a partir da realização do estudo de caso, fui capaz aprofundar conhecimentos acerca da patologia do doente, bem como sobre o tratamento

eleito para o seu quadro de agudização de insuficiência respiratória, fui capaz de estabelecer um plano de cuidados especializado e humanizado para o senhor R, fundamentado na pesquisa bibliográfica e na reflexão acerca das competências do enfermeiro EEMC perito em VNI. A realização do Póster teve como objetivo permitir de uma forma rápida, consultar e refletir acerca das indicações e contra-indicações para a utilização da VNI. E por último, a Folha de Monitorização na Ventilação Não Invasiva, surge como uma sugestão de melhoria no registo clínico do doente crítico submetido a VNI. No entanto, não posso deixar de referir que esta reflexão acerca do doente submetido a VNI, no que diz respeito às indicações e contra-indicações, bem como sobre as lacunas no registo do doente submetido a VNI surgiu numa fase muito próxima do final do Estágio em EMC, pelo que não me permitiu implementar o Póster, nem a Folha de Registo no SMI. No entanto, após reflexão com os enfermeiros tutores mestres e EEMC e com a professora orientadora da prática clínica, os documentos foram facultados à equipa de enfermagem e à enfermeira chefe, para a sua análise, como suporte de uma oportunidade de melhoria futura na prática clínica.

No decurso do estágio no SMI, a ventilação mecânica revelou-se como um grande desafio pessoal, pelo facto de nunca ter prestado cuidados de enfermagem a um doente ventilado mecanicamente. A ventilação mecânica pode ser definida como o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, o que permite desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar (Marcelino, 2008). O princípio da ventilação mecânica é oposto ao fisiológico, uma vez que a ventilação é conseguida através do uso de uma pressão positiva nas vias aéreas. A prática clínica permitiu-me rever os diferentes modos de ventilação mecânica controlados ou assistidos, em volume ou pressão e modalidades mistas ou combinadas, assim como os parâmetros ventilatórios a considerar na programação de um determinado modo ventilatório. Adquiri capacidade de interpretação da resposta ventilatória do doente, nomeadamente no momento da Interrupção Diária da Sedação, momento em que o doente fica com suporte de um modo ventilatório de pressão assistida, sendo-lhe permitido iniciar a inspiração espontaneamente. Como disse anteriormente, a escolha da modalidade ventilatória é um ato médico, no entanto, a avaliação das alterações do estado geral do doente inerente à modalidade selecionada faz parte da prática do enfermeiro EEMC.

Um aspeto importante no cuidado especializado ao doente crítico prende-se à finalidade de prevenir e reduzir a incidência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A prestação de cuidados num SCI acarreta inúmeras técnicas invasivas e

manipulação de muitos dispositivos invasivos, pelo que devem ser executados de acordo com as normas e orientações emanadas pelas Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do HPH e de acordo com os protocolos do SMI, como forma de controlar a possível transmissão cruzada de infecção. Em contexto de prática, pude evidenciar que existe uma articulação efetiva e de carácter contínuo entre o trabalho da CCI e os cuidados prestados no SMI, o que permite que esteja disponível informação relevante para adequar as práticas na prevenção e controlo das IACS, melhorando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Durante a prestação de cuidados especializados ao doente crítico tive sempre presente a prática de enfermagem de acordo com os protocolos de serviço, nomeadamente no cuidado ao doente ventilado de acordo com protocolo de serviço implementado para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva (PAVI); na manipulação e manutenção do cateterismo arterial e do cateterismo venoso central; na preparação e administração da alimentação parentérica; nas mudanças dos sistemas de perfusão de acordo com o recomendado. Segundo *Centers for Disease Control and Prevention* (2011) nas *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, as mudanças dos sistemas de perfusão devem ser substituídas depois das 96h em 96h, mas não superior a 7 em 7 dias; na administração de sangue e seus derivados e emulsões lipídicas a substituição dos sistemas de perfusão deve ser feita de 24 em 24h; os prolongadores utilizados na administração de propofol devem ser trocados a cada 6 a 12h.

A substituição mais frequente aumenta o risco de infecção pela manipulação e os custos, por isso a importância de seguir as linhas orientadoras e administrar produtos em sistemas com tempos seguros.

Outra área de atenção relevante para a prática do enfermeiro EEMC, no SMI, é a dor, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). O doente crítico internado num SCI experiencia sempre a dor, quer pela patologia que o levou ao internamento, quer por vários procedimentos invasivos e não invasivo a que é sujeito. De acordo com Urden, Stacy & Lough (2008), a experiência de dor do doente crítico é ainda agravada pela dificuldade de comunicação, pelo medo e pela ansiedade, tendo repercussões no seu estado geral, manifestando-se através de alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas. Perante o que foi dito, percebo a importância de avaliar e tratar a dor, para um controlo eficaz que diminua o risco de complicações no doente.

Maioritariamente o doente crítico apresenta alterações do estado de consciência (por sedação ou não) e alterações da comunicação verbal, frequentemente por presença de tubo oro-traqueal ou mesmo por VNI contínua, o que pode dificultar a monitorização da dor. Desta forma, para a avaliação e monitorização da dor, o enfermeiro EEMC pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Urden, Stacy & Lough, 2008). No entanto, o controlo e gestão da dor, não envolve apenas a sua avaliação e monitorização, é essencial a implementação de intervenções autónomas (não farmacológicas) e/ou interdependentes (farmacológicas) para o seu tratamento (Ferreira et al., 2014). O sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor depende da sua avaliação e monitorização sistemática, por forma a possibilitar ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado (OE, 2008).

No SMI, utilizei como escalas, internacionalmente validadas, para a avaliação da dor no doente acordado, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou Escala de Faces (DGS, 2003). Relativamente à avaliação da dor, nos doentes ventilados, a avaliação foi realizada através da Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale - BPS*).

No decorrer do Estágio em EMC, foi foco da minha atuação a avaliação, monitorização da dor, bem como a implementação de intervenções para o seu alívio, tenho avaliado a eficácia das intervenções realizadas. Com esta atitude, percebi a importância do enfermeiro EEMC na gestão e controlo da dor, se por um lado a analgesia administrada resulta de uma intervenção interdependente, por outro lado, o enfermeiro EEMC ajusta de forma autónoma a perfusão de analgesia, de acordo com a avaliação da dor através da escala selecionada, e da resposta ao doente à analgesia e aos procedimentos efetuados (como por exemplo a aplicação de calor/frio, a otimização do posicionamento,...). Esta autonomia do enfermeiro EEMC, em articulação com o médico, acarreta uma elevada competência em titular corretamente a analgesia e até mesmo a sedação, na medida em que o uso excessivo pode trazer graves consequências para o doente, tais como, aumento do tempo de internamento, baixa satisfação a curto e longo prazo, possibilidade de sequelas psicológicas e/ou cognitivas e até aumento da morbidade e mortalidade. Do mesmo ponto de vista uma analgesia insuficiente condiciona efeitos nocivos no doente como aumento de *stress*, agitação psicomotora, aumento do metabolismo, alterações elétricas e hemodinâmicas.

A intervenção do enfermeiro EEMC que permita uma boa gestão e controlo da dor contribui satisfatoriamente na evolução do doente, nomeadamente a otimização da

ventilação mecânica, o conforto, o aumento da tolerância e confiança do doente sobre os cuidados recebidos e conseqüentemente diminui o risco de *Stress* Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Dado que por si só, a tipologia de doente crítico acarreta um elevado risco de SPICI, mesmo com uma boa gestão e controlo da dor. De acordo com Almeida & Ribeiro (2008), a sofisticada tecnologia que rodeia o doente, o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos familiares, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais de saúde podem ser fatores de *stress* para o doente.

Saliento que os dois turnos da noite, realizados no SMI, foram essenciais para refletir e analisar acerca da importância de manter no serviço um equilíbrio sensorial para o doente, tendo incidido a minha intervenção, dentro do possível, para reduzir a perturbação do ciclo de sono/vigília.

Todas estas experiências e todas estas situações vivenciadas, entre tantas outras impossíveis de descrever num pequeno relatório de estágio, contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, dada a imposição e motivação recorrente para uma análise crítico-reflexiva de atuação de enfermagem especializada em EEMC, com base na evidência científica.

**Objetivo: Desenvolver competências comunicacionais e relacionais com o doente em fim de vida e sua família, com o doente em situação crítica e com a equipa multi e interdisciplinar.**

A Comunicação é certamente considerada um dos principais instrumentos a desenvolver pelo enfermeiro EEMC. Dado que esta é utilizada como instrumento de colheita de dados importante para diagnosticar os problemas do doente e família e como instrumento terapêutico para a resolução de muitas necessidades sentidas pelos doentes e sua família.

A comunicação representa um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. De maneira consciente ou inconsciente, a comunicação é transmitida de forma verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos interlocutores. Por intermédio da comunicação apreendem-se e compreendem-se as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e a criam-se laços significativos (Phaneuf, 2005).

No **Módulo III – SCP**, para satisfazer as necessidades da pessoa e sua família, é fundamental adotar uma comunicação eficaz e adequada. Comunicar eficazmente implica a

utilização de perícias básicas de comunicação que permitem a oportunidade do doente apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sente. Essas perícias consistem em ouvir, observar e sentir, demonstrar empatia, manter o controlo da entrevista e questionar as preocupações e convicções relativamente à doença (Gask, 2000; Querido, Salazar & Neto, 2010).

A comunicação, no seu conceito integral, é muito mais do que uma troca de informação, de símbolos e de ideias. Esta envolve também uma atitude terapêutica promotora da autonomia, confiança e esperança, contribuindo para o atenuar do sofrimento vivido e sentido de uma forma individual.

Inicialmente, realizei observação da forma como se comunicavam e relacionavam o doente e o enfermeiro EEMC, conjuntamente com a família. Do estabelecimento desta relação terapêutica foi possível constatar que a conversa se dirige no intuito de estabelecer um compromisso, um plano terapêutico individual ajustado aos problemas percecionados. Da minha observação, foi possível averiguar que as principais necessidades da família e do próprio doente em fim de vida se prendem à necessidade de receber uma informação honesta, realista e adaptada sobre a doença, terapêutica e recursos existentes. De acordo com Moraes (2009), o doente e a sua família necessitam de apoio emocional, desejam participar ativamente nos cuidados e acima de tudo necessitam de garantir que sejam prestados os melhores tratamentos possíveis aos seus entes queridos num ambiente de intimidade e privacidade.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de explorar as expetativas do doente e da família em relação ao internamento e à situação de doença atual, num compromisso com a verdade, usando ferramentas da comunicação adequadas que me permitissem criar uma comunicação honesta, uma esperança realista e um ajuste de expetativas.

Não posso deixar de recordar uma situação por mim experienciada. Aquando o acolhimento da senhora M no internamento, a filha ao despedir-se da equipa de enfermagem, apelou a mim e à enfermeira tutora EEMC para que não disséssemos à mãe, o serviço onde a senhora se encontrava internada, porque isso iria dificultar a aceitação do internamento por parte da senhora M. Esclareci a filha acerca da importância dos cuidados paliativos, bem como o desempenho do nosso papel. Elucidei a filha que, para o enfermeiro EEMC e para toda a equipa dos cuidados paliativos, envolver o doente e a família no processo de cuidados é fundamental, mas para isso é preciso que ambos estejam cientes da realidade, para que se possa trabalhar no sentido do alívio do sofrimento, da promoção do conforto e qualidade de vida e conferir ao doente autonomia e poder de

decisão. Não pode existir lugar para a conspiração do silêncio, mas sim respeitar na relação do Cuidar, o princípio da verdade. De acordo com o EOE, nos termos do n.º2 do Artigo 99º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, na relação profissional do enfermeiro são valores universais a observarem-se: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro tutor EEMC em momentos de transmissão de más notícias. O processo de comunicar más notícias é um desafio para o enfermeiro EEMC. A sua excelência não advém exclusivamente de um acumular de experiência profissional mas sim de um treino adequado, desenvolvimento e aperfeiçoamento de aptidões de comunicação, cumulativo à experiência, num processo dinâmico e evolutivo.

Uma grande dificuldade sentida, no dia-a-dia da prestação de cuidados paliativos, foi certamente a comunicação de más notícias. Comunicar a alguém uma má notícia relacionada com o agravamento do estado clínico do doente, o estado de agonia ou mesmo a comunicação da morte é sempre algo penoso para quem a dá e para quem a recebe. Sem o treino adequado, o desconforto e a incerteza associada a esta atividade pode levar os enfermeiros a afastarem-se emocionalmente do doente/família (Hargie, Saunders & Dickson, 2000). Assim, nos momentos de comunicação de más notícias estabeleci um ambiente adequado, privado e tranquilo, seguindo os passos do modelo de comunicação de Buckamn (Buckman, 1998). No entanto, para tornar esta tarefa mais fácil, durante todo o processo de doença é importante nutrir uma esperança realista e não omitir factos. Neste sentido, desde o primeiro dia de acompanhamento do doente/família, estabeleci uma relação terapêutica com base na confiança, honestidade e transparência, de forma a conhecer os desejos do doente e a respeitar a sua vontade. Compreendo que o facto do doente e sua família estarem conscientes do verdadeiro prognóstico da situação, evita a criação de falsas esperanças face ao processo de doença, o que por si só poderia ser um fator propício, a um possível processo de luto patológico.

O processo de comunicação é um pilar fundamental em cuidados paliativos, uma vez que este não é mais do que um instrumento para consciencializar, confrontar, envolver, aceitar, capacitar não só o doente, mas também todos os elementos preciosos na sua vida, para que juntos possam atingir a reconciliação e resiliência.

No **Módulo II – SMI**, o enfermeiro EEMC no decurso da sua atividade profissional, para além da experiência no uso de tecnologias, e do suporte psicossocial, deve estar atento ao processo de comunicação para que o doente possa suportar os efeitos

da hospitalização, manter a percepção de si próprio e da sua realidade (Hudak & Gallo, 1997). Quando o cuidado acontece num ambiente que exige alta tecnicidade que pode conduzir à desvalorização da assistência humanizada, exige-se a reflexão, a procura e a consciencialização de um cuidar humanista que busque práticas refletidas com enfoque naquele que se cuida (Caetano et al., 2007).

A comunicação terapêutica revela-se essencial no cuidado ao doente crítico internado no SMI, que perde contato com o ambiente familiar, que se torna mais sensível e necessita tanto do atendimento de alta complexidade, como do relacionamento terapêutico, especialmente com a equipa de enfermagem.

O doente crítico que necessita de ventilação artificial não emite sons, devido à presença de um tubo oro-traqueal, que limita a sua capacidade de comunicar, produzindo afasia de expressão. Das experiências vividas, durante o decorrer do Estágio em EMC, constatei que a maioria dos doentes realiza esforço verbal, movendo os lábios, no entanto nem sempre conseguem fazer-se perceber. Esta dificuldade desperta, no doente ventilado ansiedade e nervosismo pelo esforço que faz para ser compreendido e pelo desespero quando não consegue fazer-se entender. Perante esta realidade, muitos dos doentes refugiam-se neste desespero e desistem, dado o sentimento de impotência para comunicar. Embora na interação enfermeiro-doente seja mobilizada quer comunicação verbal, quer comunicação não-verbal, dado o enfermeiro utilizar preferencialmente a palavra falada para comunicar com o doente, associada grande parte das vezes a formas de comunicação não-verbal e o doente comunicar com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, estando estas dependentes da descodificação da mensagem por parte do enfermeiro, ressalva-se a importância da relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro-doente.

O enfermeiro EEMC, e as suas competências, é o elemento da equipa multidisciplinar do SMI que permanece mais tempo junto do doente, e por isso tem um papel fundamental no estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente ventilado e a responsabilidade de desenvolver esforços e estratégias para o conseguir. Como ponto de partida, é necessário que o enfermeiro reconheça as dificuldades do doente, e as suas próprias dificuldades, para que em conjunto possam encontrar estratégias que possam usar para as ultrapassar. O conhecimento do enfermeiro EEMC possibilita-o de mobilizar estratégias que se adequem às necessidades do doente crítico ventilado, com todas as singularidades que o envolvem, ao longo da prestação de cuidados. De acordo com, Stefanelli & Carvalho (2005), com o aumento da experiência profissional do enfermeiro,

aumenta a sua consciencialização e reconhecimento de que o doente não consegue verbalizar todas as suas necessidades, e como detentor da arte de cuidar, preocupa-se em perceber até mesmo o que não é verbalizado pelo doente, mas está expresso no modo de ser, aumentando a capacidade de destreza na adoção de várias estratégias.

O profissional de enfermagem EEMC promove o bem-estar do doente crítico ventilado e percebe a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade no sentido de se envolver nos cuidados humanos, aliados à habilidade técnico-científica com vista a resultados mais positivos no processo de humanização de cuidados. Assim, através de técnicas de comunicação, adaptadas à complexidade do estado crítico de saúde da pessoa, tive sempre presente uma comunicação verbal explicativa e esforcei-me por quebrar barreiras à comunicação impostas muitas vezes pela “agitação” em torno do doente, pelos alarmes disruptivos das máquinas, pela ausência de comunicação verbal por parte do doente, entre outras. Percebi que no intuito de facilitar o processo de adaptação da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva à sua nova realidade de ver restringida a sua capacidade de comunicar verbalmente, podem ser adotadas várias estratégias, fruto da capacidade imaginativa e criativa de cada enfermeiro EEMC. Dependendo do grau de sedação do doente, estas podem ir desde o simples fornecimento de papel e caneta até à criação de quadros de imagens, quadros de letras, quadros com frases mais frequentes, ou mesmo o estabelecimento de códigos que podem implicar apenas o piscar de olho, acenar com a cabeça, levantar ou baixar um dedo, virar a cabeça para um ou outro lado, etc... Urden, Stacy & Lough (2008) acrescentam ainda que a comunicação não-verbal pode estabelecer-se mediante sinais, gestos, leitura através dos lábios, apontar, mímica facial ou pestanejo.

Relembro o Senhor A que se encontrava com ventilação mecânica assistida por um quadro agudo de insuficiência respiratória associada a uma infeção pelo vírus Influenza A. O Senhor A apresentava uma boa adaptação à ventilação assistida e por isso encontrava-se sob uma sedação leve. No momento da prestação de cuidados para a prevenção da PAVI, compreendendo que são procedimentos invasivos agressivos e dolorosos, optei por explicar ao senhor o porquê da necessidade de realizar esses procedimentos, expliquei que eram desconfortáveis, mas que se apertasse com força a sua mão na minha mão ou na mão do enfermeiro tutor EEMC, o desconforto tornava-se mais tolerável. Expliquei ao doente como podia colaborar para ser menos agressivo e essencialmente, obtive o seu consentimento para a realização dos procedimentos. Este momento da prestação de

cuidados foi gratificante na minha prática clínica em cuidados intensivos, na medida em que senti que diminuí a ansiedade do senhor relativamente a todo o meio que o envolvia.

Senti que comunicar com o doente em situação crítica pode ser apenas demonstrar uma presença tranquilizante, apoiar e orientar para o espaço, dar conforto e minimizar a dor. Trabalhei e desenvolvi a escuta, a presença efetiva e reveladora de interesse e envolvimento no outro, a presença calma de gestos refletidos, comunicando de forma assertiva e serena. A empatia e o toque no doente ventilado, ou com dificuldade na expressão verbal, incluíram também a mímica labial e o esforço redobrado na compreensão mútua, com o intuito de selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades comunicacionais numa relação de ajuda à pessoa em situação crítica.

Cabe ao enfermeiro EEMC que assegura cuidados de enfermagem no SMI demonstrar sensibilidade para reconhecer alterações clínicas do doente crítico, sendo muitas delas observadas por meio de gestos, olhar e linguagem corporal. O equilíbrio na comunicação, na construção do diálogo é uma das premissas fundamentais para se alcançarem os objetivos da humanização dos cuidados intensivos pois, a partir do momento em que o enfermeiro comunica com o doente através das várias formas de comunicação (verbal e não-verbal) o cuidado prestado será de qualidade e humanizado, sendo estabelecida uma relação terapêutica eficaz (Alves, 2012).

No **Módulo I – SU**, o êxito da abordagem ao doente que recorre ao serviço é, em grande parte, devido à capacidade do enfermeiro EEMC desenvolver habilidades de comunicação que efetivem um cuidar, com vista ao relacionamento interpessoal. A comunicação eficaz em ambiente hospitalar permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, uma vez que permite a este exteriorizar as suas necessidades na busca de soluções, com ênfase na sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização (Morais et al., 2009).

Denoto que ao longo do Estágio em EMC no SU, o facto de possuir um determinado grau de competências comunicacionais (verbais e não verbais) e uma determinada capacidade interpessoal no relacionamento terapêutico com o doente, fruto da minha experiência profissional, permitiu-me de certa forma, exercer satisfatoriamente uma prática clínica, onde a relação com o doente foi fundamental na prestação de cuidados de índole urgente e/ou emergente.

No dia-a-dia do SU, cruzam-se várias situações de ansiedade, sofrimento e luto, para as quais exercer uma prática comunicacional baseada numa relação de ajuda traduz um verdadeiro veículo para o estabelecimento de uma relação de confiança.

O posto de triagem é o local onde se inicia o processo da prestação de cuidados, do meu ponto de vista, este local exige por parte do enfermeiro EEMC domínio sobre o papel da comunicação, que pretendo destacar neste relatório. De acordo com Goransson et al. (2008) e Cronin (2003), a triagem no SU é o ponto de início do processo de prestação de cuidados no hospital e define-se como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar. Desta forma, posso entender que o domínio de técnicas de comunicação é essencial à tomada de decisão do enfermeiro EEMC, que lhe permita colocar o doente certo no local correto, com vista a receber o nível adequado de cuidados de encontro à satisfação das suas necessidades.

O enfermeiro tem um papel importante neste primeiro acolhimento, na medida em que é o primeiro profissional que o doente e o seu acompanhante encontram à chegada da urgência. Neste contexto, no prosseguimento do espírito crítico-reflexivo adotado, acho pertinente debruçar-me sobre o papel desenvolvido pelo enfermeiro EEMC na triagem.

O doente com que se depara um enfermeiro a prestar cuidados na área de triagem é um doente que apresenta elevada instabilidade, física e psicológica, dada a situação clínica pela qual recorre ao SU. No desempenho de um papel eficiente, este contato exige ao enfermeiro EEMC um saber inato para comunicar de forma clara e adequada com o doente e/ou acompanhante nas diversas situações, mas também grande aptidão para interpretar os dados da avaliação inicial e capacidade de organização para responder às múltiplas necessidades e solicitações dos doentes. Assim, apercebi-me que o verdadeiro desafio que se coloca ao enfermeiro da triagem não consiste em encaminhar os doentes cujo estado crítico é visível, mas reside em reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não se intervir de forma rápida e adequada, avaliando e mobilizando toda a ajuda possível.

Com o decorrer dos turnos realizados no SU, pude constatar que classificar os doentes de acordo com a prioridade e urgência da sua situação clínica/crítica, torna-se uma tarefa difícil, não só pela exigência de capacidade de triagem na seleção de queixas chaves e fundamentais para a definição de um discriminador / algoritmo, mas pela gestão de conflitos e tensão emocional gerada e/ou já existentes no momento da admissão ao SU.

Na triagem a gestão de conflitos e tensão emocional ganham particular expressão em situações em que os doentes e acompanhantes geram protestos pelo tempo de espera e pelo grau de gravidade onde se classificam ou até mesmo em situações de angústia de quem vê entrar um familiar na sala de emergência. Considero que a triagem é um dos postos mais desgastantes para a equipa de enfermagem do SU e que adotar uma atitude

assertiva, de calma, objetividade, clarificação e consideração são uma mais-valia na aquisição de competências de comunicação transversais ao processo de triagem.

Através da escuta tentei perceber as queixas e os motivos que levaram determinado doente a recorrer ao SU. Pude no decorrer da prática clínica em parceria com o enfermeiro tutor EEMC, orientar, clarificar muitas dúvidas do doente, respeitando sentimentos e fragilidades, mas de forma a focalizar e orientar para o problema que o trouxe.

O SU atende situações de urgência e emergência, que pelas suas características, são complexas do ponto de vista da decisão clínica e do ponto de vista da continuidade dos cuidados. A informação clínica que o enfermeiro EEMC colhe e produz, é inevitavelmente utilizada, quer por colegas, quer por outros profissionais, quer por profissionais de outras unidades prestadoras de cuidados, para onde os doentes são drenados quer com alta clínica, quer com necessidade de cuidados mais diferenciados. Desta forma, poder-se-á considerar os registos clínicos realizados como um alicerce para a continuidade dos cuidados e para o sucesso do trabalho em equipa multi e interdisciplinar.

Neste local de estágio tive oportunidade de registar e obter informação clínica dos doentes a partir de dois sistemas de informação distintos: o SAPE e o HP-HCIS.

Como pontos desfavoráveis da utilização de dois sistemas de informação diferentes, o SAPE na OBS/UDT e o HP-HCIS nas restantes áreas da urgência, perceciono a dificuldade existente na partilha de informação entre eles. Isto é, no SU o programa utilizado em todas as suas valências é o HP-HCIS, este programa integra toda a informação clínica do doente, constituído o seu processo clínico, permite compreender o circuito do doente nas diferentes valências da urgência e os tempos de espera e possibilita a qualquer profissional de saúde a consulta de toda a informação clínica referente ao doente. No entanto, quando um doente permanece no SU, nomeadamente em OBS/UDT, por mais de 24 horas, os registos passam a ser efetuados no SAPE, e não existe uma partilha direta de informação do HP-HCIS, para este sistema de informação, o que exige um trabalho redobrado na transcrição de informação clínica.

Por outro lado, reconheço a vantagem da utilização do SAPE, uma vez que este sistema de informação está voltado para a prática de enfermagem, com base na utilização de linguagem classificada, de acordo com a CIPE, como um apoio à tomada de decisão do enfermeiro EEMC, no processo de enfermagem. Este programa encontra-se parametrizado de encontro à realidade da unidade de cuidados, o que revela uma extraordinária importância na gestão da informação e na possibilidade de investigação gerada pela utilização da linguagem codificada (Pereira, 2009). A utilização de linguagem classificada

para descrever as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados, configura-se como um imperativo para qualquer dispositivo de comparação e agregação de dados, na medida em que só podemos agregar e comparar dados, se estes partilharem de definições e categorias uniformes (Pereira, 2004).

Perante o que foi dito, percebi e colaborei na obtenção de dados clínicos do doente e produzi registos de enfermagem, com vista a espelhar as reais necessidades dos doentes, as intervenções planeadas e executadas para a satisfação dos mesmos, e ainda uma contínua avaliação dos resultados obtidos/desejados.

A informação clínica produzida pelo enfermeiro EEMC é necessária para a continuidade dos cuidados e é um dos aspetos consideravelmente presentes em auditorias para os processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Constata-se assim, que esta dimensão, dos sistemas de informação, influencia toda a dinâmica dos cuidados de saúde (Brunt et al., 1999; Anderson & Helms, 2000; Sousa, 2006). Desta forma, a continuidade dos cuidados surge associada à qualidade, à forma como a informação clínica dos doentes se apresenta, à sua disponibilidade e estratégias de partilha.

A promoção da continuidade dos cuidados apresenta-se como um dos objetivos centrais dos sistemas de informação clínicos. De acordo com os padrões de qualidade da OE (2001), a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, é um elemento necessário à organização dos cuidados. É através do processo de enfermagem que o enfermeiro EEMC desenvolve a sua capacidade de tomada de decisão devidamente fundamentada, atualizada, numa prática baseada na evidência, e personaliza o seu raciocínio crítico, clarificando e planeando intervenções dirigidas essencialmente ao doente. No entanto, em contexto do SU, devido à existência de situações que carecem de uma resposta rápida e eficaz, fruto de um raciocínio crítico eficaz, o processo de enfermagem é muitas vezes planeado mentalmente.

Ao enfermeiro EEMC são exigidos conhecimentos científicos e técnicos altamente qualificados para atuar rapidamente face a situações agudas e de risco de vida, mas também a pronúncia de uma prestação centrada na humanização e personalização dos cuidados, dando ênfase ao respeito pela dignidade, individualidade e integridade do ser humano. Desta forma, a comunicação, em todas as suas vertentes, é certamente considerada um dos principais instrumentos a desenvolver pelo enfermeiro EEMC, que eu desenvolvi certamente no decorrer do Estágio em EMC, como futura enfermeira EEMC.

**Competências:** Formulei e analisei questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; Mantive, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Refleti na e sobre sua prática, de forma crítica; Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; Maximizei a intervenção na prevenção e controlo de infeção; Demonstrei capacidade de atuação perante situações imprevistas e complexas na área de EEMC; Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa doente e família.



#### 4. CONCLUSÃO

Num panorama acelerado de mudança do paradigma da saúde, urge a necessidade dos profissionais de enfermagem se suprirem de conhecimentos, aptidões e competências específicas, que promovam a qualidade dos cuidados, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Nos últimos anos, a crescente dignificação da profissão de Enfermagem sustenta-se numa prática clínica cada vez mais complexa e com maior responsabilidade, que para além de uma sólida formação base, exige uma aprendizagem contínua, no sentido do desenvolvimento de competências especializadas.

A Ordem dos Enfermeiros coloca o desafio de construir percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, alicerçado numa lógica de reconhecimento de competências, onde os momentos formais de aquisição de conhecimento se unem à experiência profissional sustentada numa prática clínica reflexiva, por forma a garantir a qualidade e o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem. Neste sentido, senti necessidade de aprofundar conhecimentos e competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na procura da excelência do exercício profissional, tanto no domínio da prestação de cuidados como na gestão e formação de equipas.

A concretização da Unidade Curricular - Estágio em EMC permitiu-me mobilizar conhecimento e capacidades em todas as áreas e ainda, desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, particularmente no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e em fim de vida, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Estágio em EMC constituiu momentos ideais de formação e reflexão na prática, o que me permitiu desenvolver um conjunto de competências que integram o *saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender*, apoiados na evidência científica. A escolha dos locais de Estágio em EMC foi facilitadora do desenvolvimento dessas competências de enfermeiro EEMC, uma vez que foram múltiplas e diversas as situações de aprendizagem e reflexão, tal como era previsto pela caracterização do doente crítico e do doente em fim de vida.

Como contributo para o **Módulo III – SCP**, desenvolvi um trabalho, titulado de O Enfermeiro Perante a Morte, que se tornou uma ferramenta significativa para a sensibilização da equipa de enfermagem, que diariamente enfrenta a morte e processos de morte. O desenvolvimento deste trabalho urgiu pela minha necessidade de compreensão destes fenómenos. Foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica sobre a temática, e de seguida construído um questionário, titulado de O Enfermeiro perante a Morte, cujo objetivo foi compreender como vivenciam os enfermeiros a morte e o processo de morrer, que estratégias de *coping* utilizam e que recursos e apoios dispõem na instituição onde desempenham a sua atividade profissional. O questionário foi aplicado à equipa de enfermagem de forma confidencial e voluntária, e os resultados foram analisados à luz da evidência científica encontrada. Assim perante o resultado de anos de serviço em cuidados paliativos, verifiquei que da amostra aleatória a que foi aplicado o questionário, 44% das enfermeiras apresentam 7-15 anos de exercício profissional no SCP e de acordo com a evidência poderão estar a vivenciar mecanismos de *coping* não eficazes. Assume-se assim uma importância significativa sobre esta problemática e conhece-se a necessidade das instituições olharem para estes profissionais, oferecendo apoio, momentos de partilha de sentimentos e de formação, entre outros.

Acredito ter conseguido um contributo válido, para a consciencialização dos enfermeiros do SCP, no estabelecimento de momentos de reflexão pessoal e/ou grupal, que de certa forma possam facilitar a vivência no período terminal da vida, e conseqüente, a prestação de melhores cuidados.

No **módulo I – SU**, o meu contributo esteve relacionado com propostas de melhoria no planeamento e efetivação do Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico. De forma a atender as boas práticas, qualidade e segurança no TIH do doente crítico, em parceria com a colega de Estágio em EMC, realizei uma vasta pesquisa bibliográfica e uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática. Assim, pela formação em serviço, após reflexão com os enfermeiros tutores EEMC e com o enfermeiro chefe, foi realizada sensibilização à equipa sobre a oportunidade de melhoria e apresentados os documentos desenvolvidos, nomeadamente, a Norma de Procedimento, a Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar e o Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar. Estes documentos foram disponibilizados à equipa para análise e futura implementação no serviço. Acredito ter conseguido um contributo válido, para a consciencialização dos enfermeiros no estabelecimento de momentos de reflexão pessoal e/ou grupal, bem como para o

estabelecimento de uma conduta de atividade profissional, assente na prestação de cuidados seguros, de qualidade, com base na evidência científica.

No **módulo II – SMI**, perante a prestação de cuidados especializados à pessoa com DPOC submetida a VNI, surgiram oportunidades de melhoria, nomeadamente na seleção criteriosa do doente submetido a VNI através da consulta rápida do Póster – A Ventilação Não Invasiva proposto no SMI. Como forma de melhorar o registo de enfermagem sobre o doente submetido a VNI formulei um documento de registo, a Folha de Monitorização na VNI. Os documentos foram facultados à equipa de enfermagem para a sua análise, como suporte de uma oportunidade de melhoria na prática clínica futura.

