



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Patrícia Pinto Carvalho Ferreira

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Relatório de Estágio

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

Por Patrícia Pinto Carvalho Ferreira

Sob orientação de Professora Georgiana Marques da Gama

LISBOA, Maio de 2012

RESUMO

O presente relatório é elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com o objetivo de analisar de forma crítica o percurso realizado ao longo dos diferentes módulos de estágio, nomeadamente, Unidade Cuidados Intensivos – Hospital Fernando Fonseca, EPE; Unidade de Cuidados Paliativos – Casa de Saúde da Idanha – Unidade S. Bento Menni e Serviço de Urgência Geral – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida.

Nos diferentes momentos de estágio tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados ao cliente em estado crítico ou em situações de maior complexidade e à sua família.

No decorrer desta Unidade Curricular estava definida a intervenção ao nível de uma determinada área que fosse transversa a todos os módulos de estágio e que se revele primordial no desenvolvimento de conhecimentos e competências característicos de um enfermeiro especialista na área de Médico-Cirúrgica. De acordo com a minha área de interesse, de alguma pesquisa bibliográfica e após verificar as necessidades sentidas nos diferentes locais de estágio, surgiu a dor como foco da minha intervenção ao longo de todos os estágios, sendo este o “*fio condutor*” em todos os módulos de estágio. Ao longo dos três momentos de estágio, este tema foi sendo trabalhado em função dos diversos contextos, de acordo com as especificidades e necessidades encontradas em cada um deles e relacionados com o tema.

O relatório está estruturado em cinco partes: a primeira refere-se à introdução, seguida do desenvolvimento, conclusão, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

O desenvolvimento encontra-se subdividido em três capítulos, sendo que cada um corresponde a um módulo diferente de estágio, estando organizado cronologicamente consoante a realização dos mesmos. Em cada um é realizada uma análise crítica dos objetivos específicos traçados para cada estágio e que estiveram na base da atuação durante o mesmo, bem como as atividades desenvolvidas. A terceira parte apresenta uma reflexão crítica em jeito de conclusão, atendendo à aquisição e desenvolvimento de competências na área da especialidade durante todos os estágios.

O relatório descreve a aquisição e treino de novas competências, estratégias utilizadas para as adquirir, bem como experiências vividas durante o estágio. Todos estes momentos contribuíram para o crescimento, tanto a nível pessoal como profissional, enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Palavras-chave: enfermagem; doente crítico; dor; competências.

ABSTRACT

This report is done in the sphere of the Master's degree in Nursing of Professional Nature in the specialization area of Medical-surgery nursing, of the Institute of Health Sciences of Portuguese Catholic University, with the point of review the realized course along the different training subjects: Intensive Cares Unity – Fernando's Fonseca Hospital, EPE; Palliative Cares Unity – Idanha's Health House – S. Bento Menni Unity and General Emergency Service – Cascais's Hospital, Dr. José de Almeida.

At different training moments I had the opportunity do acquire and develop skills on the critical or more complex client and their family care.

During this course was defined an intervention on the level of a specific area, that had to be transversal to all those training subjects and primordial to the development of feature skills and knowledge from a specialized nurse in the area of Medical-surgery nursing. According with my interest area and after some bibliographic research, the theme "Pain in Nursing care" appears and became the "conducting wire" to every trainings.

This report is divided in five parts: the first one is the introduction, after that we have development, conclusion, bibliographic references and appendices.

The development is subdivided in three chapters, which one related with a different training subject, and being chronologically organized. In which one it's presented a review of the specific objectives pointed for each training, whose were the bases of action during the same period, as well as the developed activities. The third part presents a critical discussion as a conclusion, attending the acquisition and development of skills in the speciality area during all the trainings.

The report describes the acquisition and training of new skills, used strategies to acquire those and lived experiences during the training. All those moments contributed for my personal enrichment and professional growth.

Key-words: nursing; critical patient; pain; skills

AGRADECIMENTOS

O meu sincero agradecimento a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização de mais uma etapa da minha vida pessoal e profissional.

Ao meu marido pelo apoio que me deu, pela tolerância que teve, pela disponibilidade que manteve durante este percurso, pela motivação, ternura e pelo tempo que não pudemos partilhar ... Sem ele este momento não teria sido possível.

À minha família, pelo incentivo, compreensão e apoio incondicionais nos momentos mais difíceis...

À Exma. Sr.^a Professora Georgiana Marques da Gama pela tutoria do estágio e do relatório.

MUITO OBRIGADA A TODOS



“A dor que não ajuda ninguém é absurda”
André Malraux

ABREVIATURAS

Consult. – Consultado

Dr. – Doutor

ed. – Edição

Enf.^a – Enfermeira

p. - Página

Vol. – Volume

SIGLAS

AO – Assistente Operacional

CD – Compact Disc

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EO – Enfermeira Orientadora

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERC – European Research Council

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática Enfermagem

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDA – Unidade de Alta Dependência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – World Health Organization

INDICE

0.	INTRODUÇÃO	15
1.	DESENVOLVIMENTO	18
1.1.	MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
1.2.	MÓDULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	35
1.3.	MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	46
2.	CONCLUSÃO	57
3.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
	ANEXOS	68
	ANEXO I - Ficha de Avaliação de Ação de Formação na UCI do Hospital Fernando Fonseca EPE	69
	ANEXO II - Ficha de Avaliação de Ação de Formação no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida	73
	APÊNDICES	77
	APÊNDICE I - Documento de Sensibilização para Aplicação da Música na Unidade de Cuidados Intensivo	79
	APÊNDICE II - Ação de Formação “Via Sub-Cutânea e Hipodermóclise”	87
	APÊNDICE III - Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “Via Sub-Cutânea e Hipodermóclise”	103
	APÊNDICE IV - Interações em Cuidados Paliativos	107
	APÊNDICE V- CD – Vídeo com a Massagem de Bem-Estar e Conforto	115
	APÊNDICE VI - Poster “Triagem de Manchester”	119
	APÊNDICE VII - Protocolo de Dor para Aplicação no SO	123
	APÊNDICE VIII - Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor	131
	APÊNDICE IX - Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor”	147
	APÊNDICE X - Régua com Escalas de Avaliação da Dor	151

0. INTRODUÇÃO

De modo a dar visibilidade, expor o trajeto percorrido e as ações realizadas para a aquisição de competências na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, elaborei este relatório final de estágio. Integrado no Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, a Unidade Curricular Estágio é composta por três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência Geral, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional, tendo eu optado pela área dos Cuidados Paliativos.

Durante a Unidade Curricular Estágio, pretendiam-se desenvolver competências que permitam prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao adulto em estado crítico e em situação paliativa nos diferentes contextos.

Face ao exposto, refleti sobre as competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, na área de especialização em Médico-Cirúrgica, a fim de melhor traçar os objetivos a desenvolver em cada estágio, de acordo com as competências que pretendia adquirir e desenvolver.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009, p. 10), o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, traduzindo-se em comuns e específicas. Por competências comuns entendem-se as competências *“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade”*. As competências específicas dizem respeito às competências

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

Também o REPE no nº 3 do artigo 4º do DECRETO-LEI de 104/98 de 21 de Abril refere que o

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade”.

O novo Modelo de Desenvolvimento Profissional emanado pelo Conselho de enfermagem da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009, p. 10) refere que enfermeiro especialista é aquele que

“possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

DIAS (2004), refere que a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber, do saber fazer, do saber ser e do saber aprender, ou seja, envolve conhecimentos, capacidades, atitudes, comportamentos e uma constante aprendizagem em que se pretende uma evolução e adaptação às situações que o exigem. A

interação de todos estes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às diferentes exigências das situações de trabalho, levam ao desenvolvimento de competências. Os cuidados de enfermagem prestados partiram de uma prática de enfermagem avançada, com base em evidência científica. Foram prestados cuidados nas suas várias vertentes: do ponto de vista técnico, da gestão de cuidados diferenciados, da consciência crítica para os problemas da prática, mas tendo em conta a relação terapêutica e o desenvolvimento de processos de comunicação com o cliente e família. Desta forma, conseguiu-se adquirir e desenvolver competências inerentes ao papel do enfermeiro especialista. O enfermeiro especialista ao possuir uma panóplia de competências especializadas está capacitado para dar resposta de forma eficaz e eficiente ao cliente, família e comunidade, apropriada a cada etapa da vida, tendo em conta a singularidade do cliente e da unidade familiar. Deve desenvolver um cuidado global que inclua o cliente, a família, o contexto e o ambiente que os envolvem. É, por estes motivos, um cuidar complexo, necessitando de possuir competências técnicas e relacionais, tendo por base uma visão complexa e avançada.

Os estágios representam um momento de formação fundamental, pois permitem o desenvolvimento da competência profissional. Este desenvolvimento é conseguido através da mobilização e articulação dos saberes teóricos e práticos, aplicados em situações reais e em contextos diferentes, atitudes de autorregulação e uma abordagem reflexiva. Compreendi que para prestar cuidados diferenciados é importante aprofundar e adquirir novos conhecimentos, assim como saber aplicá-los nas mais variadas situações de modo a garantir os cuidados adequados às necessidades do cliente, família e comunidade.

No decorrer desta Unidade Curricular está definida a intervenção ao nível de uma determinada área a fim de ser transversal a todos os módulos e que se revele primordial no desenvolvimento de conhecimentos e competências característicos de um enfermeiro especialista na área de Médico-Cirúrgica. De acordo com a minha área de interesse, de alguma pesquisa bibliográfica e após verificar as necessidades sentidas nos diferentes locais de estágio, surgiu a dor como foco da minha intervenção ao longo de todos os estágios, sendo este o “*fio condutor*” em todos os módulos de estágio. Ao longo dos três momentos de estágio, este tema foi sendo trabalhado em função dos diversos contextos, de acordo com as especificidades e necessidades encontradas em cada um deles e relacionados com o tema.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. Se nem sempre é possível os profissionais de saúde eliminarem a dor, os enfermeiros pela proximidade e contacto frequente que têm com os clientes, são detentores de um papel fundamental na implementação de ações para o seu controlo, reduzindo o sofrimento associado à dor.

Tendo por base o que referi anteriormente, procurei desenvolver competências na área de promoção do bem-estar, especialmente no alívio e controlo da dor.

O bem-estar e o conforto, sendo dois aspetos tão simples e essenciais, são muitas vezes descurados, uma vez que nós enfermeiros damos prioridade, a maioria das vezes, à vertente técnica em detrimento do bem-estar físico, psicológico e emocional.

O presente relatório tem como objetivos: descrever o percurso realizado nos diferentes módulos de estágio; descrever as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos traçados para a aquisição de competências; refletir de forma crítica sobre as experiências de aprendizagem vivenciadas, bem como sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo dos três módulos de estágio.

Na elaboração deste documento utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva tendo por base os objetivos traçados inicialmente, as reflexões críticas realizadas ao longo dos diferentes módulos e o portfólio de estágio. O relatório encontra-se estruturado em cinco partes: a primeira refere-se à introdução onde se aborda a importância da realização da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enquadramento dos Estágios realizados e os objetivos deste relatório. A segunda parte, referente ao desenvolvimento, encontra-se subdividida em três subcapítulos, referentes aos diferentes módulos de estágio. Em cada subcapítulo é feita uma caracterização dos locais de estágio, apresentados os objetivos, são descritas e fundamentadas as atividades realizadas ao longo do mesmo de acordo com os objetivos e atividades preconizados, assim como uma análise crítica do meu desempenho para a aquisição de competências de Enfermeira Especialista. Os estágios são apresentados ao longo deste capítulo consoante a ordem da sua realização, ou seja, de forma cronológica. O último capítulo é referente à conclusão e aqui é realizada uma análise crítica dos principais aspetos tratados, descritos os principais contributos, as dificuldades e limitações sentidas em todo o percurso realizado. Após a conclusão seguem-se as referências bibliográficas e posteriormente são apresentados os anexos e apêndices onde constam documentos elaborados no decorrer dos estágios. Devo realçar que os documentos utilizados para a avaliação das ações de formação nos diferentes locais de estágio, encontrados nos apêndices, são diferentes, uma vez que foi utilizado o documento existente em cada instituição.

Durante a redação deste documento é utilizado o termo cliente, sempre que for feita referência à pessoa humana sujeito de cuidados. O cliente é entendido não como um utilizador passivo, mas sim, como um participante ativo no processo de cuidados, alguém que troca algo com a enfermeira e uma pessoa ou indivíduo detentor de direitos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, MELEIS, 2006).

Para a elaboração do presente trabalho foi necessária uma revisão bibliográfica em artigos de revistas, livros e excertos legislativos considerados relevantes. O relatório foi redigido de acordo com a Norma Portuguesa 405.

Neste pequeno desenvolvimento é realizada uma breve referência sobre a temática “Dor”, seu enquadramento e a importância da sua monitorização e controlo de forma adequada, a fim do bem-estar, conforto e qualidade de vida dos clientes. Seguidamente descrevem-se de forma crítico-reflexiva os diferentes estágios realizados, as actividades desenvolvidas em cada um para atingir os objectivos delineados e como se adquiriram competências de Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica durante a realização dos mesmos.

1. DESENVOLVIMENTO

A dor está ligada ao Homem desde os primórdios da sua existência, sendo uma experiência que acaba por surgir, mais cedo ou mais tarde, no percurso de vida de qualquer pessoa. Deste modo, a dor é inerente à condição humana, sendo uma consequência da nossa fragilidade enquanto seres biológicos (PACHECO, 2004).

De acordo com a International Association for the Study of Pain (1994) citada pela DGS (2008, p. 6), a *“dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”*. Por outro lado, MC - CAFFERY e PASERO (1999, p. 389), definiu dor como *“aquilo que a pessoa que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”*, enfatizando assim o seu carácter subjetivo, multifactorial e multidimensional.

TWYXCROSS (2003, p. 83) salienta que *“a dor é um fenómeno somatopsíquico modulado: pelo humor do doente; pelo moral do doente; pelo significado que a dor assume para o doente”*.

Estas três definições completam-se na medida em que a dor é um fenómeno global e que depende de múltiplos fatores, que não só os de ordem fisiológica. A experiência de dor também é determinada pela personalidade da pessoa, pela sua cultura, pelas experiências passadas de dor, idade, ambiente envolvente e significado que lhe é atribuído, entre outros (PACHECO, 2004).

Em 2001, foi emitida uma declaração pela European Federation of IASP Chapters, no Parlamento Europeu, onde a dor foi reconhecida não só como um sintoma mas também como uma doença, em particular no que diz respeito à dor crónica (DGS, 2008).

A Dor é um *“sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”*, sendo que o seu controlo é *“um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”* (DGS, 2003, p.1).

A dor é um dos sintomas mais frequentes no contexto das doenças. A persistência de dor tem uma influência decisiva quer na deterioração da qualidade de vida quer na atitude perante a doença, influenciando a morbidade e mortalidade da população.

Para além do significado de alerta, a dor, não tem qualquer outra vantagem para o organismo, acarretando sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Assim, o alívio da dor, quer do cliente quer daqueles que com ela convivem é imperativo e determina uma prioridade de ação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. Exige uma atuação planeada, organizada pelos profissionais de saúde para uma melhor resposta na avaliação e controlo da dor que deve incluir a participação de quem sente dor (cliente) e do cuidador informal.

Para WHO (2007), os enfermeiros são essenciais no diagnóstico, avaliação, monitorização e tratamento da dor em todos os locais de cuidados de saúde, uma vez que são os que estão mais perto dos clientes e suas famílias e providenciam constante apoio emocional, espiritual e pessoal.

Pelo que foi dito, a avaliação e controlo da dor, aplicada ao cliente e família, é uma atitude essencial para quem cuida e quem é cuidado, traduzindo-se em ganhos de saúde e contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, pelo que exige prioridade de atuação. A avaliação da dor é uma atividade que faz parte das competências dos enfermeiros, por ser indispensável para a excelência dos cuidados. No entanto, apesar do que foi mencionado sobre a importância da avaliação da dor, observa-se ainda alguma resistência, por parte de alguns profissionais de saúde, numa mudança de comportamentos e atitudes no que respeita à avaliação da dor.

A nível mundial alguns estudos científicos foram desenvolvidos nesta área para determinar as atitudes e dificuldades dos enfermeiros na avaliação da dor.

De acordo com GLAJCHEN e BOOKBINDER (2001), concluiu no seu estudo, que os enfermeiros possuem inadequados conhecimentos acerca da dor e sobre as recomendações da OMS para o seu alívio, existindo portanto, falta de informação.

BRUNIER [et al.] (1995), concluiu que existe uma subestimação da dor do dente a da ocorrência de dor, uma auto-avaliação incorreta e falta de conhecimentos sobre os princípios básicos no tratamento da dor.

MCDONALD (2007) e SILVA (2001), referem que os enfermeiros possuem falta de formação na área da dor e falta de estratégias para a avaliar e controlar. A inadequada formação leva a que os enfermeiros não avaliem a dor de forma sistemática, que ignorem o impacto devastador da dor no indivíduo que dela padece, que tenham atitudes inapropriadas face ao seu tratamento e que não possuam habilidades expressivas e de comunicação para promoverem o apoio psicológico adequado.

CASCINU (2003), refere que a fraca comunicação entre os profissionais e o doente, constitui também uma barreira a par das concepções erradas acerca da dor que estão nas respostas dos enfermeiros.

LAMEIRAS (2010), realizou um estudo de investigação em que inumerou algumas dificuldades sentidas pelos enfermeiros na avaliação da dor, nomeadamente, dificuldades/ falta de vontade em compreender as escalas por parte dos doentes, problemas relacionados com a utilização e leitura das escalas pelos profissionais e doentes, dificuldades relacionadas com a



fato dos doentes apresentarem alterações neurológicas/ de comunicação/ fase agónica, problemas organizacionais dos serviços, falta de sensibilidade dos enfermeiros para avaliarem e registarem a intensidade da dor e dificuldades na avaliação por esta ser subjectiva.