As dificuldades sentidas no decurso do Estágio em EMC estiveram relacionadas com a dificuldade inicial de integrar a dinâmica funcional dos serviços, pelas suas especificidades. O langor que se fez sentir na fase final deste percurso, pela conciliação da atividade profissional, da atividade pedagógica e familiar, conduziram a um esforço físico e psicológico acrescido, mas ao mesmo tempo gratificante na medida em que constituiu uma experiência enriquecedora, contributiva na aprendizagem, na pesquisa, na investigação e na aquisição de competências de específicas da área de EEMC.

O desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista na área de EEMC foi fruto da minha pesquisa, análise, reflexão e confrontação da prática clínica observada e realizada, no intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na resposta a fenómenos complexos, o que se demonstrou como uma metodologia eficaz.

A elaboração deste relatório permitiu-me evidenciar as atividades realizadas na consecução dos objetivos, previamente traçados no projeto de estágio, e dar realce à minha atitude crítica e reflexiva na aquisição de competências de enfermeiro especialista em EEMC, no respeito da dignidade humana do doente em situação crítica e em fim de vida em todo o percurso de desenvolvimento. As atividades desenvolvidas foram pertinentes para o meu desenvolvimento, pelo que tive a possibilidade de destacar as oportunidades de melhoria encontradas e as estratégias implementadas e/ou sugeridas pelas equipas, pelos enfermeiros tutores EEMC, pelos colegas do MEEEMC durante as sessões de orientação tutorial e pela orientadora, Mestre Patrícia Coelho. Foi este espírito de análise e sentido crítico em relação à prática dos cuidados, que potenciou o desenvolvimento do conhecimento e de competências diferenciadas, convergindo na conquista de uma prática de enfermagem avançada.

O Relatório de Estágio foi desenvolvido no respeito pela Deontologia Profissional. Como dificuldade na sua elaboração, destaco a dificuldade de síntese, a dificuldade na

seleção dos aspetos a abordar e a dificuldade na escolha das atividades desenvolvidas e competências adquiridas a destacar. Sinto que muitas atividades ficaram por descrever e refletir neste documento, embora tenham sido relatadas as mais importantes como futura enfermeira EEMC.

Na minha atividade profissional de enfermagem no IPOPG, E.PE. sinto e transmito maior segurança, qualidade e evidência científica na tomada de decisão, fruto das competências específicas desenvolvidas ao longo deste Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pela investigação, futuramente pretendo continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina, por meio da disseminação de conhecimento com a publicação de artigos e participação em eventos com trabalhos fruto da investigação. E ainda, por meio de uma prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, com base na evidência científica, na ação refletida, na mobilização de um conjunto de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, de forma a assumir uma função diferenciada no cuidar, autónoma e interdependente, na resposta a situações complexas da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. & Ribeiro, J. (2008). *Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos*. *Revista Referência*. 7:79-88.

Alves, A. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. (Tese de Mestrado) Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 148 p. Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana_Alves.pdf)

Anderson, M. & Helms, L. (2000). Talking about patients: communication and continuity of care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 14, Issue 3, 15-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10756471>

Antunes, C. (2009). *Manual de Reanimação Intra-Hospitalar*. Coimbra: Formasau.

Appelboam A, Reuben A., Mann, C., Gagg, J., Ewings, P., Barton, A. ... Benger, J. (2015). Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, Volume 386, Nº 10005, 1747-1753. Doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61485-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61485-4)

Barbosa, A (2010). Bioética e Cuidados Paliativos. Em: Neto, I; Barbosa, A. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bilhim, J., (2009). *Gestão estratégica de Recursos Humanos* (4ª ed. revista). Lisboa: Instituto Superior de Ciência Sociais e Políticas.

Brunt, B., Gifford, L., Hart, D., McQueen-Gross, S., Siddall, D., Smith, R & Weakland, R. (1999). Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care. *Journal of*

*Nursing Care Quality*, Volume 14, Issue1, 1-10. Disponível em: [http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Designing\\_Interdisciplinary\\_Documentation\\_for\\_the.2.aspx](http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Designing_Interdisciplinary_Documentation_for_the.2.aspx)

Buckman, R. (1998). Communication in palliative care: a practical guide. Em: Doyle D, Hanks, G. & MacDonald, D. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 141-146. Oxford: Oxford University Press.

Burry, L., Rose, L., McCullagh, I., Fergusson, D., Ferguson, N. & Mehta, S. (2014). Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Julho 9, (7). Doi: 10.1002/14651858.CD009176.pub2.

Caetano, J., Andrade, L, Soares, E. & Ponte, R. (2007). Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva – Um estudo reflexivo. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Volume11, Capítulo 2, 325-330. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>

Campos, A. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. [em linha]. Lisboa, 2006 [Consultado em 10 de novembro 2016] Disponível em: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/FileGet.aspx?FileId=1488>

Capelas, M. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde*, 2008, Volume 1, N°1, 9-24.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. [em linha] 2011 [Consultado a 28 de dezembro de 2016]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>

Chaves, E. (1995). *Avaliando o turnover e o absentismo em serviços de enfermagem hospitalar* (Tese de Mestrado em Administração) Universidade Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/29907?show=full>

Chaves, S. (2000). *Portfólios Reflexivos. Estratégia de Formação e de Supervisão*. 1ª Edição. Aveiro: Universidade de Aveiro, p.10-62.

Cherny, N. & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine* Volume 23, Nº 7, 581–593. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=RKDokneiDJc%3d&tabid=38> .

Chiavenato, I. (2004). *Introdução à Teoria Geral de Administração* (7ª ed. rev. e atual.) Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Português de Ressuscitação (2006) – *Manual do Curso de Suporte Imediato de vida*. 2ª Edição. Portugal: Conselho Português de Ressuscitação.

Cotilho, M., Grané, N., Llaboré, M. & Quintana, S. (2008). Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*. Volume 34, Nº 2, 339-343. Doi:[10.1007/s00134-007-0886-6](https://doi.org/10.1007/s00134-007-0886-6)

Council of Nurses (2010). *Nursing Human Resources Planning and Management Competencies*. ICN & Florence Nightingale International Foundation, Geneva, Switzerland.

Cronin, J. (2003). The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accident and Emergency Nursing*. Volume 11, Nº 2, 121-125. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00218-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00218-7)

Cunha, M., Rego, A., Cabral-Cardoso, C., Marques, C. & Gomes, J. (2010). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Dicenso, A., Cullum, N. & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, N° 1, 38-40. Disponível em: <http://ebn.bmj.com/content/1/2/38.full.html>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD, de 18 de Junho de 2008. 16p. [em linha]. 2008 [Consult. 18 maio 2016]. Disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Programa\\_Controlo\\_da\\_Dor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf).

Direção Geral da Saúde (DGS) (2013, 2008). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor Programa Nacional de Controlo da Dor*. [em linha]. 2013 [consultado 5 junho 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>; *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [em linha] 2008 [consult. 20 junho 2016]. <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa N°09/DGCG. Lisboa: Ministério da Saúde.

Durand, Thomas (2006). *Alchimie de la compétence*. In *Revue Française de Gestion - Theories mode D'emploi*, n°160, pag. 261-292. Editor: Lavoisier.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. & Freitas, P. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>

Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12, 549-556.

Gask, L. (2000). A identificação dos problemas emocionais e psicossociais. Em: Corney, R. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi.

Gonçalves, J. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado* (2ª ed. revista e atualizada) Editora: Coisas de ler.

Goransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn, M. & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 61, Issue 2, 163-172. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x

Greenberg, J. & Wiehoff, C. (2001). *Organizational Justice as proaction and reaction: implications for research an application*. In Justice in workplace: from theory to practice, Volume 2 (pag. 271-302). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*.

Hargie, O., Saunders, C. & Dickson, D. (2000). *Social skills in interpersonal communication*. 3ª edição. London: Routledge.

Hudak, C. & Gallo, B. (1997). *Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística*. RJ. Guanabara Koogan.

Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao doente crítico*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 260 p.

Mercadante S & Portenoy R. (2010). Opioid poorly-responsive cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. Volume 21, Issue 2, 144-150. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00228-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00228-1)

Mercadante, S., Porzio, G., Valle, A., Fusco, F., Aielli, F. & Constanzo, V. (2011). Palliative sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic

Review. *Journal of Pain and symptom management* .Volume 41, Issue 4, 754-760. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.013>

Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção Geral da Saúde, Lisboa. 87 p.

Morais, G., Costa, S., Fontes, W. & Carneiro, A. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*. Volume 22, Nº3, 323-327. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300014&script=sci_abstract)

Moraes, T. (2009). Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. ISSN 0104-7809. Nº 33 (2), 231-238.

Morita, T., Tsuneto, S. & Shima, Y. (2002). Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operation Criteria. *Journal of Pain and symptom management*. [Volume 24, Nº 4](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00499-2), 447-453. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00499-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00499-2)

Nekolaichuk, C, Watanabe, S. & Beaumont, C. (2008). The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991–2006) *Division of Palliative Care Medicine*, Department of Oncology, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada. Volume 22: 111-122. Doi: 10.1177/0269216307087659.

Neto, I (2010). Modelos de Controlo Sintomático. Em: Neto, I; Barbosa, A. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neves, J., Garrido, M. & Simões, E. (2015). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais: teoria e prática* (3ª ed. revista, corrigida e aumentada) Lisboa: Edições Sílabo.

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, R. & Rego, G. (2010). PARECER n.º P/20/APB/10 *Guidelines* sobre Sedação em Doentes Terminais, Aprovado pela Associação Portuguesa de Bioética. [Em linha]. 2010 [consultado 26 junho 2016] Disponível em: [http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao\\_em\\_doentes\\_terminais.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao_em_doentes_terminais.pdf)

Oliveira, L. & Azeredo, T. (2013). Monitorização hemodinâmica Invasiva. *Revista Sinais Vitais*. 44-54. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5d\\_xoFBp1ZYZJ:repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D101365%26code%3D53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5d_xoFBp1ZYZJ:repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D101365%26code%3D53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014, 2011, 2009, 2008, 2001). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa* [Em linha]. 2014 [consultado 24 junho 2016] Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf); *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa* [Em linha]. 2011 [consultado 3 junho 2016] Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf); *Caderno temático nº2 “Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista”* [em linha]. 2009 [consultado 22 junho 2016] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>; *Dor: Guia orientador de boas práticas*. Cadernos OE, série I, nº1 [Em linha] 2008 [consultado 9 junho 2016] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>; *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional 20/2001*. Ordem dos Enfermeiros. [em linha]. 2001 [consultado 2 janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos, p 6-15.

Paintal, H. & Kushner, W. (2007). *Aspiration syndromes: 10 clinical pearls every physician should know*. Int J Clin Pract, 61 (5), 846-852. Doi: [10.1111/j.1742-1241.2007.01300.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01300.x)

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau, 336 p.

Patinha, I (2012). *Estudo das causas do absentismo laboral numa autarquia local*. (Tese de Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos) Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Ciências Empresariais, 82 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4001/1/Tese%20MGERH%20-%20In%C3%A1cia%20Esteves.pdf>

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 209 p.

Pereira, F. (2004). *Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem: o caminho percorrido*. Ordem dos Enfermeiros, Suplemento da Revista, 13, 13-21.

Pereira, J. (2010). *Gestão da dor Oncológica*. Em: Neto, I; Barbosa, A. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 668 p.

Pinheiro, M. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe*. *Revista Servir*. 319-331.

Pinto, C., Rodrigues, J., Santos, A, Moreira, A, Rodrigues, O & Melo, L. (2006). *Fundamentos de Gestão* (3ª ed). Barcarena: Editorial Presença.

- Pontalti, G., Rodrigues, E., Firmino, F., Fábrias, M., Stein, M. & Longaray, V. (2012). Via Subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Volume 32, Nº 2, 199-201. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa>
- Pupulim, J. & Sawada, N. (2002). O cuidado de Enfermagem e a invasão da Privacidade do Doente: Uma questão ético-moral. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. Volume 10, Nº 3, 433-438. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>
- Querido A., Salazar H. & Neto I. (2010). Comunicação. Em: Neto, I; Barbosa, A. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rego, A. (2010). Reformas no Sector da Saúde – A Equidade em Cuidados Intensivos, Universidade Católica Editora, Lisboa, 215 p.
- Rego, A. (2000). *Justiça e Comportamentos de Cidadania nas organizações- uma abordagem sem tabus*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Ribeiro, L. & Santos, C. (2008). *Coping...e a pessoa com dor crónica*. *Servir*. 2008, Volume 56, Nº 3/4, 99-111.
- Robertson-Malt, S., Malt, G., Farquhar, V. & Greer, W. (2014). Heparin versus normal saline for patency of arterial lines. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 13;(5):CD007364. Doi: 10.1002/14651858.CD007364.pub2. [Cochrane Anaesthesia, Critical and Emergency Care Group](#)
- Rodrigues, A. (2013). Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar: validação cultural da Abbey Pain Scale. (Tese de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra, 189 p. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiC2Yjkhe3SAhVGr1QKHdtzA38QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fpositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24354%26code%3D147&usg=AFQjCNE6Ixucbt-6osm0mYOLP4rHqIYoQQ&sig2=BosKUhtemhdBI9k3SrtEQ>

Rousseau, P. (2005). Palliative Sedation in the Management of Refractory Symptoms. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), 10-2. Doi: [10.1089/jpm.2005.8.10](https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.10)

Sanchez, D., Smith, G., Piper, A. & Rolls, K. (2014). Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult patients with Acute Respiratory Failure: a clinical practice guideline. Agency for Clinical Innovation NSW government Version I, Chatswood NSW. [em linha]. 2014 [consultado 13 janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/239740/ACI14\\_Man\\_NIV\\_1-2.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/239740/ACI14_Man_NIV_1-2.pdf)

Silva, A. (2010). *Reformas no Sector da Saúde – A Equidade em Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Editora, Lisboa, 215 p. Disponível em: <http://www.uceditora.ucp.pt/resources/Documentos/UCEditora/Indices/Reformas%20no%20sector%20saude%20II.pdf>

Silva, A. (2009). *Triagem de prioridades – Triagem de Manchester*. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. 232 p. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>

Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, Volume 55, 11-20.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) & Ordem dos Médicos (OM) (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Soden, K., Ali, S. Alloway, L. Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliative Medicine*. 2010, Volume 24, nº 3, 294-298. Doi: 10.1177/0269216309355918.

Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.

Spagnol, C. (2005). (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde colectiva. *Ciência & Saúde Colectiva*, Volume 10, Nº 1, 119-127. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100019>

Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. Baueri, São Paulo: Manole.

Swaminathan, A. & Stearns, D. (2016). Aspiration pneumonitis and pneumonia. Medscape Reference. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/296198-overview>

Toth, M., Kahn, J., Walton, T., Hrbek, A., Eisenberg, D. & Phillips, R. (2004). Therapeutic massage, intervention for hospitalized patients with cancer. *Alternative & Complementary Therapies*. 2003, Volume 9, Nº3, 117-24. Doi:10.1089/107628003322017341.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) (2007). *Unidade de Dor Torácica*. Unidade Local de Saúde, Matosinhos. 20 pp.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 158p.

Whitta, R., Hall, K., Bennetts, T., Welman, L. & Rawlins, P. (2006). Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines. *Critical Care Resuscitation*. Volume 8, Nº 3, 205-208. Disponível em: [http://www.academia.edu/27795095/Comparison\\_of\\_normal\\_or\\_heparinised\\_saline\\_flushing\\_on\\_function\\_of\\_arterial\\_lines](http://www.academia.edu/27795095/Comparison_of_normal_or_heparinised_saline_flushing_on_function_of_arterial_lines)

## **Legislação portuguesa**

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, definida pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República, n.º 57 - 1.ª série. Assembleia da República. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=2292A0006&nid=2292&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so\\_miolo=&nversao=#artigo](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=2292A0006&nid=2292&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo)

Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, Diário da República, n.º 181 – 1ª série. Assembleia da República. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_156\\_2015\\_SegundaAlteracaoEstatutoOE\\_set2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)

Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março, atualizado pela Lei n.º 110/2015 de 26 de agosto, Diário da República, n.º 166 - 1.ª série. Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/70114279>

Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Disponível em <http://www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf>

Lei de Base dos Cuidados Paliativos – Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República, n.º 172 – 1ª série. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>

Lei do Testamento Vital - Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República, n.º 136 - 1.ª série. Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/179576>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, n.º 35 - 2ª série - 18 de fevereiro de 2011. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf)

Processo de Bolonha, Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, n.º 176 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Rede de Serviços de Urgência, Despacho n.º 10319/2014 de 25 de julho de 2014. Diário da República, n.º 153 - 2ª série- 11 de agosto de 2014. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) – Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1898&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1898&tabela=leis).



## **6. APÊNDICES**



## **APENDICE I**

### **O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE - QUESTIONÁRIO**





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE**

#### **Questionário**

**Estudante:** Bárbara Hermana Freitas Costa

**Sob orientação de:** Professora Patrícia Coelho

**Porto, junho de 2016**



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

DAI – *Death Anxiety Scales*

DAP-R – *Death Attitude Profile-Revised*

FATCOD – *Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale*

MFODS – *Multidimensional Fear of Death Scale*



## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	111
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	113
2.1. CUIDAR EM ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	113
2.2. O LUTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	115
2.2.1 A Atitude do Enfermeiro perante a Morte .....	118
2.2.2 O impacto da morte sobre o enfermeiro .....	120
2.2.3 Viver em processo de luto.....	122
<b>3- REALIZAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE</b> .....	125
<b>4. ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS</b> .....	127
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	133
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	135

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice 1 – Questionário - O Enfermeiro perante a Morte</b> .....	147
<b>Apêndice 2 – Folheto - Resultados da Aplicação do Questionário – O Enfermeiro perante a Morte</b> .....	155



## 1. INTRODUÇÃO

Os estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica têm no seu currículo uma unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No âmbito desta unidade curricular, nomeadamente no Módulo III, Opcional a realizar-se no Serviço de Cuidados Paliativos, surge a necessidade de compreender a vivência dos enfermeiros perante a morte.

Na sua atividade profissional, o enfermeiro no Serviço de Cuidados Paliativos, é exposto diariamente à morte e ao processo de morrer, que para além da sobrecarga de luto, constitui um desafio ao seu crescimento pessoal e profissional. O enfermeiro, que trabalha em contextos onde a morte e os processos que a ela conduzem são frequentes, vivencia diariamente com um conjunto de perdas importantes: com o luto que as pessoas doentes vão fazendo de si próprias, com o luto dos familiares e amigos, com o luto dos seus pares e com o seu próprio luto que, sendo vivido no contexto profissional, não deixa de fazer parte da sua experiência íntima, como pessoa que cuida.

Para conhecer experiência do enfermeiro que lida com a morte no seu dia-a-dia é necessário penetrar no seu mundo pessoal, de intimidade e subjetividade, e descobrir o significado atribuído pelo mesmo a estas experiências vivenciadas. Perante a abundância de emoções que a convivência com a morte e o processo de morrer desencadeia, o enfermeiro experimenta a necessidade de desenvolver mecanismos que lhe permitam gerir o *stress*, o desgaste, o desânimo, a frustração, ou seja a necessidade de desenvolver estratégias de  *coping*. Tendo por base este pressuposto, optou-se por aplicar um questionário à equipa de enfermagem do Serviço de Cuidados Paliativos para compreender e explorar de que forma a equipa de enfermagem, se confronta diariamente com o processo de morrer e a morte e se protege da angústia que estas situações possam causar.

Para compreender como vivenciam os enfermeiros a morte e o processo de morrer, quais as estratégias de  *coping* utilizadas e que recursos, apoios dispõem na instituição, optou-se por solicitar a participação voluntária e confidencial dos enfermeiros do Serviço de Cuidados Paliativos no preenchimento de um questionário titulado como, O Enfermeiro

perante a Morte e ainda realizar uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, confrontando a documentação encontrada com os resultados obtidos. O presente documento é dividido em quatro partes, nomeadamente: o Enquadramento Teórico, onde se faz uma exploração da bibliografia encontrada, a Realização e Aplicação do Questionário – O Enfermeiro Perante a Morte, onde se explica de que forma foi elaborado e aplicado o questionário, a Análise Crítica dos Resultados, onde de forma breve se confronta os resultados obtidos com a bibliografia encontrada e por último a Conclusão onde se faz uma breve notação das limitações e contributos da realização deste documento. Em apêndice apresentam-se como Apêndice 1, Questionário – O Enfermeiro Perante a Morte e como Apêndice 2, Folheto - Resultados da Aplicação do Questionário – O Enfermeiro perante a Morte.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo pretende-se evidenciar o desenvolvimento da profissão de enfermagem, dando ênfase ao processo de cuidar na área de oncologia, nomeadamente conhecer e caraterizar o processo de luto realizado pelos enfermeiros, como resultado da exposição diária ao processo de morrer. Posteriormente será explorada a atitude do enfermeiro perante a morte, o impacto pessoal e grupal, bem como a necessidade de apoio psicológico/ educativo como reforço às estratégias de *coping* individuais.

### 2.1. CUIDAR EM ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

A evolução científico-tecnológica acarretou significativas mudanças para a sociedade, foram obtidos progressos nas áreas de biotecnologia, farmacologia, equipamentos tecnológicos, procedimentos de diagnóstico e tratamento, o que conduziu a um novo panorama de morbilidade e mortalidade. Os progressos da saúde na segunda metade do século XX levaram ao aumento da longevidade e das doenças crónicas, assim como provocaram alterações na duração do processo da doença (Santos, 2011). Neste padrão inserem-se as doenças oncológicas que representam um grave problema de saúde pública, com significativas repercussões para o indivíduo e para a sociedade em geral (Conselho Nacional para a Oncologia, 2007).

Infelizmente, a doença oncológica ainda é vista na atualidade como um diagnóstico de morte, um caminho de sofrimento e agonia. O enfermeiro é o profissional de saúde capaz de desmistificar esta conceitualização, de forma a oferecer um cuidar adequado e eficaz, que minimize o sofrimento de todos os envolvidos. Os enfermeiros são na realidade os profissionais que acompanham o doente em toda a caminhada, assistindo a um misto de reações e confrontações por parte deste, devendo demonstrar presença, flexibilidade, disponibilidade, co-responsabilidade, partilha de sentimentos e emoções, conhecimentos e solidariedade (Stumm, Leite & Maschio, 2008).

Apesar da evolução da ciência, da tecnologia e da intensa investigação na área de oncologia, Neto (2010) refere que continua a existir um número considerável de doentes

para os quais a medicina curativa não obteve solução. Comumente, ao longo de uma doença desta natureza a perspectiva de cura torna-se impossível. Nesta fase, o doente adquire a denominação de doente terminal e há uma mudança de filosofia de cuidados, dando-se ênfase aos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos surgiram na década de 1960, no Reino Unido como um movimento moderno de prestação de cuidados às pessoas em fim de vida (Saunders, 2000). De acordo com Saunders (2000), o movimento de modernização dos cuidados paliativos – designado por *Hospice Movement* – surgiu na base das necessidades das pessoas em fim de vida e no seu contributo para os profissionais de saúde. De uma forma transversal, este movimento defende que as pessoas devem ser ajudadas a morrer pacificamente e a viver a vida que lhes resta com todo o seu potencial.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias que enfrentam problemas associados a doenças incuráveis que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento de problemas não só físicos, psicossociais e espirituais. Atualmente defende-se igualmente que os cuidados paliativos constituem uma filosofia de cuidar em desenvolvimento, que equilibra simultaneamente a promoção da vida e de uma boa morte na pessoa em fim de vida (Capelas, 2014).

Neste contexto, a vivência da morte trata-se de um fenómeno cada vez mais presente nas instituições de saúde, o que leva a uma crescente exposição dos enfermeiros ao processo de morte. Vários autores (Mercadier, 2004; Frias, 2008) debruçam-se já sobre o impacto emocional do cuidado à pessoa em fim de vida, defendendo de forma unânime que nenhum enfermeiro envolvido numa interação de cuidado genuíno sai incólume da mesma.

Em suma, ainda que a morte se tenha assumido historicamente como um evento cada vez mais tecnológico, de conotação negativa e distante do ambiente familiar, os enfermeiros são forçados a lidar com as exigências da morte de uma forma mais próxima, intensa e repetida no tempo do que um cidadão comum. É de salientar, que o enfermeiro, como prestador de cuidados assimila com maior serenidade a “boa morte” - defendida pelos cuidados paliativos – do que a “bela morte”, aquela que ocorre rapidamente e sem angústia excessiva ou expressões dramáticas (Mercadier, 2004).

## 2.2 O LUTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

No seu quotidiano, os profissionais de enfermagem são confrontados com situações de sofrimento e dor e por isso, têm necessariamente de lidar com a morte e o processo de morrer em qualquer fase do seu percurso, para as quais não estão provavelmente preparados.

Apesar de que, presenciar a morte seja, de certa forma, uma parte da vida, assim como caminhar-se para a própria morte, quando alguém se depara com ela é sempre uma vivência amarga da própria finitude e impotência. Trata-se sem dúvida de uma experiência que pode afetar o profissional de saúde em vários domínios da sua vida (afetivo, físico, comportamental, social e espiritual) e precisa de ser reestruturada, com recurso ao processo e luto (Barbosa, 2010).

De acordo com Parkes (1998) o luto é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda. Uma perda é um processo de transição que obriga a pessoa a reajustar as suas conceções sobre o mundo e sobre si própria.

A forma como se vivencia o processo de luto está relacionada com o modo como se encara morte, a cultura onde se está inserido e com vivências pessoais de perdas anteriores. Desde há várias décadas que diversos autores procuram explicar o processo de luto e por isso a existência de diferentes abordagens para descrever como este processo é vivenciado.

Em conformidade com Parkes (1998), o processo de luto descreve-se em quatro fases: o entorpecimento, o anseio e protesto o desespero e desorganização e a recuperação ou restituição. Assim, estas fases contribuem para perceber a perda, no entanto, o autor acrescenta que estas fases não são fixas e não se deve esperar que se manifestem por esta ordem, ou mesmo que todas elas sejam expressas pelos enlutados.

Tendo em conta as respostas que as pessoas apresentam quando expostas a situações de perda, surge o modelo de Worden (2002) em que dá ênfase ao papel ativo do enlutado no processo de luto. Assim pela sua visão, o enlutado visa a resolução do luto através da concretização de determinadas tarefas: a aceitação da realidade da perda (aceitação intelectual e emocional da perda); o exercício sobre as emoções e a dor da perda (experiência de sentimentos dolorosos, não evitando a dor ou elementos que lembrem o falecido); a adaptação ao meio sem o falecido (adaptação à mudança de papel, identidade, auto-estima e crenças pessoais, aprendendo a viver sem a pessoa querida); a recolocação emocional do falecido e continuar a viver (encontrar um lugar apropriado para a pessoa

falecida, libertar-se da ligação emocional e continuar a viver, realizando um investimento em novos interesses).

Porém, as respostas adaptativas à perda variam consoante a natureza da pessoa, as vivências e expectativas passadas, a personalidade e os valores individuais e a ameaça percebida em relação ao sentimento de integridade pessoal. Assim, para Worden (2002), o processo do luto é considerado um processo multidimensional, ativo, altamente personalizado e determinado por inúmeros fatores de vida do enlutado. Não se trata de um processo linear, com limites concretos, mas um conjunto de fases que se podem sobrepor e que variam de pessoa para pessoa, ao longo do tempo.

Em consonância com o Modelo do Processo Dual de Luto, o luto consiste num processo de enfrentamento simultâneo da experiência de morte e das alterações no estilo de vida que desta decorrem, ou seja, a pessoa em luto oscila entre comportamentos de *coping* orientados para a perda e processos orientados para o restabelecimento. Desta forma, pode-se considerar que a pessoa apresenta comportamentos de *coping* orientados para a perda, quando nesse comportamento se inclui o trabalho de luto, a negação, o evitamento das mudanças provocadas pela perda e a quebra dos laços existentes. De igual forma pode-se dizer que a pessoa estabelece processos orientados para o restabelecimento, quando surgem mudanças, distração, envolvimento em novas atividades e estabelecimento de novos papéis e relações (Stroebe & Schut, 1999, 2010). Apesar de ambos os processos serem necessários, a ênfase em cada um dos tipos de *coping* pode diferir entre as pessoas de acordo com características individuais como o género, traços de personalidade, circunstâncias da perda e fatores culturais (Buglass, 2010). Em suma, o luto é entendido como um processo de *coping* dinâmico, flutuante e regulatório entre a confrontação e o evitamento da perda, considerando-se que esta oscilação é necessária para que o mesmo seja realizado de forma adaptativa (Stroebe & Schut, 1999, 2010).

De acordo com Barbosa (2010), o processo do luto é explicado através das seguintes fases: Choque/Negação - Evitamento; Desorganização/Desespero - Consciencialização; Reorganização/Recuperação - Restabelecimento. Neste modelo explicativo, estas fases são reações que ocorrem em qualquer luto adaptativo e devem ser validadas pelos profissionais como esperadas. Através de uma avaliação sistemática das manifestações exacerbadas em cada uma das fases é possível verificar a adaptação ao processo de luto de cada pessoa (Barbosa, 2010). Numa primeira fase, o grau e duração de uma atitude de negação em relação à perda sofrida; numa segunda fase, a proporcionalidade e rigidez dos sentimentos de culpa e irritabilidade; e a progressão da

desvinculação gradual e a integração harmoniosa de novos papéis e atividades, numa terceira fase.

Vários fatores retratam a prestação de cuidados de saúde de enfermagem, tais como os fatores pessoais, técnicos e organizacionais, bem como a natureza e estágio da doença e as características pessoais do doente e família. O permanente contacto com o doente em fim de vida e o próprio ambiente hospitalar, podem não permitir que o profissional de enfermagem vivencie a sua experiência de luto de uma forma saudável e adaptativa, quando o doente morre. Papadatou (2009) alerta que o sofrimento que é sistematicamente inibido pode condicionar um afastamento do enfermeiro de si mesmo e dos outros, fundamento corroborado por Teixeira (2006).

O modelo de luto profissional proposto por Papadatou (2009) baseia-se em sete pressupostos:

1. São suscetíveis de sofrimento, os profissionais que vivenciam a morte de um doente como uma perda pessoal;
2. A oscilação entre o experimentado e o evitado na perda e no luto produz angústia;
3. Pelo processo de luto, atribuem-se significados à morte, ao processo de morrer e aos cuidados;
4. Os significados pessoais são influenciados por significados partilhados pelos colegas de trabalho e vice-versa;
5. No processo de luto quando não existe oscilação entre o experimentado e o evitado, podem ocorrer complicações;
6. No processo de luto profissional reside uma oportunidade de crescimento pessoal;
7. No processo de luto profissional interagem várias variáveis.

Apesar da apropriação do conhecimento acessível acerca dos processo de luto ser fundamental para o exercício profissional de enfermagem, pelo seu valor no cuidado às pessoas e famílias a experienciar a proximidade do fim de vida ou a própria morte (Buglass, 2010), também os enfermeiros estão francamente suscetíveis à experiência destes processos, de uma forma muitas vezes pouco clara e, conseqüentemente, negligenciada. É reflexo desta realidade, a escassez de investigação no que respeita aos mecanismos inerentes ao processo de luto dos enfermeiros e aos fatores que podem atenuar as suas conseqüências.

Como foi referido, a forma como cada enfermeiro resolve o processo de luto perante a morte do doente é variável, podendo este ser ou não resolvido de forma saudável

e adaptativa. No próximo capítulo pretende-se compreender e explorar a atitude do enfermeiro perante a morte no caminho do processo de luto saudável ou não.

### **2.2.1 A Atitude do Enfermeiro perante a Morte**

A crescente institucionalização da morte impôs aos enfermeiros um frequente confronto com a prestação de cuidados a doentes em fase terminal. No entanto, na conjuntura do dia-a-dia, parece que a sociedade pouco se preocupa em perceber se estes profissionais estão devidamente preparados para conviver, compreender e proporcionar o melhor acompanhamento do doente em fim de vida. Gerow, et al. (2010) afirmam que a vulnerabilidade e impacto da morte nos enfermeiros é frequentemente invisível aos olhos de terceiros. Explorar a atitude do enfermeiro perante a morte aparece-se como um ponto de partida para entender se estes apresentam comportamentos adaptativos, se estes necessitam de apoio de formação.

Kovács (2003) explicou que os profissionais de saúde muitas vezes adotam atitudes de negação da situação, manutenção de relações superficiais com os doentes, estabelecimento de rotinas e protocolos, como um mecanismo de proteção próprio, justificado com a falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar com os doentes. São muitas as estratégias de negação que se podem observar tanto no contexto organizacional do hospital, como no comportamento dos profissionais de saúde (Ziegler, 1977). De acordo com este autor, a primeira forma de negação é caracterizada com o excesso de medidas terapêuticas, impondo um intenso sofrimento e dor ao doente e seus familiares. A outra evidência de negação da morte pode ser entendida no processo de despersonalização imposta ao doente, designando-lhe outra identidade (pode ser um número da cama) ou uma entidade clínica (neo da mama, politraumatizado...) ou adjetivando-o de forma estereotipada (como submissa, dependente ou irritante).

Na investigação de Rooda, Clements & Jordan (1999) e Argenta et. al., (2008) sobre as atitudes dos enfermeiros no cuidar de doentes em fim de vida, concluiu-se que o processo de morte é gerador de medo e ansiedade nos profissionais de saúde. Maslash & Jackson (1982) acrescentam que o contacto com os doentes terminais é um forte preditivo das atitudes dos enfermeiros e uma parte substancial do *stress* que estes profissionais de saúde vivem. Neste âmbito, o medo e a ansiedade são os pontos fulcrais na compreensão da atitude do enfermeiro perante a morte.