No entanto, CAI (2003), LEBOUITS [et al.] (1997), ZANOCIN (2007) e CHOW [et al.] (2007), mencionam a necessidade de formação contínua sobre o tema da dor e que os enfermeiros com mais horas de formação, nomeadamente mestrados, têm mais conhecimentos sobre o tema.

Assim sendo, a Dor constitui a temática geral e unificadora do estágio, sendo transversal aos diferentes contextos/ módulos de estágio, a fim de contribuir para a melhoria dos cuidados nesta área de atuação tão pertinente e importante.

O estágio correspondente ao módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Fernando Fonseca, E.P.E. e decorreu de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011. Seguidamente descrevo os objectivos que me propus atingir neste módulo de estágio, as actividades desenvolvidas para os atingir e faço uma pequena reflexão sobre o estágio e as competências desenvolvidas.

1.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A escolha deste local de estágio está relacionada com o facto de ser uma Unidade Polivalente e receber clientes com patologia variada, tornando-se este motivo enriquecedor, uma vez que nunca tive contacto com uma UCI e esta permitir-me-ia adquirir e desenvolver conhecimentos em diferentes áreas.

Esta Unidade recebe maioritariamente clientes do foro médico, no entanto, pelo facto de ser polivalente, também recebe clientes de outras especialidades, responsabilizando-se pelos cuidados integrais ao cliente. Da Unidade fazem parte a sala de Cuidados Intensivos e a Unidade de Alta Dependência. A UCI tem uma lotação de dez camas, encontrando-se oito destas numa sala aberta e as outras duas camas encontram-se em dois quartos que se destinam a receber preferencialmente clientes com necessidade de isolamento. A UAD tem uma lotação de quatro camas e destina-se a clientes do foro neurológico, nomeadamente a clientes provenientes da Via Verde e que apresentem critérios para realizar fibrinólise.

Na UCI cada unidade do cliente encontra-se equipada com monitores que permitem o registo contínuo dos parâmetros que se pretendem, sistemas de infusão e perfusão, ventilador e algum material necessário à prestação de cuidados ao cliente.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de quarenta enfermeiros divididos por equipas. O rácio de enfermeiro/ cliente é de um enfermeiro para dois clientes, sendo que na UAD é de quatro clientes por enfermeiro. Este rácio permite uma vigilância constante e um maior envolvimento relacional. O número de enfermeiros é igual no período da manhã, tarde e noite e por vezes durante o turno da manhã e tarde encontra-se um elemento suplementar para prestar apoio à restante equipa. O método de trabalho utilizado é o método individual, em que cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados aos clientes que lhe são atribuídos, durante todo o turno. Este método favorece a relação enfermeiro-cliente, colmata de modo mais eficaz as necessidades dos clientes e permite a personalização dos cuidados (FREDERICO e LEITÃO, 1999). O horário de visitas é das 12h às 20h, podendo entrar apenas três visitas por dia, alternadamente.

Segundo a DGS (2003), as UCI's são locais qualificados onde é assumida a total responsabilidade pelos clientes com disfunção de órgãos, com o intuito de suportar, prevenir e reverter falências com implicações vitais. As UCI's estão direccionadas para a prestação de cuidados a clientes em estado grave, com necessidade de monitorização invasiva para identificação e tratamento precoce de ocorrências clínicas graves. Assim, compreende-se quão importante é o domínio científico e técnico na abordagem a clientes em situação grave, no

entanto, a par destes conhecimentos não se pode descorar a importância da componente relacional com os clientes e sua família.

O facto de não possuir experiência profissional em cuidados intensivos, levou-me a direccionar os objetivos de estágio para a aquisição de competências científicas e técnicas e para o aprofundamento das competências relacionais, neste contexto da prática.

Objetivo Geral:

Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente em estado crítico e/ ou com falência multiorgânica e sua família.

Objetivos Específicos:

Adquirir competências no cuidado ao cliente com ventilação mecânica invasiva.

Desenvolver estratégias de comunicação com o cliente conectado a prótese ventilatória invasiva.

Desenvolver competências na área da gestão da Dor.

A escolha do local de estágio mencionado foi promotor de grande expectativa de aprendizagem e crescimento pessoal/ profissional, porque estava perante um ambiente diferente do local onde desempenho atividade profissional, visto ser um serviço com especificidades próprias, nomeadamente, prestar cuidados urgentes e emergentes ao cliente em situação crítica. Por outro lado, é também um desafio profissional tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados ao cliente, pela oportunidade de desenvolver competências ao mesmo em estado crítico e perceber como estas podem ser promotoras de qualidade através da articulação dos cuidados nos diferentes serviços.

Como qualquer experiência inicial, vivenciei alguns sentimentos como ansiedade, insegurança, incerteza, receio, entre outros. Sendo estes vividos de forma mais intensa no período antecedente ao estágio. Contudo, posso referir que estes sentimentos foram perdendo a sua conotação negativa. Para tal contribuiu o acolhimento prestado por toda a equipa, mas com maior relevância para a enfermeira orientadora. Concordo com HESBEEN (2000, p.136), quando refere que *“acolher é receber em casa”*. Segundo o mesmo autor, acolher estagiários é participar no seu processo de formação, ir ao encontro das suas expectativas e interesses, promover momentos de troca de impressões e favorecer a descoberta.

Na primeira semana, tive oportunidade de me integrar na equipa multidisciplinar, através da observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem. Consegui perceber a dinâmica do serviço, mais especificamente o seu espaço físico, circuitos do serviço e do cliente, a sua organização funcional e articulação com outros serviços. As diferentes funções dos enfermeiros e assistentes operacionais, rácio de enfermeiro e assistente operacional/ cliente, papel do chefe de equipa de enfermagem, normas e protocolos de atuação, bem como o funcionamento e manuseamento de equipamento existente.

Considero que a integração no serviço, em especial a prestação de cuidados ao cliente crítico foi alcançada nesta primeira semana, tendo sido um contributo importante, de algum modo, a minha experiência profissional, referindo-me principalmente ao cliente com patologia médica, uma vez que a maioria dos clientes internados nesta unidade são do foro médico.

Apesar de o método de trabalho recair no método individual ou de enfermeiro responsável, considero que o espírito de equipa é fundamental para a dinâmica do serviço, uma vez que os cuidados de enfermagem prestados, em algumas situações, requerem a atuação de forma rápida, eficaz e eficiente, de mais de um enfermeiro em simultâneo e, desta prestação depende a vida do cliente. Esta atuação requer organização, método, tomada de decisão e gestão de cuidados, contribuindo para isso, os conhecimentos, experiência e perícia dos elementos intervenientes. NUNES (2007, p.7), refere que *“O domínio cognitivo do saber-saber e do saber fazer, da experiência e da prática são factores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da acção”*.

Para prestar cuidados de enfermagem com segurança e qualidade aos clientes internados na UCI, tive necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica e seleção de informação pertinente para aumentar o leque de conhecimentos, permitindo desta forma compreender e prestar cuidados com maior rigor, bem como demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, ou seja, ao cliente crítico.

Segundo o artigo 88º do DECRETO-LEI n.º 111/ 2009 de 16 de Setembro (CDE), a pessoa tem direito a receber cuidados de enfermagem de qualidade. Daqui ressalta o dever do enfermeiro em proceder a uma constante atualização dos seus conhecimentos a fim de acompanhar a evolução das tecnologias e das ciências humanas.

O investir na aquisição de conhecimentos teóricos marcou a diferença na prestação de cuidados, pois houve visibilidade prática da formação efetuada, com a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados e também na promoção de momentos de reflexão informal com a EO e elementos da equipa.

Estando perante uma panóplia de assuntos/ técnicas e situações para as quais não possuía conhecimentos necessários para uma atuação responsável e um cuidar competente, o estudo e pesquisa foram essenciais.

Aprender sobre a temática da Ventilação Mecânica verificou-se como uma necessidade, recorri à pesquisa bibliográfica para colmatar esta lacuna. Esta necessidade de saber mais sobre esta temática estava relacionada, também, com um dos objetivos estabelecidos, uma vez que diariamente me deparava com clientes submetidos a este tipo de tratamento e sentia necessidade de me responsabilizar pela totalidade dos cuidados prestados. O DECRETO-LEI 104/ 98, no nº 1 do Artigo 76º, refere que é dever do enfermeiro *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem”*.

Na mesma linha de pensamento, COLLIÈRE (1999, p. 244 e 245), refere que *“as competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos (...)”* e a sua *“aquisição requer o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa mesma competência”*. Também WATSON (2002, p. 63) menciona que *“a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra”*.

Na pesquisa bibliográfica efetuada dei especial atenção aos assuntos relacionados com os modos de ventilação invasiva, escolha de equipamento, o motivo do cliente não se

encontrar bem adaptado ao equipamento, parâmetros importantes a avaliar, desmame ventilatório, aspiração de secreções, aspetos psicossociais e comportamentais da pessoa submetida a VMI, bem como a importância e formas de comunicação com clientes submetidos a esta técnica.

Para MARCELINO (2008, p. 64), a ventilação mecânica corresponde a *“todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação”*.

A par da pesquisa bibliográfica, também o apoio da enfermeira orientadora contribuiu para perceber as diferenças entre as diversas modalidades ventilatórias, interpretar os valores e as representações gráficas inerentes a cada uma das delas, possibilitando uma participação progressiva e proactiva nos cuidados prestados. Foram várias as situações onde pude aplicar os conhecimentos adquiridos, nomeadamente saber interpretar os alarmes, relacioná-los com a situação do cliente e conseguir providenciar a resolução da situação o mais prontamente possível, a fim de não comprometer a eficácia da ventilação (ex: presença de secreções, intolerância ao posicionamento, desconexão de equipamento, exaustão, entre outras). Segundo KNOBEL [et al.] (2005), o enfermeiro deve estar atento às alterações, saber identificá-las e corrigi-las. Também BENNER (2001), refere que o enfermeiro deve possuir uma panóplia de conhecimentos para aferir da gravidade de uma situação e a necessidade de intervir rapidamente. Recordo a situação de uma cliente, que não estava sob os meus cuidados diretos, mas a quem fui prestar alguns cuidados pelo facto de a enfermeira responsável por essa cliente se encontrar ocupada. No final do turno reparei que a cliente se encontrava muito prostrada comparativamente ao início do mesmo e a turnos anteriores. No entanto, do ponto de vista hemodinâmico a cliente encontra-se estável, mas à observação a cliente estava francamente piorada. Perante o facto, alertei a enfermeira e informei do estado geral da cliente sendo que esta desvalorizou a informação. Incomodada com o agravamento da situação informei também a EO de estágio, que era também a chefe de equipa, e o médico de serviço. A enfermeira orientadora valorizou a minha informação e foi avaliar a cliente. Verificou-se que a cliente necessitava de ser reentubada para ventilação e que esta prostração se devia ao facto de não estar a ventilar de forma adequada. Procedi juntamente com a EO à preparação da cliente e de todo o material necessário para a entubação endotraqueal. Após a situação estar resolvida, a EO refletiu com a enfermeira responsável pela cliente e comigo sobre esta situação. Alertou a enfermeira responsável pela cliente para a necessidade de uma correta e constante avaliação do estado dos clientes e sempre que surgissem dúvidas estas deviam ser partilhadas com os elementos da equipa mais experientes para despiste de complicações e situações de maior gravidade, reforçando a importância do trabalho de equipa e dos conhecimentos teóricos e práticos para melhor e mais precocemente se despistarem complicações. Fiquei satisfeita por ver que o meu contributo foi tido em conta e por ter sido capaz de prestar assistência ao cliente crítico de forma adequada e eficaz, despistando situações complexas, intervindo rapidamente. Para isso contribuíram os conhecimentos adquiridos na teoria, na prática e fruto de investimento pessoal.

Os clientes submetidos a VMI apresentam maior risco de desenvolver pneumonias associadas à ventilação estando este facto associado a diversas causas (CARRILHO, 2006). Durante o estágio, esta foi uma problemática a que dei também especial atenção. Procurei adotar medidas preventivas relativamente às práticas e procedimentos recomendados pelas entidades de referência no âmbito do controle de infeção, tal como mencionado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em que o “ (...) *enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, p. 13). De entre estas medidas saliento a aspiração de secreções apenas em SOS e com técnica adequada, adequada e regular higiene oral, cuidados na manipulação do equipamento, posicionamento da cabeceira a 35º, higienização frequente das mãos, cuidados na administração da dieta entérica, entre outras (DGS, 2004).

Outra técnica com a qual tive contacto diariamente, foi com a Monitorização Hemodinâmica Invasiva, pois de uma forma geral, todos os clientes internados na unidade são submetidos à mesma. Senti necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica sobre a temática, efetuei cuidados a linhas arteriais tendo sempre presente o princípio da assepsia, tive a oportunidade de retirar alguns destes dispositivos, bem como participar na sua colocação. Participei, também, nos cuidados a clientes submetidos a hemodiafiltração e técnica dialítica contínua, técnicas com as quais ainda não tinha tido contacto. Através de reflexões com a enfermeira orientadora bem como com os restantes elementos da equipa, em paralelo de investimento pessoal fiquei com noções básicas sobre esta técnica e dos cuidados necessários, pois apenas me foi atribuído um cliente submetido a este tipo de tratamento. No entanto, é de referir que as situações de falência renal em UCI's são muito frequentes, muitas vezes relacionadas com a falência multiorgânica provocada por sépsis (GUERRA, 2003).

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a um cliente que foi posicionado em decúbito ventral, no meu turno, tendo a leitura de artigos relacionados com o tema, contribuído para a prestação de cuidados de enfermagem com conhecimento, e em simultâneo contribuiu para o desenvolvimento de competências. Refleti com a enfermeira orientadora sobre as vantagens/ desvantagens do posicionamento em decúbito ventral, como este momento consistia numa situação de stress para toda a equipa e qual a sua importância no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Neste sentido, senti necessidade de estudar o porquê, o modo como o procedimento é elaborado, ações de enfermagem e despiste de complicações, pois a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto era-me completamente nova.

Uma ação que considero de importância extrema numa UCI é adaptar os valores dos alarmes dos monitores e ventiladores ao estado de saúde e parâmetros de cada cliente. Em muitos turnos, ao realizar este procedimento reparei que em muitos casos estes alarmes não se encontravam minimamente ajustados aquele cliente em específico. Segundo FRAGATA e MARTINS (2008, p. 101) “*as máquinas e dispositivos médicos foram justamente apelidados de «membros da equipa de saúde», tal o seu número e importância*”. No entanto, estas máquinas

têm de ser controladas por nós caso a caso, a fim de conseguirmos uma avaliação rápida e fiável para uma atuação profissional eficiente e inequívoca.

As atividades anteriormente descritas permitiram-me adquirir e desenvolver algumas competências como enfermeira especialista, nomeadamente manter de forma autónoma e contínua o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, demonstrar um nível de conhecimento aprofundado na área de especialização, ou seja, em cliente crítico, bem como um discurso pessoal fundamentado, ser capaz de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e realizar gestão de cuidados ao cliente em estado crítico (UCP, 2011).

No decurso do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem diferenciados a clientes críticos e acompanhar o seu processo de doença, com melhoria ou agravamento do seu estado clínico, algumas vezes culminando com a morte. Neste percurso pude acompanhar tanto clientes como a sua família neste processo tão complexo de doença e de internamento numa UCI que atravessavam.

A VMI representa uma componente tecnológica bastante avançada, no entanto acarreta muitas consequências para o cliente e família, nomeadamente, relacionais, emocionais, morais e éticas. Pelo facto, salienta-se a importância da comunicação e da relação de ajuda para com estes clientes e suas famílias. COLLIÉRE (1999, p. 269), refere que “*a utilização de instrumentos e de técnica, exige não ser dissociado do suporte relacional (...)*”. Também PHANEUF (2005), refere que é a relação de ajuda que dá aos cuidados a eficácia e a qualidade humana, traduzindo-se em profissionalismo e dando visibilidade aos cuidados.

As necessidades psicológicas e emocionais dos clientes são bem visíveis em contexto de unidades de cuidados intensivos. SORIANO (2007), descreve as alterações emocionais enumeradas por estes clientes, aparecendo com maior frequência a ansiedade, o stress e a depressão, denominado por Síndrome de Cuidados Intensivos.

THELAN (1994), menciona algumas das intervenções de enfermagem adequadas para reduzir as necessidades emocionais do cliente, entre as quais saliento o questionar o que o cliente precisa, ouvir a resposta com atenção, proporcionar distrações e tranquilizá-lo quanto ao desempenho do seu papel.

Assim, compreende-se que a comunicação é essencial para o bem-estar do cliente neste tipo de serviços. É notória a existência de inúmeras barreiras, sendo a mais comum a entubação endotraqueal para a ventilação mecânica.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz, adaptada ao nível de entendimento do cliente e família, muitas vezes é o suficiente para diminuir a ansiedade e angústia dos mesmos e simultaneamente para aumentar a confiança e a colaboração destes com a equipa, bem como aumentar o conforto e diminuir a terapêutica ansiolítica e analgésica administrada. Quando o cliente não consegue comunicar, devem ser encontradas formas alternativas para estabelecer a comunicação. É sabido que a linguagem não-verbal funciona como complemento ou como alternativa à linguagem verbal, pelo que se deve fazer uso desta.

De acordo com BENNER (2001), é necessário construir estratégias para que haja conhecimento do saber fazer, saber desenvolvê-lo e melhorá-lo. As principais estratégias não-verbais que utilizei para comunicar com os clientes foram a expressão facial, a postura corporal, o olhar, a linguagem gestual e o toque. SILVA (2006), refere que o olhar, o movimento da cabeça e a conjugação dos músculos faciais podem demonstrar interesse e atenção, ou seja, se a nossa expressão mostra um relacionamento comunicativo e interessado, o cliente sente que pode confiar em nós.