Frias (2003-2008) num estudo sobre a aprendizagem do cuidar e a morte, ao entrevistar 8 enfermeiros para tentar compreender o cuidar em fim de vida, concluiu que o medo dos profissionais de saúde está presente, através de atitudes de fuga, realização de raras visitas aos doentes em fim de vida e focou as dificuldades na interação enfermeiro/doente em fim de vida, dado que a morte despoleta medo, ansiedade e frustração, levando os enfermeiros a sentir-se moralmente perturbados para administrarem determinados tratamentos.

Numa revisão bibliográfica sobre a ansiedade dos profissionais de saúde face à morte, Etxburu & Zárraga (2005) concluíram que a experiência e o tempo profissional a cuidar em fim de vida, bem como a idade e o excesso de trabalho do profissional influencia os níveis de ansiedade e a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente.

Outros exemplos de estudos incidem sobre as atitudes de profissionais de saúde e são assim apresentados por ordem de realização: o estudo de Lester, Getty & Kneisl (1974) que concluiu que o grau de medo da morte decrescia significativamente quando se comparavam estudantes de enfermagem do primeiro ano com os que já estavam a terminar o seu curso e o estudo de Brockopp, King & Hamilton (1991) que comparou grupos de enfermeiros a trabalhar em psiquiatria, ortopedia e cuidados paliativos e verificou qualitativamente que ocorriam atitudes mais positivas face à morte em quem trabalhava em cuidados paliativos.

O estudo de Rooda, Clements & Jordan (1999), incluiu mais de 400 enfermeiros a trabalhar em cuidados paliativos e evidenciou que as atitudes de medo da morte e de evitamento da morte, medidas pela escala *Death Attitude Profile-Revised* (DAP-R) (Wong, Reker & Guessser (1994) eram as que mais afetavam negativamente as atitudes face à prestação de cuidados ao doente terminal, medidas pela *Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale* (FATCOD) (Frommelt, 1991). O estudo de Dunn, Otten & Stephens (2005) que, usou igualmente a DAP-R (Wong, Reker & Guessser, 1994) e a FATCOD (Frommelt, 1991), revelou que o tempo de exercício profissional, o nível educacional e as formações já realizadas na área da morte, eram os melhores preditores das atitudes positivas face à morte.

O estudo de Miyashita et al. (2007) em enfermeiros, que usou o FATCOD (Frommelt, 1991) e a *Death Anxiety Scales* (DAI) (Lester & Templer, 1992-93) juntamente com medidas relativas à sua autonomia para tomar decisões, demonstrou que os enfermeiros que sentiam maior autonomia no seu desempenho profissional eram os que

apresentavam valores significativamente mais positivos de atitudes face ao cuidado do paciente em fase final de vida, quer perante a morte.

Como foi possível constatar, a atitude dos enfermeiros positiva ou negativa face aos cuidados ao doente em processo de morte é variável em função de vários aspetos. De qualquer das maneiras, independentemente destas variáveis é certo que a vivência com o processo de morte e a morte causa sempre algum impacto nos profissionais de enfermagem. Assim, passa-se a destacar alguns aspetos fulcrais à compreensão desta problemática.

### **2.2.2 O impacto da morte sobre o enfermeiro**

Porque o enfermeiro é essencialmente o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente, enquanto prestador direto de cuidados, tem um papel crucial no cuidar em fim de vida, dado que o enfermeiro é o principal vínculo com o doente, é o enfermeiro que além do conforto físico, ocupa a posição privilegiada para ajudar o moribundo, ficando com ele nas horas mais difíceis e penosas do seu fim.

A consciência aprofundada da morte e do processo de morrer pode ajudar os profissionais a viver diferentemente, dando mais sentido à vida, dando um sentido ético à vida e à morte. Neste contexto o enfermeiro, quer como pessoa quer como prestador de cuidados, tem necessariamente de refletir sobre o que é uma “boa” morte e enfrentar a sua própria mortalidade. A morte não é algo que acontece só aos outros, mas uma realidade que afeta a todos e como tal não pode ser ignorada.

Os enfermeiros ao serem submetidos diariamente a situações de tensão face aos doentes hospitalizados em estado terminal, enfrentam no seu quotidiano, situações que mobilizam intensamente a sua dimensão emocional, dificultando e interferindo muitas vezes o seu trabalho, acarretando um grau considerável de sofrimento pessoal e muitas vezes impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte.

Papadatou (2001) e Katz (2006) defendem que o enfermeiro se identifica com o doente que morre, sendo que a dificuldade em aceitar esta morte se torna proporcionalmente maior, quanto maior a vulnerabilidade do profissional em aceitar a morte dos que lhe são próximos.

Num estudo sobre as reações e sentimentos dos enfermeiros, que cuidavam de doentes em fase terminal, Martins,

Martins, Alves, & Godoy (1999) concluiu que os enfermeiros apresentam dificuldades pessoais e profissionais, que de certa forma acabam por intervir na dinâmica da prestação de cuidados e Silva (2009) numa revisão sistemática da literatura sobre o sofrimento dos profissionais de saúde no cuidar do doente oncológico, concluiu que face à fragilidade e vulnerabilidade do doente, os profissionais também estão expostos com mais frequência e intensidade à sua própria vulnerabilidade.

Brunelli (2005) analisou o processo de luto dos enfermeiros e concluiu que é necessário que os enfermeiros reconheçam o seu próprio luto, para manter uma boa saúde não só física, mas mental e espiritual.

São várias as consequências do luto dos profissionais de saúde. Num estudo de Rickerson,

Rickerson, Somers & Allen (2005), conduzido em instituições de internamento de doentes crónicos, concluiu-se que os efeitos mais frequentemente relatados pelos profissionais foram sentimentos de tristeza, choro, pensamentos sobre a morte e o impacto negativo da morte nas suas relações familiares e profissionais.

Cuidar do doente terminal pode desencadear no enfermeiro incapacidade em sentir compaixão quando os doentes sofrem e morrem, verificando-se uma maior dificuldade no cuidar quando os doentes em fim de vida são da mesma idade e género que o profissional que deles cuida, segundo Meadors & Lamson (2008).

Vieitas (1995) no seu estudo comprovaram que os enfermeiros reconhecem que a falta de informação condiciona todos os aspetos de relação entre doentes, família e equipa. No que se refere à morte, alguns enfermeiros falaram em alívio, pois consideram ter chegado ao fim o sofrimento do doente, referiram também que ficam deprimidos quando a relação de proximidade estabelecida com o doente é maior. Acrescentam ainda que a morte não é bem aceite pelos profissionais, já que o seu desempenho é essencialmente vocacionado para prolongar a vida.

Parreira & Sousa (2000) verificaram que os enfermeiros que trabalhavam em serviços onde o contato com o doente terminal e a morte é mais intenso, apresentam níveis de *burnout* mais elevados.

Dada a crescente institucionalização da morte Moreira & Lisboa (2006) verificaram que os enfermeiros sentiam dificuldade em lidar com a morte devido a algumas limitações profissionais e pessoais devido à falta de espaço e tempo na estrutura organizacional, para discutir e elaborar os sentimentos que emergiam dessas vivências.

Gama (2013) na sua investigação sobre o luto profissional identificou como fatores determinantes na sobrecarga de luto profissional a idade, o baixo sentido de vida, um estilo

de vinculação ansiosa e atitude de medo perante a morte, a idade, e como fatores de crescimento pessoal: um alto sentido de vida e uma vinculação segura. Estes últimos fatores apresentavam níveis significativamente mais elevados nos enfermeiros integrados em equipas de cuidados paliativos quando comparados com outros tipos de serviços hospitalares.

Como foi possível constatar o enfermeiro que presta cuidados a doentes terminais e por isso é exposto repetidamente ao processo de morte e morte, sobre impacto na sua vida pessoal, social, familiar e profissional. Certamente, estes profissionais desenvolvem estratégias de *coping* que lhes permitam resolver o processo de perda. No entanto, é fundamental despertar a sociedade para apoiar estes profissionais neste processo, quer por acompanhamento, formação ou outras medidas. De seguida, pretende-se conhecer quais os mecanismos de *coping* desenvolvidos por estes profissionais e que apoio podem ou devem dispor.

### **2.2.3 Viver em processo de luto**

Face aos desafios inerentes à exposição repetida à morte, a evidência sugere que os profissionais apresentam necessidades de formação e de apoio, seja este formal ou informal.

Muitos autores se têm pronunciado sobre as estratégias para superar o luto profissional (Wilson & Kirshbaum, 2011; Rodrigues, 2011; Carqueija, 2013; Gama, 2013), todos partilham da opinião de que a introdução de momentos de reflexão ou de partilha de sentimentos sobre os processos de luto nas equipas é essencial.

Apesar de se compreender que os enfermeiros experienciam o luto pelas pessoas de quem cuidaram, a maioria destes profissionais não recebe qualquer tipo de formação ou treino relativamente ao processo de luto (Wright & Hogan, 2008). No estudo de Fessick (2007), foi evidenciado o benefício da formação sobre o luto, as suas teorias e os recursos de suporte na sua vivência, demonstrando que os profissionais que haviam tido acesso a formação relataram sentir ter as ferramentas necessárias para lidar com a perda, bem como o facto de poderem partilhar os seus sentimentos com os pares e, conseqüentemente, considerarem a equipa mais forte e unida.

Quase toda a documentação referente à área da formação dos profissionais de saúde sobre a morte desenvolvem o tema somente do ponto de vista das funções e responsabilidades do profissional face ao doente ou à família, não havendo lugar à reflexão

de que talvez já não seja possível pedir muito mais aos profissionais de saúde a este nível (Andrade, 2007).

Kurz & Hayes (2006) afirmam que frequentar um programa de formação sobre a morte está associado à redução dos níveis de ansiedade e ao aumento das competências no cuidar em fim de vida. Apesar disso, as diferenças encontradas nos níveis de ansiedade não persistem no tempo, o que demonstra que estas formações devem ser realizadas em intervalos regulares para enfermeiros.

De acordo com Andrade (2007), a formação não deve ser entendida apenas como o meio de facultar conhecimento específico acerca de um determinado tema, mas igualmente um meio de acompanhar e apoiar os profissionais de saúde.

Os enfermeiros que se preocupam em proporcionar um cuidado ao doente individualizado e humanizado, muitas vezes percebem que não acarretam estrutura para oferecer tal cuidado, uma vez que o nível de conhecimentos sobre estratégias de enfrentar a morte e o cuidar em situação terminal é reduzido (Gama, 2013). Pereira (2008) admite que a experiência e o contexto de trabalho são produtos de competências, na medida em que o próprio ato de cuidar em enfermagem, onde se inscreve a competência da comunicação, se transforma num processo de reflexão e pesquisa. A autora salienta ainda que em enfermagem se torna urgente que a rotina dê lugar à produção de cuidados planeados e refletidos, o que implica um percurso de formação contínua, dinamizado e construído nos e com os contextos de trabalho.

A aquisição de conhecimentos e competências nesta área pode ajudar na redução do *stress* laboral e potenciar a capacidade de lidar com os desafios relacionados com a morte (Chan & Tin, 2012) Estes mesmos autores defendem que uma adequada resposta a estes desafios transcende o desenvolvimento de competências técnicas. Sendo essencial que os profissionais invistam no desenvolvimento pessoal como resposta aos desafios emocionais e existenciais que emergem no cuidado à pessoa em fim de vida.

Rickerson, Somers & Allen (2005) e Fessick (2007) concluíram que sessões de educação sobre o luto, identificar estratégias de *coping*, criar fóruns para partilhar sentimentos, falar com colegas e amigos, fazer parte de grupos de suporte e aceitar realizar aconselhamento individual só trazem vantagens para a equipa de enfermagem.

O suporte individual, os momentos de discussão e reflexão em equipa e a renovação das relações com os doentes e familiares, para Wenzel, et al. (2011) são fatores acilitadores do processo de luto. As rotinas diárias, a fé, o desporto, as sessões de *debriefing* realizadas por enfermeiros e a relação de proximidade estabelecida com o doente e familiares, ajudam

o enfermeiro a extrair algum significado a partir das situações difíceis vivenciadas no seu trabalho.

Outra necessidade identificada pelos enfermeiros estudados por Pereira (2013), prende-se com a importância da implementação de reuniões periódicas no seio das equipas, onde a reflexão sobre situações reais e a partilha de experiências poderiam beneficiar os profissionais envolvidos e a prestação de cuidados ao doente internado e à família. Lobb, et al. (2010) acrescentam como estratégias para facilitar o coping dos enfermeiros no local de trabalho a possibilidade de usufruir de terapias complementares, tais como massagem, reflexologia, aromaterapia e *reiki*.

Relativamente ao apoio na vivência do luto, McCreight (2004) sugere que alguns profissionais de saúde tendem a evitar fontes de apoio formal pelo facto de assimilação de se considerarem emocionalmente incapazes de lidar com o seu trabalho, recorrendo por isso a fontes de suporte informal. Rickerson, Somers & Allen (2005) reforça esta premissa, ao perceber que mais de 80% dos profissionais de saúde relataram o uso de mecanismos de suporte informal, tais como a partilha com colegas e amigos.

Para terminar, também a distração e o humor partilhados mais frequentemente com os pares, e de forma mais ocasional com a pessoa doente, integram o leque de recursos que os enfermeiros utilizam para lidar com os desafios inerentes ao cuidado da pessoa em fim de vida (Hopkinson, Hallett & Luker (2005).

### **3- REALIZAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE**

Após a realização do enquadramento teórico sobre – O Enfermeiro perante a Morte, verificou-se a pertinência do tema. O enfermeiro é o profissional que mais lida no seu quotidiano com a morte, e esse facto exige-lhe capacidade de resolução no processo de luto vivido e repetido inúmeras vezes.

Atendendo à especificidade da intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos, foi desenvolvido um questionário (Apêndice 1) que de uma forma sucinta, permitisse compreender como os enfermeiros daquele serviço vivenciam a morte e o processo de morrer, quais as estratégias de *coping* utilizadas e que recursos, apoio dispõem na instituição a que pertencem. A conceção deste instrumento teve por base suporte teórico relacionado com a técnica de entrevista e construção de questionários, lecionados na unidade curricular – Métodos de Investigação. Num processo introspetivo, após a leitura de documentação acerca do tema, foram identificados os pontos centrais pertinentes a ser questionados.

O início do processo de aplicação do questionário à equipa de enfermagem do SCP surgiu após a autorização e o consentimento da Senhora Enfermeira Chefe e do Senhor Diretor de Serviço, e ainda após a validação do instrumento de colheita de dados pela Enfermeira Tutora e pela Professora Orientadora, peritas na área de cuidados paliativos e com mais de dez anos de profissão na área.

Inicialmente o método de colheita de dados seria realizado através de uma aplicação existente no grupo *Google*, nomeadamente o *Google Forms*. Sendo a realização deste questionário confidencial e voluntária, inicialmente foi solicitado aos profissionais de enfermagem o seu contato de e-mail para o envio e resolução do questionário. No entanto no final de uma semana, foi possível constatar a baixa adesão ao seu preenchimento.

Como nova estratégia o questionário foi transformado para suporte informático *Word*, impresso e desta forma entregue aos profissionais de enfermagem de forma voluntária e confidencial. Optou-se por entregar os questionários nos momentos prévios e após a passagem de turno, de forma a conseguir reunir um maior número de enfermeiros.

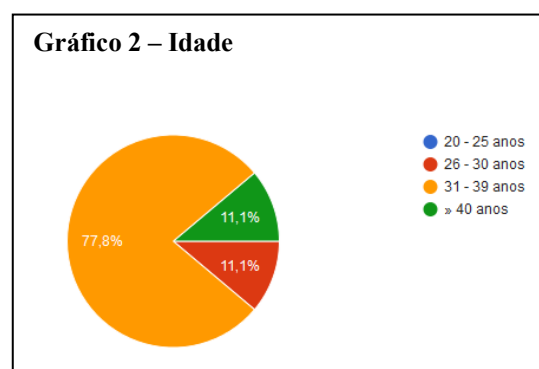
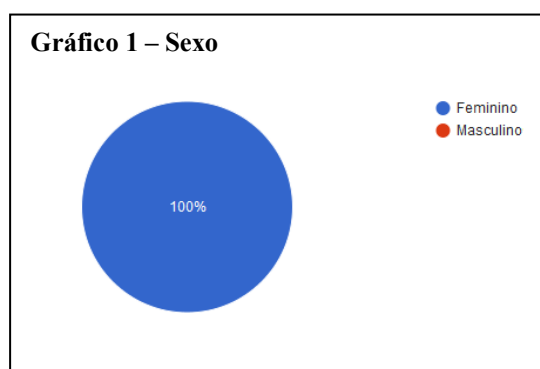
Assim, apesar das dificuldades sentidas na sua entrega, foi possível reunir uma amostra aleatória de 9 enfermeiros. Posteriormente os dados obtidos foram analisados e transformados em resultados, que passam-se a analisar no próximo capítulo.

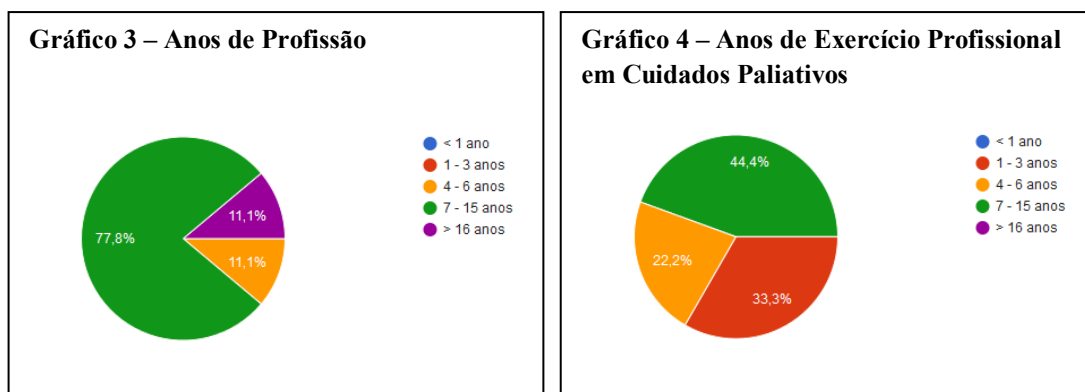
#### 4. ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos através da aplicação do questionário – O enfermeiro perante a morte, foram analisados e interpretados, através de representações gráficas. Posteriormente os resultados foram apresentados à equipa de enfermagem do SCP, em forma de Folheto (Apêndice 2).

Como **caracterização da amostra aleatória**, posso enumerar que se trata de uma amostra do **sexo** feminino na sua totalidade (Gráfico 1) e que a **idade** das enfermeiras está maioritariamente compreendida entre os 31 – 39 anos (77,8%) (Gráfico 2), constata-se também que nesta amostra não existem enfermeiras recém-licenciadas, uma vez que em **anos de profissão**, apresentam mais de 4 anos (Gráfico 3).

Relativamente ao **número de anos de exercício profissional em Cuidados Paliativos**, constata-se uma grande variedade desde 1-3 anos (33,3%), 4-6 anos (22,2%) e 7-15 anos (44,4%) (Gráfico 4). Deste resultado, pode-se evidenciar, que existem enfermeiras que apesar de apresentarem alguns anos de profissão, ainda se encontram à pouco tempo a prestar cuidados paliativos, da mesma forma, que existem enfermeiras que prestam cuidados paliativos há consideravelmente muitos anos.





Como é sabido, os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos são confrontados com um conjunto de múltiplos fatores de *stress*. Para Lambert & Lambert (2008), o contato constante com o processo de morte constitui um dos fatores de *stress* mais prevalentes nos enfermeiros. Estes autores acrescentam ainda que, o *stress* associado ao local de trabalho é entendido como um resultado físico e/ou emocional que decorre do desequilíbrio entre as exigências laborais e a capacidade de resposta do indivíduo face às mesmas. Assim, as repercussões desse desequilíbrio manifestam-se sintomaticamente em termos cognitivos, físicos, emocionais e comportamentais.

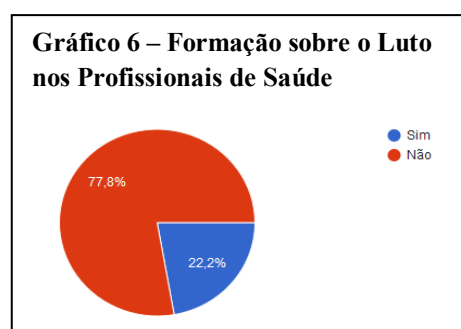
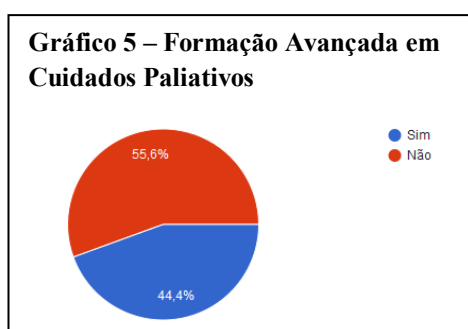
Rickerson, Somers & Allen (2005) concluíram que os profissionais que experienciavam mais sintomas relacionados com o luto eram aqueles que tinham trabalhado mais tempo nestas instituições e que tinham relações de maior proximidade e duração com os doentes que faleciam.

Gerow et al. (2010) acrescenta que os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida experienciam um conflito de papéis, pelo facto de se assumirem como um pilar de suporte para o doente/família, da mesma forma que experienciam o impacto da perda de determinada pessoa doente com quem tinham uma relação de proximidade. Este conflito pode conduzir à adoção de mecanismos de *coping* ineficazes, tais como o evitamento ou a compartimentalização, com consequências negativas na saúde dos profissionais. De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros criam uma “*Cortina de Proteção*” que lhes permite manter a capacidade de cuidar de outros.

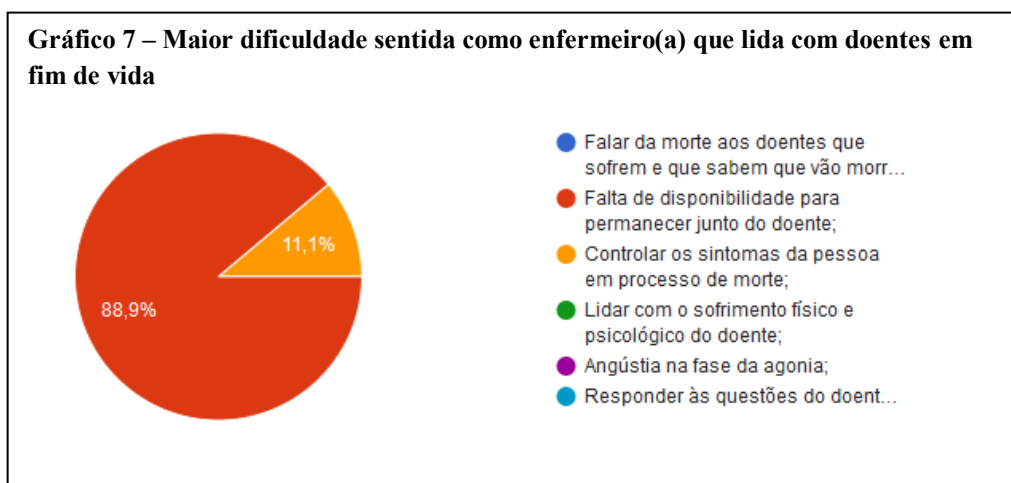
No estudo de Chen et al. (2006) que comparou três grupos: enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros experientes e não enfermeiros usando a *Multidimensional Fear of Death Scale* (MFODS) (Hoelter, 1979) e verificou que o grupo de enfermeiros experientes era o que apresentava maior medo do processo de morrer, e que ambos os grupos de enfermeiros (experientes e recém-licenciados) apresentavam valores mais elevados de medo do desconhecido face ao grupo de não enfermeiros.

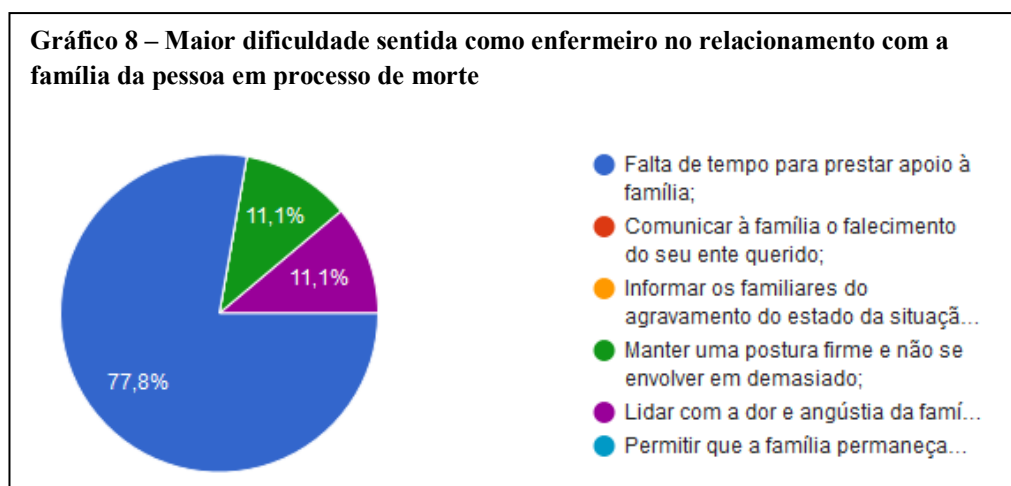
Posto o dito anteriormente, pode-se inferir que os profissionais que trabalham há muitos anos em cuidados paliativos poderão estar a vivenciar mecanismos de *coping* não eficazes. Talvez seja assim importante, que as instituições olhem para eles e ofereçam apoio, momentos de partilha de sentimentos, momentos de formação, etc.

No que respeita à existência de **formação avançada em cuidados paliativos**, foi possível constatar que um número significativo de profissionais apresenta essa formação, cerca de 44,4% (Gráfico 5). No entanto, quando questionados acerca da frequência recente em alguma **formação sobre o luto nos profissionais de saúde**, apenas 22,2% frequentou. Como já foi revisto anteriormente a frequência repetida em cursos acerca do luto nos profissionais de saúde é benéfica, para o enfrentamento do processo de luto imensas vezes vivido.



No que se refere às maiores **dificuldades sentidas pelas enfermeiras no lidar com os doentes em fim de vida e no relacionamento com a família da pessoa em processo de morte**, verifica-se que 88,9% refere sentir falta de disponibilidade para permanecer junto do doente (Gráfico 7) e cerca de 77,8% refere falta de tempo para prestar apoio à família (Gráfico 8).





Pelo que se verifica, parece ser a carga de trabalho dos enfermeiros a maior dificuldade atual em prestar cuidados paliativos. Habitualmente pensa-se que as maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros se direcionam à incapacidade de resolver determinadas necessidades do doente/família e à incapacidade de resposta profissional de encontro às exigências do dia a dia a cuidar do doente terminal e sua família. De acordo com Cox, Griffiths & Rial-González (2000), o *stress* surge quando o indivíduo avalia determinada situação como sendo importante para o próprio e percebe que não consegue lidar com as exigências impostas, o que gera ansiedade e depressão. Quanto ao *stress* ocupacional França & Luíz (2005), consideram-no decorrente das situações em que um indivíduo encara o seu ambiente de trabalho como ameaçador, isto é, quando as suas necessidades de realização pessoal e profissional, são ameaçadas por um ambiente de trabalho que não oferece recursos às exigências excessivas, para enfrentar determinadas situações.

Felton (1998), Lundberg (2000), McIntyre (1994), Peiró, *et al.* (2001), Vaz (2000) identificaram os fatores de *stress* mais comuns relacionados com o trabalho, nomeadamente: a carga horária, o trabalho por turnos, a cultura organizacional, as áreas/serviços de oncologia e urgência, os conflitos de papel, a indefinição ou ambiguidades de responsabilidades, a má preparação para as funções a desempenhar, o contacto com doentes em situação de sofrimento agudo ou crónico, bem como o contacto com a morte.

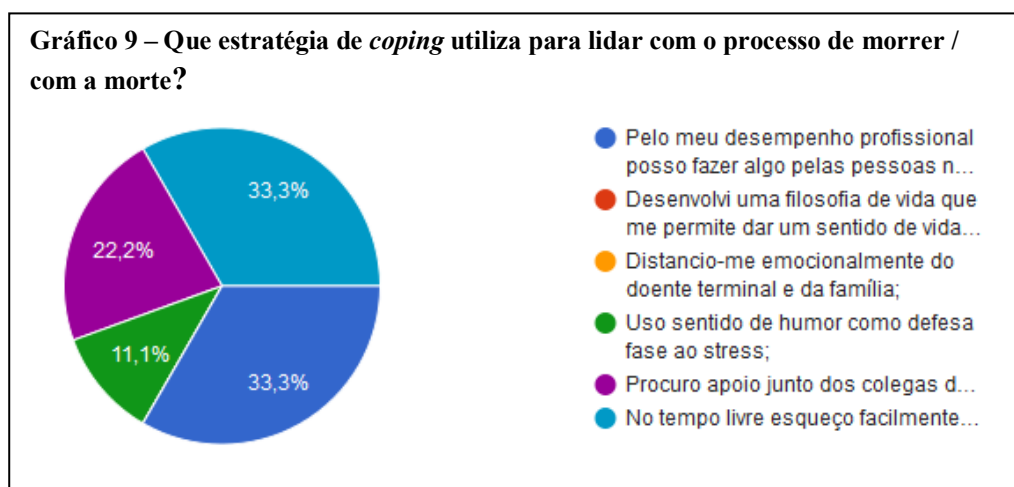
A exposição aos fatores de *stress* emocionais e inter-pessoais do trabalho pode resultar numa resposta prolongada ou *burnout*. De acordo com Schaufeli (1999), o *burnout* assemelha-se ao *stress* crónico relacionado com o trabalho. Todavia, este fenómeno é

bastante complexo e específico, dado ser constituído por componentes como a exaustão emocional, a despersonalização e falta de realização profissional.

A exposição à doença prolongada, à morte de doentes com quem se sentiu proximidade, a morte de doentes jovens e a morte de doentes com uma doença incurável como Redindaugh et al. (2001) salientam, encontra-se associada ao aumento do *stress* e do esgotamento emocional dos profissionais de saúde que trabalham na prestação de cuidados.

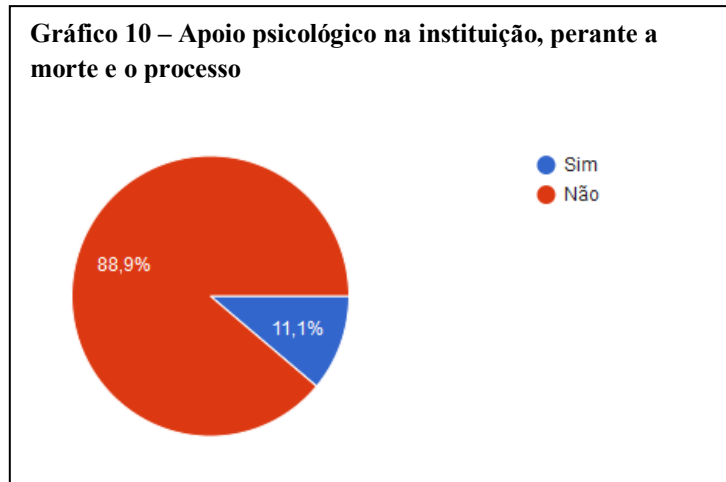
Pela variedade de autores preocupados com a forma como os enfermeiros lidam com a morte e com as consequências que advém dessa vivência repetida, pode-se verificar que as enfermeiras do serviço de cuidados paliativos apresentam uma atividade profissional de grande risco emocional, que as pode levar ao *burnout*.

Nos resultados obtidos verificou-se que são muito variadas as estratégias de *coping* que as enfermeiras utilizam para lidar com o processo de morte (Gráfico 9). No entanto estas estratégias por si só poderão não ser suficientes para uma atividade profissional saudável. Couden (2001) e Costello (2001) concluíram que os enfermeiros sentem necessidade de suporte e apoio para enfrentar o sofrimento humano.



Como foi possível verificar nos resultados, as enfermeiras do serviço de cuidados paliativos podem dispor de **apoio psicológico por parte da instituição** (11,1%), mas quando questionadas acerca do tipo de apoio, todas as respostas foram de encontro ao apoio, através da psicóloga do serviço destinada ao apoio e acompanhamento psicológico do doente terminal e família. Ou seja, por parte do Serviço de Saúde Ocupacional parece que não dispõem de apoio ou preocupação nesse sentido. Desta forma, as enfermeiras de forma informal podem dirigir-se à psicóloga do serviço com quem estabelecem uma relação profissional. No global, o que se verifica é que 88,9% das enfermeiras responderam

não dispor de apoio psicológico (Gráfico 10) e igualmente não ter recorrido a nenhum outro apoio.



Em suma, verifica-se que as enfermeiras do serviço de cuidados paliativos integram um elevado risco de *burnout*, pelas características próprias do serviço, pela prestação de cuidados a doentes em fim de vida e suas famílias, pela sobrecarga de trabalho, pela falta de formação recorrente acerca do luto nos profissionais de saúde, pela insensibilidade da instituição para o problema e pela falta de apoio e/ou acompanhamento formal.

## 5. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho é motivo de satisfação pelo contributo que produziu para o aumento do conhecimento acerca do enfermeiro perante a morte. Porém, após o seu *terminus* fica a sensação que, sendo este tema muito vasto e muito complexo, outras direções poderiam ser tomadas, e que o tema poderia ser mais aprofundado e mais explorado junto da equipa de enfermagem de cuidados paliativos.