O toque, para MARRUCHO [et al.] (2001), é um aspeto importante para o estabelecimento de relações e pode exprimir afeto, cuidado e conforto.

A linguagem gestual é muito utilizada, basta o cliente realizar determinado gesto/movimento para comunicar e expressar o que pretende ou sente. Daqui ressalta a importância da comunicação não-verbal, possibilitando a expressão do cliente e permitindo manter uma relação com o meio que o envolve. No entanto, por vezes, o cliente pode não conseguir transmitir a mensagem que pretende corretamente, o que pode provocar sentimentos de angústia, insegurança, frustração e sofrimento, aumentando a ansiedade e podendo comprometer a sua recuperação. Esta afirmação vai ao encontro do que refere PINA (2008), quando menciona que a qualidade da comunicação é capaz de regular comportamentos e tensões.

Durante a prestação de cuidados dei ênfase a esta temática, na minha prática tentei tornar cada cuidado prestado num cuidado personalizado e diferenciado, tentando contribuir para minorar os efeitos, necessidades psicológicas e emocionais dos clientes e famílias, através do respeito, do cuidado humano individualizado, acolhimento efetuado à família, da comunicação, entre outros aspetos básicos no nosso agir enquanto profissionais de saúde.

Na prestação de cuidados aos clientes que me eram atribuídos tentei manter sempre o diálogo, informando-os do procedimento, antes de prestar qualquer procedimento. De acordo com BENNER (2001, p. 111) “*os doentes devem e querem saber o que lhes fazem, a interpretação e explicação dos tratamentos tornaram-se papéis chave nos cuidados de enfermagem*”. Também procurei utilizar o toque como sinal da minha presença, procurando tranquilizar, acalmar e manter a esperança nos clientes. ZINN (2003) menciona que o toque de familiares, enfermeiros e médicos pode alterar o ritmo cardíaco do cliente.

A família, perante o sofrimento do cliente, pela envolvimento dos equipamentos que o monitorizam, pelas dúvidas que têm quanto ao seu estado clínico, pelo seu desejo de querer estar perto cliente, encontra-se também em grande sofrimento e ansiosa. No sentido de minorar esta angústia e sofrimento tentei sempre fazer um acompanhamento personalizado a cada família, no sentido de as orientar neste contexto de cuidados intensivos. Expliquei os objetivos dos aparelhos de monitorização, promovi a relação de ajuda através da disponibilidade, interesse, atenção, empatia, escuta, expliquei a evolução da situação clínica do cliente encaminhando-os para o médico e encorajei a interação com o cliente através do ensino das formas de comunicar com o cliente ventilado. Desta forma incentivei sempre a família a falar e a tocar no cliente, descortinando medos e dúvidas.

Ao fazer este acompanhamento, penso ter conseguido desenvolver competências relacionais, demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação e relacionamento com o cliente e família, respeitando as suas crenças e cultura, dando ao mesmo tempo visibilidade aos cuidados de enfermagem. Também BENNER (2001), refere que o enfermeiro incentiva e otimiza a atuação da família na recuperação do cliente, prestando-lhe apoio efetivo.

Relativamente ao objetivo de desenvolver competências na área de gestão da dor, optei pela introdução de uma técnica não farmacológica, nomeadamente a música. A música permite uma hospitalização mais humanizada, facilita a interação entre o cliente, profissionais de saúde e familiares (BERGOLD, ALVIM e CABRAL, 2006).

Para CARTAXO e GONELHA (2007, p. 40) *“a humanização em cuidados intensivos é uma tarefa difícil, trata-se numa luta contra o sistema tecnológico dominante”*.

Face ao exposto, a música surge como um método de humanização dos cuidados, simples, eficaz, barato, não invasivo e sem efeitos colaterais indesejados que tem influência física, psicológica e emocional no cliente, durante o tratamento de diversas situações clínicas, reduzindo consideravelmente a angústia, ansiedade e dor sentidas pelo cliente numa UCI. É um método não farmacológico no controle da dor, por se caracterizar por um método de distração (SOUZA e MARCHETI, 2006). Para o mesmo autor, a música produz relaxamento e é apontada como uma intervenção que também minimiza a dor e o sofrimento, através da promoção do equilíbrio físico, emocional e estimulação do potencial criativo, permitindo uma interação terapêutica mais eficaz traduzida numa recuperação mais célere.

Em enfermagem, a música é um recurso complementar no cuidado, objetivando o bem-estar psicossocial numa ampliação do processo saúde-doença, contribuindo para a construção de um cuidar humanizado através de uma visão holística que tem em consideração os aspetos físicos, emocionais e sociais do cliente (SOUZA e MARCHETI, 2006).

Os autores anteriormente mencionados referem que através da monitorização da frequência cardíaca, respiratória e de alterações comportamentais, no momento em que se aplica a música, há alterações. Concluíram que a respiração ficava mais lenta e profunda, movimentos de fechar as mãos, virar a cabeça, abertura dos olhos e diminuição da frequência cardíaca, ficando demonstrado, desta forma, que a música produz estímulos.

BERGOLD, ALVIM e CABRAL, (2006), estudaram a aplicação dos diferentes estilos de música em contexto terapêutico pelos enfermeiros. Concluíram, por exemplo, que a música de estilo mais clássico, onde predominavam instrumentos de cordas, pode induzir serenidade e relaxamento e que um estilo de música mais rápida gera reações de desconforto, agitação e confusão.

Os estímulos musicais, através da memória afetiva, proporcionam lembranças passadas e sensações de alívio tornando o ambiente envolvente mais seguro. Estes efeitos podem ainda ser mais significativos se se adaptar a música aos gostos e histórias dos clientes (FONSECA [et. al], 2006).

A ventilação mecânica é uma das modalidades de tratamento mais frequentes numa unidade de cuidados intensivos. Apesar do seu efeito de salvar-vidas, a ventilação mecânica

aumenta o stress e a ansiedade do cliente (THOMAS, 2003 citado por HAN [et al.], 2009). A VMI juntamente com os restantes tratamentos existentes na UCI, podem traduzir-se uma variedade de efeitos físicos e psicológicos nos clientes (BERGBOM-ENGBER [et al.] 1989, HALL-LORD [et al.] 1998, SCHELLING [et al.] 1998, THOMAS 2003, citados por HAN [et al.], 2009). Os clientes submetidos a VMI enfrentam uma variedade de situações stressantes, salientando-se o medo, dor, falta de sono, sensação de tensão, incapacidade de falar, desconforto, falta de controlo e solidão, que normalmente geram reações de ansiedade (YAGAN [et al.] 2000, ROTONDI [et al.] 2002, THOMAS 2003, citados por HAN [et al.], 2009).

Nas UCI frequentemente existem níveis elevados de ruído (MATEUS, 2006), este ruído provoca stress, inquietação, ansiedade e conseqüentemente eleva a frequência de batimentos cardíacos. No sentido de minimizar estes efeitos e evitar complicações utiliza-se medicação sedativa, que por sua vez, pode provocar efeitos colaterais indesejados como náuseas, vômitos, fraqueza, atrofia muscular podendo levar a um maior tempo de necessidade de ventilação, tornando os clientes mais susceptíveis a infecções e a um aumento do tempo de internamento. Esta afirmação vai ao encontro do pensamento de SOUSA, (2007, p. 28) quando diz que o ruído pode ser um *“factor negativo na recuperação”*. Por tudo o que foi referido, depreende-se a importância da utilização de medidas não farmacológicas, surgindo a música como uma alternativa que vai influenciar o cliente quer a nível físico, psicológico e emocional, uma vez que esta tem a capacidade de reduzir a angústia e a ansiedade.

Esta atividade teve por base a teoria de Kolcaba que define conforto *“como uma condição experienciada pelas pessoas que recebem medidas de conforto”* (TOMEY, ALLIGOOD, 2004, p. 484), na mesma linha de pensamento, a autora refere que medidas de conforto são *“intervenções de enfermagem”* concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo *“necessidade sociológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas”* (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 484). MERCEDES (2006), refere que o enfermeiro deve possuir interesse, conhecimento e habilidades relacionais, para garantir o bem-estar da pessoa que cuida, contribuindo para alcançar níveis crescentes de conforto.

Assim, em jeito de conclusão, pode-se dizer que a música é um recurso terapêutico ao nosso dispor, que cuida, alivia a dor, tranquiliza, propicia momentos de prazer, humaniza os cuidados, diminui o sofrimento, proporciona bem-estar, conforto, provoca mudanças no comportamento, permite e melhora a comunicação e estes efeitos traduzem-se numa recuperação mais rápida.

De acordo com MARTINS e FRANCO (2004, p. 8), *“através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas (...), o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas e no cuidar”*. Assim à medida que fui integrando a equipa e desenvolvendo o conhecimento acerca da aplicação da música na enfermagem, especialmente numa UCI e com clientes ventilados, fui começando a partilhar e a refletir com alguns elementos da equipa de enfermagem os conhecimentos adquiridos bem como os resultados dos estudos já realizados sobre esta temática, promovendo momentos de

troca de experiências e reflexão conjunta, de modo a tentar influenciá-los para a melhoria da qualidade de cuidados, através da humanização e individualização dos mesmos.

Quase no final do estágio, tive a oportunidade de aplicar a música em quatro clientes, sendo que uma cliente apresentava paralisia cerebral. Esta atividade teve início uns dias antes do final do estágio, pelo que não foi possível realizar a experiência com mais clientes.

Esta atividade teve bastante aceitação por parte dos enfermeiros do serviço, tendo gerado reflexão acerca das potencialidades deste método. Por parte dos clientes também teve grande receptividade. Aos clientes a quem foi questionado se gostariam de ouvir música por uns momentos, todos eles responderam que sim com agrado. Foi dado a escolher as alternativas de música clássica e música zen e estes escolheram conforme a sua preferência. De referir que alguns dos clientes selecionados embora tivessem a comunicação comprometida, estavam lúcidos e orientados. A duração de cada momento de aplicação da música foi de 20 minutos ou o tempo que o cliente pretendesse.

Posso mencionar que esta atividade teve bastante sucesso no que respeita à atitude de cliente face à iniciativa, visto que os clientes que estavam mais “acordados” e conseguiam verbalizar as suas emoções, referiram que foi um bom momento de distração após tanto tempo de privação com atividades diferentes do que estar numa cama a ouvir barulhos de alarmes. Nestes clientes pude observar comportamentos compatíveis com o relaxamento, uma vez que fechavam os olhos e se deixavam embalar ao som da música colocada. Dois clientes adormeceram enquanto estavam a ouvir a música colocada, indo este comportamento de encontro aos estudos mencionados anteriormente, ao mostrar que a música induz relaxamento. A par deste comportamento foi também observado que a frequência cardíaca diminuía ligeiramente, o que é perceptível uma vez que o cliente adormeceu. A tensão arterial não mostrou oscilações significativas. Num cliente do sexo masculino foi observado o seu rosto de satisfação enquanto ouvia música clássica, pôde-se observar também que este se recostou no cadeirão, porque se encontrava sentado, fechando os olhos como se se estivesse a abstrair-se do que o rodeava deixando-se levar pelos sentimentos e emoções que a música lhe estava a proporcionar. De acordo com o referido anteriormente por SOUZA e MARCHETTI (2006), o cliente também apresentou movimentos de abrir e fechar os olhos e virar a cabeça. A aplicação da música na menina que apresentava paralisia cerebral foi também considerada um sucesso, pois a família (mãe e irmã) estava presente no momento da aplicação e referiram que a menina reagiu de forma diferente, comparativamente aos dias anteriores em que a tinham vindo visitar. A família mencionou que a cliente adorava ouvir música no domicílio. Foi incentivada a família a trazer CD`s com a música preferida da cliente. Estes mostraram-se muito entusiasmados e nos dias seguintes trouxeram os CD`s e eles próprios realizavam a atividade com a cliente. A família mostrou-se bastante satisfeita porque pôde participar nos cuidados e ajustou a atividade ao gosto da cliente. Muitos dos efeitos/ comportamentos e atitudes que observei vão de encontro aos resultados dos estudos mencionados anteriormente, o que me deixou também muito satisfeita, ao poder observar que de facto a música provoca estímulos.

Posteriormente à realização desta atividade e refletindo nos comportamentos observados e nas técnicas utilizadas para essa observação, constatei que, possivelmente, se tivesse utilizado uma grelha de observação de comportamentos, esta me teria ajudado a ser mais objetiva na observação de todos os comportamentos dos clientes enquanto se aplicava a música e este constituía um instrumento importante para posteriormente os enfermeiros na unidade pudessem aplicar a música e observar os comportamentos obtidos mediante tal grelha, tornando os resultados mais objetivos e fáceis de mensurar.

No sentido de melhor dar a conhecer as pesquisas efetuadas acerca da aplicação da música na UCI e com o intuito de não deixar cair no esquecimento este tipo de intervenção após o fim do meu estágio, elaborei um artigo intitulado “Música na Unidade de Cuidados Intensivos” (Apêndice I) que disponibilizei via email para toda a equipa. Também deixei no serviço um dossier com artigos considerados de interesse sobre a temática, bem como o respectivo artigo.

Ficou no serviço uma caixa com dois CD`s de música relaxante/ zen e música clássica, alguns fones, um leitor de MP3, uma coluna e pilhas, para que os profissionais na minha ausência possam dar continuidade ao projeto. Os artigos deixados bem como o material que disponibilizei na caixa que ficou no serviço, não provocaram o impacto que eu tinha previsto na equipa. Pois passado algum tempo do estágio ter terminado, em contexto de trabalho tive de transferir um cliente para esta unidade e apercebi-me que a caixa deixada ainda estava intacta, facto que me deixou triste. No entanto, após alguma reflexão penso que isto ainda se deve ao facto da supervalorização da componente técnica no cuidar em enfermagem em detrimento da humanização dos cuidados e de técnicas alternativas.

Tive a oportunidade de participar num estudo da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos que tinha como objetivo a uniformização de escalas de avaliação da intensidade da Dor no cliente internado nas UCI's Portuguesas, devido à ausência de uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade da Dor da Pessoa internada nas UCI`s do país. Pude avaliar a dor dos clientes internados utilizando as duas escalas que a Sociedade recomendava, para isso atendi aos critérios de inclusão e exclusão, pois as escalas apenas se aplicam a clientes que não comunicam. As escalas que se utilizaram foram Behavioral Pain Scale (BPS) e a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID). No que diz respeito a este estudo considero que fui um elemento bastante dinamizador do mesmo, uma vez que incentivava os profissionais a realizarem a avaliação da dor recorrendo a estas escalas, pois estes muitas vezes descoravam esta avaliação. Em muitos turnos era eu que colocava as folhas de avaliação da dor em cada unidade do cliente, para que os enfermeiros não descorassem a sua avaliação, bem como passava no final do turno para verificar se a avaliação tinha sido realizada e apelava para guardarem as folhas de registo no local próprio para o efeito.

Face ao referido anteriormente e segundo as competências descritas pela (UCP, 2011), penso que fui capaz de demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, participar e promover a investigação em serviço,

relativamente ao cliente em estado crítico e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Os cuidados prestados neste tipo de unidades são muito agressivos e invasivos, acarretando muito stress, desconforto, dor e outros sintomas negativos para o cliente. Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, por passarmos mais tempo e estarmos mais próximos do cliente, intervir para melhorar a qualidade de vida destes, enquanto estão internados e humanizar a assistência que lhes é prestada, contribuindo para uma melhor prática profissional. A assistência humanizada vai muito para além de olhar para a doença, é dar atenção às necessidades gerais do cliente, família e equipa de saúde, procurando o seu melhor bem-estar (SALICIO e GAIA, 2006).

Desenvolver conhecimentos na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, foi outra das áreas bastante enriquecedora neste estágio, uma vez que este era um serviço em que todos os profissionais respeitavam as normas e as boas maneiras para realizarem os procedimentos atendendo aos padrões de qualidade bem como o controle de infeções. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p. 3), *“os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes”*.

Relativamente a este estágio, muito refleti acerca da qualidade dos cuidados prestados, pois trabalho num serviço de Medicina onde somos poucos enfermeiros para um grande número de clientes, bem como um elevado grau de dependência que estes apresentam. Este facto leva-nos a ter necessidade de realizar muita quantidade de trabalho num turno que se torna pequeno para o número de atividades que são necessárias desenvolver. Por este motivo, muitas vezes descoramos a importância de pequenos aspetos, essenciais na qualidade dos cuidados, mas que para quem tem tanto trabalho, os considera supérfluos e apenas mais um procedimento para nos *“roubar tempo”*. Nesta UCI todos os pormenores são tidos em conta, e muitas vezes dava por mim a pensar o quão bom era trabalhar num serviço onde se atendesse à qualidade dos cuidados e não apenas à tarefa. No entanto, também pude concluir que se refletirmos acerca da nossa prática diária, damos conta que em muitos casos não é por deixar-mos de realizar mais um procedimento básico mas muito importante que vamos *“ganhar”* mais tempo, pois em muitos procedimentos, tanto se demora a fazer bem como mal. O importante que retirei daqui foi que foi muito positivo conhecer outra realidade de cuidados para perceber e me fazer refletir que afinal é possível fazer bem, basta pararmos para refletir e mudar as nossas práticas e atitudes. Espero que com esta nova *“bagagem”* e com um *“olhar diferente”*, consiga transpor este pensamento para o meu serviço de origem, fomentando assim as boas práticas e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Enquanto futura enfermeira especialista, compete-me zelar pela qualidade dos cuidados, considerando que posso, de alguma forma, contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados através da divulgação e implementação de medidas de controlo das IACS. ABREU (2003), refere que a aprendizagem implica transferência dos saberes adquiridos em determinado contexto e mobilizá-los em situações distintas.