O fator tempo marcou, sem dúvida, o curso do trabalho e, por isso, foram realizadas opções no sentido de alcançar os objetivos definidos no período decorrente do estágio.

O principal objetivo do trabalho foi compreender como os enfermeiros vivenciam a morte e o processo de morrer, que estratégias de *coping* utilizam e que recursos, apoios dispõem na instituição e dado o caminho escolhido através da aplicação do questionário e da realização de pesquisa bibliográfica, foi possível atingir o objetivo definido.

Pela apresentação dos resultados obtidos e sua discussão, não se pode deixar ter presente algumas limitações ao desenvolvimento do trabalho, o facto de ser desenvolvido através de uma amostra reduzida, bem como o facto de ser utilizado um instrumento de recolha de dados informal não validado. Posto isto, os dados obtidos bem como a pesquisa bibliográfica foram interpretados com alguma prudência.

Como contributo da elaboração deste documento, pode-se salientar a mobilização da literatura existente acerca do tema, bem como o aumento da sensibilização acerca da problemática dentro da equipa de enfermagem do serviço de cuidados paliativos. Acredita-se ter conseguido um contributo válido, para a consciencialização dos enfermeiros para o estabelecimento de momentos de reflexão pessoal e/ou grupal, que de certa forma possam facilitar o conhecimento e a vivência no período terminal da vida, e conseqüente, a prestação de melhores cuidados.

O reconhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos os profissionais de saúde, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde do seu quotidiano. Precisa-se entender a morte, os sentimentos que a envolvem para compreender aqueles que se encontram em fim de vida, com os seus medos, as suas dúvidas, inquietações e preocupações.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, T. (2007). *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*. (Tese de Doutoramento) Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 342 p. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/jspui/handle/10451/975>

Argenta, C., Feldens, J., Hidebrandt, L., Leite, M. & Sand, I. (2008). A morte em sector de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enfermagem*, Volume 13, nº 2, 284-289. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/12516/8573>

Barbosa, A. (2010). Luto. In Barbosa A, Neto I (2010). *Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos* (379-395). Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Brockopp, D., King, D. & Hamilton, J. (1991). The dying patient: A comparative study of nurse caregiver characteristics. *Journal Death Studies*, Volume 15, nº3, 245-258. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481189108252428>

Brunelli, T. (2005). A concept Analysis - The Grieving Process for Nurses. *Nursing Forum*. Volume 40, nº 4, 123-128. Doi: [10.1111/j.1744-6198.2005.00024.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00024.x)

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*. Volume 24, nº 41, 44-47. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834>

Capelas, M. (2014). *Indicadores de Qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 296 p.

Carqueija, E. (2013). Processo de Luto - uma perspectiva de ciclo de vida. Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto.

Chan, W. & Tin, A. (2012). Beyond knowledge and skills: self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Journal Death Studies*. Volume 36, nº 10, 899-913. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24563946>

Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. & Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Journal Death Studies*, Volume 30, nº 10, 919-929. Doi: [10.1080/07481180600925351](https://doi.org/10.1080/07481180600925351)

Conselho Nacional para a Oncologia (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010, Ministério da Saúde, Lisboa.

Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: finding from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 35, nº 1, 59-68. Doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.01822.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01822.x)

Couden, B. (2001). Sometimes I want to run: a nurse reflects on loss in the intensive care unit. *Journal of Loss and Trauma*, Volume 7, nº 1, 35-45. Doi: 10.1080/108114402753344472

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E (2000). *Research on work-related stress*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 267 p. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/203>

Direção Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa Nº14/DGCG de 13/07/2004.

Dunn, K., Otten, C. & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, Volume 32, nº 1, 97-104. Doi: [10.1188/05.ONF.97-104](https://doi.org/10.1188/05.ONF.97-104)

Etxeburu, I. & Zárrega, M. (2005). Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revision de la literatura. *Medicina Paliativa*, Volume 12, nº 3, 169-174. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1354208>

Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, Volume 48, nº 4, 237-250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9800422>

Fessick, S. (2007). The use of a staff retreat with a grief counsellor for inpatient medical oncology nurses to assist with bereavement and coping. *Oncology Nursing Forum*, Volume 34, nº 2. Base de dados, EBSCO.

França, A., & Luiz, A. (2005). *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. 4ª Edição, São Paulo: Atlas.

Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em Formação*. Loures: Lusociência.

Frias, C. (2008). O enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na construção do cuidar. *Revista Referência*, II série, nº 6, 57-67.

Frias, C. (2010). *O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem) Universidade de Lisboa, 221 p. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3746/2/ulsd60863\\_td\\_Tese\\_Cidalia\\_Frias.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3746/2/ulsd60863_td_Tese_Cidalia_Frias.pdf)

Frommelt, K. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, Volume 8, nº 5, 37-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1742142>

Gama, M. (2013). O luto profissional nos enfermeiros. (Tese de Doutoramento de Enfermagem) Instituto Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13973>

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Domian, E. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 42, nº 2, 122-129. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x.

Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, Volume 47, nº5, 996-999.

Hopkinson, J., Hallett, C. & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 42, 125-133. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004)

Katz, R. (2006). When our personal selves influence our professional work - an introduction to emotions and countertransference in end-of-life care. In: Katz, R. & Johnson, T. (2006) *When Professionals Weep - Emotional and Countertransference Responses in End-of-Life Care* (3-12). New York: Routledge.

Kovács, M. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kurz, J. & Hayes, E. (2006). End of Life Issues Action - Impact of Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume 3, nº 1, 1-13.

Lambert, V. & Lambert, C. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. Volume 14, nº 1, 38-44. DOI: 10.4103/0973-1075.41934

Lester, D., Getty, C. & Kneisl, C. (1974). Attitudes of nursing students and faculty toward death. *Nursing Research*, Volume 23, nº1, 50-53.

Lester, D. & Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: a dialogue. *Omega: Journal of Death and Dying*, Volume 26, nº 4, 239-253. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/F6GX-KXGX-PFR8-2HFD>

Lobb, E., Oldham, M., Vojkovic, S., Kristjanson, L., Smith, J., Brown, J. & Dwyer, V. (2010.) The Workplace Support Needs of Community Palliative Care Nurses After the Death of a Patient. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Volume 12, nº 4, 225-233. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181eb07a8>

Lundberg, U. (2000). Workplace stress. In Fink, G. (2000). *Encyclopedia of stress*. New York: Academic Press, 684-692.

Martins, E., Alves, R. & Godoy, S. (1999). Reações e sentimentos do Profissional de enfermagem diante da morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Volume 52, nº 1, 105-117. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a12.pdf>

Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis, In Sanders, G. & Sullis, J. *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.

McCreight, B. (2004). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 42, 439-448. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004)

McIntyre, M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*. 2-3, XII, 193-200. Disponível em: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994\\_23\\_193.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994_23_193.pdf)

Meadors, P. & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization - provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Paediatric Healthcare*, Volume 22, nº 1, 24-34. Doi: [10.1016/j.pedhc.2007.01.006](http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.006).

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar - o corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimitzu, Y., Tsukamoto, N. & Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for

dying patients. *American Journal of hospice and Palliative Care*, Volume 24, nº 3, 202-210. Doi: [10.1177/1049909106298396](https://doi.org/10.1177/1049909106298396)

Moreira, A. & Lisboa, M. (2006). A Morte entre o Público e o Privado. Reflexões para a prática Profissional de Enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, Volume 14, nº 3, 447-54. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a18.pdf>

Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa A & Neto I (2010): *Manual de Cuidados Paliativos* (1-42). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Papadatou, D. (2001). *In the face of Death*. NewYork: Springler Publishing Company.

Parkes, C. (1998). *Luto - Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Parreira, P. & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout - Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Investigação em Enfermagem* Volume 1, 17-23.

Peiró, J., González-Romá, V., Tordera, N. & Mañas, M. (2001). Does role stress predict burnout over time among Elath care professionals? *Psychology and Health*, Volume 16, 511-525. Doi: 10.1080/08870440108405524.

Pereira, A. (2013). *Morte em Contexto Hospitalar - Vivências dos Enfermeiros*. (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pereira, A. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Redinbaugh, E., Schuerger, J., Weiss, L., Brufsky, A. & Arnold, R. (2001). Health Care Professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-oncology*. Volume 10, nº 3, 187-198. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11351371>

Rickerson, E., Somers, C. & Allen, C. (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 30, nº 3, 227-233. Disponível em:

<http://www.npaonline.org/sites/default/files/PDFs/How%20well%20are%20we%20caring%20for%20caregivers%20-%202005.pdf>

Rodrigues, R. (2011). Morte e Luto - vivências de profissionais de saúde de uma unidade de transplante de células tronco hematopoiéticas de um hospital oncológico. (Tese de Mestrado em Ciências) São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08082011-154928/pt-br.php>

Rooda, L., Clements, R. & Jordan, M. (1999). Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, Volume 26, 1683-1687.

Santos, F. (2011). *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Editora Atheneu.

Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, Volume 41, nº 1, 7-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10900362>

Schaufeli, W. (1999). Burnout. In: Firth-Cozens, J. & Payne, R. – *Stress in health professionals* (17-32). Chichester: John Wiley & Son.

Silva, L. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia América Latina*, nº 16. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2009000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007)

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Journal Death Studies*. Volume 23, nº 3, 197-224. Doi: [10.1080/074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046)

Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *OMEGA*, Volume 61, nº 4, 273-289. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/OM.61.4.b>

Stumm, E., Leite, M. & Maschio, G.(2008). Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitar em Enfermagem*. Volume 13, nº 1, 75-82. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=532120&indexSearch=ID>

Teixeira, P. (2006). *As representações sociais da morte em enfermeiros*. (Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde) Lisboa: Universidade Aberta, 204 p.

Vaz, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria clínica*. Volume 20, nº 4, 279-308.

Vieitas, M. (1995). Intervenção Psicológica num Serviço de Oncologia. In: McIntyre, T. & Vila-chã, C. *O sofrimento do doente - Leituras Multidisciplinares*. Editora Associação dos Psicólogos Portugueses.

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. & Krumm, S. (2011). Working Through Grief and Loss - Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement. *Oncology Nursing Forum*. Volume 34, nº 4, 272-282. Doi: 10.1188/11.ONF.E272-E282.

Wilson, J. & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff - a literature review. *British Journal of Nursing*, Volume 2, nº 9, 559-563. Doi: [10.12968/bjon.2011.20.9.559](http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.559)

Wong, P., Reker, G. & Guesser, G. (1994). Death attitudes Profile-Revised: A multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neimeyer, R. (Ed.) *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.

Worden, J. (2002). *Grief Counseling and Grief Therapy - A Handbook for the mental health*. New York: Springer Publishing Company.

Wright, P. & Hogan, N. (2008). Grief theories and models: applications to hospice nursing practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. Volume 10, 350-358.

Ziegler, J. (1977). *Os vivos e os mortos*. Rio Janeiro: Zahar.



## APENDICES



## **Apêndice 1 – Questionário – O Enfermeiro perante a Morte**





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE**

**Questionário**

**Estudante:** Bárbara Hermana Freitas Costa

**Sob orientação de:** Mestre Patrícia Coelho

**Porto, junho de 2016**



## Questionário

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro (a)

Sou Enfermeira e neste momento estou a realizar a Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Cuidados Paliativos, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

O enfermeiro é o profissional que mais lida no seu quotidiano com a morte, e esse facto exige-lhe capacidade de resolução no processo de luto vivido e repetido inúmeras vezes.

Atendendo à especificidade da intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos, foi desenvolvido o presente questionário, que de forma sucinta, permita compreender como os enfermeiros deste serviço vivenciam a morte e o processo de morrer, quais as estratégias de *coping* utilizadas e que recursos, apoio dispõem na instituição a que pertencem.

A conceção deste instrumento teve por base suporte teórico relacionado com a técnica de entrevista e construção de questionários, lecionados na unidade curricular – Métodos de Investigação, inserido no referido Curso de Mestrado. Num processo introspectivo, após a leitura de documentação acerca do tema, foram identificados os pontos centrais pertinentes a ser questionados.

O início do processo de aplicação do questionário, à equipa de enfermagem do Serviço de Cuidados Paliativos, surge após a autorização e o consentimento da Senhora Enfermeira Chefe e do Senhor Diretor de Serviço, e ainda após a validação do instrumento de colheita de dados pela Enfermeira Tutora e pela Professora Orientadora, peritas na área de cuidados paliativos e com mais de dez anos de profissão na área.

Neste sentido, solicito a máxima colaboração da sua parte para preencher o presente questionário. Posteriormente os dados obtidos serão analisados e apresentados à vossa equipa de enfermagem.

As suas respostas atendem ao princípio da confidencialidade.

Desde já um Obrigado pela sua colaboração.  
Bárbara Costa

**O questionário encontra-se dividido em duas partes: a caracterização do enfermeiro e o enfermeiro perante a morte.**

**Para responder ao questionário escolha apenas uma opção, com uma cruz (x).**

### **1ª Parte: Caracterização**

#### **1 - Idade**

- 20-25 anos
- 26-30 anos
- 31-39 anos
- » 40 anos

#### **2 - Sexo**

- Feminino
- Masculino

#### **3 - Anos de Profissão**

- <1 ano
- 1-3 anos
- 4 - 6 anos
- 7 - 15 anos
- >16 anos

#### **4 - Anos de exercício profissional em Cuidados Paliativos**

- <1ano
- 1 - 3 anos
- 4 - 6 anos
- 7 - 15 anos
- >16 anos

#### **5 - Categoria profissional**

- Enfermeiro (a)
- Enfermeiro (a) Graduado (a)
- Enfermeiro (a) Especialista
- Enfermeiro (a) Chefe

#### **6 - Formação Avançada em Cuidados Paliativos**

- Sim
- Não

## **2ª Parte: O enfermeiro perante a morte**

### **1 – Qual a maior dificuldade sentida como enfermeiro(a) que lida com doentes em fim de vida?**

- Falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer;
- Falta de disponibilidade para permanecer junto do doente;
- Controlar os sintomas da pessoa em processo de morte;
- Lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente;
- Angústia na fase da agonia;
- Responder às questões do doente sobre a morte;
- Outra \_\_\_\_\_.

### **2 – Qual a maior dificuldade sentida como enfermeiro no relacionamento com a família da pessoa em processo de morte?**

- Falta de tempo para prestar apoio à família;
- Comunicar à família o falecimento do seu ente querido;
- Informar os familiares do agravamento do estado da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças;
- Manter uma postura firme e não se envolver em demasiado;
- Lidar com a dor e angústia da família;
- Permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal;
- Outra \_\_\_\_\_.

### **3 - Que estratégia de *coping* utiliza para lidar com o processo de morrer/ com a morte?**

- Pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis;
- Desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido de vida ao sofrimento e ao processo de morte;
- Distancio-me emocionalmente do doente terminal e da família;
- Uso sentido de humor como defesa fase ao *stress*;
- Procuo apoio junto dos colegas de trabalho, partilho as minhas preocupações;
- No tempo livre esqueço facilmente a minha atividade profissional e dedico-me a realizar atividades prazerosas junto das pessoas com quem tenho laços afetivos;
- Outra \_\_\_\_\_.

**4 - Frequentou alguma formação recentemente, sobre o luto nos profissionais de saúde?**

- Sim
- Não

**5 – Dispõe de apoio psicológico na instituição, perante a morte e o processo de morrer, como vivência diária?**

- Sim
- Não

**5.1 – Se respondeu Sim, indique qual**

\_\_\_\_\_.

**5.2 – Se respondeu Não, recorreu a outro tipo de apoio? Qual?**

\_\_\_\_\_.

**Resta-me então apenas agradecer a sua disponibilidade e reforçar o valor do seu contributo, que foi fundamental, para compreender a sua vivência enquanto Enfermeiro(a) no Serviço de Cuidados Paliativos.**

**Apêndice 2 – Folheto - Resultados da Aplicação do Questionário – O Enfermeiro  
perante a Morte**





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE**

**Folheto – Resultados da Aplicação do Questionário**

**Estudante:** Bárbara Hermana Freitas Costa

**Sob orientação de:** Mestre Patrícia Coelho

**Porto, junho de 2016**



## Folheto - Resultados da Aplicação do Questionário – O Enfermeiro perante a Morte

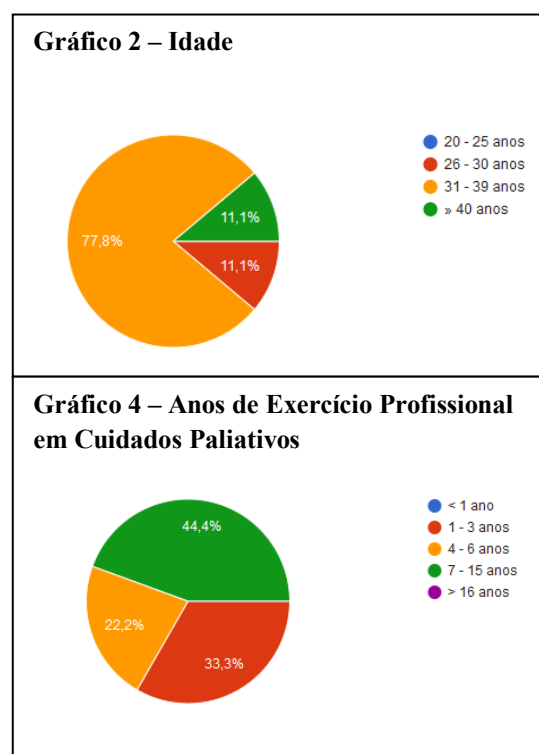
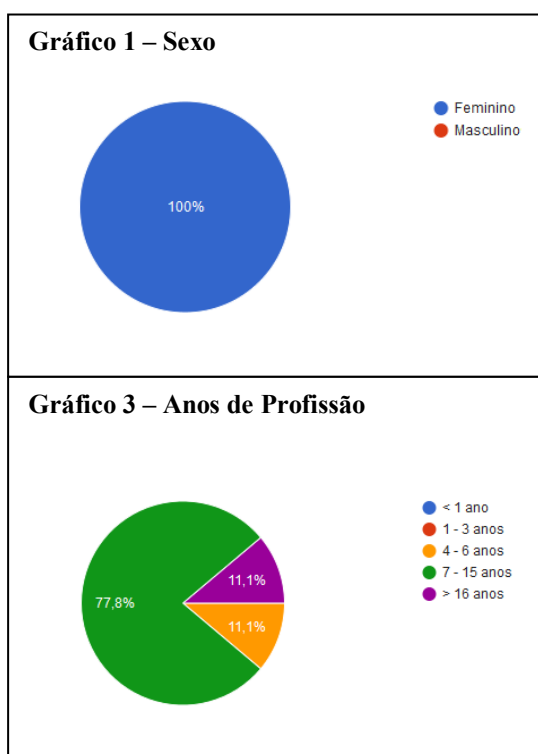
Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro (a)

Eu, Bárbara Costa, Enfermeira, neste momento a realizar a Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Cuidados Paliativos, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, desde já, aproveito para agradecer a colaboração da equipa de enfermagem do serviço no preenchimento do questionário – O Enfermeiro perante a Morte.

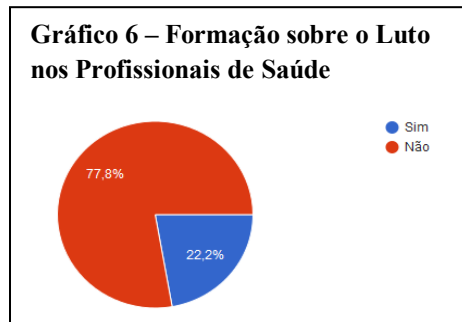
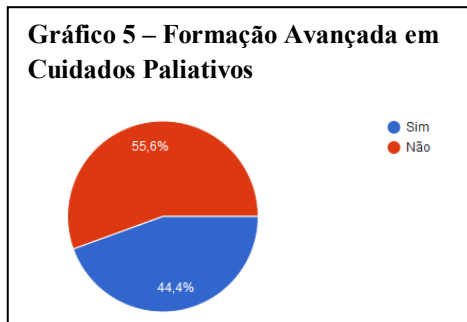
Após a análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário – O Enfermeiro perante a Morte, à vossa equipa de enfermagem, os mesmos foram interpretados, e apresentam-se em forma de representações gráficas, no presente folheto.

Como **caracterização da amostra aleatória**, posso enumerar que se trata de uma amostra do **sexo** feminino na sua totalidade (Gráfico 1) e que a **idade** das enfermeiras está maioritariamente compreendida entre os 31 – 39 anos (77,8%) (Gráfico 2), constata-se também que nesta amostra não existem enfermeiras recém-licenciadas, uma vez que em **anos de profissão**, apresentam mais de 4 anos (Gráfico 3).

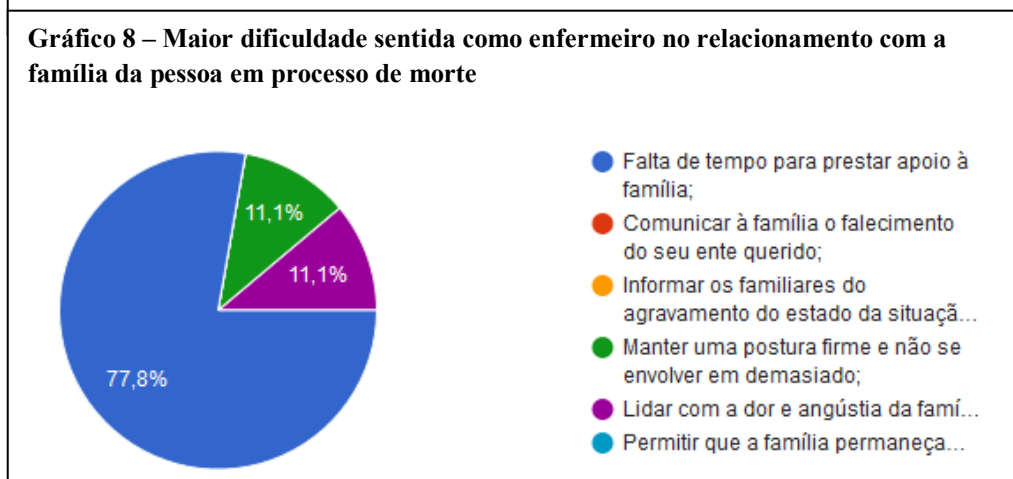
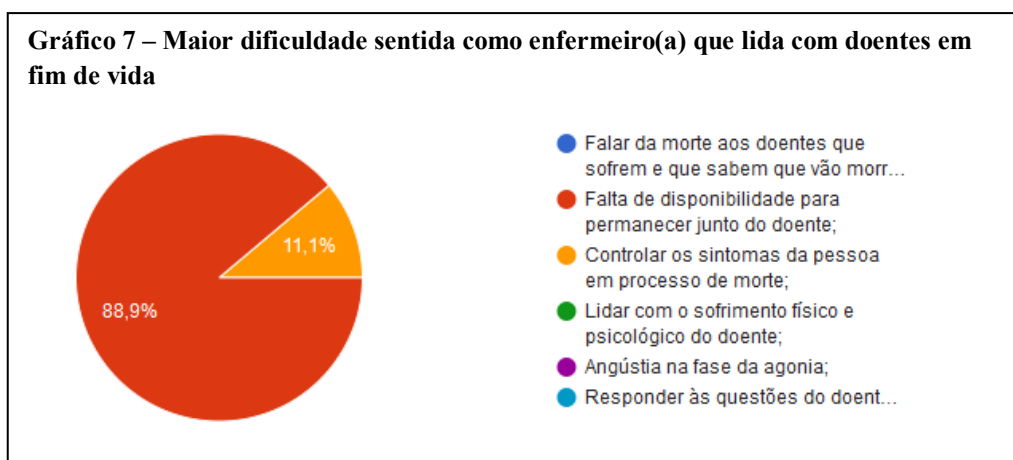
Relativamente ao **número de anos de exercício profissional em Cuidados Paliativos**, constata-se uma grande variedade desde 1-3 anos (33,3%), 4-6 anos (22,2%) e 7-15 anos (44,4%) (Gráfico 4). Deste resultado, pode-se evidenciar, que existem enfermeiras que apesar de apresentarem alguns anos de profissão, ainda se encontram à pouco tempo a prestar cuidados paliativos, da mesma forma, que existem enfermeiras que prestam cuidados paliativos há consideravelmente muitos anos.



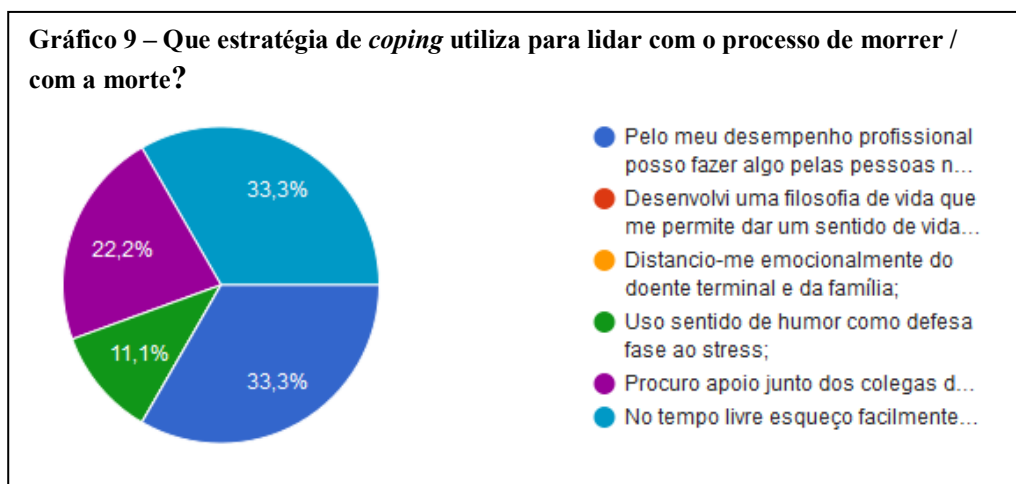
No que respeita à existência de **formação avançada em cuidados paliativos**, foi possível constatar que um número significativo de profissionais apresenta essa formação, cerca de 44,4% (Gráfico 5). No entanto, quando questionados acerca da frequência recente em alguma **formação sobre o luto nos profissionais de saúde**, apenas 22,2% frequentou. Como já foi revisto anteriormente a frequência repetida em cursos acerca do luto nos profissionais de saúde é benéfica, para o enfrentamento do processo de luto imensas vezes vivido.



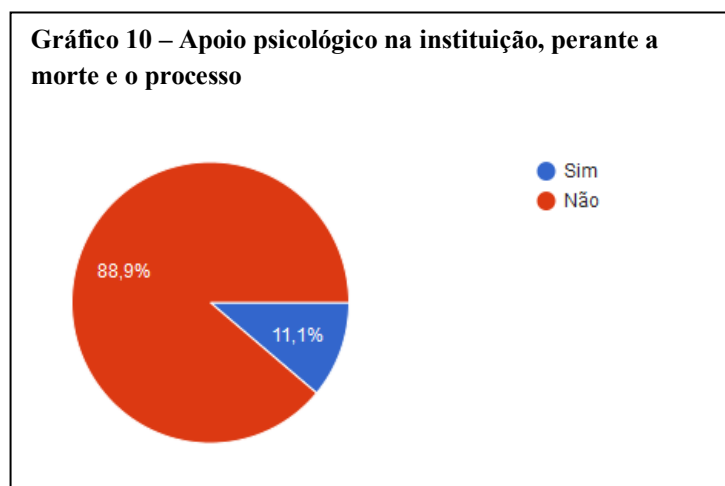
No que se refere às maiores **dificuldades sentidas pelas enfermeiras no lidar com os doentes em fim de vida e no relacionamento com a família da pessoa em processo de morte**, verifica-se que 88,9% refere sentir falta de disponibilidade para permanecer junto do doente (Gráfico 7) e cerca de 77,8% refere falta de tempo para prestar apoio à família (Gráfico 8). Pelo que se verifica, a carga de trabalho dos enfermeiros demonstra-se como a maior dificuldade atual, ao prestar cuidados paliativos.



Nos resultados obtidos verificou-se que são muito variadas as estratégias de  *coping*  que as enfermeiras utilizam para lidar com o processo de morte (Gráfico 9).



Como se verificou nos resultados, as enfermeiras do serviço de cuidados paliativos podem dispor de **apoio psicológico por parte da instituição** (11,1%), no entanto, quando questionadas acerca do tipo de apoio, as respostas foram de encontro ao apoio, através da psicóloga do serviço destinada ao apoio e acompanhamento psicológico do doente terminal e família. No entanto, por parte do Serviço de Saúde Ocupacional parece que não dispõem de apoio ou preocupação nesse sentido. Desta forma, as enfermeiras de forma informal podem dirigir-se à psicóloga do serviço com quem estabelecem uma relação profissional. No global, o que se verifica é que 88,9% das enfermeiras responderam não dispor de apoio psicológico (Gráfico 10) e igualmente não ter recorrido a nenhum outro apoio.



Em suma, verifica-se que as enfermeiras do serviço de cuidados paliativos integram um elevado risco de  *burnout* , pelas características próprias do serviço, pela prestação de cuidados a doentes em fim de vida e suas famílias, pela sobrecarga de trabalho, pela falta de formação recorrente acerca do luto nos profissionais de saúde, pela insensibilidade da instituição para o problema e pela falta de apoio e/ou acompanhamento formal.



## **APENDICE II**

### **O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO – SESSÃO DE FORMAÇÃO**





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

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

**O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE**  
**CRÍTICO**

Sessão de Formação

**Estudantes:** Bárbara Costa e Cátia Pinto

**Sob orientação:** Professora Patrícia Coelho

e Professora Lúcia Rocha

**Porto, novembro de 2016**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FiO<sub>2</sub> - Fração inspirada de oxigénio

GTU – Grupo de Trabalho de Urgências

HPH – Hospital Pedro Hispano

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

O<sub>2</sub> – Oxigénio

OM – Ordem dos Médicos

PEEP - Pressão positiva expiratória final

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

Vmin – Volume por minuto



## ÍNDICE

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	171
<b>2.CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO</b> .....	175
<b>3.TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO</b> .....	177
3.1. DECISÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....	179
3.2. PLANEAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR .....	181
3.3. EFETIVAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....	184
<b>4.ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO</b> .....	185
<b>5.PLANEAMENTO, REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO</b> .....	189
<b>6.CONCLUSÃO</b> .....	191
<b>7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	193

## APÊNDICES

<b>Apêndice 1 – Plano de Sessão – O Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico</b> .....	195
<b>Apêndice 2 – Sessão de Formação – O Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico</b> .....	203
<b>Apêndice 3 – Avaliação da Sessão – O Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico</b> .....	215
<b>Apêndice 4 – Norma de Procedimento – O Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico</b> .....	219



## 1. INTRODUÇÃO

Na sua atividade profissional, o enfermeiro do Serviço de Urgência (SU) é exposto diariamente à necessidade de transportar doentes críticos para unidades mais diferenciadas, ou seja unidades dotadas de diversos meios complementares de diagnóstico, equipamentos e especialidades médicas, de forma a dar continuidade ao tratamento iniciado. Dada a existência desta necessidade crescente, as instituições de saúde devem preparar e manter operacionais equipas de transporte para eventuais deslocações entre hospitais. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2007, p.1), *“muito embora o transporte dos doentes possa não ser entendido como uma prestação directa de cuidados de saúde, não deixa, no entanto, de constituir uma sua componente importante, pelo que afecta positiva ou negativamente a qualidade destes”*.

Os estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa têm no seu currículo uma unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No âmbito desta unidade curricular, nomeadamente no Módulo I, Serviço de Urgência, verificaram-se oportunidades de melhoria, perante a inexistência de sistematização e uniformização de cuidados durante o transporte de doente crítico. A ausência de uma norma de procedimento que garanta a segurança do doente é uma necessidade, que pode ser colmatada com um projeto de intervenção em serviço.

Durante a realização do estágio verificamos que é realizado um número significativo de transportes inter-hospitalares, na sua maioria doentes com patologia cardíaca, em estado considerado crítico que necessitam da realização de cateterismo cardíaco. Este procedimento não está disponível no hospital do local de estágio, pelo que é necessária a transferência do doente para outra unidade hospitalar. Todos os doentes que necessitaram de Transporte Inter-Hospitalar (TIH) foram acompanhados por enfermeiro.

Perante esta vivência, urgiu efetuar uma reflexão sobre a prática do transporte do doente crítico: qual a importância e pertinência de standardizar a intervenção do enfermeiro no momento prévio ao transporte, durante o transporte e no final do transporte? Quando e como deve ser feito o transporte de um doente crítico? Quem deve acompanhar o

doente crítico? A existência de uma norma de boa prática no Transporte Inter-Hospitalar do doente crítico facilitaria a prestação de cuidados de enfermagem seguros e com qualidade?

Com base no documento sobre o transporte do doente crítico, elaborado pela Ordem dos Médicos em 2008, de forma a atender boas práticas, qualidade e segurança no TIH do doente crítico, objetiva-se realizar uma sessão de formação a todos os enfermeiros do SU, criar uma norma de serviço, implementar uma prévia Avaliação para o TIH do doente crítico e ainda um Formulário para o TIH do doente Crítico, como um documento de registo de enfermagem durante a efetivação do transporte. Para o desenvolvimento da sessão de formação e destes documentos, considerou-se importante a observação e análise crítica da prática atual desenvolvida e ainda a realização de pesquisa bibliográfica acerca do tema.

A realização deste trabalho teve como objetivos abordar conceitos relativos ao doente crítico, caracterizar sumariamente o transporte inter-hospitalar, enfatizar a importância de *guidelines*, refletir sobre aspetos éticos e o desenvolvimento de competências no domínio da formação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aplicando conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Para a elaboração do presente documento foi utilizada como metodologia a pesquisa bibliográfica e realizado um resumo estruturado. Quanto a estruturação encontra-se dividido em cinco partes, nomeadamente:

- Contextualização Histórica do Transporte do Doente Crítico, onde se explora a evolução temporal do mesmo;
- Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico, que contempla as fases do transporte, nomeadamente a decisão, planeamento e efetivação;
- Aspetos Éticos e Legais do Transporte do Doente Crítico;
- Planeamento, Realização e Avaliação da Sessão de Formação – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico, onde de uma forma breve se apresenta a forma como foi planeada, realizada e avaliada a sessão de formação;
- Conclusão, onde se faz uma breve notação das limitações e contributos da realização deste trabalho.

Em apêndice encontra-se o Plano de Sessão - O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (Apêndice 1), a Sessão de Formação – O Transporte Inter-Hospitalar do

Doente Crítico (Apêndice 2), a Avaliação da Sessão – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (Apêndice 3) e por fim a Norma de Procedimento – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (Apêndice 4).



## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O transporte de um doente crítico não deve ser encarado com um ato simples, banal, irrelevante e isento de riscos. Bem pelo contrário, deve ser um ato equilibrado devendo na sua decisão ser avaliados e ponderados o(s) potencial(ais) benefício(s) e risco(s) para o doente.

Reportando-nos à contextualização histórica do transporte do doente crítico, verifica-se que, apesar de, desde sempre, ocorrerem transportes entre os diferentes hospitais em virtude da ausência de valências ou meios técnicos necessários para a avaliação e diagnóstico adequados do doente, as recomendações para o transporte, especificamente de doentes críticos, têm um passado recente.

Em 1992, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos foi pioneira a publicar normas de boa prática para o transporte secundário de doentes. Seguindo o exemplo, em 1997, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) publicou o Guia de Transporte de Doentes Críticos, onde apresentou as primeiras recomendações relativas ao transporte do doente crítico, com o objetivo de normalizar as boas práticas para o transporte de doentes em estado crítico (Nunes, 2009).

Posteriormente, em 2001, a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) divulgou as Normas de Transporte Secundário de Doentes, secundarizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) que aprovou e divulgou no seu documento mais recente em 2006 (Nunes, 2009).

Em 2005, a Ordem dos Médicos (OM) e a SPCI nomearam uma comissão para elaboração e revisão do Guia para o Transporte de Doentes Críticos já existente desde 1997. Assim surgiu em 2008, o Transporte de Doentes Críticos, Recomendações 2008. Tal documento teve como referência as recomendações de outras entidades internacionais como a *Intensive Care Society* e a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos. A *Intensive Care Society* (Grã Bretanha) publicou o primeiro documento *Guidelines for de Transport of the Critically Ill Adult* em 1997 o qual foi revisto em 2002 e, mais recentemente, em 2011. A Sociedade Americana de Cuidados Intensivos publicou um

documento com recomendações mínimas para o transporte do doente crítico em 1992 que foi revisto pela última vez em Janeiro de 2004 (SPCI & OM, 2008).

No que concerne à legislação, até 2001 apenas existia legislação referente ao enquadramento legal na atividade de transporte de doentes – Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de março. No que concerne à regulamentação do Transporte de Doentes, a legislação reporta-se a 2001 quando, efetivamente apresenta o Regulamento do Transporte de Doentes – Portaria nº 1147/2001 de 28 de setembro, posteriormente alterada pela Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de setembro e mais recentemente pela Portaria nº 402/2007 de 10 de abril.

Em suma, todos os documentos elaborados como guias de orientação e de recomendação, bem como toda a legislação que suporta o Transporte do Doente Crítico, foram elaborados com o objetivo de promover a segurança dos envolventes no transporte, o doente e os profissionais de saúde.

### 3. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

A necessidade crescente de efetuar o transporte de doentes críticos, quer seja para fins de escalada terapêutica ou para fins de diagnóstico e cirurgia, carece de uma crescente preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados. Neste capítulo, pretende-se explorar as fases que comportam o transporte do doente crítico, desde a necessidade de transportar o doente até à fase de decisão e planeamento das condições e recursos necessários para a sua efetivação.

A SPCI & OM (2008, p.9) definem doente crítico como *”aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”*. Habitualmente são doentes que pela gravidade da sua situação clínica necessitam de equipas altamente treinadas e especializadas, sendo necessária a sua transferência para unidades hospitalares adequadas, com recursos técnicos indispensáveis ao diagnóstico, terapêutica e continuidade de cuidados (GTU, 2006).

Quando um doente em estado crítico dá entrada numa sala de emergência a prioridade é estabilizar o doente, garantindo suporte às suas funções vitais, devendo-se efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, etc...). Posteriormente o doente deve ser transferido para uma unidade que possa dar continuidade a este suporte, que permita realizar meios de diagnóstico e de tratamento diferenciados. Muitas vezes torna-se necessário transportar estes doentes para outras unidades de saúde. De acordo com Nunes (2009) o transporte secundário de doentes é realizado entre duas unidades de saúde (transporte inter-hospitalar) ou entre departamentos dentro da própria unidade de saúde (transporte intra-hospitalar).

No contexto da assistência ao doente crítico ou à manutenção das suas funções vitais, Phipps et al. (2009) considera que o objetivo da enfermagem deve ser o de proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade a doentes em situações de risco de vida, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente. Neste sentido, o transporte é um dos momentos assistenciais mais

delicados, durante o qual, o suporte das funções vitais deverá ser mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado nos serviços ou unidades de referência (SPCI, 1997). Segundo a SPCI & OM (2008) o transporte secundário da pessoa em situação crítica envolve alguns riscos, mas a necessidade de facultar um nível de assistência superior e a realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra, justificam a sua realização.

Na prestação de cuidados no SU, revela-se assim importante a integração nas equipas, o trabalho em equipa e a comunicação interdisciplinar. Sheehy (2011) refere que em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa e o respeito mútuo. Os resultados dos cuidados prestados são grandemente influenciados pelo esforço da equipa e pela comunicação contínua, durante a estabilização inicial e transferência do doente crítico. Segundo Pinho (2006) o trabalho de equipa refere-se a um grupo de dois ou mais indivíduos que interagem, de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente, voltados para um objetivo comum e apreciado por todos, evidenciando-se assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços.

O trabalho em equipa e a comunicação eficaz entre a equipa interdisciplinar mostra-se como essencial à redução do risco que acarreta a realização do transporte de um doente crítico. No entanto, é necessário ressaltar a importância da formação contínua destes profissionais. Sheehy (2011) considera que o enfermeiro do SU é um enfermeiro com habilitação profissional e formação superior em prestação de cuidados primários e diferenciados a doentes adultos. Perante a especificidade do SU, os enfermeiros devem possuir formação específica na sua área de atuação, formação que segundo Nunes (2007) não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórico-prática, procurando colocar os profissionais em contexto de formação, na situação mais próxima do real.

De acordo com as Recomendações da SCPI & OM (2008), aos profissionais que tratam, habitualmente, de doentes críticos deve ser promovida formação específica mínima e contínua, nomeadamente acerca do Transporte do Doente Crítico, do Suporte Avançado de Vida (SAV) e de Trauma. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2011) os conhecimentos e competências adquiridos em SAV deterioram-se em 6 meses, se não for feita atualização, tal como acontece com as competências não técnicas, nomeadamente a capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho em equipa e comunicação estruturada fundamentais nestas situações. Também a SCPI & OM (2008) refere que um dos aspetos mais importantes para a promoção e segurança durante o

transporte do doente crítico é a formação, por um lado, é imperativo o conhecimento das normas de boas práticas no transporte do doente crítico e por outro, espera-se que as equipas de transporte no mínimo possuam formação em SAV.

Segundo SPCI & OM (2008), o processo do transporte do doente crítico envolve três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação, que serão abordadas nos próximos pontos deste documento.

### 3.1. DECISÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

A decisão de transportar um doente crítico entre unidades de saúde é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. Na decisão de transporte de um doente crítico, por uma questão de sistematização, o transporte deverá ser considerado em função da necessidade de transferir um doente por falta da valência médico-cirúrgica, pela necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados para a definição diagnóstica e terapêutica e/ou ainda pela gravidade clínica do doente.

De acordo com a alínea g), do n.º3, do Artigo n.º22, do Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 25 de julho, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 153, de 11 de agosto, o SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo.

É certo que os doentes críticos incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o seu transporte. Estes doentes, pelo elevado risco de falência multiorgânica, pelo potencial de instabilidade e deterioração clínica durante o transporte e também pela diminuta capacidade de adaptação ou reserva fisiológica, apresentam múltiplos fatores de risco que tem efeito multiplicativo e não aditivo no agravamento da sua situação clínica (SPCI & OE, 2008). No entanto estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é selecionada uma equipa adequadamente preparada, quando existem os meios de transporte adequados e estão disponíveis meios de monitorização, materiais e fármacos necessários para eventuais procedimentos de emergência, aquando do transporte (Nunes, 2009 e American College of Critical Care Medicine, 2004). A premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados

prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem tem de ser sempre considerada e é obrigatória.

A principal indicação para o transporte secundário de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos humanos e/ou técnicos na unidade de saúde de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, ou ainda para a realização de exames complementares de diagnóstico (SPCI & OM, 2008). O transporte de qualquer doente apresenta sempre condicionantes próprias, tais como, vibrações, efeitos de aceleração- desaceleração, variações térmicas, risco de tráfego e anomalias da fiabilidade na monitorização entre outros, mais específicos e que deverão pesar na decisão e do momento de transporte. Por isso não é de aconselhar o início de transporte em doentes ainda instáveis, exceto se não houver garantias técnicas para a sua estabilização rápida (GTU, 2006).

Previamente à decisão de transportar um doente crítico pressupõe-se que seja realizada uma avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. De acordo com a SPCI & OM (2008), o risco de transporte envolve duas componentes: o risco clínico e o risco de deslocação. O risco clínico depende dos fatores que afetam a fisiologia cárdio-respiratória e a fiabilidade da monitorização e o risco de deslocação diz respeito aos efeitos da aceleração-desaceleração, risco de colisão.

É fulcral refletir-se sobre o risco/benefício de transportar um doente crítico, perceber por exemplo, que benefício a realização de um exame adicional pode ter no tratamento e no resultado de internamento de um doente. No caso de existirem dúvidas quanto à sua eficácia, deve então pôr-se em causa a necessidade do transporte. A decisão de transferir um doente crítico ocorre quando os benefícios de transferência superam os riscos (American College of Critical Care Medicine, 2004).

No que diz respeito às condicionantes económicas, estas não devem constituir de forma alguma um impedimento para o transporte do doente crítico para um local diferenciado, onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados.

Perante o que foi dito, a decisão de transportar um doente crítico é sempre um ato médico. Assim, a responsabilidade não é apenas do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço (SPCI & OM, 2008). O GTU (2006) designa que independentemente do motivo que leva à decisão de se transferir um doente, esta decisão será sempre de carácter clínico, e deverá ser sempre o médico responsável ou alguém da equipa por ele delegado a tomar a decisão do referido transporte.

O médico que acompanha o doente crítico num transporte é responsável pelos cuidados ministrados até à sua entrega na unidade de saúde de destino. As instituições de saúde são responsáveis pela organização dos meios necessários, para que o transporte se integre com as normas de boa prática em vigor (SPCI & OM, 2008).

No momento em que é avaliada, equacionada e decidida a necessidade de transportar um doente crítico, outras etapas são necessárias cumprir para que este se concretiza em segurança. No próximo ponto, faz-se uma breve enumeração e descrição dos aspetos a ter em conta no planeamento do transporte, no que diz respeito à coordenação do transporte, aos profissionais e ao equipamento que o acompanham o doente, bem como aos níveis de monitorização durante o transporte.

### 3.2. PLANEAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Com a perda de especialidades médicas e cirúrgicas por parte de algumas instituições hospitalares, a necessidade da transferência inter-hospitalar de doentes críticos passou a constituir uma realidade e uma necessidade, com a qual se depara com maior frequência na prática clínica diária. O TIH do doente crítico deve ser considerado em função da necessidade de transferir um doente por carência de valência médico-cirúrgica ou por carência de recursos técnicos imprescindíveis à continuidade dos cuidados e definição diagnóstica e terapêutica e/ou ainda pela gravidade clínica do doente (GTU, 2006).

O planeamento do transporte é uma atividade conjunta, realizada pela equipa médica e de enfermagem do serviço/unidade referente, em que a equipa deve ter em consideração a coordenação, a comunicação, a estabilização, a equipa, o equipamento, o transporte e a documentação (SPCI & OM, 2008).

Antes de efetuar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal devem ser informados do facto, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do serviço e do hospital de destino e, quando praticável, obtendo, desejavelmente, o seu consentimento (SPCI & OM, 2008). O GTU (2006), acrescenta que é mandatário informar o doente e ou o seu representante legal da decisão tomada, o que a condicionou, o local de destino sendo desejável que haja um consentimento expresso.

Durante o planeamento do TIH do doente crítico, é necessário considerar determinados aspetos, nomeadamente, a coordenação do transporte, a seleção adequada dos profissionais e do equipamento que acompanham o doente, bem como a definição do

grau de monitorização do doente. De seguida passam-se a enumerar estes aspetos de acordo com as recomendações de 2008 da SPCI e da OM.

### **Coordenação do Transporte**

Depois de efetuada a decisão de transportar o doente crítico, a transferência deve ser efetuada o mais rápido possível. A coordenação do transporte compreende obrigatoriamente um contacto inicial, antes do transporte, à unidade de destino do doente, de forma, a que o médico responsável pela transferência confirme se o serviço recetor tem vaga e pode disponibilizar os meios necessários ao tratamento. Aquando do contato o serviço recetor deve ser detalhadamente informado da situação clínica do doente, das intervenções terapêuticas previsíveis e da hora de chegada previsível.

A escolha e o planeamento do meio de transporte devem ter em conta, a situação clínica do doente, as intervenções médicas necessárias durante o transporte, a previsão das possíveis complicações, a disponibilidade de profissionais e dos recursos necessários, a distância/duração do transporte, as informações meteorológicas e o custo relativo das alternativas sem colocar em causa as necessidades clínicas do doente.

Todos os registos clínicos e de enfermagem e exames complementares de diagnóstico devem ser reunidos de forma a acompanhar o doente no transporte. Deve existir um processo uniforme de registo do transporte, transversal às instituições, tal como o elaborado e proposto na realização deste trabalho (Anexo IV, Apêndice 4).

Deve ser previsto um meio de comunicação bidirecional durante o transporte e em caso de anulação da transferência o serviço/hospital de destino devem ser notificados.

### **Profissionais que acompanham o doente**

A equipa que acompanha o doente crítico no TIH deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e no mínimo por mais dois elementos (enfermeiro e médico), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento. A escolha da equipa de transporte é realizada de acordo com as disponibilidades da unidade referente e com as características do doente a transportar.

### **Equipamento**

De acordo com as recomendações de 2008 da SPCI e da OM, há que considerar o equipamento mínimo necessário para o acompanhamento do doente crítico durante o seu TIH. Assim em forma de listagem recomenda-se:

- Monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador, conforme exigências de monitorização do doente;
- Material de intubação, com tubos endotraqueais adequados ao doente e insuflador manual (com válvula de pressão positiva expiratória final (PEEP));
- Fonte de oxigénio com capacidade adequada ( $O_2$  necessário =  $[(20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$ );
- Aspirador elétrico (com baterias) e sondas de aspiração;
- Drenos torácicos, conjunto de introdução e acessórios;
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respetivas seringas ou bombas volumétricas com bateria (agulhas, catéteres venosos, seringas, sistemas de soros, etc....);
- Soros (cristalóides e colóides), com mangas para administração sob pressão;
- Fármacos, para suporte avançado de vida, e outros que se julguem necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas (Apêndice 4);
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer a PEEP e a fração inspirada de oxigénio ( $FiO_2$ ), reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Equipamento de comunicações (permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino).

### **Monitorização**

De forma a classificar os níveis de monitorização do doente crítico durante o TIH a SPCI & OM (2008) sugerem três níveis: Nível 1 – Obrigatório; Nível II – Fortemente recomendado; Nível III – Ideal.

Assim, **como monitorização obrigatória – Nível I**, evidencia-se:

- Monitorização contínua, com registo periódico;
- Frequência respiratória;
- $FiO_2$ ;
- Oximetria de pulso;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Frequência cardíaca;

- Pressão arterial (não invasiva);
- Pressão da via aérea, nos doentes com ventilação mecânica;
- Capnografia (nos doentes com ventilação mecânica).

Como **monitorização fortemente recomendada – Nível II**, considera-se:

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

Por último, **como monitorização ideal – Nível III** (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico), sugere-se:

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

### 3.3. EFETIVAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

A efetivação do TIH do doente crítico acontece quando este se inicia. A equipa que realiza o transporte é responsável ética e legalmente pelo mesmo e essa responsabilidade só termina no momento em que o doente é entregue ao médico de serviço no local de destino ou de origem, se a deslocação se justificar apenas para realização de exames complementares ou atos terapêuticos (SPCI & OM, 2008).

A efetivação do transporte crítico obedece a um conjunto de normas e procedimentos. Assim, o GTU (2006) propõe o recurso ao *score* de risco de transporte idealizado por Etxebarria e colegas, publicado no *European Journal Emergence Medicine* em 1998. Este *score* permite, através da avaliação de parâmetros fisiológicos e terapêuticos, determinar a necessidade de acompanhamento do doente, quem o deve realizar caso seja necessário (enfermeiro ou enfermeiro e médico) e que tipo de transporte deverá ser utilizado para a sua efetivação (Anexo IV, Apêndice 4). Recomenda ainda que, desde a vulgar situação de um doente que não está em causa o risco de vida, mas que necessita de recorrer a uma observação por uma especialidade que não existe no local de origem, até à situação mais complicada do doente crítico, a efetivação do transporte deverá ser baseada em dados objetivos clínicos, permitindo ajuizar e sistematizar com maior rigor as decisões tomadas no planeamento do transporte para a efetivação mais inócua possível de complicações.

#### 4. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Atualmente, com a centralização de especialidades médicas e cirúrgicas nas unidades hospitalares de referência em Portugal, tem crescido a necessidade de realizar o transporte secundário e inter-hospitalar de doentes agudos e críticos para instituições de saúde mais diferenciadas com a finalidade de garantir melhores condições de tratamento ou para realizar tratamentos ou exames complementares de diagnóstico não realizáveis no hospital origem. O aumento progressivo da necessidade de efetuar estes transportes tem fomentado uma maior preocupação com as condições em que os transportes são efetuados (Nunes, 2009). Os principais motivos para o transporte secundário do doente crítico são a inexistência de recursos humanos técnicos no hospital de origem para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico não disponíveis na instituição onde o doente se encontra (Martins e Martins, 2010).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2004), a pessoa tem o direito de receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde e é um dever dos serviços de saúde estarem acessíveis e prestarem, em tempo útil, cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente, colocando integralmente ao seu dispor os recursos que possuem. Este fundamento, em matéria de direitos e deveres do doente dos serviços de saúde, encontra-se legislado no n.º1e no n.º2 do Artigo 8º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, em que o utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita e tem o direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2007), embora o transporte dos doentes não possa ser entendido como uma prestação direta de cuidados de saúde, não deixa, de constituir uma componente importante, pelo que afeta positiva ou negativamente a qualidade destes. Daí advém, a importância do enquadramento legal na realização de transporte dos doentes.

Em Portugal, existe legislação que regulamenta a atividade e as condições do transporte de doentes efetuado por via terrestre. O Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, e a Portaria n.º 1147/2001, de 28 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.º 1301-A/2002, de 28 de setembro, n.º 402/2007, de 10 de abril e n.º 142-A/2012, de 15 de maio estabelecem o enquadramento legal e regulamentam a atividade de transporte de doentes. A atualização contínua da legislação que regula o transporte de doentes procura adequar a legislação à realidade nacional, que se encontra em constante transformação e é bastante abrangente e diversificada no que concerne às necessidades dos doentes. Faz-se ainda, referência ao Despacho n.º 7861/2011, de 17 de maio, que regula o acesso ao transporte de doentes não urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente relacionado com encargos económicos.

A enfermagem é uma profissão com responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade e destaca-se pela responsabilidade do cuidar e pela vanguarda das necessidades da sociedade.

Ao enfermeiro que presta cuidados num serviço de urgência a doentes críticos, muitas vezes com necessidade de serem transportados para outras unidades, preza-se dizer que pratica uma enfermagem de urgência. Para Sheehy (2011), a enfermagem de urgência envolve uma avaliação prévia, um diagnóstico, tratamento e avaliação final num quadro súbito e em ambientes variados. Com atenção pluridimensional, pois implica conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários diferentes. Acrescenta ainda que os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos que visam a resolução de problemas, através de cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente e família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais (Sheehy, 2011).

Nos termos da alínea a) do Artigo 104º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro “*o enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do doente em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento*”. Daqui advém a importância da intervenção de enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico bem como no seu transporte, de forma a garantir um atendimento atempado no diagnóstico e tratamento do doente, quer na instituição de origem, quer no transporte, quer na equipa recetora do doente.

“*O enfermeiro assume o dever de orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência*” (alínea b) do Artigo 104º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Assim, o

enfermeiro ao realizar o transporte do doente crítico para unidades de saúde mais diferenciadas, está a assegurar que o doente possa ser atendido por uma equipa de saúde, nomeadamente enfermeiros mais especializados, mais treinados e mais dotados de técnicas e equipamentos para o diagnóstico e tratamento do doente crítico. De forma a complementar a este pressuposto, de acordo com a alínea d) do n.º4 do Artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a caracterização dos cuidados de enfermagem engloba como forma de atuação, encaminhar e orientar os doentes de acordo com o grau de dependência, para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros profissionais de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos na situação em questão.

Como um dever da conduta profissional e deontológica do enfermeiro, este deve “*assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas*” (alínea d) do Artigo 104º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Desta forma revela-se não só a pertinência, mas a obrigatoriedade do enfermeiro que realiza transportes do doente crítico em registar as monitorizações, os acontecimentos e as intervenções prestadas ao doente crítico durante a efetivação do seu transporte. Com base neste pressuposto, surge a necessidade de criar e implementar, nas instituições de saúde, documentos de registo de enfermagem, aquando a realização do transporte do doente crítico.

Com base em todas estas considerações, é legítimo afirmar-se que o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão perante o transporte do doente crítico, depois de devidamente avaliar todos os fatores envolvidos e informações disponíveis, poderá, para bem do recetor dos cuidados, recusar o acompanhamento de um doente enquanto não estiverem reunidas as condições mínimas e desejáveis para que o transporte possa ser efetuado em segurança. Podendo, contudo, essa decisão implicar mais tempo no local de origem mas onde, pelo menos naquele momento, estão reunidas as melhores condições. Segundo o n.º1 do Artigo 8º do REPE, “*o enfermeiro no exercício das suas funções deve adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*”. Esta tomada de decisão pretende efetivamente contribuir para uma mudança de mentalidades, atitudes e ações conjugadas entre os diversos intervenientes na concretização de um transporte (equipa de saúde, órgãos de gestão e órgãos reguladores), onde o enfermeiro ostenta-se como uma figura, com um papel relevante e uma palavra importante a proferir.



## **5 – PLANEAMENTO, REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO**

Com o decorrer da nossa prática clínica no estágio em EMC no SU, assistiu-se à frequente necessidade de transportar doentes críticos de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica para outra instituição de saúde com um Serviço de Urgência Polivalente. Perante a observação e participação desta realidade, questionou-se se a transferência do doente estava a ser realizada de acordo com as recomendações da OM de 2008 e de acordo com a legislação e os códigos de conduta profissional.

De forma a garantir a qualidade e segurança do TIH do doente crítico do SU da prática clínica, surgiu a preocupação de realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SU, de forma a explorar as recomendações da OM de 2008, criar uma norma de atuação, e criar e fomentar a implementação da **Avaliação para o transporte Inter-Hospitalar** do doente crítico, e de um **Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar**, onde se possa efetuar registos de enfermagem aquando do transporte.

De forma a perceber a importância da realização de uma sessão de formação sobre O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico, efetuou-se uma entrevista informal ao Sr. Enfermeiro Chefe do SU tendo-se obtido um parecer positivo para a sua concretização. De seguida, conforme aconselhado pelo Sr. Enfermeiro Chefe, foi estabelecido contato com o Enfermeiro Responsável pelo Transporte do Doente Crítico do SU, a fim de perceber o que já foi desenvolvido e o que carece de desenvolvimento, em função das características da unidade.

Posteriormente desenvolveu-se uma vasta pesquisa bibliográfica acerca do tema e começaram-se a definir linhas orientadoras para a elaboração deste trabalho. No Apêndice 1, apresenta-se o Plano de Sessão, onde se enuncia a população alvo da sessão de formação, o local, o tempo de duração, os objetivos e os métodos e meios de concretização dos mesmos.

No Apêndice 2, apresenta-se o conteúdo da sessão de formação, realizado através do aplicativo *Power Point*, que serviu de guia para concretização da sessão de formação.

Depois de realizada a sessão de formação, mostrou-se pertinente perceber se os formandos consideraram o tema da sessão pertinente, se foi bem abordado, se os formadores conseguiram atingir os objetivos delineados, bem como receber sugestões e recomendações para a mesma, assim foi elaborado um documento – Avaliação da Sessão (Apêndice 3).

Por último, de forma a constituir-se uma forma de consulta rápida para a equipa de enfermagem do SU, elaborou-se uma Norma de Procedimento, perante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, que ficou no serviço para revisão (Apêndice 4).

## 6. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho é motivo de satisfação pelo contributo que produziu para o aumento do conhecimento acerca do Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico. Porém, após o seu *terminus* fica a sensação que, sendo este tema muito vasto e muito complexo, outras direções poderiam ser tomadas, e que o tema poderia ser mais aprofundado e mais explorado junto da equipa de enfermagem do SU.

O fator tempo marcou, sem dúvida, o curso do trabalho e, por isso, realizaram-se opções no sentido de alcançar os objetivos definidos no período decorrente do estágio.

O principal objetivo do trabalho foi promover um transporte inter-hospitalar seguro e de qualidade do doente crítico com base nas boas práticas recomendadas, realizar uma sessão de formação aos enfermeiros do SU, criar uma norma de serviço, fomentar a implementação de uma prévia Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar do doente crítico e de um Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar, como um documento de registo de enfermagem durante o transporte do doente crítico. Dado o caminho escolhido através da observação e análise crítica da prática encontrada no local de estágio e da pesquisa bibliográfica encontrada, foi possível atingir os objetivos definidos.

Pela concretização da sessão de formação, não se pode deixar de considerar algumas limitações ao seu desenvolvimento, nomeadamente o facto de ser realizada durante o período de prestação de cuidados, ao invés de ser introduzida num dia de formação em serviço obrigatório escalado no horário, e ainda o facto de ser realizada sobre uma população alvo reduzida.

Como contributo da elaboração deste documento, pode-se salientar a mobilização de conhecimentos existente acerca do tema, bem como o aumento da sensibilização acerca da problemática dentro da equipa de enfermagem do SU. Acredita-se ter conseguido um contributo válido para a consciencialização dos enfermeiros para o estabelecimento de momentos de reflexão pessoal e/ou grupal, bem como para o estabelecimento de uma conduta de atividade profissional, que de certa forma possa facilitar a prestação de cuidados melhores e mais seguros.

Assim sendo, urge a necessidade de que todas as matérias que envolvem o transporte do doente crítico sejam revistas à luz das recomendações, da legislação e da conduta ética e legal dos profissionais. Idealmente, cada instituição hospitalar deveria nomear um médico e um enfermeiro, responsáveis pelo transporte Inter-Hospitalar do doente crítico. Esta iniciativa seria fundamental, para que fossem organizados e auditados os processos dos doentes transportados e rececionados pela instituição, no intuito de corrigir erros e oferecer melhorias. É essencial que os órgãos de gestão reconheçam as potenciais dificuldades inerentes à aplicação das recomendações, devendo seriamente fazer o diagnóstico de situação das suas unidades.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Critical Care Medicine (2004) - Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients: *Critical Care Medicine*, Vol. 32, nº1.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2004). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2007). *Estudo e avaliação do sector do transporte terrestre de doentes*. Porto: Autor. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/108/200731583312842202\\_original\\_rel.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/108/200731583312842202_original_rel.pdf)

Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 2, pp. 111-120.

Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing*, 219, 7-11.

Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Revista Nursing*, nº 246, 22-26.

Phipps, W. et al (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 8ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 9789898075222.

Pinho, M. (2006). Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Lisboa: *Ciências & Cognições*, Volume 8, 68-87. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582/364>

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 6ª Edição. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (1997). *Guia para o Transporte de Doentes Críticos*. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

### **Legislação Portuguesa**

**Código Deontológico do Enfermeiro**, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_156\\_2015\\_SegundaAlteracaoEstatutoOE\\_set2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)

Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 10319/2014, de 25 de Julho, Diário da República n.º 153, Série II, de 25 de Julho de 2014. [em linha] [consultado a 19 Outubro 2016]. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

**Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde**, Lei n.º 15/2014 de 21 de Março, disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

**Enquadramento Legal de Transporte de Doentes**, Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março, Diário da República n.º74, Série I, de 28 de Março de 1992, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18408/14861488.pdf>

**Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)**, Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de Abril. [em linha] [consultado a 19 outubro 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

**Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde**, Despacho n.º 7861/2011, de 17 de Maio, Diário da República n.º105, Série II, de 31 de Maio de 2011, do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=e0a209539d1e74ab9fe46b9e01a19a97>



## APENDICES



## **Apêndice 1 – Plano de Sessão - O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico**





## Plano de Sessão - O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico

### Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Tema:** Transporte Inter-Hospitalar do doente crítico – fomentar a implementação de uma prévia Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar (TIH) do doente crítico e um Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar, como um documento de registo de enfermagem no decorrer do mesmo.

<p><b>Local:</b> Serviço de Urgência  <b>Público-alvo:</b> Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano  <b>Formadores:</b> Bárbara Costa e Cátia Pinto, Estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação da Professora Patrícia Coelho e da Professora Lúcia Rocha.</p>	<p><b>Data da Sessão:</b> 3/11/2016  <b>Horário:</b> 8:30h  <b>Duração da Sessão:</b> 20 min.</p>
---	---

**Objetivo Geral:** Sensibilizar acerca da importância e aplicabilidade prática diária de enfermagem na concretização do transporte do doente crítico.  
**Objetivos Específicos:** Divulgar as orientações emanados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos sobre o transporte do doente crítico; Partilhar conhecimentos e experiências sobre o transporte do doente crítico; Partilhar o documento para a Avaliação para o TIH do doente crítico de forma a identificar as necessidades de equipamento, monitorização e equipa de transporte para a efetivação do mesmo; Partilhar o documento realizado, o Formulário para o TIH, como um documento de registo de enfermagem de acontecimentos no decorrer do transporte do doente crítico.

Conteúdos Programáticos/ Etapa da Sessão		Objetivos Específicos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempo previsto	Avaliação
<b>Introdução</b>	Apresentação da formação e dos objetivos a atingir.	- Dinamizar o grupo	Método Expositivo Método Ativo	Projektor Tela	“brainstorming” Expositivo	3 minutos	<b>Diagnóstica:</b> Questões colocadas e reações dos participantes
<b>Desenvolvimento</b>	- Orientações de atuação perante o transporte do doente crítico; - Divulgação da prévia Avaliação para o TIH do doente crítico; - Divulgação do Formulário para o TIH, como um documento de registo de enfermagem.	- Reforçar e sistematizar conhecimentos sobre o transporte do doente crítico; - Uniformizar procedimentos de atuação no Serviço de Urgência; - Reforçar a segurança e qualidade no transporte do doente crítico.	Método Expositivo Método Ativo	Projektor Tela	Interrogativo Expositivo	12 minutos	<b>Contínua:</b> Questões colocadas, reações dos formandos
<b>Conclusão</b>	- Finalização da sessão e resumo dos conteúdos abordados.	- Resumir os objetivos da sessão e apurar os conhecimentos obtidos pelos formandos;	Método Expositivo Método Interrogativo	Projektor Tela Caneta Folha de avaliação da formação	Interrogativo Expositivo	5 minutos	<b>Final:</b> Discussão dos conteúdos abordados para analisar o perfil de saída dos formandos <b>Avaliação da formação</b>





## **Apêndice 2 – Sessão de Formação – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico**



# Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico

Sessão de Formação realizada por Bárbara Costa e Cátia Pinto, Estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da Unidade Curricular - Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação da Professora Patrícia Coelho e da Professora Lúcia Rocha da Universidade Católica Portuguesa

3 de novembro, 2016

## Objetivo Geral

- ▶ Sensibilizar acerca da importância e aplicabilidade prática diária de enfermagem na concretização do transporte do doente crítico.

## Objetivos Específicos


- Divulgar as orientações emanados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos sobre o transporte do doente crítico;
- Partilhar conhecimentos e experiências sobre o transporte do doente crítico;
- Partilhar o documento para a Avaliação para o TIH do doente crítico de forma a identificar as necessidades de equipamento, monitorização e equipa de transporte para a efetivação do mesmo;
- Partilhar o documento realizado, o Formulário para o TIH, como um documento de registo de ocorrências e acontecimentos no decorrer do transporte do doente crítico.