Quase a terminar o estágio, numa conversa informal com alguns elementos da equipa de enfermagem, identifiquei uma necessidade de formação no seio da equipa que se prende com a administração de terapêutica subcutânea e hipodermóclise, nomeadamente as técnicas e local de punção, período de mudança do cateter e medicação a administrar. A identificação desta necessidade surgiu porque foi internado na UAD um cliente em fim de vida e que durante o internamento não se conseguiam canalizar acessos venosos, foi então que sugeri a administração de terapêutica subcutânea e constatei o desconhecimento por parte dos profissionais desta equipa deste tipo de procedimento. Neste sentido, senti importante realizar uma ação de formação (Apêndice II) relacionada com esta temática. Realizei uma sessão formativa onde abordei as principais linhas condutoras para este tipo de procedimento. Posteriormente, enviei por correio electrónico para toda a equipa de enfermagem, para além do documento que foi apresentado na formação, documentos que considerei pertinentes para um maior aprofundamento e conhecimento deste tema. Também deixei no serviço um dossier com este trabalho e alguns artigos selecionados para posterior consulta pelos profissionais.

Após a sessão de formação, foi entregue um questionário (Anexo I) para avaliação da mesma. De acordo com KETELE (1994, p. 85), deve-se proceder a uma avaliação das formações para “ (...) *fazer o balanço dos conhecimentos adquiridos, mais particularmente os relativos aos objectivos finais da acção, fornecer materiais ao responsável pela acção para a avaliação global da mesma (...), determinar as orientações futuras (...)*”.

O grupo de formandos presente foi de 6 enfermeiros, para uma população de 40 enfermeiros. Foi realizado a aplicação de um questionário (Anexo I), como método de Avaliação Global da Formação pelos formandos, sendo este o utilizado na instituição, o que permitiu a facilidade do seu preenchimento. É possível consultar o apêndice III, em forma de tabela com a pontuação atribuída a cada alínea em avaliação. O questionário está dividido em três grupos: Avaliação Global, Avaliação do Impacto da Formação e Avaliação do Formador. Após proceder à análise dos dados, realizando a média para cada item questionado, observa-se que a média corresponde a uma ponderação 4, ou seja, em “*Concordo Totalmente*”. Desta forma, pode-se concluir que a totalidade dos enfermeiros se mostrou muito satisfeito com a reposta da formação às suas necessidades, bem como com a formação em geral.

A metodologia utilizada foi ativa, com relevante importância na participação e colaboração dos participantes remetendo-me, ao mesmo tempo, para a reflexão das respectivas práticas e sua partilha.

Devo ainda mencionar alguns momentos de formação informais e de supervisão, uma vez que existiam alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem e que algumas vezes pediram colaboração para esclarecimento de dúvidas pontuais, como execução de procedimentos, abordagem do cliente em termos de comunicação, (...), contribuindo desta forma para a formação de novos profissionais. Com estas duas últimas atividades relatadas, desenvolvi competências relativamente ao colaborar na integração de novos profissionais e identificar necessidades formativas, de acordo com o descrito pela (UCP, 2011).

Penso que relativamente aos objetivos que me propus atingir com vista a adquirir competências de enfermeira especialista foram alcançados, uma vez, que diariamente prestei cuidados de enfermagem a clientes ventilados em estado crítico, procurando aperfeiçoar os cuidados no dia-a-dia até conseguir ser autónoma nos mesmos, tendo demonstrado capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas e refletir sobre a prática de forma crítica, entre as outras competências que já mencionei anteriormente.

Espero, através desta reflexão conseguir dar uma visão das atividades realizadas e das competências desenvolvidas, não sendo contudo exaustiva. Os momentos de reflexão são sempre importantes para o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que realizamos uma autoavaliação, tomando consciência dos nossos erros e como podemos melhorar.

O estágio correspondente ao módulo III foi realizado na Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha e decorreu de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011. De seguida descrevo os objectivos que me propus atingir neste módulo de estágio, as actividades desenvolvidas para os atingir e faço uma pequena reflexão sobre o estágio e as competências desenvolvidas.

1.2. MÓDULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

A escolha do estágio de opção de Cuidados Paliativos prende-se com o facto de, no passado, ter exercido funções nesta área e, por outro lado, no local onde exerço funções, deparar-me diariamente com clientes que necessitam deste tipo de cuidados que, em muitos casos, ficam internados no serviço a aguardar uma vaga em cuidados paliativos durante alguns meses. Por outro lado, a escolha deste local de estágio, decorre do crescente interesse pessoal, na convicção que o contacto com estes clientes, sua família e uma equipa especializada nesta área de atuação, facilitaria o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais que permitam ajudar a melhorar a minha prática profissional e pessoal, em contexto de trabalho.

Escolhi a Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha por ser uma unidade de referência na área. Alguns clientes do serviço onde exerço funções são transferidos para unidades de cuidados paliativos, considero assim, uma mais valia estagiar neste local, porque poderei observar e adquirir competências para desenvolver, aplicar e fomentar no meu local de trabalho, junto dos meus pares, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área de atuação, o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida dos clientes ali internados. É imperativo dar resposta às necessidades destes clientes, diminuindo o seu sofrimento físico e psicológico, bem como das suas famílias, prestando cuidados globais e humanizados, que garantam o conforto, dignidade e qualidade de vida, tanto quanto possível.

A Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni está integrada na Casa de Saúde da Idanha a cargo das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração, é uma casa religiosa. Quanto à estrutura física é constituída por dez quartos individuais, sendo que oito deles estão destinados a receber clientes provenientes da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados e os outros dois quartos destinam-se a clientes de carácter privado mas que reúnam critérios de inclusão numa unidade de CP. A equipa de CP é constituída por onze enfermeiros, de entre os quais alguns elementos apresentam formação avançada/ especializada em CP e outros encontram-se a frequentar essa formação. Contudo, todos os elementos que prestam cuidados nesta unidade possuem formação específica em CP, como sendo a formação básica. Relativamente à equipa multidisciplinar, esta é constituída por três médicos, onze enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social, uma assistente espiritual, uma fisioterapeuta, voluntários e assistentes operacionais. Diariamente, na Unidade de CP, estão presentes dois enfermeiros e duas AP no período da manhã, dois enfermeiros e uma AP no período da tarde e um enfermeiro e uma AP no período da noite. À quinta-feira, sempre que possível o número de

enfermeiros no período da manhã é superior, uma vez que se realiza a reunião semanal da equipa multidisciplinar e a consulta externa de Medicina Paliativa.

Segundo TWYGCROSS (2003, p. 16),

“os cuidados paliativos são os cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, no momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolonguem a vida.”

Para a OMS (2002) citada pela ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006), os cuidados paliativos são uma resposta às necessidades dos clientes que apresentam doença avançada, incurável e progressiva, com prognóstico reservado e/ ou com intenso sofrimento, com múltiplos sintomas em evolução, tendo como principal objetivo garantir a melhor qualidade de vida ao cliente e sua família.

Perante uma pessoa portadora de uma doença incurável, avançada e terminal, as intervenções no campo da saúde, têm o objetivo de minimizar os sintomas da doença, sem agir diretamente sobre a sua causa, são essencialmente cuidados de conforto global, que visam manter a qualidade de vida, tanto quanto possível, e a dignidade humana.

Os cuidados paliativos, representam, a capacidade de reconhecer a finitude do ser humano e a tomada de consciência de que quando já não é possível a cura, se deve admitir que o tratamento da doença deve terminar e passar a ser prioritário cuidar da pessoa que sofre, aliviando os seus sintomas e sofrimento.

Para uma intervenção com qualidade, em cuidados paliativos, é imperativo que haja controlo sintomático eficaz, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa. Todas estas áreas de intervenção foram alvo de sessões teóricas integradas no programa curricular do Mestrado, no entanto, para além da formação teórica, é igualmente preconizado que os *“profissionais de saúde recebam treino adequado e rigoroso”* (NETO, 2006, p. 19), nas quatro áreas acima mencionadas.

Para a realização do estágio, defini os objetivos que considerei fundamentais, baseando-me nas principais áreas de atuação dos cuidados paliativos. Os objetivos serviram de linhas orientadoras, que me permitiram delinear e organizar, de forma metódica o processo de aprendizagem ao longo do estágio, com o intuito de adquirir e desenvolver o máximo de competências possíveis.

Objetivo Geral:

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente em situação paliativa e sua família.

Objetivos Específicos:

Desenvolver estratégias de comunicação com o cliente/ família em situação paliativa.

Desenvolver competências na área da gestão da Dor.

A DGS (2004), no programa Nacional de Cuidados Paliativos, refere que sofrimento é um processo complexo resultado da combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigando a que a abordagem em matéria de saúde, seja sempre, uma

tarefa multidisciplinar, que inclui, além da família do cliente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e a comunidade.

A pessoa a quem é diagnosticada uma doença crónica e incurável e sua família, desenvolvem necessidades e preocupações específicas, relacionadas com os sintomas da doença, com os seus efeitos na vida diária, com o prognóstico e o sentido existencial e espiritual.

É fundamental que o cliente, a sua família e a equipa de saúde, estabeleçam uma relação terapêutica, para que esta atue como facilitadora dos cuidados ao cliente, garantindo o respeito pela autonomia do cliente e família nas tomadas de decisão. Desta forma, para ir ao encontro das necessidades dos clientes e suas famílias e para poder prestar cuidados personalizados e individualizados de qualidade, foi necessário estabelecer e desenvolver uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com os clientes que cuidei, pois estes devem ser encarados como parceiros no plano de cuidados. Para desenvolver esta atividade foi necessário aprofundar e desenvolver conhecimentos na área da comunicação e das técnicas utilizadas.

Segundo QUERIDO [et al.] (2010), comunicar *“envolve um conjunto de coisas simples que podem ser ditas e feitas, que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar o que sentem”*, desta forma, é importante que o enfermeiro possua competências básicas de comunicação, como a escuta ativa, a compreensão empática, que demonstre disponibilidade e proporcione um ambiente calmo.

Em CP, também a linguagem não-verbal assume um papel de extrema importância como o toque, a postura, a expressão facial, o olhar, o tom de voz, a paralinguagem, gestos... Isto vai ao encontro do que refere QUERIDO [et al.] (2010), em que a comunicação vai para lá da palavra, *“é um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-percetuais”*.

Durante o estágio tive oportunidade de colocar permanentemente em prática as técnicas de comunicação não-verbal (gestos, movimento do tronco e cabeça, expressões faciais, tom de voz, o olhar, o silêncio, o toque, ...), bem como a capacidade de escuta ativa, empatia, consideração positiva, aceitação incondicional, autenticidade, respeito, congruência, clarificação, reformulação, personalização, confrontação, iniciação, persuasão e síntese por forma a conseguir estabelecer com o cliente uma verdadeira relação de confiança no sentido de melhor compreender o que sente, o que o preocupa, facilitando a expressão de sentimentos para melhor o poder ajudar a adaptar-se à situação que está a vivenciar, minorando o seu sofrimento. As últimas técnicas de comunicação mencionadas são técnicas mais complexas e devem ser usadas com *“delicadeza”* e *“cuidado emocional”*, pois a intervenção pode ser percebida por parte do cliente como uma *“agressão”*. É necessário existir o estabelecimento prévio de uma boa relação de empatia e confiança (SAMPAIO, 2011). É de extrema importância conhecer as técnicas de comunicação e de as saber aplicar de forma correta, segura e expedita, para que o cliente se sinta valorizado, compreendido e estimulado para superar as suas dificuldades e problemas.

Existem situações de comunicação mais complexas em CP, com destaque para a transmissão de más notícias, comunicação do diagnóstico e prognóstico, a conspiração do silêncio, a negação e a agressividade. Tive oportunidade de observar e participar de forma ativa na transmissão de informação menos agradável para o cliente a família, utilizando a técnica dos “tiros de aviso” que consiste em revelar uma parte da informação, percebendo como o cliente e família reage. A outra técnica denomina-se de “dedos cruzados” e é utilizada na perspectiva de que o melhor possa vir a acontecer mas mantendo expectativas realistas, de forma a não retirar esperança às pessoas em questão. A aprendizagem na área da comunicação deve ser contínua e as competências nesta área *“não melhoram apenas com o acumular da experiência clínica, mas o treino adequado dessas perícias induz mudanças eficazes e duradouras na actuação do profissional”* (QUERIDO [et al.], 2010).

Segundo BUCKMAN (2000), as características da comunicação podem ser descritas em três vertentes: competências básicas de escuta; objetivos específicos da comunicação em cuidados paliativos – transmissão de más notícias e diálogo terapêutico; comunicar com a família e com outros profissionais.

Em Enfermagem, mas em especial em CP, é de extrema importância possuir conhecimentos e estratégias para uma boa comunicação, visto ser necessário ajudar os clientes e familiares a lidar com o sofrimento decorrente da doença grave e irreversível, dos tratamentos agressivos, incerteza do prognóstico, perdas funcionais e sociais, extinção da existência e perda de outros significativos. A intervenção tem de ser realizada precocemente com perícia e rigor, a fim de prevenir e aliviar, tanto quanto possível, o sofrimento físico, psicossocial, existencial, tendo em conta a situação cognitiva do cliente e família (TWYLCROSS, 2003).

Refletindo no tema da comunicação verifico que as dificuldades sentidas para atingir os objetivos de uma relação de ajuda e de uma comunicação adequada, se assemelham às dificuldades também sentidas no estágio anterior, embora com as suas especificidades. Penso que esta dificuldade surge sobretudo por envolver assuntos relacionados com a perda e com a morte, pois são assuntos frágeis e difíceis de abordar, uma vez que podemos causar sofrimento no outro. Atualmente, a morte, deixou de ser encarada como algo natural, e passou a ser encoberta. A morte, surge atualmente como *“...profissionalizada, medicalizada, sobretudo hospitalizada sendo desapropriada tanto do contexto do indivíduo e da sua família, quanto do seu meio social mais imediato”* (OLIVEIRA e MINAYO citado por SILVA [et al.] 2008, p.5).

Face ao exposto, penso que deveria ser uma prioridade apostar na formação em CP dos atuais e futuros profissionais de saúde, certa de que esta formação também traria contributos para todas as outras áreas de cuidados de saúde.

As técnicas de comunicação devem ser bem treinadas, exercitadas e refletidas por parte dos profissionais de saúde, pois, o impacto da nossa atuação perante algumas situações pode ser negativo para o cliente e família se a comunicação não for realizada com técnica e perícia. Durante o estágio elaborei uma listagem de interações (Apêndice IV) que realizei com os clientes internados e posteriormente refleti sob essas mesmas interações, quer a nível

pessoal bem como com o apoio dos enfermeiros da unidade, de forma a melhorar a comunicação e a abordagem com os clientes e familiares. A análise das interações permitiu-me uma atitude reflexiva da minha prática. Permitiu-me realizar uma introspeção sobre os diferentes encontros para perceber o que poderia ter corrido melhor. A reflexão permitiu-me ser capaz de em experiências futuras poder prever determinadas situações e tomar atempadamente medidas preventivas, que foram identificadas como falhas.

Estes momentos de partilha e conversa com os clientes ali internados constituíam um momento de enriquecimento pessoal inigualável em termos de partilha de sentimentos em diferentes fases da vida e como a doença altera os nossos comportamentos e pontos de vista ao longo das diferentes etapas da doença e da vida. Segura que estas partilhas nos tornam pessoas diferentes, mais humanas e fazendo-nos pensar e encarar a vida de uma outra forma.

Permitiu-me refletir, treinar e interiorizar algumas técnicas de comunicação e assim desenvolver competências nesta área. Esta atividade vai ao encontro do desenvolvimento de competências, em que o enfermeiro demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação ao relacionar-se com o cliente e sua família, bem como aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, produz um discurso pessoal fundamentado tendo em conta diversas perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara e avalia a adequação dos diversos métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva avançada (UCP, 2011), permitindo-me desta forma obter e desenvolver competências a estes níveis.

Reconheço que nesta área, ainda tenho muito para aprender e, que através da formação e do treino irei otimizando este recurso, apurando competências.

Relativamente ao controlo de sintomas, podemos identificar inúmeros fenómenos dolorosos e de desconforto. O desconforto pode ser provocado por muitos sintomas, e aqui ressalta a importância dos enfermeiros estarem despertos para a sua avaliação, tratamento e prevenção de recidivas. Antecipar terapêutica, permite ao cliente, manter a sintomatologia estável, evitando situações de descontrolo sintomático, mantendo algum conforto e qualidade de vida, na medida do possível. Quanto mais rigorosa for a avaliação dos sintomas que o cliente apresenta, maior a probabilidade de os conseguirmos controlar. É de extrema importância o enfermeiro compreender as necessidades dos clientes, perceber o que está na origem dos seus sintomas, avaliar as suas características e estar atento aos pormenores.

Tomando como definição de dor a avançada por TWYGCROSS (2003, p.83), “a dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento”, assim, os sintomas contribuem para a dor/sofrimento do cliente, desta forma, torna-se difícil ou quase impossível separar a dor e sofrimento. A dor pode gerar sofrimento e este, pode levar ao aparecimento de dor, uma vez que na unicidade da pessoa é impossível separar a dimensão física da psicológica. Em Cuidados Paliativos é frequente utilizar-se a expressão “Dor-Total”, esta engloba a componente sensorial/ física e a componente emocional, tendo repercussões a nível físico, social, emocional e espiritual (TWYGCROSS, 2003). Também KOLCABA (2009), refere que o conforto é muito mais do que a ausência de dor ou de outros desconfortos físicos. É a experiência

imediate e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

O controlo sintomático efetivo é impossível sem uma comunicação efetiva (BUCKMAN, 2000). Se o alívio da dor tem uma importância inquestionável, o desenvolver com o cliente uma relação de ajuda, assume também um papel crucial. Por vezes a manifestação de alguns sintomas, não é mais do que a manifestação de medos, ansiedade e angústias que incomodam o cliente e que este não quer ou não consegue manifestar de outro modo. Muitos clientes estão conscientes da sua situação clínica e do agravamento progressivo da doença, o que pode dar origem a situações de angústia, profunda tristeza ou depressões, levando a que o cliente coloque questões sobre o sentido da vida, levando-o a questionar as convicções religiosas. Tudo isto vai interferir na experiência de conforto dos clientes uma vez que afecta a consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida.