---

## Doente Crítico


“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”

(Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008)



---

## Transporte do Doente Crítico

- ▶ Riscos;
  - ▶ Necessidade de facultar um nível superior de assistência;
  - ▶ Realização de exames complementares de diagnóstico/terapêutica, não realizáveis no serviço onde o doente se encontra.
- 

## Tipos de Transporte do Doente Crítico

### Primário

Transporte da vítima entre o local do acidente/domicílio e uma unidade de saúde

### Secundário

**Intra-Hospitalar** -  
Transporte do doente de uma sala de emergência para uma unidade de cuidados intensivos.

**Inter-Hospitalar** -  
Transporte do doente de uma unidade de saúde para outra unidade de saúde mais diferenciada.

## Transporte Inter-Hospitalar – RISCO

### EVENTOS ADERSOS durante o transporte

- ▶ Deterioração da oxigenação e ventilação;
- ▶ Instabilidade hemodinâmica;
- ▶ Agravamento da hipertensão intra-craniana;
- ▶ Agravamento da dor;
- ▶ Ansiedade/ stress do doente;
- ▶ Deslocação do tubo oro-traqueal ou extubação acidental;
- ▶ Falhas no ventilador, monitor e seringas perfusoras.

---

## Monitorização dos Riscos

- ▶ Planeamento cuidadoso;
- ▶ Envolvimento de uma equipa qualificada na realização do transporte;
- ▶ Seleção adequada do equipamento a utilizar;
- ▶ O transporte deve obedecer a regras como: **coordenação pré-transporte, escolha dos profissionais para a execução do transporte e seleção adequada do equipamento e monitorização durante o transporte.**



---

## Fases do Transporte Inter-Hospitalar

**1 - Decisão** → Avaliação do doente

**2 - Planeamento**

- ▶ Determinar o hospital recetor;
- ▶ Seleção do meio de transporte;
- ▶ Seleção dos acompanhantes;
- ▶ Iniciar procedimentos de transporte;
- ▶ Preparar o doente e a família.

**3 - Efetivação**

- ▶ Avaliação do transporte;
- ▶ Transporte;
- ▶ Avaliação.



## Transporte Inter-Hospitalar (TIH)

- ▶ Avaliação para o transporte inter-hospitalar - Anexo I;
- ▶ Lista de verificação para o transporte ;
- ▶ Formulário para o transporte - Anexo II

## Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar (Anexo I)

**Recursos humanos necessários**

**Equipamento**

**Tipo de veículo**

## Avaliação para o TIH (1)

<b>VIA AÉREA ARTIFICIAL</b>		<b>PACEMAKER</b>	
Não	0	Não	0
Sim (tubo Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (entubado ou traqueostomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>		<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>	
FR entre 10 e 14 /min	0	Escala de Glasgow =15	0
FR entre 15 e 35 /min	1	Escala de Glasgow > 8 e <14	1
Apneia ou FR <10 /min ou FR > 35 /min ou Irregular	2	Escala de Gasgow ≤8	2
<b>SUPORTE RESPIRATÓRIO</b>		<b>SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO</b>	
NÃO	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	<b>Grupo I:</b>	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
<b>ACESSO VENOSO</b>		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Acesso periférico	1	Analgésicos	
Acesso Central em doente instável	2	<b>Grupo II:</b>	2
<b>AValiação HEMODINÂMICA</b>		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (requer < 15 ml/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (Inotrópicos ou sangue)	2	Bicarbonatos	
<b>MONITORIZAÇÃO DO ECG</b>		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
<b>RISCO DE ARRITMIAS</b>		<b>SCORE:</b>	
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM >48h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM <48h)	2		

\* 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

## Avaliação para o TIH (2)

SCORE	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" Ambulância
3-6	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA não Invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte + injetáveis + soro
≥7	C	Ambulância Medicalizada	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + ventilador transporte, material para via aérea avançada, desfibrilhador com Pace, Seringas e bombas perfusoras.

Item com pontuação 2 – Médico + Enfermeiro

## Formulário para o TIH (1)

NOME:	
IDADE:	
HOSPITAL ORIGEM:	
HOSPITAL DESTINO:	
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE:	ENFERMEIRO:
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	ENFERMEIRO:

### A- VIA AÉREA

Oxigênio Ventimask  FIO2 (%)  Tubo Oro-Traqueal

Outra Via Aérea  Dreno Torácico  Onde

### B- VENTILAÇÃO

Espontânea

Controlada

### C- CIRCULAÇÃO

Acessos venosos  Onde  Fluidos (<2000 ml) 

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

Linha arterial  Onde

Cateter central  Onde  Diurese (ml)

Aminas/Inotrópicos 

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

## Formulário para o TIH (2)

### D- DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo Vertebro-medular

Lesões neurológicas  Nível

Score Coma Glasgow (entrada no hospital de origem)

Score Coma Glasgow (saída hospital origem)

### E- EXPOSIÇÃO

Queimado 

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

 % atingida

Envolvimento de : FACE  MÃOS  PÉS  PERÍNEO

Tipo de Queimadura: FOGO  ÁGUA  QUÍMICO  EXPLOSÃO

Feridas 

SIM	<input type="text"/>
NÃO	<input type="text"/>

 Tipo

Local

## Formulário para o TIH (3)

### Informações Gerais

Cirurgia no Hospital de origem  SIM  NÃO Qual

Cirurgião:  Drenos:  SIM  NÃO

Anestesista:  Locais:

Fraturas:  SIM  NÃO

Locais:  Sinais Vitais: 

TA	
FR	
FC	
SpO2	
Temp.	
PGC	

Observação / Evolução clínica durante o transporte

Terapêutica em curso

Enfermeiro / Médico

## Transporte Inter-Hospitalar

### Pós - Transporte


Enfermeiro - preencher folha de intercorrências

Verificar material da mala

---

## Conclusão


- ▶ A decisão de transportar um doente crítico deve ser baseada na avaliação e ponderação dos riscos e benefícios para o doente;
- ▶ O tratamento deve acrescer benefício ao tratamento do doente;
- ▶ Coordenação rigorosa da equipa de transporte;
- ▶ Escolha criteriosa da equipa de transporte;
- ▶ Seleção adequada do equipamento e nível de monitorização.



---

Qualquer transporte de doentes deve terminar com a avaliação de todo o processo de transporte, sendo um momento impar no processo de maturidade de qualquer equipa. Este procedimento leva à retroalimentação do processo de transporte de doentes críticos, conduzindo ao percurso de melhoria contínua.

(INEM, 2002)



---

## Referências Bibliográficas

American College of Critical Care Medicine (2004). Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients: *Critical Care Medicine*, Vol. 32, nº 1.

Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006). Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Sheehy, S. (2011). Enfermagem de Urgência, da teoria à prática. 8ª Ed. Loures: Ciências e Científicas, Lda.

---

OBRIGADA

Bárbara Costa e Cátia Pinto

FIM



### **Apêndice 3 – Avaliação da Sessão - O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico**



# AVALIAÇÃO DA SESSÃO

## Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico

Sessão de Formação, realizada por Bárbara Costa e Cátia Pinto, Estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação da Professora Patrícia Coelho e da Professora Lúcia Rocha.

O presente questionário é anónimo e tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre a formação que agora terminou. Agradecemos a sua colaboração. Preencha o questionário e assinale com um X de acordo com a sua opinião a cada um dos aspetos da formação, utilizando a seguinte escala:

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 – Muito Bom			
<b>Objetivos/ conteúdos</b>	O tema abordado é importante?	1	2	3	4		
	A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?	1	2	3	4		
	Os conteúdos/objetivos propostos na formação foram alcançados?	1	2	3	4		
	A duração e ritmo da formação foram adequados?	1	2	3	4		
	A formação, em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	1	2	3	4		
	A existência da prévia Avaliação para o TIH do doente crítico vai melhorar a preparação e prestação de cuidados ao doente crítico transferido?	1	2	3	4		
	A existência do Formulário para o TIH, como meio de registo de enfermagem vai melhorar a prestação de cuidados ao doente transferido?	1	2	3	4		
	Como classifica a prévia Avaliação para o TIH do doente crítico?	1	2	3	4		
	Como classifica o Formulário para o TIH, como meio de registo?	1	2	3	4		
	<b>Formadores</b>	Os formadores demonstraram domínio dos conteúdos abordados?	1	2	3	4	
Procuraram manter o interesse/motivação dos formandos?		1	2	3	4		
Foram claros na abordagem aos conteúdos?		1	2	3	4		
Em geral, o relacionamento dos formadores com os formandos foi:		1	2	3	4		
<b>Classifique globalmente a formação:</b>				1	2	3	4
<b>Entende ser necessário aprofundar o tema abordado?</b>				Sim	Não		
<b>Sugestões, comentários, observações ou críticas</b>							



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

Obrigado pela sua colaboração  
3 de novembro de 2016



**Apêndice 4 – Norma de Procedimento – O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico**



## **NORMA DE PROCEDIMENTO**

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

## **HOMOLOGAÇÃO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO A \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## **ELABORADO POR**

**BÁRBARA COSTA e CÁTIA PINTO**

Estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação da Professora Patrícia Coelho e da Professora Lúcia Rocha.

## 1- Introdução

A presente norma de procedimento apresenta uma revisão sobre as orientações técnicas e cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar do doente crítico de Nível B e C, com vista a uniformizar os procedimentos e as boas práticas.

## 2- Objetivos

Uniformizar os procedimentos que orientam as boas práticas no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

## 3- Aplicação

Aplica-se à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.

## 4- Siglas e Abreviaturas

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
ECG - Eletrocardiograma  
FC – Frequência Cardíaca  
FiO<sub>2</sub> - Fração inspirada de oxigénio  
FR – Frequência Respiratória  
HPH – Hospital Pedro Hispano  
MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e/ou Terapêutica  
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
SpO<sub>2</sub> – Oximetria de pulso  
SU – Serviço de Urgência  
TA – Tensão Arterial  
TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro  
TAT-Tripulante de Ambulância de Transporte  
TIH – Transporte Intra-Hospitalar  
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## 5- Definições

**Doente Crítico** - aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

**Transporte Inter-Hospitalar** – consiste no transporte de um doente de uma unidade hospitalar para outra, e acontece quando são inexistentes recursos humanos e/ou técnicos necessários ao cuidado deste doente, ou ainda, para realizar meios complementares de diagnóstico e/ou tratamento noutra hospital.

## 6- Procedimento

### 6.1 Enquadramento

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos acontece sempre que não existe recursos técnicos e/ou humanos neste hospital, ou é necessária a realização de exames complementares de diagnóstico noutras unidades hospitalares.

O transporte secundário do doente crítico envolve 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A decisão de transferir um doente é uma ato médico e deve ser sempre precedida de uma ponderação acerca dos benefícios e dos riscos inerentes ao transporte.

O planeamento é realizado pela equipa médica e de enfermagem do serviço no qual o doente se encontra e em articulação com o serviço de transportes e com o hospital de destino.

A efetivação do transporte fica a cargo da equipa de enfermagem e, se necessário, médica, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento em que o doente é entregue à equipa de saúde do hospital de destino ou à equipa do serviço de origem, no caso de a transferência justificar-se com base na realização de MCDT.

A composição da equipa de saúde que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar deve ser determinada com base em critérios objetivos. Recomenda-se o uso da grelha “Avaliação para o transporte Inter-hospitalar” (Anexo I).

O resultado obtido com a aplicação da grelha de “Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar” define o nível de gravidade do doente (A, B, ou C) e indica, para cada nível, quais as necessidades humanas e de recursos materiais que o doente precisa, sem nunca desresponsabilizar o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte.

Por definição, o doente crítico é um nível C. O “Formulário de Transporte Inter-hospitalar” (Anexo II) está preparado para reunir toda a informação necessária sobre o doente crítico. Este formulário deve ser preenchido pelo enfermeiro que acompanha o doente no transporte. Aconselha-se que o seu preenchimento seja feito também nos doentes de nível B. O formulário deve retornar ao hospital/serviço de origem para que possa ser devidamente arquivado.

### 6.2 Quem executa/acompanha o transporte inter-hospitalar

- TAT ou TAS – doente nível A
- Enfermeiro – doente nível B e C
- Médico e Enfermeiro – doente nível C

### 6.3 Horário

- Após tomada a decisão de transporte inter-hospitalar do doente e conforme a hora combinada com o hospital de destino.

#### 6.4 Responsabilidades do Enfermeiros

Em conjunto com o médico e com base no preenchimento da grelha de “Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar” (Anexo I), determinar a necessidade da composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIH;

- Acompanhar os doentes nível B e C (Anexo I);
- Possuir informação de enfermagem, relativa ao doente;
- Providenciar os meios adequados de monitorização de acordo com o resultado da “Avaliação para o TIH” (Anexo I);
- Antecipar possíveis complicações;
- Verificar a operacionalidade do telemóvel do serviço (caso exista);
- Se necessário, acrescentar à mala de transporte de material, terapêutica / material de uso clínico específico para cada doente;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte. Caso o enfermeiro tenha necessidade de se ausentar por algum motivo, não deve fazê-lo por muito tempo e deve deixar sempre o doente acompanhado por um TAT ou TAS, com indicações expressas de vigilância;
- Registar as ocorrências na folha de transporte (Anexo II);
- Preencher o “Formulário de Transporte Inter-hospitalar” (Anexo II) em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Após o TIH, arquivar os documentos devidamente preenchidos num *dossier* de arquivo para o efeito;
- Após cada TIH, verificar e confirmar a composição da mala de material de uso clínico/terapêutico, tendo em conta as listas de verificação existentes para o efeito e selar com selos simples.

#### 6.5 Equipamento

Segundo a SPCI, preconiza-se que o material clínico / terapêutico necessário durante o transporte de doentes críticos esteja uniformizado em toda a unidade hospitalar, para que o enfermeiro que acompanha o doente no TIH adquira experiência e conhecimento da sua composição. Estas malas com todo o material necessário em urgência e emergência devem estar operacionais 24 horas/dia.

#### 6.6 Orientações gerais

- Respeitar a privacidade do doente;
- Utilizar técnica limpa/assética conforme necessário;
- Validar conteúdo das malas de material de uso clínico e terapêutica, de acordo com *Checklist* correspondente, já existente no serviço, previamente à realização desta norma de procedimento (Anexo III);
- Gerir a segurança do doente;
- Prevenir o risco de infeção.

## 6.7 Procedimento

Ações de Enfermagem	Justificação
<b>Equipa de Enfermagem no Serviço de Origem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Após decisão da necessidade de TIH validar informação junto do doente;</li> <li>2- Confirmar que a família /cuidador informal está informada do TIH;</li> <li>3- Determinar em conjunto com o médico a composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIH, utilizando a “Avaliação para o acompanhamento Inter-hospitalar” (Anexo I) e providenciar enfermeiro para a equipa;</li> <li>4- Providenciar o transporte mais adequado, com o apoio do serviço de transportes;</li> <li>5- Preencher o “Formulário TIH” (Anexo II);</li> <li>6- Verificar o selo da mala de material de uso clínico/ terapêutico;</li> <li>7- Após o transporte, a equipa deve arquivar a documentação inerente ao TIH;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Promover o direito à autonomia;</li> <li>2- Promover direito à autonomia;</li> <li>3- Promover a segurança e qualidade dos cuidados;</li> <li>4- Promover a segurança e qualidade dos cuidados;</li> <li>5- Adquirir informação clínica do doente;</li> <li>6- Assegurar que a mala de transporte está de acordo com a <i>Checklist</i>;</li> <li>7- Promover correto armazenamento de informação inerente ao TIH;</li> </ol>
<b>Equipa de Enfermagem que acompanha no TIH</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>8- Apresentar-se ao doente;</li> <li>9- Receber a informação de enfermagem relativamente ao doente a ser transportado;</li> <li>10- Verificar se os MCDT acompanham o processo clínico;</li> <li>11- Verificar que a mala de transporte está devidamente selada, conforme o previsto e transporta-la;</li> <li>12- Acompanhar e permanecer junto do doente desde a saída do serviço de origem e durante todo o transporte;</li> <li>13- Assegurar o conforto do doente na ambulância;</li> <li>14- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem;</li> <li>15- Avaliar e registar sinais vitais na saída do hospital de origem, durante o transporte e sempre que necessário e à chegada do hospital de destino;</li> <li>16- Observar e prever, para cada situação, as complicações clínicas possíveis durante o TIH;</li> <li>17- Se houver necessidade durante o transporte de realizar algum procedimento invasivo, mandar parar a</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8- Promover a relação terapêutica com o utente;</li> <li>9- Informar e obter colaboração;</li> <li>10- Garantir transporte de toda a informação necessária;</li> <li>11- Garantir a segurança do material;</li> <li>12- Vigiar e garantir a vigilância;</li> <li>13- Vigiar e prevenir complicações;</li> <li>14- Registar as ocorrências início do TIH / saída do hospital de origem;</li> <li>15- Verificar evolução hemodinâmica do doente ao longo do TIH;</li> <li>16- Vigiar e prevenir complicações;</li> <li>17- Promover segurança na prestação de cuidados;</li> </ol>

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b> <b>Transporte Inter-hospitalar do</b> <b>Doente Crítico</b>	03/11/2016 <b>REVISÃO 0</b>
--	--	--------------------------------

<p>viatura;</p> <p>18- Durante o transporte caso ocorra alguma complicação ou alteração clínica, se necessário, comunicar ao médico responsável do doente, do hospital de origem e seguir as suas indicações;</p> <p>19- Escrever ocorrências no processo de enfermagem;</p> <p>20- Verificar e registar a hora de chegada ao hospital de destino;</p> <p>21- No regresso ao hospital de origem:</p> <p>a) Se o doente ficar internado no hospital de destino, certificar-se que é transmitida toda a informação relativamente ao doente à equipa que o recebe;</p> <p>b) Se o doente regressar ao hospital de origem, acompanhar o mesmo até ao serviço e transmitir à equipa de saúde a evolução clínica do doente e ocorrências durante o TIH;</p> <p>22- Verificar e registar hora de retorno ao hospital de origem;</p> <p>23- Higienização / desinfeção das mãos antes durante (se necessário) e depois do contacto com o doente.</p>	<p>18- Promover cuidados adequados à situação clínica do doente;</p> <p>19- Promover a continuidade e qualidade dos cuidados;</p> <p>20- Registar ocorrência: chegada ao hospital destino;</p> <p>21- Promover a continuidade e qualidade dos cuidados;</p> <p>22- Registar ocorrência: chegada ao hospital de origem /fim do TIH;</p> <p>23- Prevenir a contaminação e risco de infeção.</p>
---	---

## 7- Bibliografia

American College of Critical Care Medicine (2004) - Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients: *Critical Care Medicine*, Vol. 32, nº1.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2004). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

Enquadramento Legal de Transporte de Doentes, Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março, Diário da República n.º74, Série I, de 28 de Março de 1992, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18408/14861488.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2007). Estudo e avaliação do sector do transporte terrestre de doentes. Porto: Autor. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/108/200731583312842202\\_original\\_rel.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/108/200731583312842202_original_rel.pdf)

Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006). Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes.

Phipps, W. et al (2009). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. 8ª Ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 9789898075222.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de Abril. [em linha]

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b> <b>Transporte Inter-hospitalar do</b> <b>Doente Crítico</b>	03/11/2016 <b>REVISÃO 0</b>
--	--	--------------------------------

[consultado a 19 outubro 2016]. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde, Despacho n.º 7861/2011, de 17 de Maio, Diário da República n.º 105, Série II, de 31 de Maio de 2011, do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em:

<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=e0a209539d1e74ab9fe46b9e01a19a97>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em:  
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (1997). Guia para o Transporte de Doentes Críticos. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em:  
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

## 8- Anexos

Anexo I - Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar

Anexo II – Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar

Anexo III – *Checklist* de material da mala de transporte (já existente no serviço)



## Anexo I – Avaliação para o transporte Inter-Hospitalar

<b>VIA AÉREA ARTIFICIAL</b>		<b>PACEMAKER</b>	
Não	0	Não	0
Sim (tubo Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (entubado ou traqueostomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>		<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>	
FR entre 10 e 14 /min	0	Escala de Glasgow =15	0
FR entre 15 e 35 /min	1	Escala de Glasgow > 8 e <14	1
Apneia ou FR <10 /min ou FR > 35 /min ou irregular	2	Escala de Glasgow ≤8	2
<b>SUPOORTE RESPIRATÓRIO</b>		<b>SUPOORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO</b>	
NÃO	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	<b>Grupo I:</b>	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
<b>ACESSO VENOSO</b>		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Acesso periférico	1	Analgésicos	
Acesso Central em doente instável	2	<b>Grupo II:</b>	2
<b>AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA</b>		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (requer < 15 ml/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (Inotrópicos ou sangue)	2	Bicarbonatos	
<b>MONITORIZAÇÃO DO ECG</b>		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
<b>RISCO DE ARRITMIAS</b>		<b>SCORE:</b>	
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM >48h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM <48h)	2		

\* 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

SCORE	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	“Standard” Ambulância
3-6	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA não Invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte + injetáveis + soro
≥7	C	Ambulância Medicalizada	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + ventilador transporte, material para via aérea avançada, desfibrilhador com Pace, Seringas e bombas perfusoras.

Item com pontuação 2 – Médico + Enfermeiro

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008 Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998



## Anexo II - Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar

NOME:	
IDADE:	
HOSPITAL ORIGEM:	
HOSPITAL DESTINO:	
MEDICO QUE RECEBE O DOENTE:	ENFERMEIRO:
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	ENFERMEIRO:

### A- VIA AÉREA

Oxigénio    Ventimask     FIO2 (%)     Tubo Oro-Traqueal

Outra Via Aérea     Dreno Torácico     Onde

### B- VENTILAÇÃO

Espontânea

Controlada

### C- CIRCULAÇÃO

Acessos venosos     Onde     Fluidos (<2000 ml)    

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

Linha arterial     Onde

Cateter central     Onde     Diurese (ml)

Aminas/Inotrópicos    

Sim	<input type="text"/>
Não	<input type="text"/>

### D- DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo Vertebro-medular

Lesões neurológicas     Nível

Score Coma Glasgow (entrada no hospital de origem)

Score Coma Glasgow (saída hospital origem)

### E- EXPOSIÇÃO

Queimado    

Sim
Não

    % atingida

Envolvimento de ; FACE     MÃOS     PÉS     PERÍNEO

Tipo de Queimadura: FOGO     ÁGUA     QUÍMICO     EXPLOSÃO

Feridas    

SIM
NÃO

    Tipo

Local

### Informações Gerais

Cirurgia no Hospital de origem 

SIM
NÃO

 Qual

Cirurgião:

Drenos: 

SIM
NÃO

Anestesista:

Locais:

Fraturas: 

SIM
NÃO

Locais:

Sinais Vitais: 

TA	
FR	
FC	
SpO2	
Temp.	
PGC	

Observação/ Evolução clínica durante o transporte

Terapêutica em curso

Enfermeiro / Medico

---





## CHECK LIST DO SACO DE TRANSPORTE Dte CRÍTICO

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Quant.	Nome do fármaco	validade	Check
5	Adenosina 6mg amp		
10	Adrenalina 1mg amp		
1	Aminofilina 240mg amp		
2	Amiodarona 150mg amp		
6	Atropina 0,5 mg amp		
1	Cloreto de cálcio 10% amp		
4	Cloreto de sódio 0,9% amp de 10ml		
1	Diazepam 10mg amp		
1	Digoxina 0,5mg amp		
2	DNI 10mg amp		
2	DNI 5 mg comp		
1	Dopamina 200mg amp		
1	Dobutamina 250 mg amp		
1	Efedrina 50mg		
1	Etomidato 20mg amp		
1	Flumazenil 0,5mg amp		
4	Furosemida 20 mg amp		
2	Glicose 30% amp		
1	Haloperidol 5mg amp		
5	Hidrocortisona 100mg amp		
1	Lidocaina 20% seringa		
1	Metoclopramida 10mg amp		
2	Midazolam 15mg ;50mg amp		
1	Naloxona 400 mcg amp		
1	Propofol 200mg amp		
1	Tiopental 500mg amp		

DATA

ENFº

Nº MEC

pag.2 /2

### **APENDICE III**

## **ESTUDO DE CASO – PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
Submetida a Ventilação Não Invasiva**

Estudo de Caso

**Estudante:** Bárbara Hermana Freitas Costa

**Sob orientação:** Mestre Patrícia Coelho

**Porto, janeiro de 2017**



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Auto-PEEP – Diferença da pressão alveolar e a pressão externa no final da expiração
- BiPAP- *Bilevel Positive Airway Pressure*
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPAP - *Continuos Positive Airway Pressure*
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica
- EPAP ou PEEP – *Expiratory Positive Airways Pressure* ou Pressão Expiratória no final da Expiração
- FEV1 – Volume expiratório forçado no 1º segundo dum expiração forçada após inspiração máxima
- GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*
- HCO<sub>3</sub> – Bicarbonato
- ICS – Associação de corticosteroides inalados
- IPAP – *Inspiratory Positive Airways Pressure*
- IRA – Insuficiência Respiratória Aguda
- IRC – Insuficiência Respiratória Crónica
- LABA – Broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, agonistas adrenérgicos  $\beta_2$
- LAMA – Broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação anticolinérgicos
- mmHg – milímetros de mercúrio
- O<sub>2</sub> – Oxigénio
- PaCO<sub>2</sub> – Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial
- PaO<sub>2</sub> – Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial
- SABA – Broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação agonistas adrenérgicos  $\beta_2$
- SAMA – Broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação anticolinérgicos
- SCI – Serviço de Cuidados Intensivos
- VNI – Ventilação Não Invasiva



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	243
<b>2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA</b> .....	245
2.1. DIADNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO.....	246
2.2. MANIFESTAÇÕES E SINTOMAS.....	248
2.3. GESTÃO DA DOENÇA PUMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA.....	249
2.4. EXARCEBAÇÕES DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA.....	251
<b>3. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA</b> .....	253
3.1. RELAÇÃO ENTRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	255
<b>4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA</b> .....	259
<b>5. PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – CASO CLÍNICO</b> .....	265
5.1. HISTÓRIA DA DOENÇA .....	265
5.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.....	265
5.3. PLANO DE CUIDADOS.....	267
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	275
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	277



## 1. INTRODUÇÃO

Os estudantes do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa têm no seu currículo uma unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No âmbito desta unidade curricular, nomeadamente no Módulo II, Serviço de Cuidados Intensivos, surgiu a oportunidade de realizar um estudo de caso. De acordo com Fortin, Côté & Filion (2009), um estudo de caso representa uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. De acordo com os mesmos autores, este tipo de investigação permite explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e a intervenção, da mesma forma que torna possível acumular dados sobre um caso particular.

Perante as características do SCI, escolher um doente crítico para prosseguir o estudo de caso revelou-se uma tarefa difícil. Todos os dias encontrei doentes críticos com particularidades e especificidades pertinentes, com motivos de internamento e patologias interessantes, com evoluções clínicas relevantes para a realização deste estudo. Neste contexto, a escolha do doente não foi aleatória, pois a sua patologia, o seu tratamento, a sua evolução clínica e a oportunidade de prestar cuidados individualizados e especializados conduziram à sua seleção. Define-se Doente Crítico, como aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008). Muitos destes doentes apresentam falência do sistema respiratório e necessitam de suporte ventilatório.

O caso a estudar tem por base uma pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) submetida a Ventilação Não Invasiva (VNI), num quadro de Insuficiência Respiratória Crónica (IRC) com episódios de agudização recorrentes, num processo de DPOC *Estadio IV*.

No suporte avançado de vida, a possibilidade de assistir a respiração de uma pessoa em situação crítica, que momentaneamente não consegue fazê-lo por motivo de doença grave, contribuiu para a diferenciação de cuidados levando à criação de unidades

específicas destinadas a este tipo de doentes. A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos. Demonstra-se como uma técnica eficaz em diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada (Ferreira et al., 2009). A VNI tem sido considerada uma alternativa consistente à ventilação mecânica convencional em doentes com Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), evitando as complicações da ventilação mecânica invasiva.

No contexto do estudo de uma pessoa com DPOC submetida a VNI, ao longo deste documento objetivo:

- Desenvolver conhecimentos acerca da patologia DPOC e da técnica de suporte ventilatório não invasivo;
- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), com base no instrumento – Estudo de Caso;
- Analisar um caso clínico, nomeadamente a pessoa com DPOC submetida a VNI, de forma a estabelecer uma ligação entre os cuidados prestados e a literatura encontrada, ou seja prática baseada na evidência.

Para a elaboração do presente documento foi utilizada como metodologia a pesquisa bibliográfica, a observação, a consulta do processo clínico do doente, o acompanhamento diário ao longo da prática clínica no SCI e análise crítica da prática atual desenvolvida e das competências do enfermeiro EEMC.

Quanto a estruturação do documento, este encontra-se dividido em cinco partes, nomeadamente:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, onde é realizado um enquadramento concetual da doença;
- Ventilação Não Invasiva, onde é realizado o enquadramento concetual da técnica;
- Competências do Enfermeiro EEMC no doente submetido a VNI, onde de uma forma breve se dá evidência às intervenções de enfermagem do enfermeiro EEMC, relativamente aos princípios de atuação no doente submetido a VNI e à prevenção de complicações no mesmo;
- Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva, no qual se descreve um caso clínico e se elabora um plano de cuidados tendo em conta o processo de enfermagem e nomenclatura CIPE;
- Conclusão, onde se faz uma breve notação das limitações e contributos da realização deste trabalho.

## 2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Dado o envelhecimento a população a nível mundial e nacional, a prevalência de doenças respiratórias crónicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), tem apresentado um aumento significativo. Em Portugal, as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade da população, no caso da DPOC, a prevalência é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica, em ambos os géneros (...) Na faixa etária acima dos 70 anos atinge um valor de 30,8%, e se neste grupo etário for considerado o sexo masculino a prevalência é ainda maior, atingindo valores de 47,2%. (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013).

A DPOC é caracteriza-se por uma limitação do fluxo aéreo, progressiva e ligeiramente reversível, como resultado da obstrução brônquica e da destruição do parênquima pulmonar (Celli et al., 2004). De acordo com *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* (2016) e Marcelino & Pimentel (2008), a DPOC é uma doença que pode ser prevenida e tratada, sendo caracterizada por duas componentes fundamentais. A componente extrapulmonar que contribuiu para a gravidade individual e a componente pulmonar que se caracteriza por uma limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível. Sendo uma obstrução persistente, esta limitação é habitualmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões a partículas nocivas ao mesmo e a gases, com progressiva destruição do parênquima pulmonar e perda dos septos pulmonares.

Na DPOC, em termos fisiológicos, a presença aumentada e crónica de células inflamatórias (como Linfócitos T, Neutrófilos e macrófagos) conduz a alterações ao nível de quatro componentes: vias aéreas periféricas, vias aéreas proximais, parênquima pulmonar e sistema vascular pulmonar (GOLD, 2016; Dourado et al., 2006, Celli et al., 2004). São estas alterações que conduzem a uma diminuição da retração pulmonar, com consequente diminuição da capacidade das vias aéreas em permanecer abertas durante o processo expiratório. A limitação do fluxo respiratório pode ser precedida pela presença de tosse e expectoração (Celli et al., 2004).

A etiologia da DPOC é multifatorial e resulta de uma interação entre fatores genéticos e fatores ambientais nos quais a pessoa está inserida (Valente et al., 2003; GOLD, 2016). No entanto, a exposição prolongada ao fumo do tabaco e outras partículas poluidoras (poluição do ar e exposições ocupacionais a poeiras e produtos químicos) parecem ser a principal causa da manifestação da DPOC (GOLD, 2016; Soriano & Rodriguez-Roisin, 2011).

O diagnóstico e caracterização da DPOC devem ser realizados o mais precocemente possível, dado que esta doença leva a uma incapacidade de longa duração, e que a intervenção na sua evolução de doença é essencial para que a pessoa não evolua para um quadro de IRC (GOLD, 2016).

## 2.1. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico da DPOC é realizado com base na história clínica, avaliação física e espirometria, e deve ser ponderado em qualquer pessoa que tenha dispneia, tosse crónica ou produção de expectoração e/ou história de exposição a fatores de risco para a doença, (hábitos tabágicos e/ou história familiar com DPOC). Na presença destes dados deve considerar-se a possibilidade de existência de DPOC e propor à pessoa a realização da espirometria para confirmação, após a administração de uma dose adequada de pelo menos um broncodilatador inalatório de curta duração para minimizar a variabilidade (GOLD, 2017). A espirometria permite perceber o grau de obstrução presente e consequentemente o grau de severidade da doença (Lopes & Jansen, 2009). No entanto de acordo Celli et al. (2004) a gravidade da doença não deverá ser apenas baseada na gravidade da limitação do fluxo respiratório mas também na presença, mais ou menos acentuada, de sintomas como a dispneia ou a intolerância ao exercício.

Com o intuito de melhor estratificar os doentes com DPOC e melhor lhes fornecer, o mais precocemente possível, uma terapêutica adequada, bem como padronizar a abordagem de doentes com DPOC, foram criadas diretrizes, nomeadamente as diretrizes da GOLD (2016), aceites pela comunidade científica. De acordo com estas diretrizes, e com base nos valores espirométricos, a DPOC foi classificada em 4 graus de gravidade, tendo em consideração o FEV1 (volume expiratório forçado no 1º segundo dum expiração forçada após inspiração máxima) obtido por espirometria, após prova de broncodilatação, como se enumera abaixo:

- Estadio I (DPOC ligeira): FEV1  $\geq$  80% do valor previsto para uma população de referência. Os doentes que se encontram neste estadio podem ser assintomáticos, ou apenas acusar a presença de tosse e/ou expetoração. Esta é a altura ideal para se tomarem medidas preventivas no sentido de impedir, ou pelo menos atrasar, a progressão para os estadios seguintes;
- Estadio II (DPOC moderada): FEV1 entre 50% e 80% do valor previsto para uma população de referência. Nesta fase é provável que surja dispneia (com ou sem tosse e expetoração), motivo pelo qual o doente procura a assistência médica pela primeira vez. A dispneia da DPOC ocorre tipicamente aquando do esforço físico e é progressiva. Os doentes no estadio II da DPOC podem beneficiar da instituição de terapêutica com broncodilatadores;
- Estadio III (DPOC severa): FEV1 entre 30% e 50% do valor previsto para uma população de referência. Neste estadio é habitual encontrar doentes com dispneia grave, intolerância ao esforço físico (em grau variável), astenia e agudizações frequentes. A partir deste estadio está indicado adicionar à terapêutica de base os glucocorticoides inalados pois, apesar de não modificarem o declínio progressivo do FEV1, demonstrou-se que diminuem a frequência das agudizações da DPOC;
- Estadio IV (DPOC muito severa): FEV1  $<$  30% do valor previsto para uma população de referência, ou FEV1  $<$  50% do previsto, mas com documentação simultânea de insuficiência respiratória crónica ( $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg} \pm \text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$  – respirando ar ambiente – e  $\text{HCO}_3^-$  elevado). Neste estadio a limitação funcional é severa e as agudizações da DPOC potencialmente fatais. Está indicado iniciar terapêutica de longa duração com  $\text{O}_2$ . Apesar da VNI não estar indicada no tratamento rotineiro da DPOC, alguns doentes (com hipercápnia diurna severa) podem beneficiar da combinação desta com a oxigenoterapia domiciliar ( $> 15$  horas/dia).

Perante o que foi exposto, percebe-se que a DPOC é uma doença (sistémica) crónica geradora de elevada morbilidade. A sua evolução natural é progressiva, sendo recorrentes períodos de exacerbações, que ao longo do tempo levam ao agravamento gradual da função respiratória, bem como à deterioração da qualidade de vida da pessoa.

Após o diagnóstico de uma pessoa com DPOC, o objetivo da intervenção na pessoa com DPOC, fundamenta-se na identificação e gestão dos sintomas, de forma a melhorar a

estabilização da função respiratória, prevenir agudizações e promover a qualidade de vida da pessoa.

## 2.2. MANIFESTAÇÕES E SINTOMAS

Conhecer a forma como a DPOC se manifesta e os sintomas que a mesma apresenta revela-se fundamental para o enfermeiro EEMC conhecer globalmente a doença e tomar decisões no seu plano de cuidados especializados à pessoa com DPOC. De seguida, apresentam-se as principais manifestações e sintomas sendo estes, a limitação do fluxo respiratório, a alteração das trocas gasosas, a hipersecreção brônquica e os efeitos sistémicos (GOLD, 2016).

A limitação do fluxo respiratório na pessoa com DPOC resulta do estreitamento das pequenas vias aéreas, como consequência das alterações estruturais resultantes da inflamação crónica e da destruição do parênquima pulmonar, que leva à perda de conexões alveolares nas pequenas vias aéreas (GOLD, 2016; Talag & Wilcox, 2008). A limitação do fluxo respiratório é progressiva e conduz a retenção de ar durante a expiração causando a hiperinsuflação característica da pessoa com DPOC (aumento do volume pulmonar expiratório final). Petrovic et al. (2012) refere que a limitação do fluxo expiratório e a perda de recolhimento elástico do parênquima pulmonar promove uma retenção de ar, com um aumento do volume residual e diminuição da capacidade inspiratória, o que conduz a uma hiperinsuflação pulmonar. A hiperinsuflação parece ser a principal causa de dispneia de esforço e de diminuição do desempenho no exercício, na pessoa com DPOC (GOLD, 2016; Talag & Wilcox, 2008; O'Donnell & Laveneziana, 2006).

Devido à hiperinsuflação, com a evolução da DPOC, existe uma deterioração das trocas gasosas, o que resulta em hipoxémia e hipercápnia. Estas alterações são consequência da limitação do fluxo aéreo em associação à desvantagem mecânica dos músculos respiratórios (GOLD, 2016).

A presença da hipersecreção brônquica resulta da metaplasia escamosa, do aumento do número e tamanho das glândulas submucosas e das células caliciformes em resposta à exposição crónica aos fatores de risco e é muitas vezes responsável pela tosse crónica na pessoa com DPOC (MacNee, 2006).

Resultante da limitação do fluxo aéreo e da hiperinsuflação pulmonar surge a alteração da função cardíaca como um efeito sistémico da DPOC. Da mesma forma, surgem outros, como a miopatia e/ou atrofia muscular e a caquexia/má nutrição, que

podem inclusive levar a outras comorbilidades como osteoporose, anemia, diabetes, síndromes metabólicas e depressão (GOLD, 2016; Dourado et al., 2006).

Outro efeito sistêmico da DPOC é a disfunção muscular esquelética. A disfunção muscular afeta a forma como a pessoa com DPOC vivencia a sua vida e desenvolve a sua autonomia. A evidência científica apoia o papel da inatividade física como fator major no desenvolvimento da disfunção do músculo-esquelético na pessoa com DPOC. Segundo alguns autores (Kim, Mofarrahi & Hussain, 2008; Marquis et al., 2002), este efeito sistêmico prediz a mortalidade de uma forma mais eficaz que o estado da função pulmonar. Contudo, as alterações decorrentes do processo fisiopatológico da doença e os fatores associados ao desenvolvimento da mesma, são igualmente apontados como razões para a disfunção muscular esquelética.

Perante as manifestações e sintomas da DPOC, é essencial intervir na eventual progressão da doença, de forma a prevenir e tratar as exacerbações, bem como reduzir a mortalidade. Esta gestão torna-se um desafio para as equipas de saúde, dadas as comorbilidades associadas que, para além de influenciarem a mortalidade por DPOC, a recorrência ao hospital e os internamentos por exacerbação da doença, têm igualmente de ser cuidadosamente identificadas, vigiadas e tratadas (GOLD, 2016).

### 2.3. GESTÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Após ter sido realizado o diagnóstico da DPOC, e ter sido classificada de acordo com o seu estadió, de acordo com as manifestações e sintomas é necessário tomar medidas e iniciar tratamento, otimizando a qualidade de vida da pessoa, atrasando a evolução da doença e prevenindo exacerbação recorrente de uma fase de agudização da sintomatologia. Os principais objetivos definidos pela GOLD (2016), para o tratamento da pessoa com DPOC são:

- Abolir o tabagismo e eliminar outros fatores de risco;
- Prevenir e tratar exacerbações e possíveis complicações;
- Controlar e/ou eliminar sintomas respiratórios, tais como a dispneia;
- Melhorar a tolerância ao exercício físico e consequentemente a autonomia relacionada com as atividades de vida diária;
- Melhorar o estado geral de saúde da pessoa;
- Reduzir a mortalidade.

A forma como o programa de intervenção sobre uma pessoa com DPOC é delineado e gerido dependerá do estado geral da pessoa, dos benefícios, dos riscos e dos custos que o plano terá para cada pessoa/família. A gestão da DPOC, como uma doença crónica, envolve diferentes abordagens, estas correspondem ao tratamento farmacológico, ao tratamento não farmacológico e ao programa de reabilitação (DGS, 2011; DGS, 2009).

De acordo com a DGS (2013), o tratamento farmacológico é feito em doentes sintomáticos, de acordo com sintomas, exacerbações e grau de obstrução, com recurso a broncodilatadores e corticoides. Segundo a norma da DGS (2013) a primeira escolha recomendada é:

- a) Grupo A: broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação, agonistas adrenérgicos  $\beta_2$  (SABA) ou anticolinérgicos (SAMA), em monoterapia, em SOS;
- b) Grupo B: broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, agonistas adrenérgicos  $\beta_2$  (LABA) ou anticolinérgicos (LAMA), em monoterapia;
- c) Grupo C: associação de corticosteroides inalados (ICS) mais LABA ou LAMA;
- d) Grupo D: associação de ICS mais LABA e/ou LAMA”.

Este tratamento farmacológico é apoiado pelas *guidelines* e diretrizes internacionais (GOLD, 2016; Celli e MacNee, 2004).

O tratamento não farmacológico inclui outras intervenções, igualmente importantes no processo de gestão da doença. Estas intervenções dizem respeito à suplementação com oxigenoterapia (DGS, 2013), ventiloterapia (DGS, 2011) e cirurgia de redução de volume pulmonar e a reabilitação pulmonar.

Englobando todas as opções terapêuticas disponíveis e relacionando-as com a gravidade da doença surge o seguinte quadro adaptado do documento GOLD (2016):

Quadro 1. Tratamento da pessoa com DPOC			
Estadio I Leve	Estadio II: Moderado	Estadio III: Grave	Estadio IV: Muito grave
Redução ativa dos fatores de risco			
Vacina contra a gripe			
Programa de cessação tabágica			
Associar broncodilatador de curta duração (se necessário)			
		Associar tratamento com broncodilatador de longa duração	
		Incluir pessoa em programa de reabilitação	
		Associar corticoide inalado se exacerbações repetidas	
		Associar oxigenioterapia.	
		Considerar tratamento cirúrgico.	

## 2.4. EXARCEBAÇÕES DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Como se verificou em pontos anteriores a DPOC trata-se de uma doença progressiva e debilitante, que evolui ao longo de estádios. Contudo, ao longo destes estádios existem momentos de agudização da doença onde os sintomas como a dispneia e a tosse, entre outros, aumentam. Estes momentos de agudização são denominados pela comunidade científica como exacerbações, isto é, relaciona-se com estados agudos (GOLD, 2016), mais ou menos frequentes, consoante o grau de controlo da doença, caracterizados pelo aumento da dispneia basal, tosse e/ou expetoração, o que leva a uma abordagem terapêutica diferente da habitual (Kon, Canavan & Man, 2012; Burtin et al., 2011; Puhan et al., 2011).

De acordo com Rabe et al. (2007), as exacerbações da DPOC definem-se como eventos que surgem no curso natural da doença e que se caracterizam por uma modificação súbita e aumento do grau dos sintomas habituais do doente (dispneia, tosse e/ou expetoração). Esses eventos obrigam frequentemente a uma revisão da terapêutica de base da DPOC, e a sua frequência e gravidade vai aumentando conforme o estadio da doença.

Os momentos de exacerbação da DPOC necessitam de ser controlados e tratados, para que haja melhoria significativa da qualidade da vida da pessoa, melhor racionalização dos custos envolvidos, diminuição de internamentos e da mortalidade (DGS, 2011). No ano de 2011, em Portugal, os internamentos por doença respiratória corresponderam a 12% da totalidade dos doentes internados, dos quais 7,8% eram doentes com DPOC (DGS, 2013).

Relativamente às causas de exacerbação da DPOC, de acordo com a GOLD (2017) parecem estar associadas à infeção (bacteriológica ou viral), à exposição a poluentes ambientais e outras desconhecidas. A DGS (2011) acrescenta ainda como causas a insuficiência cardíaca congestiva, a exposição a alergénios/irritantes e ainda o tromboembolismo pulmonar.

Como prevenção destes momentos de agudização da DPOC, a DGS (2011) refere que os profissionais de saúde têm ao seu dispor algumas estratégias como incluir a pessoa em programas de cessação tabágica, promover a vacinação (anti-gripe e anti-pneumocócica), prescrever o uso de broncodilatadores de longa ação (LABA ou LAMA) e associar broncodilatadores ICS/LABA ou LAMA em pessoas com obstrução grave ou muito grave e com exacerbações frequentes, aconselhar e incluir a pessoa com DPOC em

programas de reabilitação respiratória na comunidade e incentivar o *empowerment* da pessoa e do controle pela doença.

Para o tratamento das exacerbações da DPOC, apresentam-se como eleição terapêutica a oxigenoterapia, a inaloterapia broncodilatadora, a antibioterapia, a corticoterapia e o suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo) (Marchiori et al., 2010). Estas opções terapêuticas têm como objetivo tratar a causa da exacerbação, melhorar a oxigenação, diminuir a resistência das vias aéreas e melhorar função da musculatura respiratória (II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 2004).

### 3. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Nos pontos anteriores, foi possível perceber que a ventilação não invasiva constitui uma abordagem terapêutica significativa no tratamento da DPOC principalmente em estádios de doença avançada e em situações de agudização da doença.

A VNI constitui a aplicação de um suporte ventilatório através de máscara ou outra interface sem recorrer a via aérea artificial invasiva, sobretudo a entubação endotraqueal ou traqueostomia (Esquinas, 2011). A VNI surge em 1930, sendo inicialmente destinada à poliomielite (1930-1950), o designado pulmão de aço, pelo qual era aplicado suporte ventilatório através de pressão negativa (pressão subatmosférica externa ao tórax), que simulava a inspiração, sendo que a expiração decorria de uma forma passiva. Com a evolução da VNI por pressão positiva, nos anos 40 e 50, ocorre uma diminuição da utilização da VNI por pressão negativa e na década de 80 com a inserção do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) no tratamento da apneia do sono esta técnica iniciou uma fase de maior relevância (Ferreira et al., 2009).

Nos últimos anos, com a evolução tecnológica, a VNI revela-se um meio de tratamento bastante eficaz e útil. O aumento da sua indicação de utilização em doentes em situação crítica torna-se um desafio na prática de atuação dos profissionais de saúde (Magano et al., 2007). A VNI tem sido considerada uma alternativa à ventilação mecânica invasiva em doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Por insuficiência respiratória entende-se a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigénio e/ou da pressão arterial de dióxido de carbono dentro dos limites da normalidade, para determinada exigência metabólica (Pádua, Alves & Martinez, 2003).

De acordo com Ferreira et al., 2009), os objetivos da VNI são a diminuição do trabalho respiratório, o repouso dos músculos respiratórios, a melhoria das trocas gasosas e, nos doentes com DPOC, a diminuição da Auto-PEEP (diferença da pressão alveolar e a pressão externa no final da expiração). Sabe-se portanto que, a aplicação de uma pressão positiva nas vias aéreas produz algumas alterações a nível respiratório e hemodinâmico.

Relativamente aos efeitos positivos da pressão positiva contínua no desempenho cardíaco traduzem-se na redução da pré-carga, por meio da redução do retorno venoso, e da redução da pós-carga, por meio da redução da pressão transmural do ventrículo esquerdo (Ferreira & Santos, 2008). Segundo os mesmos autores a nível respiratório a aplicação de pressão positiva contínua reduz a frequência respiratória, reduz a pressão parcial de dióxido de carbono, reduz a pressão transpulmonar e o trabalho respiratório. A combinação dos efeitos sobre a mecânica respiratória, a oxigenação e o sistema circulatório resulta em melhoria no equilíbrio entre o fornecimento e o consumo de oxigénio.

Comparativamente com a ventilação mecânica invasiva, a VNI tornou-se uma técnica ventilatória segura e eficaz, com menor risco de infeção nosocomial, sendo mais confortável para o doente, podendo até mesmo ser utilizada de forma intermitente. Ao doente é permitido manter a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa das vias aéreas, possibilitando a eliminação de secreções, de forma fisiológica. Como vantagens exige menor tempo de internamento, tem menor custo, maior facilidade no desmame, e causa menor mortalidade (Felgueiras et al., 2006). Ferreira et al. (2009) identificam ainda como vantagens a necessidade de menor sedação e o facto de evitar o trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal. No entanto, a utilização da VNI tem como desvantagens o facto de necessitar da colaboração da pessoa, a possibilidade de retenção de secreções, a fuga de ar, não permitindo a administração de volumes constantes, o que pode tornar a correção das alterações gasométricas mais morosa. Sansana & Bento (2013) referem ainda a congestão nasal, a secura das mucosas, o eritema/úlceras de pressão na pirâmide nasal, a distensão gástrica, a conjuntivite, a pneumonia de aspiração, sendo estas alvo dos cuidados de enfermagem. Jvirjevic et al. (2009) acrescentam ainda que, pela utilização da VNI podem advir complicações como a perda da integridade cutânea nasal ou facial, a distensão abdominal, o risco de aspiração de conteúdo gástrico e distúrbio no padrão de sono.

Existem algumas contra-indicações ao uso de VNI, segundo a Society of Critical Care Medicine (2008) as principais contra-indicações ao uso de VNI são: a paragem cardio-respiratória, a instabilidade hemodinâmica, a isquemia do miocárdio ou arritmias, a não colaboração do doente, a incapacidade de proteção da via aérea, alto risco de aspiração, cirurgia recente e/ou queimaduras, hemorragia ativa do trato gastrointestinal superior, hipoxemia grave, encefalopatia grave, traumatismo facial e agitação significativa do doente.

A VNI deve ser aplicada preferencialmente em serviços de cuidados intensivos e em serviços de ventilação não invasiva. Pode também ser aplicada em unidades médicas de cuidados intermédios e enfermarias com vigilância adequada e possibilidade de transferência rápida (Ferreira et al., 2009). Atualmente assiste-se a uma utilização cada vez mais precoce da VNI com aplicação da mesma em serviços de urgência e no pré hospitalar.

### 3.1. RELAÇÃO ENTRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A evolução da DPOC leva a uma dependência progressiva cada vez mais elevada do doente, condicionando a sua qualidade de vida. Esta dependência progressiva leva a que o doente atinja estádios de doença avançada e a evidência analítica (gasometria) revela uma insuficiência respiratória com acidose respiratória compensada e períodos de agudização desta insuficiência respiratória, por vezes com necessidade de suporte ventilatório (Marcelino & Pimentel, 2008).

A DPOC é a causa mais frequente de IRC, mas a sobrevida e a qualidade de vida destas pessoas com IRC envolve o recurso a técnicas de VNI, desenvolvidas nestas duas últimas décadas e, em particular, após o aparecimento do aparelho de pressão positiva com características de funcionamento muito próximas da fisiologia respiratória.

Regularmente são utilizados na VNI os ventiladores regulados por pressão, atendendo ao seu menor custo e ao seu fácil transporte, além disso apresentam uma maior capacidade de compensação de fugas e uma maior tolerância do doente, podendo ser aplicado em situações agudas e crónicas. (Marcelino, 2008).

Os ventiladores disponíveis proporcionam um fluxo contínuo ou variável que possibilitam a aplicação dos modos de VNI, nomeadamente:

- **BiPAP**- *Bilevel (bilevel positive airway pressure)* – fundamenta dois níveis de pressão alternados por períodos previamente programados, isto é, utiliza um nível de pressão diferente em cada parte do ciclo respiratório. Um dos níveis corresponde ao suporte inspiratório (IPAP – *inspiratory positive airways pressure*) e o outro ao suporte no final da expiração (EPAP ou PEEP – *expiratory positive airways pressure* – pressão expiratória no final da expiração) Ferreira et al. (2009).

As modalidades respiratórias que estes ventiladores permitem podem ser efetuadas de forma *espontânea*, em que os ciclos são demarcados pelo doente sendo detetados pelo ventilador segundo a sensibilidade do *Trigger* inspiratório, ou de uma forma *controlada*,

onde é definido previamente o número de ciclos respiratórios que o doente irá realizar. Assim podemos considerar segundo Ferreira et al. (2009) que:

- Assistida – o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia;
- Assistida/Controlada – o doente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes;
- Controlada – o ventilador assegura todos os movimentos ventilatório, isto é substitui completamente os movimentos respiratórios do doente, independentemente do seu esforço.

A modalidade assistida controlada são as mais recomendadas ou somente a modalidade assistida em doentes que mantenham uma boa *drive* respiratória (Ferreira et al., 2009).

- **CIPAP** - Corresponde ao ventilador que possibilita a aplicação contínua de uma pressão positiva nas vias aéreas e que permite a distensão do alvéolo em todo o ciclo respiratório (quer na inspiração, quer na expiração), não assistindo ativamente durante a fase inspiratória, não sendo por isso considerado um verdadeiro modo ventilatório.

Relativamente às modalidades ventilatórias usadas no doente com DPOC submetido a VNI, de um modo geral o BiPAP permite uma melhor adaptação do doente. Inicialmente as pressões utilizadas devem ser baixas, sendo aumentadas de forma gradual de acordo com a situação clínica da pessoa com vista a uma adaptação progressiva do mesmo à VNI (Germano, 2008). Aumenta-se o EPAP para melhorar a capacidade residual funcional dos pulmões, mantendo as vias aéreas e elevar a pressão parcial de oxigénio e o IPAP para aumentar o volume corrente e reduzir a pressão arterial de dióxido de carbono (Germano, 2008; Beddoe & Pravikoff, 2012).

Nas pessoas com hipercapnia significativa, o tratamento com VNI é mais prolongado, mas de forma intermitente (algumas horas por dia, preferencialmente no período noturno, com o uso de uma máscara nasal), de acordo com a gravidade da retenção de dióxido de carbono (Germano, 2008). Afigura-se também que as pressões mais elevadas são mais efetivas desde que possam ser toleradas e existe um maior benefício dos doentes num estágio da doença mais avançado (Corner & Garrod, 2009).

Nas exacerbações da DPOC, a VNI está indicada quando existe acidose respiratória ( $\text{pH}$  arterial  $\leq 7,35$  e/ou  $\text{PaCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$ ) ou dispneia grave com sinais clínicos sugestivos de fadiga muscular respiratória, aumento do trabalho respiratório ou ambos, como o uso dos músculos acessórios, movimentos abdominais paradoxais ou retração dos espaços intercostais (GOLD, 2016). Nestes casos, o uso da VNI tem como vantagens a

melhoria da acidose respiratória, a diminuição da frequência respiratória, da gravidade da dispneia, das complicações e do tempo de internamento, da mortalidade e da necessidade de intubação (Parola et al., 2012; GOLD, 2016).

Para Ferreira et al. (2009) os fatores mais importantes para o sucesso da VNI são a seleção criteriosa dos doentes, o seu início atempado, a abordagem correta do doente, o equipamento e local apropriados, interfaces adequadas e confortáveis e principalmente profissionais treinados na aplicação desta técnica. Os mesmos autores acrescentam ainda que, os principais fatores que podem influenciar o sucesso da VNI são: a ausência de pneumonia, uma gravidade inicial mais baixa, secreções em pequena quantidade, menor idade, capacidade de cooperação/ boa sincronia doente/ventilador, melhor estado neurológico, boa adaptação ao interface/ sem fugas significativas, gasometria com valores de pH entre 7,10 e 7,35 e pressão parcial de dióxido de carbono entre 45mmHg e 92mmHg e a melhoria clínica e das trocas gasosas nas primeiras duas horas de VNI.

A primeira premissa para o sucesso da VNI passa pela colaboração do doente e pela sua tolerância. A eficácia desta técnica não está dependente somente do ventilador, mas também da escolha da interface (Magano et al., 2007). Também para Ferreira et al. (2009) a escolha da interface é um aspeto crucial para o sucesso da VNI, existem atualmente várias interfaces disponíveis: máscaras nasais, faciais (oro nasais), faciais totais, capacete, peças bucais e almofadas nasais.

Para que a adaptação da pessoa à VNI tenha sucesso, independentemente do seu uso como tratamento na DPOC estável ou no caso de uma exacerbação, é necessário não só que a pessoa esteja consciente e colaborante, proceder-se a uma correta escolha e adaptação da pessoa à interface, como também é crucial a colaboração, empenho (Germano, 2008) e competência do Enfermeiro EEMC.



#### 4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO DOENTE SUBMETIDO VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A realização deste documento titulado de um estudo de caso à pessoa com DPOC submetida a VNI, visa a aquisição de competências especializadas para o Enfermeiro EEMC, ou como titulado neste capítulo visa a aquisição de competências ao nível de perito, seguindo a linha orientadora do Modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001). O modelo de Dreyfus (1982), apresentado por Benner explica que logo que o estudante adquire e desenvolve uma competência, ela vai progredir em cinco níveis de eficácia de competência. Segundo este modelo, na *“aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2001, p.43).

A pessoa submetida a VNI exige cuidados específicos e complexos, tendo por base o seu estado de doença e o suporte ventilatório de que necessita. Face a isto, é necessário realizar um planeamento eficaz de cuidados que proporcione um melhor equilíbrio e rapidez na recuperação da pessoa. De acordo com Magano et al. (2007), são necessários cuidados de enfermagem globais e adaptados á situação real do doente. Segundo Maciel (2009), o sucesso da terapia de insuficiência respiratória depende de uma equipa treinada e experiente. Em conformidade, o mesmo autor, considera o enfermeiro um profissional fundamental, que tem ao seu alcance uma gama de estratégias e técnicas que contribuem não somente para o aumento da eficácia da VNI, mas também para a redução dos fatores de intolerância.

Cuidar de um doente com VNI pode ser considerado um desafio para o enfermeiro EEMC, no que respeita ao sucesso dos resultados do procedimento no decorrer do período em que este necessita. Assim, no início da utilização da VNI num doente, **o enfermeiro EEMC deve ter em conta alguns princípios de atuação**, nomeadamente:

- Avaliar o estado de consciência do doente, pois este deve estar minimamente vígil e colaborante de forma a facilitar a adaptação e a tolerância à técnica;

- Informar e explicar ao doente os procedimentos que lhe vão ser efetuados e qual o resultado esperado, solicitando a sua colaboração, de forma a promover confiança e segurança, diminuir a ansiedade e o medo na implementação da VNI e envolver a família importância do envolvimento família nos cuidados;
- Posicionar o doente a 45°, por forma a facilitar melhor expansão pulmonar e prevenir a distensão gástrica;
- *Monitorizar* o doente, de forma a vigiar os sinais vitais, o que permite a deteção de alterações relacionadas com a adaptação do doente no decorrer da VNI;
- Selecionar a interface mais adequada para o doente, com vista à maximização dos resultados. Dado que a escolha da interface influencia a tolerância do doente à VNI. A seleção da interface deve atender ao tipo de insuficiência respiratória, à condição do doente, ao tipo de ventilador (circuito único ou circuito duplo, *software* de compensação de fugas) e à tolerância à interface relacionada com a morfologia da face e crânio, ao nível de colaboração do doente, o tipo de pele e eventuais alergias cutâneas, à presença de lesões e à posição de dormir (Esquinas, 2011);
- Ter em consideração a minimização das fugas e do espaço morto, pelo que a adaptação da interface deve ser efetuada ao doente e nunca ao contrário, de forma a promover o conforto do doente. O enfermeiro EEMC deve promover a capacidade de adaptação do doente à máscara da VNI, assim, no início da sua aplicação não deve ser realizada a sua fixação no imediato, mas sim deve permitir-se ao doente experienciar a sensação do aumento gradual das pressões, tendo em conta a individualidade de cada doente;
- Fixar a máscara à face do doente, de forma a evitar a existência de fugas, pressão exagerada ou desconforto. Como refere Esquinas (2011), no final da fixação deve ser possível colocar dois dedos por baixo do fixador. A fuga deve ser verificada, uma vez que esta resulta de uma selagem inadequada entre a pele da face do doente e a interface, o que leva à diminuição da ventilação alveolar e à redução da sincronização do doente-ventilador.
- Permitir, segundo a condição clínica do doente e de acordo com indicação médica, o alívio da pressão por curtos períodos, nomeadamente aquando dos cuidados de higiene, da alimentação, da eliminação das secreções, a da administração de terapêutica entre outros;
- Registrar e verificar se os parâmetros do ventilador estão ajustados às necessidades do doente e de acordo com a prescrição médica;

- Ensinar o doente a solicitar ajuda em caso de dor, desconforto, deslocação da máscara, náuseas, vômito, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar ou em expelir secreções;
- Atender durante a continuidade dos cuidados os ensinamentos ao doente/ prestador de cuidados informais, de forma a maximizar os resultados;
- Considerar os cuidados com o material respeitando os princípios de lavagem, desinfeção e esterilização do fabricante e normas instituídas em cada instituição.

Para Esquinas (2011), o sucesso da VNI resulta não só da correta utilização de todo o material e das intervenções do enfermeiro EEMC individualizadas, mas também do conhecimento adquirido acerca das complicações associadas à utilização desta técnica, da sua monitorização e do processo terapêutico associado.

A prevenção ou minimização, a deteção precoce de situações de falência da VNI e a rápida intervenção do enfermeiro EEMC são os maiores desafios para este que cuida de pessoas submetidas a VNI. Nesta perspetiva existem complicações expectáveis que o enfermeiro EEMC deve ter em consideração, nomeadamente a perda da integridade cutânea, a distensão abdominal, o risco de aspiração do conteúdo gástrico, os distúrbios no padrão do sono e as conjuntivites (Fonseca et al., 2011; Nabais et al. 2013).

A presença efetiva do enfermeiro EEMC junto do doente crítico submetido a VNI é fundamental para o sucesso da técnica tanto durante o início da sua implementação como na continuidade. As intervenções de enfermagem dirigidas às pessoas submetidas a VNI são de elevada complexidade e implicam o domínio de três dimensões: atingir a melhor adaptação possível da pessoa à VNI, assegurar trocas gasosas eficazes e compreender as vivências das pessoas submetidas a VNI (Sørensen et al., 2013).

Na intervenção de enfermagem como **enfermeiro EEMC, este deve estar desperto para as complicações da utilização da VNI** relacionadas com a utilização da interface, com a pressão e o fluxo, com a aspiração e drenagem de secreções, bem como com as complicações associadas à oxigenação e ventilação, e ainda com os efeitos hemodinâmicos resultantes da aplicação da VNI.

Segundo a investigação de Gay (2009) as **complicações relacionadas com a utilização da interface** são essencialmente:

- O desconforto (30 a 50%), que poderá ser diminuído através do reajuste da mesma ou através da seleção de outro tipo de máscara mais adequada às necessidades do doente;

- O rash cutâneo, verificado em 10 a 30%, que pode dar origem a uma reação de hipersensibilidade e infecção, sendo neste caso aconselhada a aplicação de esteróides tópicos;
- A úlcera de pressão, sobretudo na pirâmide nasal (5 a 10%), pelo que o ajuste da máscara deve ser o adequado, ou seja não exercendo demasiada pressão pois uma pressão que ultrapasse a pressão dos capilares cutâneos vai influenciar a perfusão. A pele friável do idoso, a má perfusão e a hipoalbuminemia, podem igualmente originar a úlcera de pressão, pelo que utilizar uma placa hidrocolóide e creme adjuvante (hidratante) pode ser benéfico;
- A obstrução nasal, que pode ser melhorada através da aplicação de soro fisiológico, de esteróides nasais tópicos ou anti-histamínicos;
- As queixas de claustrofobia (10 a 20%) essencialmente com a utilização do tipo de máscara facial total e o tipo Helmet. Assim, intervenção passa pela aplicação de outro tipo de máscara que melhor se ajuste ao doente e pelo estabelecimento de uma relação de ajuda;
- O risco de aspiração de vômito e por consequência a asfixia, como complicações raras, mas que necessitam de vigilância frequente, nomeadamente após os momentos de refeição, sendo importante a elevação da cabeceira da cama (*Fowler*), a utilização de máscaras transparentes com cintas de libertação rápida e o ensino ao doente a libertar-se da mesma (em caso de náuseas ou vômitos). No caso de ser necessário, com a persistência de sintomas, deve ser ponderada a entubação nasogástrica ou a aspiração de secreções (Gay, 2009).

Esquina (2011) acrescenta, ainda como complicação relacionada com a utilização da interface, as fugas condicionadas habitualmente pelo ajuste da máscara à face do doente, sendo assim importante na intervenção do enfermeiro EEMC a vigilância da existência de fugas, como precaução da hipoventilação e a da assincronia doente-ventilador. O mesmo autor, admite que a utilização de penso hidrocolóide facilita a adaptação e limita as fugas, bem como lesões cutâneas.

Relativamente às **complicações relacionadas com a pressão e o fluxo** na utilização da VNI, segundo Gay (2009), estas são essencialmente:

- O desconforto (20 a 50%);
- A otalgia e as algias nos seios perinasais (10 a 20%);

- A conjuntivite (33%), a qual se deve à fuga de ar que pode existir na parte superior da máscara. Assim, os cuidados para além de exigirem o controlo das fugas, exige também a administração de colírios e a limpeza ocular com soro fisiológico;
- A congestão nasal;
- A secura nasal e oral, pelo que o enfermeiro EEMC deve utilizar humidificadores (sempre que possível), incentivar e promover a hidratação da via oral e a realização da higiene oral e nasal várias vezes por dia;
- O Pneumotórax (menos de 5%), deve-se essencialmente à seleção inadequada do doente, sendo uma situação rara;
- A distensão abdominal (30 a 40%), definida como aumento do perímetro abdominal comparativamente ao início da VNI. Neste caso, cabe ao enfermeiro EEMC, de acordo com Esquinas (2011), assegurar a vigilância do aumento do diâmetro abdominal e da ocorrência de vômitos, efetuar a entubação nasogástrica para drenagem passiva, incentivar o doente a sincronizar-se com o ventilador e a fechar a boca, facilitar a mobilização/expulsão das secreções e se possível evitar pressões elevadas.

Nas **complicações relacionadas com a aspiração e drenagem de secreções**, a intervenção do enfermeiro EEMC deve centrar-se na hidratação adequada (reforço hídrico) do doente e no incentivo ao doente para a realização de uma tosse eficaz e/ou em alternativa, encaminhar o doente para cinesiterapia respiratória com a possibilidade de utilizar a tosse assistida (*Cough assist*) sempre que necessário. A aspiração é uma das complicações mais graves da VNI e ocorre em 5% dos doentes (Gay, 2009). A utilização da máscara nasal permite diminuir a ocorrência do risco de broncoaspiração e facilita a eliminação das secreções.