Ao longo do estágio procurei desenvolver uma atitude empática, privilegiando o desenvolvimento da escuta ativa e indo ao encontro das necessidades do cliente, tentando descobrir medos e angústias que perturbassem a sua tranquilidade.

Em contexto de cuidados paliativos, para além das competências técnicas, é de extrema importância o desenvolvimento de competências relacionais. *“No fim de vida e quando confrontada com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta, essencialmente, no acompanhamento e no conforto”* (PACHECO, 2004, p. 74). Também NETO (2010), partilha desta opinião quando menciona que o objetivo principal em cuidados paliativos é promover o conforto do cliente e da sua família. KOLCABA (2003), refere que a meta ou objetivo do cuidar é o conforto dos clientes, podendo este ser considerado o último estadio de saúde. A promoção do conforto dos clientes em fim de vida é o principal objetivo dos cuidados de enfermagem, mas esta maximização do conforto deverá ser feita de acordo com os desejos dos próprios clientes. (HOCKENBERGER, 1992 citado por KOLCABA, 1994) O apoio à família em CP é tão importante como o acompanhamento que é efetuado ao cliente. Em cuidados paliativos a família é incluída como alvo de cuidados (GUARDA, GALVÃO e GONÇALVES, 2010).

A doença terminal e a proximidade da morte de alguém que nos é querido são situações devastadoras, não apenas a nível individual como a nível familiar. Podem surgir complicações na forma como está estruturada a unidade familiar, nomeadamente na distribuição de papéis, na forma como está organizada e no seu modo de funcionamento. Inevitavelmente, vão surgir conflitos que vão contribuir para aumentar o sofrimento já sentido tanto para o cliente como para os familiares.

Porém, as necessidades do cliente e da família são diferentes, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, por estarmos mais próximos do cliente e família, sermos perspicazes e pró-activos na avaliação das suas necessidades. Torna-se imprescindível avaliar constantemente as necessidades dos familiares e ir ao seu encontro,

promovendo espaços próprios para a transmissão de informação acerca do curso da doença, esclarecimento de dúvidas, expressão de sentimentos ou simplesmente para reforçar a ideia que a equipa está sempre disponível para ajudar. É de igual modo importante valorizar os cuidados prestados pela família ao cliente, o seu sofrimento e o seu cansaço.

A família deve ser considerada como parceira de cuidados, como um elo de ligação entre o cliente e a equipa. É a família que melhor conhece o cliente, podendo ajudar o enfermeiro a conhecer as preferências, hábitos, formas de estar, de forma a ajudar a equipa a elaborar um plano de cuidados adequado e personalizado.

Considero que o apoio prestado à família é de extrema importância, pois se estas estiverem informadas, esclarecidas, tranquilas, apoiadas e confortadas, terão maior disponibilidade para estar com o cliente e isto constitui um fator positivo para a relação de ambos e traduz-se num maior conforto e melhoria da qualidade de vida de ambas as partes. Menciono a situação de 3 filhas de uma cliente internada, que eram muito próximas da mãe, muito preocupadas e atenciosas. No entanto, e face à evolução da situação clínica da doente, o plano de intervenção teve de ser reajustado, para uma melhor abordagem e conforto para a cliente. Este plano de intervenção era traçado sempre com o conhecimento e participação da família, no entanto estas filhas muitas vezes ficavam ambivalentes ao que lhes era proposto e transmitido. Numa fase inicial percebiam e concordavam com o que lhes era transmitido, mas com o passar do tempo ficavam confusas e referiam que não sabiam se estariam a fazer a melhor escolha. Foi muito importante o papel de toda a equipa na abordagem e acompanhamento destas familiares, no sentido de estarem sempre disponíveis para as ouvir, esclarecer dúvidas, validar os receios, reconfortar, apoiar e enaltecer os seus cuidados e dedicação para com a mãe. O exposto vai de encontro ao referido por KOLCABA (2003), ao mencionar que existem outras variáveis intervenientes na experiência de conforto, que são as forças de interação, que influenciam a perceção de quem recebe conforto, acerca do conforto total, tais como as experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognóstico, finanças e totalidade dos elementos da experiência do recetor. Através da prática, constato que as famílias bem estruturadas e organizadas, ou que tenham um bom suporte social de retaguarda ou recursos financeiros adequados, conseguem níveis de conforto mais elevados, que vão para além do simples alívio dos desconfortos físicos, pois são capazes de encontrar melhores estratégias para ultrapassar as dificuldades. O nosso contributo é essencial e marcadamente faz a diferença. Para quem está próximo de perder alguém de quem gosta muito, o sofrimento dessa perda é inefável, não é quantificável e é muito solitário, independentemente de se estar rodeado de amigos e familiares. Participar da tomada de decisão, ser informado, ser preparado para a proximidade da perda, ser confortado, estar a tempo de dizer adeus, obrigado, gosto muito de ti (...), pode fazer a diferença entre uma experiência muito dolorosa mas apoiada e uma experiência dolorosa que deixa marcas duráveis de culpa, de agressividade contra os técnicos de saúde e de dúvida, que poderá conduzir a lutos patológicos. Neste sentido, durante a minha permanência na unidade de CP procurei acompanhar as famílias, conversar com elas, perceber o que as incomodava, o que

sentiam, as dificuldades que estavam a passar e incentivava a expressão de sentimentos para que depois com a informação que dispunha ajudar a encontrar estratégias para ultrapassar de forma mais adequada este momento tão difícil das suas vidas. Reforçava sempre a importância do papel e cuidados da família para com o cliente, elogiando a seu esforço e dedicação.

Outro ponto basilar em CP é o trabalho de equipa, este assume um papel de extrema importância, não apenas pelo seu objetivo primeiro, que é cuidar do cliente de uma forma holística, mas também pela partilha de experiências e decisões de todos os profissionais envolvidos.

Diariamente, na unidade, é discutido entre os enfermeiros no turno e o médico qual a evolução dos problemas que os clientes apresentam. Em conjunto é traçado um plano terapêutico, que se pode traduzir em alterações a nível farmacológico com o intuito de controlar um sintoma, mas também em estratégias de comunicação a utilizar para atingir um determinado objetivo. Além destas pequenas reuniões, também existe uma reunião semanal onde estão presentes todos os elementos da equipa multidisciplinar para discutir o caso de cada cliente em particular e as formas de intervir, com o objetivo de dar resposta a todas as necessidades do cliente e família. As reuniões de equipa são momentos privilegiados para a partilha de ideias e tomada de decisões, em que os vários contributos são analisados.

Ao integrar esta equipa tive a oportunidade de observar algumas linhas orientadoras características de uma equipa eficaz, tais como descritas por BERNARDO, ROSADO e SALAZAR [et al.] (2010), em que o objetivo da intervenção é aceite e partilhado por todos, estando bem definidos os papéis e responsabilidades de cada membro. Existe uma relação de proximidade entre todos os elementos da equipa, o que permite uma comunicação bastante fluida.

O ambiente que se vive na equipa de CP da Casa de saúde da Idanha é afável, existe boa interação entre os seus membros, boa disposição, partilha de sentimentos e emoções relativamente às situações vividas na unidade. Reina a boa disposição, amizade, partilha, companheirismo, compreensão, diálogo e acima de tudo um sentimento de amizade e união que os torna uma “*família*”. Relembro uma situação, no início do estágio, com uma enfermeira do serviço que ficou muito triste com a morte de uma cliente ali internada há já 3 meses e com a qual toda a equipa tinha muita afinidade, pois consideravam que a sua passagem pela unidade trouxe grande crescimento a todos os membros da equipa pela partilha da sua experiência de vida, a forma de encarar a doença e as suas limitações. O dia da morte desta cliente foi vivido muito intensamente por toda a equipa. A enfermeira a que me referia ficou muito abalada, chorosa e muito triste. Com esta referência gostava de destacar o papel da equipa, nomeadamente dos médicos e enfermeiros presentes no momento, que apoiaram de forma incondicional esta enfermeira que se encontrava mais frágil, mostraram muito carinho e reflectiram com ela sobre o momento que estavam a atravessar. Para mim e para os restantes estagiários que se encontravam na unidade, também este foi um momento de tristeza e impotência, uma vez que o estágio se tinha iniciado há poucos dias e ainda não tínhamos laços de confiança com os elementos da equipa para que podessemos ajudar a superar a perda e

dar força para continuarem. No entanto, após ter visto a forma como cuidaram desta cliente na sua fase de agonia, referi aos elementos presentes que tiveram uma atitude muito humana, carinhosa, cuidada, de companhia e presença muito significativa, e que certamente esta senhora partiu muito agradecida a toda a equipa por a terem ajudado a morrer de forma digna e acompanhada.

Considero que o ter estado presente nas reuniões de equipa foi uma mais-valia em termos de informação referente aos clientes mas também de enriquecimento em termos das discussões observadas, tendo em conta a opinião e ponto de vista dos diferentes profissionais. Através destas percebia a postura e opinião de cada profissional devidamente fundamentada, as questões éticas que eram referidas em contexto do tratamento do cliente e as estratégias a estabelecer para atingir determinado fim. Foram momentos de enriquecimento em termos de aquisição de conhecimentos que posteriormente facilitaram a prática de cuidados. Nestas reuniões também pude dar o meu contributo, uma vez que passava bastante tempo com os clientes e famílias e estes me confiavam alguns problemas. Neste sentido e face à informação de disponha pude partilhar e decidir, juntamente com a equipa qual a melhor intervenção para determinado cliente. Por outro lado, foi fonte de satisfação perceber que a equipa multi e interdisciplinar, muitas vezes, recorria a mim por considerarem que conseguia estabelecer uma boa relação com os clientes e familiares, fazendo perguntas ou até para tentar abordar algum tema que se considerasse importante falar. Saliento a intervenção junto de um cliente internado na unidade, proveniente de uma instituição hospitalar e com um passado ligado à toxicoddependência. Este cliente apresentava uma atitude de distanciamento para com a equipa, pouco comunicativo e apresentava um comportamento um pouco desadequado. Foi-me então solicitado que tentasse ficar mais próxima do cliente e conseguisse perceber o que este sentia, pensava, as suas expectativas face à unidade de futuro, entre outras informações pertinentes. Deste contacto, posso mencionar que o objectivo foi cumprido, pois consegui estabelecer uma relação com o cliente e este passou a confiar em mim, confiando-me alguns dos seus problemas. Deste modo, e mais uma vez, considero ter desenvolvido competências na área da comunicação, demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e demonstrei ter desenvolvido a vertente relacional (UCP, 2011).

A dor é um dos sintomas mais frequentes no contexto das doenças. A persistência de dor tem grande influência tanto na deterioração da qualidade de vida como na atitude perante a doença. O alívio da dor, quer do cliente quer daqueles que com ela convivem, é imperativo, e determina uma prioridade de ação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros pelo papel de proximidade com o cliente.

Relativamente ao objetivo de desenvolver competências na área de gestão da dor e tendo em conta as medidas não farmacológicas no seu alívio, optei pela exploração da vertente da massagem dorsal de bem-estar e conforto. Através do toque o enfermeiro transmite o seu desejo de estabelecer uma relação, de estar presente, de querer ajudar uma *“pessoa que*

sofre, de cuidar dela e de a ajudar a descontrair” (COLÉGIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, 2008).

O enfermeiro, no seu papel autónomo, explora as necessidades da pessoa com vista a estabelecer com ela um plano de cuidados. O toque através da massagem é uma das intervenções autónomas da enfermagem.

A Massagem de Bem-Estar e de Conforto, consiste numa massagem manual. A sua finalidade é preventiva, curativa, de reabilitação, de relaxamento e de conforto. Esta massagem é utilizada diariamente nos cuidados de enfermagem e pelas suas características constitui um elemento ideal para o estabelecimento de uma relação enfermeiro- cliente. O referido vai ao encontro de DIAS (2007, p. 235), quando menciona que

“Existe um amplo consenso em enfermagem de que uma boa massagem tem igualmente efeitos benéficos sobre o sistema nervoso, permite a recuperação física e psíquica em simultâneo, ajuda a tomar consciência das tensões e a melhorar a comunicação”.

No entanto, por muitos profissionais esta técnica é ainda descorada, deixando passar uma ótima oportunidade de estabelecer uma relação e um contacto mais próximo com o cliente, bem como privar o cliente de um momento de maior bem-estar e conforto. Segundo KOLCABA (2003), o estado de conforto que alguns clientes atingem é conseguido com a ajuda de enfermeiros que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar envolvendo um conjunto de ações confortantes. Estas medidas de conforto que KOLCABA (2003) define como intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específicas das pessoas, são realizadas por nós, diariamente, sem lhes darmos, muitas vezes, a visibilidade merecida e sem darmos nome a essas intervenções que realizamos. Neste sentido, procurei, durante o estágio, sempre que se proporcionavam momentos privilegiados para o contacto, como sendo os cuidados de higiene e os posicionamentos, proporcionar momentos de conforto e bem-estar aos clientes internados, uma vez que são clientes que estão maioritariamente deitados no leito e a massagem de conforto funciona como um momento de relaxamento, permite ativar a circulação, diminuir a dor e preparar para o repouso e sono. Procurei junto dos colegas incentivá-los a fazerem a massagem com os devidos movimentos/ técnica ao invés de movimentos anárquicos na passagem do creme hidratante.

Existem alguns movimentos que podem ser usados nesta técnica: deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração. A utilização de óleos ou cremes ajudam no deslizamento das mãos na realização dos movimentos (PIMENTA, 2000).

Neste sentido, elaborei um pequeno vídeo com os principais movimentos a realizar numa massagem de conforto, já descritos anteriormente, e enviei via *email* para todos os elementos da equipa (Apêndice V). O objetivo deste vídeo, é alertar e sensibilizar os enfermeiros para realizarem a massagem de Bem-Estar e Conforto com os movimentos adequados e corretos, mediante uma sequência lógica. O vídeo exemplifica como se realizam tais movimentos e a sequência da sua realização, para atingir a maximização do objetivo máximo da massagem, o bem-estar, relaxamento e conforto.

Esta forma de divulgação foi a que me pareceu mais pertinente uma vez que é complicado reunir toda a equipa de enfermagem e esta forma mostrava-se interativa e mais apelativa. A par deste vídeo foi também anexado um documento sobre massagem de conforto e bem-estar, servindo de complemento ao vídeo enviado. Sei que era objetivo da enfermeira chefe da unidade, passar o vídeo numa das reuniões de equipa e aproveitar o momento para refletirem sobre a prática. Este momento só iria ter lugar depois do estágio terminar uma vez que já existiam outras atividades planeadas para as reuniões e em alguns dias estas não foram realizadas atrasando a realização das mesmas. Inserido no objetivo de desenvolver competências na área de gestão da dor, tive a oportunidade de participar no curso “*Pain*”, com duração de dois dias, onde foram abordados temas relacionados com a fisiopatologia da dor, farmacologia, escalas de avaliação da dor, abordagem de casos práticos permitindo a discussão sobre as diferentes formas de atuar, fomentando a reflexão sobre a prática. Outra competência que desenvolvi com estas atividades foi o ser criativa na interpretação e resolução de problemas e contribuir para a formação dos profissionais (UCP, 2011).

Este estágio foi, sem dúvida, um processo de aprendizagem proveitoso e intenso, que contribuiu para reforçar as minhas competências base e aplicar o conhecimento adquirido ao longo da vertente teórica e da minha experiência profissional. Para além de aplicar os conhecimentos, permitiu-me adquirir e desenvolver competências imprescindíveis em cuidados paliativos, como também “*absorver*” o funcionamento de uma unidade de CP, dinâmicas, ações e comportamentos, tão espontâneos, mas tão indispensáveis e importantes para os clientes ali internados.

Considero que este estágio, veio reforçar a minha vertente mais humana permitindo uma proximidade maior com aqueles que cuido, porque todos têm o direito de viver com dignidade, mas também morrer com dignidade, porque humanizar a morte é humanizar a vida. Não nos podemos esquecer que quando mais nada há a fazer em relação à cura, devemos fazer tudo o que estiver ao nosso alcance para aliviar os clientes do sofrimento decorrente da doença com o objetivo máximo do conforto. Este estágio traduziu-se num valor inigualável em termos existenciais e de atitude perante a Vida. A dignificação da vida em qualquer circunstância e a aceitação da morte foram fatores importantes para o cuidar. A compaixão, a humildade e o humanismo, são qualidades fundamentais para esta área do cuidar.

Aprendi que nesta área de cuidados se estabelecem relações muito fortes num curto espaço de tempo, que o profissional dá muito de si mas desta entrega resulta sem dúvida, enriquecimento pessoal e humano, transformando-nos seguramente em pessoas melhores. Cabe a cada um de nós fomentar a ideia e desenvolver um trabalho no sentido de proporcionar e dar Vida aos dias daqueles que estão próximos da morte.

O estágio correspondente ao módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida e decorreu de 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012. Seguidamente descrevo os objectivos que me propus atingir neste módulo de estágio, as actividades desenvolvidas para os atingir e faço uma pequena reflexão sobre o estágio e as competências desenvolvidas.

1.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A escolha deste local de estágio prende-se com o facto de este possuir uma equipa dinâmica, pela sua polivalência e ainda por proporcionar experiências de aquisição e desenvolvimento de competências na assistência de enfermagem ao cliente em estado crítico, uma vez que tem uma grande afluência de clientes diariamente. De acordo com SHEEHY (2001), a enfermagem de urgência é caracterizada pela diversidade de conhecimentos, de clientes e de processos de doença.

Para este estágio tracei os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente/ família em situação crítica em contexto de Urgência.

Objetivos Específicos:

Prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes em situação crítica no serviço de urgência, com destaque para o cliente que entra na sala de reanimação.

Desenvolver competências para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da participação na área de formação em serviço.

Desenvolver competências na área da gestão da Dor.

O SU do Hospital de Cascais é um serviço polivalente que presta assistência a clientes em fase aguda, do foro médico, cirúrgico, ortopédico, que necessitem de cuidados imediatos e específicos. Os clientes cujo motivo de ida à urgência não se enquadre nestas especialidades, são transferidos para outra instituição, como por exemplo, cuidados de neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outras.

O serviço encontra-se dividido por sectores e salas: sala de triagem com dois postos de triagem, cinco gabinetes de observação médica, uma sala de gessos e outra de pequena cirurgia, uma sala de espera para os clientes triados com a cor laranja ou que se encontrem em maca ou cadeira de rodas, uma sala de reanimação, uma sala de terapêutica e uma sala de observação, designada por medicina piso 2, com lotação de quinze camas, mas que maioritariamente se encontra sobrelotada. Apresenta ainda outras salas de apoio técnico e diagnóstico.

Do SU faz parte uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, técnicos administrativos, assistente social, voluntários, entre outros.

A equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e três enfermeiros, enfermeiro chefe e dois enfermeiros responsáveis, os restantes enfermeiros distribuem-se por cinco equipas com dez elementos cada em horário rotativo. O método de trabalho utilizado no serviço é o método de trabalho responsável/ individual pelo sector que lhes é atribuído. Também neste estágio foi constatado que o espírito de equipa é fundamental para a dinâmica do serviço e para o sucesso dos cuidados prestados, pois o serviço tem uma grande afluência de clientes, muitos em situação crítica e emergente, muitas situações imprevistas e complexas que requerem uma atuação consciente e segura de toda a equipa.

Na primeira semana, tive oportunidade de me integrar na equipa multidisciplinar, através da observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem. Consegui perceber a dinâmica do serviço, mais especificamente o seu espaço físico, circuitos do serviço e do cliente, sua organização funcional e articulação com outros serviços. Pude consultar normas e protocolos de atuação, verificar o funcionamento e manusear equipamento existente no serviço. Percebi as diferentes funções dos enfermeiros e assistentes operacionais, bem como a importância do papel do chefe de equipa de enfermagem neste contexto.

O integrar a equipa de enfermagem nos vários sectores do serviço, por onde passei, com os diferentes elementos da equipa e sempre acompanhada pelo enfermeiro orientador, permitiu-me ter uma visão global da dinâmica do serviço e conhecer os diferentes elementos que o compõem. A troca de informação e os momentos de partilha e reflexão foram uma mais-valia para atingir os objetivos com sucesso. Colaborei e prestei cuidados em todos os sectores do SU, procurando manter sempre um desempenho com qualidade e segurança, bem como uma postura correta para com a equipa tendo por base o respeito, a confiança e a complementaridade de papéis. Desta forma, a minha atuação vai de encontro ao referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde *“a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002), desenvolvendo, também, a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar, com uma metodologia de trabalho eficaz, como consta do documento da (UCP, 2011). Na prestação de cuidados procurei agir como modelo de boas práticas, alertando sempre que se justificava, para algumas questões que requeriam melhoria, verbalizando sugestões.

Enquanto futura enfermeira especialista, considero fundamental adotar uma atitude interventiva com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Procurei em conversas informais com os elementos da equipa de enfermagem, alertar para algumas práticas menos corretas a nível do controle de infeção associadas a alguns procedimentos, com o intuito de mudar práticas e comportamentos, tais como lavagem das mãos, manuseamento de equipamento do foro respiratório já utilizado pelo cliente, colheitas assépticas, algaliações e material de pensos e sua aplicação. Desta forma realizei momentos de formação informal, promovi partilha de conhecimentos, experiências e reflexão e exerci supervisão do exercício profissional. Também a formação em serviço faz parte das funções de enfermeiro especialista. Esta atitude vai ao encontro do que é mencionado no artigo 88º do DECRETO-LEI n.º 111/ 2009 de 16 de Setembro (CDE), em que o enfermeiro deve analisar o

trabalho realizado, detectar e reconhecer falhas que necessitam de uma mudança de atitude, mas também de adequar as normas de qualidade às necessidades das pessoas. Sempre que surgiam dúvidas procurei esclarece-las com os colegas e quando estes possuíam alguma dúvida procurei também ser um elemento de recurso e de ajuda, demonstrando um nível mais aprofundado de conhecimentos e zelando pelos cuidados prestados, uma vez que são competências do enfermeiro especialista (UCP, 2011). O referido vai ao encontro do mencionado por PIRES (2005, p. 254) em que

“a aprendizagem não ocorre nos espaços-tempos formalmente delimitados para tal, através de acções de formação planeadas e estruturadas, mas também (e principalmente) através do contacto directo e reflectido sobre as situações do quotidiano (...)”.

Relativamente ao objetivo relacionado com o cliente crítico na sala de reanimação tentei sempre que possível estar presente quando algum cliente dava entrada na sala. Numa primeira fase, procurei observar a distribuição, o desempenho dos diferentes profissionais presentes na sala e as funções de cada um. Posteriormente, passei a agir como elemento ativo e participativo, procurando não interferir com o desempenho e cuidados prestados pelos restantes elementos mas atuando em complementaridade com todos os profissionais de saúde presentes.

Para a sala de reanimação, o cliente pode ser encaminhado diretamente a partir da triagem (onde é atribuída a prioridade vermelha), ou imediatamente do exterior por solicitação do INEM. Esta sala destina-se ao tratamento dos clientes, de acordo com a sua situação clínica, do foro médico ou cirúrgico, em risco de vida (tais como, risco imediato de vida, hipoglicémias com *score* neurológico de Glasgow inferior a 15, politraumatizados, vítimas de violência com arma de fogo, clientes acompanhados pela VMER e com *score* neurológico de Glasgow inferior a 9 (REGULAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS, 2011).

A sala de reanimação é um local pequeno, onde apenas cabe uma maca. A sua capacidade inicial era para duas macas, no entanto, por razões de melhor gestão e funcionalidade, foi reduzida para uma. Esta sala está equipada com um carro de reanimação, dois monitores, drogas necessárias para a atuação, consoante a gravidade da situação clínica e com material específico para a realização de procedimentos invasivos, tais como colocação de drenagens torácicas, traqueostomia, entre outros.

A entrada de um cliente na sala de reanimação representa um momento de stress para a equipa de saúde afecta a esse sector, exigindo uma atuação rápida e de forma eficaz. Neste sentido, foi um desafio para mim, receber clientes do exterior que necessitavam de cuidados emergentes, sendo necessário estabelecer prioridades de atuação face às exigências específicas das diferentes situações. NUNES (2007), refere que a abordagem de um cliente crítico em situação de emergência, é uma situação stressante em que se devem tomar decisões de forma sistemática, sistematizada e numa sequência de prioridades. Os enfermeiros estão obrigados a assegurar por todos os meios ao seu alcance a manutenção da vida do cliente em caso de emergência (alínea 5 do Artigo 12º do DECRETO – LEI nº 161/ 96).

De acordo com as recomendações do ERC (2010, p. 63), a sequência de prioridade de atuação é *“Avaliar e tratar a vítima seguindo a sequência ABCDE (via Aérea, Respiração (Breathing), Circulação, Disfunção neurológica e Exposição)”*.

Nas diferentes situações de emergência, colaborei com os colegas na permeabilidade da via aérea, na monitorização hemodinâmica, na realização de compressões torácicas e na cateterização de acessos venosos periféricos, de grande calibre, para administração de terapêutica urgente.

Procedi ao transporte do cliente crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico e transferência para a UCI. Segundo a SPCI (2008, p. 9), entende-se por cliente crítico *“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”*. Durante o transporte, tive em conta a monitorização hemodinâmica contínua do cliente, a manutenção da via aérea permeável, os alarmes tanto dos parâmetros vitais bem como do ventilador, pois o período de transporte pode manifestar-se numa grande instabilidade para o cliente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (SPCI, 2008).

Aquando da transferência para a UCI e/ ou para o SO, procedi à transmissão da história clínica do cliente, de acordo com a metodologia do ABCDE.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de desenvolver e aprofundar competências na prestação de cuidados ao cliente politraumatizado, no que diz respeito à mobilização (utilizando técnica de levantamento em bloco), no transporte para a realização de exames complementares de diagnóstico, que tem a necessidade de ser transportado em plano duro, com colar cervical e apoios laterais de cabeça, até exclusão de patologia Vertebro-Medular. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009, p. 20) refere que

“a avaliação da pessoa vítima de TVM conhecido ou suspeito tem de incluir a estabilização obrigatória da coluna vertebral. Todas as vítimas devem ser protegidas de um agravamento da lesão primária até estar excluída a hipótese de TVM”.

As situações relacionadas com vítimas de trauma constituíram um foco complexo como área de atuação, pelo facto de não possuir experiência neste âmbito. No entanto, com a colaboração da equipa e com pesquisa bibliográfica realizada as dificuldades foram ultrapassadas e consecutivamente tornei-me mais confiante, autónoma e com maior conhecimento na prestação destes cuidados.

É importante salientar que após a estabilização do cliente, era prestado apoio emocional ao mesmo, sempre que se justificava, bem como aos seus familiares, amigos, (...), que se encontravam do lado de fora da sala em angústia, desespero e ansiosos por informação do que se estava a passar com o cliente. Desta forma era transmitida informação pertinente e se a situação o permitisse estes eram encorajados a visitar o cliente dentro da sala de reanimação, contribuindo para atenuar o sofrimento de ambos.

O contacto com os vários clientes e suas famílias permitiu-me tomar consciência, da necessidade de cuidados não apenas do foro físico mas sobretudo da carência de apoio emocional.

Para além de prestar cuidados diretos aos clientes na sala de emergência, tive também a oportunidade de garantir a operacionalidade da sala numa posterior emergência, no que respeita a reposição de material, fármacos, verificar a funcionalidade de equipamentos, entre outros procedimentos. Com a minha prestação na sala de emergência fui capaz de prestar cuidados e reagir perante situações complexas, tendo uma perspectiva profissional avançada, sendo esta também uma competência do enfermeiro especialista (UCP, 2011).

Recordo uma situação vivida na sala de reanimação, onde recebi juntamente com a equipa de saúde, uma senhora idosa em situação de peri-paragem e em agonia. Colaborei na sua monitorização hemodinâmica. Foi colhido sangue para uma gasimetria e após o resultado desta foi comunicado pela médica para não se proceder a manobras invasivas.

Posteriormente foi comunicado ao filho da senhora a situação clínica e foi-lhe também pedido para se despedir dela. De seguida, a cliente foi transferida para o SO e acabou por falecer nesse local. Partilhei com o enfermeiro orientador, o episódio vivido, e transmiti-lhe os sentimentos que me invadiram naquele momento, nomeadamente, tristeza, indignação e desapontamento, pois considero que poderia ter havido um maior apoio emocional prestado ao familiar. O enfermeiro mostrou-se consensual com a minha reflexão referindo que, embora considere haver sensibilidade, por parte dos profissionais, para a relação de ajuda, por vezes, devido à carga de trabalho, este aspeto pode gerar menos atenção dos profissionais.

Outro sector por onde passei no SU foi no SO, designado de medicina piso 2, por questões administrativas. Aqui pude prestar cuidados diretos aos clientes internados, desenvolvendo novas competências em novas situações e melhorando as já adquiridas. Colaborei no acolhimento do cliente, prestação de cuidados, preparação para exames, administração de terapêutica, transferência de clientes inter e intra-hospitalares e vigilância de clientes hemodinamicamente instáveis. Promovi a prestação de cuidados, de acordo com as necessidades avaliadas a cada cliente. Prestei cuidados de higiene e de conforto, de forma a avaliar as necessidades dos clientes, no que diz respeito, ao estado de consciência, da pele, ao risco de desenvolvimento para úlceras de pressão, mobilidade, nutrição, entre outros. Promovi a vigilância hemodinâmica e procedi ao respectivo registo dos parâmetros hemodinâmicos e observei e interpretei os valores laboratoriais tendo transmitido ao médico ou ao enfermeiro orientador situações onde houve alterações de valores. Avaliei também a dor de uma forma contínua. Nas transferências dos clientes da urgência para outros serviços, procedi a adequada transmissão da informação para a prestação de cuidados continuados, transmitindo oralmente e por escrito informações pertinentes relativas ao cliente e sua situação clínica, nomeadamente, motivo de internamento, antecedentes pessoais e história clínica atual. Procedi ao registo de toda a informação pertinente relativamente ao cliente e família. Segundo DIAS [et al.] (2001), os registos são a base e metodologia dos cuidados de enfermagem, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados de forma correta. São o testemunho escrito

da prática de enfermagem e através destes, os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, tendo em conta a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Procurei sempre estabelecer uma boa comunicação com o cliente e família, mantendo-os informados, proporcionando momentos de visita de acordo com o horário estabelecido no serviço para esse efeito e disponibilizando a minha ajuda para o que necessitassem. Deste modo, prestei diversos cuidados de enfermagem consoante as necessidades apresentadas por cada cliente (quer sejam físicas ou emocionais). Houve algumas situações em que foi visível, a existência do medo e da solidão vivido referido pelos próprios clientes. Perante estas situações, abordei o cliente de forma empática, através da utilização de uma comunicação adequada à compreensão de cada um, da escuta, do toque, o ato de apertar a sua mão, foi algo que mostrou algum alívio na dor e na solidão. Muitas vezes, o facto de demonstrar interesse pelo cliente, através de um diálogo com este ou com o familiar, é fundamental para a existência de um cuidar mais humanizado. Tal como refere WATSON (2002, p. 55) *“Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências.”*

Durante a minha permanência no SU, pude observar que o trabalho de equipa e uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar contribuem para um melhor desempenho profissional, maior qualidade assistencial e maior humanização nos cuidados prestados. O trabalho em equipa nas situações de urgência/ emergência é determinante para o sucesso das intervenções realizadas.

Em alguns turnos, tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador a realizar a gestão de cuidados e recursos no serviço, uma vez que este também era chefe de equipa. Quase no final do estágio, tive oportunidade de fazer a distribuição dos elementos da equipa, verificar as vagas existentes e proceder à transferência de clientes desenvolvendo desta forma a competência de liderar equipas de prestação de cuidados especializados (UCP, 2011).

Durante o estágio contactei com o Sistema de Triagem de Manchester.

A triagem é realizada por um enfermeiro que atendendo aos sinais, sintomas, à descrição realizada pelo cliente e aos descritores presentes no sistema informático, procede a uma rápida avaliação do cliente determinando a prioridade de urgência. É fundamental que o enfermeiro neste posto possua um conjunto de características que permitam desempenhar este papel com eficácia e eficiência, nomeadamente, experiência vasta em contexto de urgência, conhecimento de técnicas de comunicação, capacidade de observação e análise. SHEEHY (2001, p.125) menciona que *“a experiência orienta o enfermeiro na identificação dos sistemas que devem ser examinados em função das queixas do doente”*.

O sistema de Triagem tem como objetivo garantir um atendimento urgente, eficaz e eficiente, permitindo aos clientes serem atendidos de acordo com o nível de gravidade da situação clínica. Em primeiro lugar os clientes mais graves e não por ordem de chegada. Esta metodologia visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir com o máximo rigor possível, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento, contribuindo para uma melhor gestão do tempo de espera (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Neste sistema, existem 5 cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para o cliente ser submetido a observação médica. No dia-a-dia foi notório o desconhecimento, por parte dos clientes, relativamente às cores da pulseira que lhes era atribuída no gabinete de triagem, o seu significado e o tempo de espera correspondente a cada situação. Perante este facto, senti que era importante existir algo informativo que esclarecesse os clientes sobre o que era o sistema de triagem, a que correspondiam as cores que lhes eram atribuídas e o tempo de espera alvo para cada situação, pois o cliente tem direito à informação e a ser informado, conforme, conforme o referido pela DGS (sem data), na Carta de Direitos e Deveres dos Doentes. Neste sentido, juntamente com outra aluna a realizar estágio de especialidade, elaborámos um poster que esclarecesse tais dúvidas para afixação na sala de espera dos clientes, podendo ser consultado no Apêndice VI. Num trabalho de NEWBLE (2001) citado por LORENZONI (2007) o poster é considerado como uma combinação de cores, formas gráficas e informação que tem a intenção de atrair a atenção, permitindo transmitir e fixar uma mensagem. Este *poster* foi posteriormente apresentado ao enfermeiro chefe do serviço que preferiu que não colocássemos o tempo alvo de espera para cada cor atribuída, talvez por questões administrativas.

No SU pelas suas características, a intensidade de trabalho, a necessidade de agir de forma rápida, o elevado número de clientes admitidos, o curto tempo de internamento e o espaço físico limitado, são características que não facilitam a relação de ajuda (ALMINHAS, 2007). Cabe a cada um de nós enfermeiros, mediante as condições de trabalho com que nos deparamos, fazer algo para permitir a humanização dos cuidados, criando um plano de cuidados individualizado para cada cliente mediante as necessidades observadas e os recursos disponíveis. O enfermeiro que preste cuidados no SU deve ser capaz de criar e estabelecer uma relação de confiança, de escuta, de respeito pela individualidade do cliente, na construção de uma relação interpessoal e de ajuda.

O ambiente hostil, estranho, agressivo, barulhento e confuso que é característico num serviço de urgência, é pouco propício para acalmar a ansiedade, a angústia, a preocupação e a dor dos familiares que esperam por uma informação acerca do cliente internado. É importante que exista um elemento da equipa que proporcione informação, o contacto com o cliente, que mostre disponibilidade para ouvir o que realmente os preocupa e permita a exteriorização de sentimentos. Também para MARTINS (2000, p.135), o papel do enfermeiro é crucial, *“Envolver a família no cuidado ao doente durante o internamento exige mudança de atitudes e sobretudo encarar a família, também como recetora de cuidados”*.