Decorrentes de uma má adaptação do doente ao ventilador, surgem **complicações associadas à oxigenação e ventilação**, nestas situações o enfermeiro EEMC deve alertar toda a equipa multidisciplinar do sucedido, de forma a serem ajustados os parâmetros de ventilador às características e necessidades (Gay, 2009).

Por último, e de acordo com Gay (2009), são também, ainda que raramente, documentados **efeitos hemodinâmicos** na aplicação da VNI no doente, nomeadamente a hipotensão. Perante isto, a seleção adequada do doente, a monitorização da pressão sanguínea, a hidratação adequada, e a diminuição da pressão inspiratória permite diminuir a incidência desta complicação.

As intervenções de enfermagem devem ser iniciadas o mais precocemente possível, considerando sempre a pessoa como elemento ativo da prestação de cuidados. Os cuidados de enfermagem devem ter em conta as particularidades de cada pessoa uma vez que estes são “*indissociáveis das condições de vida das pessoas*” (Collière, 1999, p.234). Tendo em mente a procura constante pela qualidade dos cuidados, o enfermeiro EEMC vai desenvolvendo competências que lhe permitem dar respostas às necessidades da pessoa em situação crítica que cuida.

Perante a análise do desenvolvimento de competências do enfermeiro EEMC, pela sua prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação não invasiva, no próximo capítulo passo a explorar um caso clínico vivenciado durante o estágio EMC, e procuro estabelecer um plano de cuidados especializados e individualizados.

## **5. PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – CASO CLÍNICO**

### **5.1. HISTÓRIA DA DOENÇA**

O senhor JO com 70 anos tem como antecedentes patologia respiratória – DPOC estadio IV, padrão enfisematoso, apresenta enfisema panlobular mais evidente na metade superior bilateralmente mais à esquerda (revelado numa Tomografia Axial Computorizada (TAC) em 2011). Dado este antecedente, o senhor JO apresenta IRC, com suporte de oxigenoterapia domiciliária durante 15horas/dia, desde 2008.

O senhor JO é ex-fumador há 16 anos. Apresenta Obesidade e Hipertensão Arterial.

Em abril de 2015, o senhor JO realizou uma Ecografia Trans-torácica, que revelou cor pulmonale (forma de insuficiência cardíaca direita), função sistólica conservada, disfunção disatólica, sinais de hipertensão pulmonar.

### **5.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

O senhor JO começou por apresentar um quadro gripal desde o dia 31/12/2016, com tosse, mialgias, dispneia e odinofagias.

No dia 1/1/2017 recorreu ao Serviço de Urgência básica do hospital da área de residência por agravamento da dispneia, presença de expectoração hemoptoica e febre. Neste dia fica internado no hospital e empiricamente iniciou antibioterapia com Amoxicilina + Ácido Clavulâmico. Analiticamente sem leucocitose, sem neutrofilia e PCR (Proteína C Reativa) 7,62. Não colheu rastreio séptico. Nesse mesmo dia, iniciou um quadro de agravamento, com necessidade de transferência, com disfunção:

- Respiratória – Insuficiência Respiratória Tipo 2 com acidemia, sob VNI, com Gasometria (pH=7,28; PaCO<sub>2</sub> =74 mmHg; PO<sub>2</sub> = 74 mmHg );
- Cardiovascular – hipotensão com necessidade de dopamina, subida de lactatos que entretanto normalizaram;

- Renal – Lesão Renal Aguda, oligúria;
- Neurológica – confusão – hábitos etílicos pesados (sob tiamina e tiapridal).

O senhor JO deu entrada no SCI de um hospital com Urgência Médico-Cirúrgica no dia 4/1/2017, pela realização de um transporte inter-hospitalar, por apresentar Insuficiência Respiratória Tipo 2, agravamento provável por contexto de infecção. No SCI, foi realizado rastreio sético, foram cateterizados e otimizados acessos venosos periféricos, foi cateterizada linha arterial, por apresentar hipertensão no momento da admissão foi suspensa perfusão de dopamina. Em contexto de dispneia severa manteve VNI e iniciou perfusão de morfina, por não apresentar uma boa adaptabilidade à VNI. Apesar de se encontrar consciente e colaborante quando estimulado, apresenta períodos de prostração, por essa razão à chegada no SMI foi realizada entubação nasogástrica em drenagem livre para prevenir a distensão gástrica e a possível aspiração de conteúdo gástrico. Por apresentar oligúria foi realizado cateterismo vesical, para monitorização da diurese. Iniciou soroterapia com um polieletrólítico com glicose 5%. Para além de manter a antibioterapia iniciada no dia 1/1/2017, iniciou também oseltamivir.

No dia 5/1/2017, pode-se dizer que o senhor JO foi internado em contexto de DPOC agudizada por traqueobronquite. Os resultados microbiológicos são negativos, aguarda o resultado de pesquisa vírica. Mantem VNI, no entanto nos momentos em que se suspende para realizar a higiene oral e humeder a mucosa oral, o senhor JO apresenta uma ventilação espontânea, com sibilos e roncos pulmonares, com polipneia, sem assimetria, mas onde a dispneia é severa. Por essa razão não tem sido possível alimentar o senhor JO, perante a entubação nasogástrica inicia alimentação entérica. Analiticamente, na gasometria o pH não compensa, mantém acidose respiratória com  $\text{PaCO}_2 = 75$ . Em termos de diurese é de 0,5 ml/kg/h, sem lasix.

Neste dia é otimizado o ventilador, que apesar de igualmente CPAP, abandona-se o ventilador convencional que estava parametrizado no modo CPAP, e utiliza-se um ventilador portátil, utilizado comumente em domicílio em situações de apneia de sono. A interface ventilatória também é otimizada sendo trocada a máscara facial para um tamanho mais adequado ao senhor JO, que não estava disponível no dia anterior. O senhor JO trata-se de um doente sem indicação para ventilação mecânica invasiva.

No dia 6/1/2017 é reavaliada a situação crítica do senhor JO, e apesar de todas as medidas instituídas, não há recuperação. O senhor JO mantém acidose respiratória e

apresenta sinais de esforço/cansaço respiratória, fadiga por alteração do padrão de sono. Neste dia são decididas pela equipa as medidas de conforto.

### 5.3. PLANO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem foi introduzido como um processo de três etapas: histórico, plano e evolução com base no método científico de observação, mensuração, obtenção de dados e análise dos achados. Ao longo do tempo este processo tornou-se parte do referencial conceitual de todos os currículos de enfermagem e foi aceite como uma parte da definição legal da enfermagem na lei do exercício profissional (Doenges, Moorhouse & Geissler, 2003). Desta forma, o plano de cuidados é formado por 5 etapas sequenciais: colheita de dados, identificação do problema, planeamento, implementação e evolução (Doenges, Moorhouse & Geissler, 2003). Faz parte das funções do enfermeiro EEMC prestar cuidados de enfermagem especializados e fundamentados à pessoa em situação crítica, tendo presente situação de dependência desse doente, estabelecendo cuidados para que o doente recupere e possa adaptar-se à sua presente condição. Para isso, é necessário que se realize a avaliação inicial, se planeie e implemente cuidados e, por fim, se realize uma avaliação final dos cuidados prestados, através da aplicação do processo de enfermagem.

Os cuidados de saúde são dinâmicos, sujeitos aos seus próprios contextos e desenvolvimentos, bem como às mudanças constantes que influenciam a vida das pessoas e / ou comunidades. Assim de forma a organizar o cuidado, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi utilizada como Sistema de Classificação de fenómenos. Os fenómenos são irregularidades notáveis e discerníveis da prática clínica observada pelos enfermeiros e das suas ações de enfermagem, isto é, entendem-se genericamente, como o comportamento dos enfermeiros na prática e como a ação realizada, nomeadamente, em resposta a um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Internacional Council of Nurses, 2010).

Os sistemas informáticos constituem uma prática diária nos cuidados de enfermagem, sendo que, na unidade onde decorreu o estágio EMC é uma prática implementada e em uso na totalidade dos cuidados prestados, pelo que o plano de cuidados que apresento para o doente em estudo, se refere exclusivamente à nomenclatura CIPE, de acordo com o sistema informatizado Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE),

bem como as intervenções de enfermagem em parceria com os fenómenos e diagnósticos de enfermagem levantados para a situação clínica do doente em causa. Desta forma, de seguida passo a apresentar os focos de atenção no cuidado especializado à pessoa com DPOC submetida a VNI em estudo, bem com as intervenções de enfermagem e as atitudes terapêuticas inerentes aos cuidados de enfermagem por mim planeados, implementados e avaliados no decorrer do estágio em EMC. Quero apenas enunciar que não tive oportunidade no decorrer do estágio de acompanhar o senhor JO depois do dia 6/1/2017, pelo término da prática clínica.

<b>Foco de atenção: Úlcera de Pressão</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Risco elevado de úlcera de pressão	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Posicionar a pessoa de 3/3h Aliviar zona de pressão Manter a pele sem humidade Monitorizar a condição da pele Vigiar a perfusão tecidual periférica Monitorizar o risco de úlcera de pressão pela Escala de Braden Vigiar sinais de úlcera de pressão		
Resultado desejável: Baixo risco de úlcera de pressão		

<b>Foco de atenção: Sono</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
5/1/2017	Padrão de sono alterado	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Diminui estímulos durante a noite Gerir ambiente físico Vigiar o sono		
Resultado desejável: Padrão de sono parcialmente restabelecido		

<b>Foco de atenção: Queda</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Risco de queda presente	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Elevar as grades da cama		
Gerir ambiente físico		
Resultado desejável: Queda ausente		

<b>Foco de atenção: Membrana Mucosa</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Membrana mucosa oral alterada	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Vigiar a membrana mucosa oral		
Humedecer a membrana mucosa oral		
Lavar a cavidade oral		
Resultado desejável: Membrana mucosa oral íntegra		

<b>Foco de atenção: Maceração</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Risco de maceração facial	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Avaliar a condição de risco para a maceração		
Manter a pele seca		
Otimizar dispositivos de ventilação não invasiva		
Aplicar creme hidratante/ placa hidrocolóide		
Resultado desejável: Maceração ausente		

<b>Foco de atenção: Limpeza das vias aéreas</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Reflexo de tosse presente mobiliza as secreções, mas não consegue expelir na totalidade	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Executar inaloterapia através de inalador Lavar a cavidade oral Interromper por períodos curtos a VNI Incentivar técnica de tosse Instruir técnica de tosse Treinar técnica de tosse		
Resultado desejável: Reflexo de tosse eficaz		

<b>Foco de atenção: Febre</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>FIM</b>
4/1/2017	Febre presente	5/1/2017
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Monitorizar a temperatura corporal central Executar técnica de arrefecimento natural Gerir ambiente físico		
Resultado obtido 5/1/2017: Febre Ausente		

<b>Foco de atenção: Aspiração</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Risco de aspiração presente	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Avaliar a condição de risco para a aspiração Inserir sonda nasogástrica Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica Elevar cabeceira da cama		
Resultado desejável: Risco de aspiração ausente		

<b>Foco de atenção: Confusão</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>FIM</b>
4/1/2017	Confusão presente	5/1/2017
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Vigiar confusão Vigiar a resposta comportamental Encorajar o envolvimento da família Gerir o ambiente físico Gerir a comunicação Executar técnica de orientação para a realidade		
Resultado obtido 5/1/2017: Confusão Ausente		

<b>Foco de atenção: Autocuidado: Alimentar-se</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
5/1/2017	Autocuidado uso do sanitário dependente em grau elevado	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Avaliar o autocuidado alimentar-se Monitorizar o conteúdo gástrico Vigiar o conteúdo gástrico Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica		

<b>Foco de atenção: Autocuidado: Uso do Sanitário</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Autocuidado uso do sanitário dependente em grau elevado	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Avaliar o autocuidado uso do sanitário Otimizar a fralda Troca a fralda Lavar o períneo		

<b>Foco de atenção: Autocuidado: Higiene</b>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Autocuidado higiene dependente em grau elevado	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
Avaliar o autocuidado: banho Dar banho na cama Lavar o cabelo Lavar a boca Cortar a barba Cortar as unhas		

No contexto da prática clínica de enfermagem, nomeadamente na área de EEMC, o exercício da prestação de cuidados é realizado em complementaridade com os demais profissionais da equipa multidisciplinar, com um objetivo comum de promover o bem-estar e a recuperação da pessoa em situação crítica. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, na qual se distinguem dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros profissionais de saúde da equipa (intervenções interdependentes), por exemplo, prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas).

Perante o exposto, de seguida passo a enunciar o conjunto de intervenções interdependentes prestadas à pessoa com DPOC submetida a VNI inserida num processo de cuidar, estabilizar e recuperar a pessoa.

<b>Prescrição: Ventilação Não Invasiva</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
4/1/2017	Vigiar a mucosa oral Otimizar a ventilação Gerir dispositivos médicos Monitorizar a condição da ventilação através do ventilador Vigiar a ventilação Vigiar secreções na cavidade oral Gerir oxigenoterapia Instruir técnica da tosse	

<b>Prescrição: Glicemia Capilar</b>		
<b>Início</b> 4/1/2017	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
Monitorizar a glicemia capilar Vigiar sinais de hiperglicemia Vigiar sinais de hipoglicemia		

<b>Prescrição: Cateter Venoso Periférico</b>		
<b>Início</b> 4/1/2017	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
Inserir cateter venoso periférico Trocar cateter venoso periférico Remover cateter venoso periférico Executar tratamento ao local de inserção do cateter Vigiar a inserção do cateter venoso periférico Vigiar penso do cateter venoso periférico		

<b>Prescrição: Cateter Arterial</b>		
<b>Início</b> 4/1/2017	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
Trocar sistema do cateter arterial Vigiar a inserção do cateter na artéria radial esquerda Vigiar penso do cateter arterial Executar tratamento ao local de inserção do cateter		

<b>Prescrição: Cateter Urinário</b>		
<b>Início</b> 4/1/2017	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
Inserir cateter urinário Vigiar a eliminação urinária Vigiar meato urinário Monitorizar a eliminação urinária		

<b>Prescrição: Sonda Nasogástrica</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
4/1/2017	<p>Inserir sonda nasogástrica</p> <p>Drenar conteúdo gástrico através da sonda nasogástrica</p> <p>Monitorizar o conteúdo gástrico</p> <p>Vigiar conteúdo gástrico</p> <p>Vigiar a membrana mucosa do nariz</p>	

<b>Prescrição: Alimentação Entérica</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
5/1/2017	<p>Drenar conteúdo gástrico através da sonda nasogástrica</p> <p>Monitorizar o conteúdo gástrico</p> <p>Vigiar conteúdo gástrico</p> <p>Vigiar a membrana mucosa do nariz</p> <p>Alimentar a pessoa</p>	

<b>Prescrição: Sinais Vitais</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
4/1/2017	<p>Monitorizar a pressão arterial invasiva</p> <p>Monitorizar frequência cardíaca</p> <p>Monitorizar a frequência respiratória</p> <p>Monitorizar temperatura corporal central</p> <p>Monitorizar dor através de escala de dor</p>	

## 6. CONCLUSÃO

A realização de mais investigação por parte dos enfermeiros EEMC, que no seu dia-a-dia intervêm em pessoas com DPOC submetidos a VNI mostra-se importante, pois a prática baseada na evidência contribui para uma maior e efetiva prestação de cuidados. Posto isto, uma boa gestão dos cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC submetida a VNI conduz ao sucesso do tratamento.

A realização deste trabalho é motivo de satisfação pelo contributo que produziu no meu crescimento profissional. Tendo em conta os objetivos delineados para a execução deste trabalho, posso afirmar que desenvolvi conhecimento acerca da patologia DPOC e acerca da técnica VNI, fui capaz de compreender o papel de atuação do enfermeiro EEMC sobre o doente submetido a VNI, nomeadamente o doente com DPOC e a partir da análise de um caso clínico, particularmente a pessoa com DPOC submetida a VNI, estabeleci um plano de cuidados especializados ao doente, tendo em conta a evidência.

Com a elaboração deste estudo de caso, procurei de forma sistematizada e organizada, aplicar a nomenclatura CIPE, no entanto quando reflito acerca do caso clínico, sobre os diagnósticos identificados e as intervenções planeadas identificadas, chego à conclusão que este tipo de registo e planificação de cuidados de enfermagem não permite transparecer o doente como um todo. Se comparar as intervenções planeadas no plano de cuidados (Capítulo 5) com as intervenções do enfermeiro EEMC na pessoa submetida a VNI (Capítulo 4), facilmente percebo que existem lacunas de registo sobre a imensidão de atividades realizadas pelo enfermeiro EEMC.

O fator tempo marcou, sem dúvida, o curso do trabalho e, por isso, realizaram-se opções no sentido de alcançar os objetivos definidos no período decorrente do estágio. Porém, após o seu *terminus* fica a sensação que outras direções poderiam ser tomadas, e que os temas poderiam ser mais aprofundados.

Dado o caminho escolhido através da observação e análise crítica da prática encontrada no local de estágio e da pesquisa bibliográfica encontrada, foi possível atingir os objetivos definidos.

Como contributo da elaboração deste documento, pode-se salientar a mobilização de conhecimento existente acerca do tema, acerca da planificação de cuidados e acerca na nomenclatura CIPE. Acredita-se ter conseguido um contributo válido para a consciencialização e reflexão pessoal sobre o papel do enfermeiro EEMC, bem como para o estabelecimento de uma conduta de atividade profissional, que de certa forma possa facilitar a prestação de cuidados eficazes. Assim sendo, urge a necessidade de que todas as matérias que envolvam o doente submetido a VNI sejam revistas à luz das recomendações, da legislação e da conduta ética e legal dos profissionais.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beddoe A. & Pravikoff D. (2012). Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (COPD): Noninvasive Positive Pressure Ventilation. *CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems*. (2p) (evidence-based care sheet - CEU, exam questions).

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Burtin, C., Decramer, M., Gosselink, R., Janssens, W. & Troosters, T. (2011). Rehabilitation and acute exacerbations. *Eur Respir J*, Volume 38, nº3, 702-12. Doi: 10.1183/09031936.00079111

Celli, B., MacNee W., Agusti, A., Anzueto, B., Berg, B., Buist, A. ...Zuwallack, R. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* . Volume 23, 932–946. Doi: 10.1183/09031936.04.00014304

Collière, M. (1999) – *Promover a vida - da prática as mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Libel.

Corner, E. & Garrod, R. (2009). *Does the Addition of Non-Invasive Ventilation during Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Augment Patient Outcome in Exercise Tolerance? A Literature Review*. Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). [em linha]. 2009 [Consultado a 13 de janeiro de 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20033880>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Norma n.º 028/2011.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular informativa N.º: 40A/DSPCD.

Doenges, M., Moorhouse, M. & Geissler, A. (2003). *Planos de Cuidados de Enfermagem*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Dourado, V., Tanni, S., Vale, S., Faganello, M., Sanchez, F. & Godoy, I. (2006). Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crónica. *J Bras Pneumol*. Volume 32, n.º 2, 161-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132006000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000200012)

Esquinas, A. (2011). *Princípios da ventilação mecânica não invasiva – do hospital ao domicílio*. Lisboa: Tipografia do Ave.

Felgueiras, J., Lohmann, C., Delerue, F. & Barata, J. (2006). Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina*, Volume 13, n.º 2, 73-78.

Ferreira, H. & Santos, F. (2008). Aspectos Gerais da Ventilação Não-Invasiva. *Revista Científica do HCE*. Ano 3, n.º2, 73-81. Disponível em: <http://docplayer.com.br/3440958-Aspectos-gerais-da-ventilacao-nao-invasiva-general-concepts-of-noninvasive-ventilation-resumo-abstract-revisao-de-literatura.html>

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Volume XV, n.º 4, 655-667.

Fonseca, C., Santos, D., Silveira, S. & Lopes, S. (2011). Complicações da Ventilação Não Invasiva: Cuidados de Enfermagem. In Esquinas, A. (2011) *Princípios de Ventilação Mecânica Não Invasiva - do Hospital ao Domicílio* (443-452). Lisboa: Tipografia do Ave, S.A.

Fortin, M., Côte, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Gay, P. (2009). Complications of non-invasive ventilation in acute care. *Respiratory Care*. Volume 54, nº 2, 246-258. Disponível em: <http://www.rcjournal.com/contents/02.09/02.09.0246.pdf>

Germano, N. (2008) - Ventilação Não Invasiva, 239 – 256. In: Marcelino, P. (2008) - *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2017). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention* [em linha]. 2016 [Consultado a 13 de janeiro de 2017]. Disponível em: <http://goldcopd.org/pocket-guide-copd-diagnosis-management-prevention-2016/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2016). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. [em linha]. 2016 [Consultado a 13 de janeiro de 2017]. Disponível em: <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/>

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC – (2004). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Volume 30 – Suplemento 5.

Internacional Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão 2, 2010, Genebra.

Jurjevic, M., Matic, I., Sakic-Zdravcevic, K., Sakie, S., Danic, D. & Bukovic, D. (2009). Mechanical ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients, mono invasive vs. invasive method (randomized prospective study). *Collegium Antropologium*, Volume 33, nº 3, 791-797. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

Kim, H., Mofarrahi, M. & Hussain, N. (2008) Skeletal muscle dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, Volume 3, nº 4, 637-658. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281080>

Kon, S., Canavan, J. & Man, W. (2012), Pulmonary rehabilitation and acute exacerbations of COPD: *Expert Rev Respir Med*, Volume 6, nº5, 523-531. Doi: 10.1586/ers.12.47.

Lopes, A. & Jansen, J (2009). Provas Funcionais e DPOC - o que se pode fazer e o que se faz na prática clínica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, Volume 1, nº 1,45-51. Disponível em: [http://sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/atualizacao\\_tematica/06.pdf](http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/atualizacao_tematica/06.pdf)

Maciel, A., Silva, F. & Alves, V. (2009). *Ventilação Mecânica Não invasiva – O Papel da Assistência em Enfermagem*. [em linha]. 2016 [Consultado a 13 de janeiro de 2017]. Disponível em: [http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_22061/artigo\\_sobre\\_ventila%C3%87%C3%83o\\_mec%C3%82nica\\_n%C3%83o\\_invasiva:\\_o\\_papel\\_da\\_assist%C3%8Ancia\\_em\\_enfermagem](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_22061/artigo_sobre_ventila%C3%87%C3%83o_mec%C3%82nica_n%C3%83o_invasiva:_o_papel_da_assist%C3%8Ancia_em_enfermagem)

MacNee, W. (2006). ABC of chronic obstructive pulmonary disease Pathology, pathogenesis, and pathophysiology. *BMJ*, Volume 332, nº 7551, 1202-1204.

Magano, C., Reis, M., Guedes, P. & Brito, R. (2007). Ventilação Não Invasiva. *Sinais Vitais*, nº 72, 13-19.

Marcelino, P. & Pimentel, I. (2008). Abordagem Clínica da Ventilação Mecânica, 105-161. In: Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência.

Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência, 260 p.

Marchioli, R., Susin, C., Lago, L., Felice, C., Silva, D & Severo, M. (2010). Diagnóstico e Tratamento da DPOC exacerbada na emergência. *Revista de AMRIGS*, Porto Alegre,

Volume 54, nº 2, 214-223. Disponível em: [http://amrigs.org.br/revista/54-02/19-481\\_diagnostico\\_e\\_tratamento\\_da\\_DPOC.pdf](http://amrigs.org.br/revista/54-02/19-481_diagnostico_e_tratamento_da_DPOC.pdf)

Marquis, K., Debigare, R., Lacasse, Y., LeBlanc, P., Jobin, J., Carrier, G. & Maltais, F. (2002) Midthigh muscle cross-sectional area is a better predictor of mortality than body mass index in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.*, Volume 166, nº 6, 809-813. Doi: [10.1164/rccm.2107031](https://doi.org/10.1164/rccm.2107031)

Nabais, N., Fonseca, C., Ramos, A., Santos, D., Gaspar, L. & Nunes, I. (2013). Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: O caso da Ventilação Não Invasiva. In *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (24-35). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Nabais, N., Fonseca, C., Santos, D., & Silveira, S. (2013). Complicações Da Ventilação Não Invasiva: Cuidados de Enfermagem. In *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (155-165). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

O'Donnell, D. & Laveneziana, P. (2006) Physiology and consequences of lung hyperinflation in COPD. *Eur Respir Rev*; 15: 100, 61–67.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos, p 6-15.

Pádua, A. I.; Alves, F. & Martinez, J. (2003). *Insuficiência Respiratoria*. In *Simposium: Urgências e Emergências Respiratórias* (205-213). Ribeirão Preto: Medicina.

Parola D.; Romani S.; Petroianni A.; Locorriere L. & Terzano C. (2012). Treatment of acute exacerbations with non-invasive ventilation in chronic hypercapnic COPD patients with pulmonary hypertension. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. Volume 16, nº2, 183-191. Disponível em: <http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1113.pdf>

Petrovic, M., Reiter, M., Zipko, H., Pohl, W. & Wanke, T. (2012). Effects of inspiratory muscle training on dynamic hyperinflation in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Nº 7, 797-805. Doi: [10.2147/COPD.S23784](https://doi.org/10.2147/COPD.S23784)

Puhan, M., Gimeno, S., Scharplatz, M., Troosters, T., Walters, E. & Steurer, J. (2011). Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Doi: 10.1002/14651858.CD005305.pub3.

Rabe, K., Hurd, S., Anzueto, A., Barnes, P., Buist, S., Carverley, P. ... Zielinski, J. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-555. Doi: [10.1164/rccm.200703-456SO](https://doi.org/10.1164/rccm.200703-456SO)

Sansana, A & Bento, T. (2013). Intervenções de enfermagem ao doente crítico submetido a VNI. In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (81-90). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano – *Manual do Processo de Enfermagem*, consulta durante o período do estágio EMC.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [em linha] [consultado 27 setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Society of Critical Care Medicine. (2008). *Fundamental Critical Care Suporte* (2ª Edição). São Paulo: AWE.

Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T. & Lomborg, K. (2013). Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 174-181. Doi: j.iccn.2012.10.001

Soriano, J. & Rodriguez-Roisan, R. (2011). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overview Proc Am Thorac Soc Volume 8, 363–367, Doi: 10.1513/pats.201102-017RM.

Talag, A. & Wilcox, P. (2008) Clinical physiology of chronic obstructive pulmonary disease. BCMJ, Volume 50, Issue 2, 97-102. Disponível em: <http://www.bcmj.org/article/clinical-physiology-chronic-obstructive-pulmonary-disease>

Valente, M., Bárbara, C., Carvalho, A. & Shiang, T. (2003). Doenças do aparelho respiratório: Doença pulmonar obstrutiva crónica (855-874). In Gomes, M. & Sotto-Mayor, R. (2003). *Tratado de Pneumologia* Lisboa: Permanyer Portugal: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.



**APENDICE IV**  
**A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – PÓSTER**



# VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

**Assistência ventilatória sem recurso a uma via aérea artificial, recorrendo a um *interface* (máscara) e aplicado a uma pessoa com estímulo respiratório próprio, cujos efeitos clínicos advêm da aplicação de pressão positiva nas vias aéreas .**

Esquinas, (2011); Marcelino (2008); Santos et al. (2013); Sharma et al. (2012); Yeow e Santanilla (2008)

## Objetivo:

(Gonçalves, 2011)

Correção das trocas gasosas, através de um bom binómio ventilador/doente.

## Crítérios:

(Esquinas, 2011)

Doente consciente e colaborante;  
Estabilidade hemodinâmica;  
Ausência de trauma facial.

## Contra-indicações:

(Esquinas, 2011)

Incapacidade para tolerar as interfaces;  
Não melhoria da dispneia ou das trocas gasosas após uma a duas horas de início da VNI;  
Não melhoria do estado de consciência após 30 minutos (no caso de doentes com encefalopatia hipercápnica);  
Paragem respiratória;  
Obstrução fixa da via aérea;  
Incapacidade para tossir;  
Presença de grande quantidade de secreções brônquicas;  
Pneumotórax não drenado;  
Incapacidade para colaborar;  
Arritmias não controladas;  
Instabilidade hemodinâmica;  
Vómitos  
Trauma ou queimaduras faciais.

## Seleção/Colocação da máscara/interface:

(Gonçalves, 2011)

A máscara deve ser selecionada de acordo com o tamanho da face do doente;  
Ponderar manter a prótese dentária se amovível;  
Colocar a máscara de frente para o doente;  
Aplicar o cabresto corretamente;  
Ajustar a máscara de modo a reduzir a fuga, esta deve ser colocada de modo a ser possível o enchimento da almofada de ar para permitir um ajuste adequado;  
O oxigénio suplementar deve ser fornecido através da porta do circuito à saída do ventilador;  
Certificar que a máscara tem válvula exalatória;  
Verificar presença de válvula anti-asfíxia.

## Intervenções de Enfermagem:

(Sansana e Bento, 2013)

Proporcionar informação ao doente e sua família;  
Seleção e adaptação da *interface adequada*;  
Auxiliar/colaborar com o médico na configuração dos parâmetros do ventilador e na montagem adequada do mesmo;  
Proporcionar conforto e bem-estar;  
Avaliação e vigilância dos sinais vitais;  
Reconhecer e atuar perante efeitos secundários: Vigiar integridade cutânea e distensão gástrica;  
Promover nutrição e hidratação adequadas;  
Estabelecer momentos de pausa no tratamento;  
Informar os familiares;  
Promover a correta manutenção e higiene do equipamento.

## Registo da Monitorização e Vigilância de Enfermagem:

Registar na Folha de Monitorização na Ventilação Não Invasiva

### Trabalho realizado por:

Bárbara Hermana Freitas Costa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação Mestre Patrícia Coelho.

### Bibliografia:

- Esquinas, A. (2011). Fundamentos e Metodologia em VMNI. In Esquinas, A. (Ed.), *Princípios de Ventilação Mecânica Não Invasiva - do Hospital ao Domicílio* (pp. 60-74). Lisboa: Tipografia do Ave, S.A
- Gonçalves, R. (2011). Cuidados de Enfermagem com a interface. In Esquinas, A. (Ed.), *Princípios de Ventilação Mecânica Não Invasiva - do Hospital ao Domicílio* (pp. 435-442). Lisboa: Tipografia do Ave, S.A
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao doente crítico*. [Lusociência, Ed.] (p. 256). Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Santos, D., Malheiro, N. & Rosa, P. (2013). Ventilação Não Invasiva: Conceito, Evolução a Pessoas e Famílias. In *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (pp. 14-23). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.
- Sansana, A., Bento, T. (2013). Intervenções de enfermagem ao doente submetido a VNI. In *A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva, os Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*, p. 14-23. Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.
- Sharma, S., Agarwal, R., Aggarwal, A., Gupta, D. & Jindal, S. (2012). A survey of noninvasive ventilation practices in a respiratory ICU of North India. *Respiratory Care*, 57(7), 1145-53 doi:10.4187/respcare.01541
- Yeow, M. & Santanilla, J. (2008). Noninvasive Positive Pressure Ventilation in the Emergency Department. *Emerg Med Clin N Am*, 26, 835-847. doi:10.1016/j.emc.2008.04.005



**APENDICE V**

**FOLHA DE MONITORIZAÇÃO NA VENTILAÇÃO NÃO  
INVASIVA**





VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)  
FOLHA DE MONITORIZAÇÃO

Etiqueta do Doente

**Diagnóstico:**

**Data de Início da VNI:** / /

**Gasometria (antes do início da VNI):**

pH: PCO<sub>2</sub>: PO<sub>2</sub>: HCO<sub>3</sub>: SatO<sub>2</sub>: Lactatos:

**Modalidade Ventilatória:**

1. Espontânea com Limite de Pressão: \_\_\_\_\_
2. CPAP: \_\_\_\_\_
3. BIPAP: IPAP: \_\_\_\_\_ EPAP: \_\_\_\_\_ IPAP mínimo: \_\_\_\_\_ IPAP máximo: \_\_\_\_\_  
Volume Corrente \_\_\_\_\_

**Interface:**

Orofacial: Nasal: Facial Total:

DATA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hora						
Modalidade						
IPAP/PS						
EPAP/PEEP						
FiO <sub>2</sub>						
Volume Corrente						
Volume/minuto						
Fuga						
Relação I:E						
Freq. Respiratória						
Pressão Pico						
Trigger						
Tipo interface						
Rampa						
Tempo de Pausa VNI						

**Prevenção da Ulcera de Pressão:**

Creme Hidratante: Hidrocolóide Extrafino: Espuma de Poliuretano:

**Prevenção da Irritação Ocular:**

Hipromelose: Carbómero: Hidroxipropilmetilcelulose:

**Complicações:**

**Úlcera de Pressão:** Data: / / Localização: Pirâmide Nasal: Frontal: Outra:

Classificação: Grau I: Grau II: Grau III: Grau IV: Tratamento:

Evolução: Melhorada: Infetada: Sem Evolução: Data: / /

**Edema Periorbitário:** Data: / / ; Tratamento:

Evolução: Melhorado: Aumentado: Data: / /

**Irritação Ocular:** Data: / / ; Tratamento:

Evolução: Melhorado: Aumentado: Data: / /

**Insuflação Gástrica:** Data: / / ; Entubação Nasogástrica: ; Vômito:

**Fim do Tratamento da VNI:** / /

Melhorado: Entubação Endotraqueal: Óbito: Não Adesão: (Motivo: )

Folha de Monitorização na VNI realizada por Bárbara Hermana Freitas Costa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação Mestre Patrícia Coelho.