Foi uma preocupação minha ao longo do estágio manter uma relação de proximidade entre mim, o cliente e o seu familiar/ pessoa significativa não só através da transmissão de informação aos familiares, como também permitir a permanência destes junto do cliente durante a prestação de cuidados, sempre que possível, mesmo por curtos períodos de tempo. Por outro lado, ao adotar esta atitude servia de modelo e exemplo de boas práticas para gerar mudança de comportamentos no seio da equipa em relação a este tema tão importante.

COLLIÈRE (1999), refere que é a relação com o cliente que se torna o centro dos cuidados de enfermagem, permitindo conhece-lo e compreender o que sente, tendo também um valor terapêutico. Neste sentido, devemos cuidar de forma holística, quer a nível pessoal, social, moral e espiritual mais do que um comportamento virado para a técnica e para a tarefa.

Durante a realização do estágio fui desenvolvendo técnicas de comunicação no relacionamento com os clientes e sua família, que me permitiram estabelecer uma relação terapêutica, respeitando sempre as crenças e convicções destes, facilitando a presença de pessoas significativas junto do cliente, bem como a transmissão de informação acerca de como se encontrava o cliente internado. Gestos simples da nossa parte, e que para a família fazem toda a diferença, permitindo ter a família como aliada na prestação de cuidados ao invés de gerar conflitos com esta, dando também visibilidade à nossa profissão através de um cuidar mais humanizado e de um verdadeiro acolhimento no serviço, contribuindo para que a sociedade tenha uma visão mais positiva e credível dos cuidados de saúde prestados nas instituições, nomeadamente pelos enfermeiros. Este acompanhamento à família e ao cliente, gera conforto psicológico, gera confiança nos serviços e reforça a disponibilidade do cliente e família para aceitar e aderir às orientações que lhe são fornecidas. O referido vai ao encontro ao artigo 89º do DECRETO-LEI n.º 111/ 2009 de 16 de Setembro (CDE), em que *“o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”*, mais uma vez é visível o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação na assistência ao cliente em estado crítico e sua família (UCP, 2011).

Relativamente ao objetivo relacionado com a dor, verifiquei que a avaliação desta era realizada escassas vezes e de forma pouco objetiva, indicando-se apenas a sua aparente existência ou não, sem a descrição da mesma, as medidas realizadas para a atenuar e a sua reavaliação. Este facto, leva-me a concluir que a avaliação da dor se faz raramente e de forma incompleta, comprometendo o seu controlo e privando o cliente do direito de a ver eliminada. Existe, no seio da equipa uma subvalorização da gestão da dor em relação aos restantes sinais vitais. Desta forma, constato que apesar de todos os enfermeiros terem conhecimento que a dor corresponde ao 5º sinal vital, a sua avaliação ainda é muito descorada, *“(…) talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e direito ao controlo da dor, dos profissionais de saúde e da população em geral, respectivamente”* (DGS, 2008, p.8).

Identifiquei algumas barreiras na avaliação e tratamento da dor, nomeadamente, reduzida formação dos profissionais de saúde neste âmbito, bem como subestimação em avaliar e controlar a dor dos clientes; não aplicação de instrumentos de avaliação da dor; falta de conhecimento das escalas a utilizar e inconformidades no programa informático para o registo da dor no que refere às escalas utilizadas para a sua avaliação. Estas barreiras identificadas estão de acordo com o que refere URDEN, STACY e LOUGH (2008, p.125) em que *“a falta de educação relativamente à dor, bem como a subestimação da dor do doente e a sua avaliação incompleta e difícil têm sido identificadas como barreiras significativas ao seu tratamento adequado”*. Também para GELINAS (2004), o controlo da dor em cuidados agudos

e críticos é inadequado e deficiente, identificando-se como fatores que contribuem para tal facto, a subestimação da dor do cliente, avaliações incompletas e dificuldades na avaliação da dor.

Assim, tendo por base o anteriormente referido sugeri ao enfermeiro chefe, após falar com o enfermeiro orientador, a elaboração de uma sessão de sensibilização para os enfermeiros sobre avaliação da dor. Sugeri também a elaboração de um protocolo de dor (Apêndice VII), mais especificamente para o SO, devido ao facto de nem sempre estarem médicos presentes neste sector, ficando os clientes que apresentam dor a aguardar algum tempo até verem a sua situação resolvida, esperando que o médico dê alguma indicação sobre a terapêutica a administrar, como foi observado por mim durante o estágio. Este protocolo tem como objetivo a uniformização dos procedimentos em relação à avaliação, monitorização e controlo da dor de forma mais rápida e eficaz em prol do bem-estar e conforto do cliente internado neste serviço, através de uma diminuição do tempo de actuação. Segundo MARTIN e HENDERSON (2004) as normas e protocolos têm como objetivo que as necessidades dos clientes fiquem totalmente satisfeitas, através de uma atuação mais rápida, com a máxima qualidade e com vista à excelência dos cuidados.

Não foi possível o protocolo ficar aprovado durante o período de estágio, pois aguarda-se reunião da equipa médica para posterior decisão sobre a sua aprovação e aplicação. No entanto, devo salientar que no serviço existem alguns elementos da equipa de enfermagem a frequentar um curso de Pós-Graduação em Dor que se mostraram muito disponíveis para continuar o projeto e fazer as diligências necessárias para verem o protocolo aprovado, pois é também uma necessidade dos enfermeiros que ali prestam cuidados, verem o cliente confortável o mais rapidamente possível. Outra inconformidade que foi identificada foi o facto de o programa informático que está em uso no serviço, ter um campo dedicado à avaliação da dor mas impõe a escala numérica para o registo da intensidade da dor. Este facto está incorreto uma vez que esta escala não se aplica a todos os clientes. Foi sugerido ao enfermeiro chefe, entrar em contacto com o grupo da informática para sugerir esta alteração, com a inclusão de outras escalas de avaliação da dor. Sugeri também que enquanto este ponto não estivesse retificado, colocassem no local da avaliação da dor que aquela escala não era aplicável ao cliente em questão e referissem nas ocorrências de turno a escala utilizada bem como o resultado.

A preocupação com a temática da dor ressalta do facto de a dor ser reconhecida como uma das principais queixas no sector da emergência GELINAS (2004), não deixando de parte a definição da DGS (2003, p.1), referenciada no início deste relatório. Por estes motivos, torna-se imprescindível falar e discutir este tema neste contexto (Serviço de Urgência).

Por outro lado, os enfermeiros são essenciais para o diagnóstico, avaliação, monitorização e tratamento da dor em todos os locais de cuidados de saúde, uma vez que são estes que estão mais próximo dos clientes e suas famílias e lhes providenciam constante apoio emocional, espiritual e pessoal (WHO, 2007). Também são os enfermeiros que estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, como por exemplo, os posicionamentos em

clientes que permanecem longos períodos de tempo imobilizados, tratamento de feridas, aspiração de secreções, reabilitação e muitos procedimentos invasivos, pelo que, esforços devem ser realizados para melhorar a avaliação e o tratamento da dor nos clientes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante todo o estágio procurei ser um modelo de boas práticas no que se refere a este tema, face à avaliação, controlo e registo da intensidade da dor. Esta minha atuação vai encontro do que menciona a DGS (2008), em que o controlo da dor deve ser uma prioridade a fim de atingir cuidados de qualidade e humanizados. Procurei envolver a família neste processo, uma vez que esta deve ser parceira nos cuidados face à dor (ORDEM ENFERMEIROS, 2011). É necessário consciencializar os clientes e profissionais de saúde para a importância da avaliação e controlo da dor.

Face ao exposto, realizei três ações de formação (Apêndice VIII), a fim de abranger toda a equipa de enfermagem, com o objetivo de promover a reflexão sobre a prática e promover mudança de comportamentos e atitudes. As ações de formação foram bem aceites pelos enfermeiros do serviço, que se mostraram abertos a discutir esta temática e a forma como realizavam a avaliação da dor. Reconhecem que não apresentam uma prática correta e ficou o compromisso de a tentarem mudar em prol do conforto, bem-estar e qualidade de vida do cliente com dor, assim como para a melhoria da qualidade dos cuidados. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o cliente, têm uma posição importante para promover e intervir no controlo da dor. Outro ponto que gerou algum debate após a formação foi o facto de o enfermeiro que faz a triagem do cliente, lhe atribuir um valor de dor na escala numérica, de forma subjetiva ao invés de questionar o cliente sobre a sua dor. Isto encontra-se relacionado com o facto de ao cliente que apresente uma dor intensa, ser atribuída uma cor, à qual corresponde uma maior prioridade de atendimento, mas em contrapartida é notório que a dor do cliente é desvalorizada ao longo do seu percurso no serviço de urgência. Ficou então o compromisso, pelos profissionais de atuarem de forma diferente no que respeita a dor.

Ao longo das 3 sessões, participaram 26 enfermeiros de uma população de 53 enfermeiros. Após o término de cada ação de formação, foi aplicado um questionário (Anexo II), como método de apreciação global da formação pelos formandos, sendo este o utilizado na instituição, o que permitiu a facilidade do seu preenchimento. Pode-se também consultar o apêndice IX, em forma de tabela, com a pontuação atribuída a cada alínea em avaliação. O questionário está dividido em três grupos: Ação de Formação, Eficácia dos Formadores e Preparação e Organização da Ação. Após proceder à análise dos dados, realizando a média para cada item questionado, observa-se que a média corresponde a uma ponderação 4, ou seja, em *“Muito Bom”*. Desta forma, pode-se concluir que a totalidade dos enfermeiros se mostrou muito satisfeito com a reposta da formação às suas necessidades, bem como com a formação em geral.

A metodologia utilizada foi ativa, com relevante importância na participação e colaboração dos participantes remetendo-me, ao mesmo tempo, para a reflexão das respectivas práticas e sua partilha.

Na avaliação da formação e no meu desempenho enquanto formadora, os presentes consideraram que a formação foi pertinente, com evidência científica recente e significativa para o contexto de urgência.

Reconhecer a importância da avaliação da dor, por si só, não contribui para a melhoria dos cuidados prestados nem para o tratamento desta. É crucial efetuar uma avaliação cuidada, criteriosa e sistematizada, recorrendo ao uso das escalas disponíveis atualmente. Neste sentido e a par da ação de formação realizei uma régua que continha as diferentes escalas de avaliação da dor (Apêndice X) que foram posteriormente entregues aos enfermeiros presentes. O enfermeiro responsável sugeriu que estas escalas fossem colocadas em todos os monitores portáteis de avaliação de sinais vitais para evitar o esquecimento da avaliação da dor e se fazer uso das escalas corretas e adaptadas a cada cliente. Com este instrumento pretende-se que a avaliação da dor passe a ser realizada de forma contínua e sistematizada, através de um instrumento de fácil manuseamento e adequado ao nível de compreensão de cada cliente (PANKE, 2002 e CHAVES, 2004). A sensibilidade e a empatia, o tentar perceber o que o cliente está a sentir, são aspetos importantes na abordagem sistemática ao cliente com dor. Os autorrelatos do doente, sobre a sua dor, são a chave para um controlo eficaz (WATT-WATSON, 2003), daí a importância de questionar o doente sobre a dor que sente, sempre que este o permita, utilizando instrumentos de avaliação em conformidade com o seu entendimento.

Esta atividade permitiu-me incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, uma vez que foi dada a conhecer alguma da evidência científica sobre o tema da dor, comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, refletir na e sobre a prática de forma crítica bem como abordar questões complexas de modo sistemático e criativo para a interpretação e resolução de problemas (UCP, 2011).

Este estágio permitiu-me o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente agindo de forma adequada na equipa multidisciplinar, realizar a gestão de cuidados estabelecendo prioridades no atendimento ao cliente numa situação de urgência/emergência.

Face às oportunidades de aprendizagem a da diversidade de situações que surgiram, procurei manter de forma autónoma e contínua o processo de desenvolvimento profissional e pessoal indispensável ao exercício.

Pelo que foi descrito anteriormente, considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados no serviço, bem como ter prestado cuidados de qualidade ao cliente urgente/ emergente internado neste serviço. Desta forma, penso ter conseguido atingir os objetivos a que me propus no início deste estágio e concomitantemente ter desenvolvido as competências de enfermeira especialista, anteriormente mencionadas.

2. CONCLUSÃO

Para adquirir competências especializadas é necessário ter consolidadas as competências de enfermeiro de cuidados gerais e desenvolver conhecimentos mais aprofundados na área da nossa especialização. Considero que de uma forma gradual mas positiva consegui alcançar os objetivos pretendidos, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências, ao longo da realização dos estágios através da realização das atividades preconizadas e da reflexão contínua.

A realização de todo o percurso teórico, dos estágios e deste relatório proporcionaram-me um percurso crescente no que respeita a aprendizagens, contribuindo para um crescimento pessoal e profissional, que no meu entender, culminaram na aquisição de competências de enfermeira especialista.

Todo este percurso permitiu-me aprofundar os domínios do saber, saber ser, saber saber, saber fazer e saber estar, no sentido em que as diferentes oportunidades de aprendizagem foram modelando a minha forma de estar, agindo sempre em conformidade com os princípios éticos e respeito pelos clientes, família e profissionais com quem fui contactando.

Relativamente à área transversal a todos os módulos de estágio, a dor, considero que melhorei a minha prestação de cuidados a este nível, nomeadamente, na avaliação, monitorização, controlo e registo da mesma. Esta melhoria deve-se a uma maior consciencialização da dor como sinal vital, como fator de sofrimento para quem dela padece e por outro lado o ter investido na pesquisa de evidência científica recente e pertinente sobre o tema. Estes factos permitem-me, atualmente detectar a dor e iniciar o seu controlo o mais precocemente possível.

A elaboração deste relatório permitiu-me a realização de uma análise crítica, de todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, refletindo na prática dos cuidados e nas minhas potencialidades pessoais e profissionais. Foi um momento enriquecedor e muito motivador, embora bastante árduo e trabalhoso. Contribuiu para desenvolver a minha capacidade de reflexão, análise e raciocínio crítico.

Tenho consciência que este foi um percurso muito difícil com muitas preocupações e inquietações, mas certa que a par destas dificuldades, também surgiram momentos de realização, de crescimento pessoal e profissional, de um despertar de consciência para a necessidade de reflexão das práticas de cuidados de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Espero que com as competências que adquiri e desenvolvi consiga fomentar, no local onde exerço funções, o espírito para que os enfermeiros melhorarem as suas práticas na prestação de cuidados tanto na abordagem ao cliente como à família.

Pretendo estimular e proporcionar momentos de partilha de experiências permitindo a reflexão sobre as situações vividas de modo a haver um crescimento conjunto de toda a equipa, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados.

Durante o estágio, surgiram pontualmente algumas dificuldades e limitações, que consegui ultrapassar. Inicialmente eram dificuldade de âmbito técnico, uma vez que desconhecia por completo o equipamento que passei a manusear na UCI, outras de âmbito relacional, pois de início sentia-me um pouco constrangida ao observar algumas práticas incorretas na realização de procedimentos ou em abordagens ao cliente e família de forma menos adequada, não sabendo como devia intervir a fim de mostrar que essa prática não era a mais correta, nomeadamente com profissionais mais velhos, com mais experiência e anos de serviço, de forma a não ferir susceptibilidades. Contudo, este medo foi ultrapassado ao longo dos estágios, passando a agir de forma natural mas sempre assertiva. Outra dificuldade sentida foi em articular o estágio com o horário do local de trabalho, com a vida familiar e pessoal, deixando pouco tempo para a pesquisa, realização de trabalhos e reflexão.

Ao terminar este relatório considero ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. Ao fazê-lo, considero, também, ter atingido as competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2003. ISBN 972-8485-35-2

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 75 (2007), p.57-60.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP** [em linha]. (2006). [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível na Internet em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. 1ªed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 989-558-052-5

BERGOLD, Leila; ALVIM, Neide; CABRAL, Ivone – **O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical**. Texto contexto - enfermagem. Vol.15, nº2, Florianópolis (2006); ISSN 0104-0707 [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200010

BERNARDO, A.; ROSADO, J.; SALAZAR, H. - **Trabalho em Equipa**. In I. NETO; A. BARBOSA - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5

BRUNIER, Gillian [et al.] – What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a Hospital survey, **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. 10, Nº6, August 1995. p. 436-445

BUCKMAN, Robert – **Communication in palliative care: a practical guide**. In DICKENSON [et al.]. – **Death, Dying and Bereavement**. 2ª ed. London: SAGE Publications in association with The Open University, 2000. ISBN 0-761-968563

CARRILHO, Cláudia; [et al.] – **Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 18, nº 1 Brasil (2006), p. 38-44 ISSN 0103-507X. [Consult. 03 Março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a08v18n1.pdf>

CARTAXO, Deolinda Rosa; GONELHA, Teresa Paula – **Vive-se a morte ou morre-se a**

vida, em cuidados intensivos? **Cuid'arte – Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.**. Setúbal. ISSN 1646-7175. Nº 0, Ano 1 (2007), p. 39 – 42

CASCINU, Stefano (et al) – **Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer**, Support Care Cancer, Università Politecnica delle Marche, Italy, 2003. p. 587-592

CHAVES, I. – **O enfermeiro no manejo da dor do câncer** [em linha]. Prática Hospitalar. (2004). [Consult. 14 Abril 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.praticahospitalar.com.br>

COLÉGIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM – **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 9789728283176

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3

DECRETO-LEI n.º 161/96. **D.R. I Série**. 205 (96-9-4) 2959-2962

DECRETO-LEI n.º 111/ 2009. **D.R. I Série**. 180 (2009-09-16) 6528-6550

DIAS, A.; [et al.] – Registo de Enfermagem. **Servir**. Vol. 49 (2001), nº 6, p. 267-271

DIAS, Fátima – Combater o stress e a dor sem medicamentos – **Diário de Coimbra**

DIAS, Fátima – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Intervenções Não Farmacológicas**. In **FORUM 07 O CIDADÃO E A ENFERMAGEM: COLECTÂNEA DE COMUNICAÇÕES DO FORUM 07 E EXPOSIÇÃO DE SAÚDE E ASSOCIATIVISMO**, Coimbra, 2007. - *Forum 07 “0 Cidadão e a Enfermagem: Colectânea de Comunicações”*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Centro, 2007. p. 232-238

DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho?**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda, 2004. ISBN 972-8383-75-4

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Carta **dos Direitos e Deveres dos Doentes** [Consult. 03 Março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Direcção de Serviços de planeamento de Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. ISBN 972-675-097-0

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde, 2003. ISBN 972-675-097-0

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor** [em linha]. Lisboa. Circular Normativa Nº 09/DGCG, (2003), p.1-4. [Consult. 14 Abril 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Controlo da Dor** [em linha]. Lisboa. Circular normativa Nº 11/DSCS/DPCD, (2008). [Consult. 14 Abril 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa. Circular Normativa Nº 14/DGCG [em linha]. (2004). [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado** [em linha]. (2004) [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008554.pdf> consultado a 6/511

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – **Guidelines For Resuscitation 2010** [em linha]. (2010) [Consult. 12 Dezembro 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

FONSECA, Karyne [et al.] – **Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde** [em linha]. Revista Eletrónica de Enfermagem. (2006). [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm

FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-2347-2

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos - **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra : Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3

GÉLINAS, Céline [et al.] – Pain Assessment and Management in Critically Ill Intubated Patients: A Retrospective Study. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. Vol. 13, nº2 (2004), p.126-136

GLAJCHEN, Myra; BOOKBINDER, Marilyn – Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: A national survey, **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol.21, Nº 4, April 2001. p. 307-316

GUARDA, Hironidina; Galvão, Cristina; GONÇALVES, Maria de Jesus – **Apoio à Família**. In I. NETO; A. BARBOSA - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5

GUERRA, Saúl – **Sépsis en Pacientes com Ventilación Artificial Mecânica**. **Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergências**. Vol. 2, nº 4 (2003), p. 51-57 [Consult. 03 Março 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie09403.pdf

HAN, Lin; [et al.] – Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomized controlled trial; **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 978-87. Vol.19, nº7-8 (2010)

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

KETELE, Jean-Marie de; [et al.] – **Guia do Formador**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-84-0

KNOBEL, Elias [et al.] – **Terapia Intensiva: Hemodinâmica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. ISBN 137

KOLCABA, Katharine - **A theory of holistic comfort for nursing** [em linha]. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19 (1994), p. 1178-1184 [Consult. 09 Jan 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

KOLCABA, Katharine - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research**. New York: Springer, 2003. ISBN 0-8261-1663-7

KOLCABA, Katharine - **Comfort**. In PETERSON, Sandra J.; BREDOW, Timothy S. - **Middle Range Theories. Application to Nursing Research**. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 13-978-0-7817-8562-4

LAMEIRAS, Maria Patrícia Marques – **As Atitudes dos Enfermeiros face à avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. 2010 [Consult. 27 Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2023>

LAI, Yeur – Hur (et al) – Are nurses prepared to Manage Cancer Pain? **A National**

Survey of Nurses Knowledge about Pain Control in Taiwan, Vol.26, Nº5, November 2003

LEBOVITS, Allen (et al) – Pain Knowledge and attitudes of healthcare providers: Practice characteristic differences, Nº 13, **The clinical Journal of Pain**, Philadelphia, 1997

LORENZONI, J. Paulo [et al.] – **O Poster em Encontros Científicos. Revista Brasileira de Educação Médica** [em linha]. (2007). Vol. 31, nº 3.304-309. [Consult. 09 Jan 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/14.pdf>

MCDONALD, Deborah Dillon Mc (et al) – Nurses response to pain communication from patients: A post-test experimental study, **Internacional Journal of Nursing Studies**, Nº44, 2007. p. 29-35

MARCELINO, Paulo – **Manual de Ventilação Mecânica no adulto. Abordagem ao doente crítico**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 256 978-972-8930-42-4

MARRUCHO, António Fernando Alves [et al.] – A Comunicação: veículo da relação da relação enfermeiro/doente com prótese ventilatória. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.5, nº1 (2001), p.17-25

MARTIN, Vivien; HENDERSON, Evan – **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais**. 1ª ed. Lisboa: Monitor, 2004. ISBN 972-9413-60-6

MARTINS, Catarina Rute E. A. – A família e a hospitalização/ A participação da família no cuidar. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2-370. Vol. 48, nº3 (2000), p.133-135

MARTINS, Catarina; FRANCO, Mª Paula – O papel formativo do enfermeiro especialista. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871 – 6196. Nº 192 (2004), p.6-7

MATEUS, Mário – **Equipamentos de Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos**. Sinais Vitais. Nº 65 (2006), p. 16-22 [Consult. 03 Março 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www2.dem.uc.pt/jose.afonso/Noise4-Sinais.pdf>

MC - CAFFERY, Margo; PASERO, Chris – **Pain: clinical Manual**. 2º ed.St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X

MELEIS, Afaf. I. – **Theoretical nursing. Development and progress**. 4ª ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006. ISBN 9780781736732

MERCES, Cláudia Angélica Mainenti Ferreira; ROCHA, Ruth Mylius. **Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido**. Revista Enfermagem. (2006). Vol. 14, nº 3, p. 470-475. ISSN 0104-3552 [Consult. 03 Março 2011]. Disponível na Internet: <URL:

http://www.portalbvenf.eerp.usp.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300022&lng=pt&nrm=iso.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – O Serviço de Urgência – Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes [em linha]. (2006). [Consult. 09 Jan. 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

NETO, I. G.; BARBOSA, A. - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5

NUNES, Fernando Manuel Ferreira – Tomada de decisão de enfermagem em emergência: “agir rapidamente, pensar lentamente”. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 219 (2007), p.7-11

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: 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]. Lisboa: OE, (2009), p.10. [Consult. 14 Abril 2011]. Disponível na Internet: <URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boa Prática: Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular**. Lisboa. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 978-989-96021-2-0. Nº 2 (2009)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos** [em linha]. Lisboa: OE, (2002). [Consult. 23 Mar. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermag em.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer nº267/2010 do Conselho de Enfermagem: Atribuição do título de enfermeiro especialista no momento actual** [em linha]. (2010). [Consult. 23 Mar. 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Par ecer_267_11_03_2010_Atribui____o_de_titulo_de_enf_especialista_site_RevLNeves.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [em linha].

(2010). [Consult. 23 Mar. 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva Ética**. 2ªed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-30-4

PANKE, J. – **Difficulties in Managing Pain at the end of life** [em linha]. Journal of Hospice and Palliative Nursing. Vol.5 (2002), nº 2, p. 26-34. [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.proquest.com>

PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos – **Controle da Dor no Domicílio**. Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem [em linha]. (2000). 168-184 [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em: http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2

PINA, João – **A Comunicação em Medicina Intensiva**. In III REÚNIÃO DE BIOÉTIACA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ [em linha]. Leiria: [s.n], (2008). [p.1]. [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.hsaleiria.min-saude.pt/ComunicacaoImagem/NoticiasEventos/Reuni%C3%A3o+de+Bio%C3%A9tica.htm>

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – **Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2005. ISBN 972-31-1093-8

QUERIDO A.; SALAZAR H.; NETO, I. – **Manual de Cuidados Paliativos**. In NETO, I. G.; BARBOSA, A. - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5

REGULAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS. 2011

SALICIO, Dalva; GAIA, Maria – **O significado de humanização da assistência para enfermeiros que actuam em UTI** [em linha]. Revista Eletrónica de Enfermagem (2006). [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm

SAMPAIO, Fernando – **Relação Pastoral de Ajuda, Boas práticas no Acompanhamento Espiritual de Doentes**. Lisboa. Universidade Católica Editora, 2011. ISBN 978-972-54-0303-7

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9

SILVA [et al.] – **A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipa de enfermagem** [em linha]. (2008) [Consult. 14 Abril 2011]. Disponível na Internet: <URL: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0463.pdf

SILVA, Anabela [et al.] – Técnicas de Comunicação com o doente ventilado. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº68 (2006), p.49-53

SILVA, Lili Marlene Hofstatter; ZAGO, Márcia Maria Fontão – O cuidado do doente oncológico com dor crónica na óptica do enfermeiro, **Revista Latino em enfermagem**, Nº4, Julho 2001, p. 44-49

SORIANO, Estefânia – Puncion crocotiroidea y ventilación com jet transtraqueal. **Rol de Enfermeria**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Vol.30, nº 7/8 (2007), p.7-10

SOUSA, Florentino Manuel Cabrita – Influências do Ruído na Comunicação Inter-Pessoal. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. ISSN 0873-1586. Nº 11 (2007). p. 31-37

SOUZA, Thalita Torchi; MARCHETI, Maria Angélica – **A música como recurso no cuidar em enfermagem** [em linha]. Revista Científica da América Latina. Espanha, (2006). [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26012809013>

Suplemento Saúde (2007), p.4-5.

THELAN, Lynne A.; [et al.] – **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 2ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-96610-2-2

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

TWYXCROSS, R. – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Instituto Ciências da Saúde – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem Natureza Profissional. Documento fornecido na sessão de início do curso, 2011

URDER, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **The land's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6

WATSON, J. – **O Pensamento Transformativo e um Curriculum de Cuidar**. In WATSON, J. – **Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma nova pedagogia para a Enfermagem**. Lisboa: Lusociência, 2002. ISBN 978-972-8383-98-5

WATT-WATSON, Judith H. – **Dor e controlo da Dor**. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS; Judith K.; MAREK, Jane F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed.. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. 2003, p.363-390. ISBN 972-8383-65-7.

WHO – **Normative Guidelines on Pain Management: Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO** [em linha]. Geneva: (2007), p. 1-50. [Consult. 9 Nov. 2011]. Disponível na Internet em http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf

ZANOLIN, M. Elisabetta (et al) – A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health Care Providers on Pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol.33, Nº16, June 2007

ZINN, Gabriela Rodrigues, [et al]. – **Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 11 nº 3 (2003). [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script>



ANEXOS

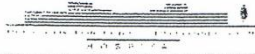


ANEXO I

Ficha de Avaliação de Ação de Formação na UCI do Hospital Fernando Fonseca EPE
(Documento da Instituição)



Ficha de Avaliação de Ação de Formação na UCI do Hospital Fernando Fonseca EPE (Documento da Instituição)



AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

I. Ação de Formação

Curso _____

Data Início _____

Data Fim _____

Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização da escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:

1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

I. Avaliação Global

	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos são permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Avaliação dos Formador(res)

	1	2	3	4
1. O formador revelou dominar o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A metodologia utilizada foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O formador estava motivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação _____

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos _____

Sugestões de melhoria _____

V. Grupo Profissional

Auxiliar Administrativo(a) Enfermeiro(a) Médico(a)
 Técnico(a) de Diagnostico e Terapêutica Técnico(a) Superior de Saúde Técnico(a) Superior
 Dirigente Outro

Nome (Facultativo) _____

Espaço reservado ao Centro de Formação






ANEXO II

Ficha de Avaliação de Ação de Formação no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais
– Dr. José de Almeida (Documento da Instituição)



Ficha de Avaliação de Ação de Formação no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida (Documento da Instituição)

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	Avaliação da Satisfação da Acção de Formação (Formando)					
Serviço de Recursos Humanos						
Nome da Acção					Cód. Form	
Entidade Formadora						
Formador						
Local				Data		
<i>O objectivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspectos da acção de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflecte a sua opinião. <u>Este questionário é anónimo.</u></i>						
1. Acção de Formação	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	
1.1 - Objectivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 - Utilidade da Acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6 - Opinião global sobre a acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Eficácia dos Formadores	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	
2.1 - Capacidades didácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Preparação e Organização da Acção	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente	
3.1 – Informação previa sobre o tema da acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 – Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentários						

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!



APÊNDICES



APÊNDICE I

Documento de Sensibilização para Aplicação da Música na Unidade de Cuidados Intensivos

Documento de Sensibilização para Aplicação da Música na Unidade de Cuidados Intensivos

Uma Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se por apresentar um grande aparato tecnológico para poder prestar cuidados especializados a clientes críticos, onde estes estão em permanente contacto com situações de emergência, risco de morte, isolamento social e falta de privacidade.

Os cuidados prestados nestas unidades são muito agressivos e invasivos, acarretando muito stress, desconforto, dor e outros sintomas negativos para o cliente. Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, por estarmos mais próximos dos clientes, intervir para melhorar a qualidade de vida destes enquanto estão internados e humanizar a assistência que lhes é prestada, contribuindo para uma melhor prática profissional. A assistência humanizada vai muito para além de olhar para a doença, é dar atenção às necessidades gerais do cliente, família e equipa de saúde, procurando o melhor bem-estar (SALICIO e GAIA, 2006).

A música permite uma hospitalização mais humanizada, facilita a interação entre o cliente, profissionais de saúde e familiares (BERGOLD, ALVIM e CABRAL, 2006).

Face ao exposto, a música surge como um método de humanização dos cuidados, simples, eficaz, barato, não invasivo e sem efeitos colaterais indesejados que tem influência física, psicológica e emocional no cliente, durante o tratamento de diversas situações clínicas, reduzindo consideravelmente a angústia, ansiedade e dor sentidas pelo cliente numa UCI. É um método não farmacológico efetivo no controle da dor, por se caracterizar por um método de distração (SOUZA e MARCHETI, 2006).

Para o mesmo autor, a música produz relaxamento e é apontada como uma intervenção que também minimiza a dor e o sofrimento, através da promoção do equilíbrio físico e emocional, estimulação do potencial criativo permitindo uma interação terapêutica eficaz traduzida numa recuperação mais célere.

Em enfermagem, a música é um recurso complementar no cuidado, objetivando o bem-estar psicossocial numa ampliação do processo saúde-doença, contribuindo para a construção de um cuidar humanizado através de uma visão holística que tem em consideração os aspetos físicos, emocionais e sociais do cliente (SOUZA e MARCHETI, 2006).

A primeira referência sobre música aplicada em enfermagem surge com Florence Nightingale em 1859, esta já utilizava a música como método para a humanização dos cuidados de saúde, com o objetivo de aliviar a dor física e emocional dos soldados feridos durante as guerras mundiais (LEÃO E SILVA, 2004).

SOUZA e MARCHETI (2006), concluíram que no momento em que se aplicava a música, a respiração ficava mais lenta e profunda, havia movimentos de fechar as mãos e virar a cabeça, abertura dos olhos, diminuição da frequência cardíaca, demonstrando que a música provoca estímulos e os seus efeitos benéficos no indivíduo. Os estímulos musicais, através da memória afetiva, proporcionam lembranças passadas e sensações de alívio tornando o

ambiente envolvente mais seguro. Estes efeitos podem ainda ser mais significativos se se adaptar a música aos gostos e histórias dos clientes (FONSECA [et. al], 2006).

Nem todas as pessoas apreciam os mesmos estilos de música, este facto está relacionado com as diferenças de cultura e idade, compreende-se desta forma, que se a música for do agrado do cliente, os efeitos serão mais benéficos (CLAIR, 1996). Saliencia-se a identificação das preferências musicais do cliente como o fator mais importante para se alcançarem os efeitos benéficos da música (CHLAN 1998, 2000).

A revisão da literatura refere que a música não provoca os mesmos efeitos em todos os clientes, ou seja, existe um reagir à música de forma diferente e individual. Dependendo do ritmo musical, podem-se identificar alterações diferentes. A literatura refere que a música estimulante aumenta as frequências cardíacas e respiratórias, a música relaxante tem efeitos positivos na digestão, a passo que a música estimulante provoca indigestão. A música clássica tem um efeito relaxante em todo o ambiente, nomeadamente no cliente. A par dos benefícios, também se encontram mencionados alguns efeitos negativos, que podem ser reduzidos pelo simples facto de evitar a música em volume alto e ritmos acelerados (SILVA, 2008).

A manutenção de um ambiente sonoro adequado é muito importante, pois promove o encorajamento, aumenta a frequência cardíaca e respiratória e melhora o rubor facial, que são consideradas emoções positivas. Por vezes, os clientes, apresentam frequências cardíacas elevadas, no entanto, apresentam palidez e suores frios, que refletem emoções negativas (PUGGINA e SILVA, 2009).

O tempo ideal para aplicação da música nos clientes é em períodos de 20 minutos, duas vezes por dia, podendo desta forma induzir o relaxamento.

A ventilação mecânica é uma das modalidades de tratamento mais frequentes numa unidade de cuidados intensivos. Apesar do seu efeito de salvar-vidas, a ventilação mecânica aumenta o stress e a ansiedade do cliente (THOMAS, 2003 citado por HAN [et al.], 2009). A VMI juntamente com os restantes tratamentos existentes na UCI, podem traduzir-se uma variedade de efeitos físicos e psicológicos nos clientes (BERGBOM-ENGBER [et al.] 1989, HALL-LORD [et al.] 1998, SCHELLING [et al.] 1998, THOMAS 2003, citados por HAN [et al.], 2009). Os clientes submetidos a VMI enfrentam uma variedade de situações stressantes, salientando-se o medo, dor, falta de sono, sensação de tensão, incapacidade de falar, desconforto, falta de controlo e solidão, que normalmente geram reações de ansiedade (YAGAN [et al.] 2000, ROTONDI [et al.] 2002, THOMAS 2003, citados por HAN [et al.], 2009).

Os estudos referidos, desenvolvidos em UCI a clientes ventilados mostram a importância da utilização da música como um meio de complemento aos cuidados de enfermagem. Nestes estudos ficou demonstrado que os clientes apresentaram boa aceitação a este tratamento. É de consenso que clientes ventilados e submetidos à música apresentam uma descida significativa da tensão arterial sistólica e diastólica durante o momento da aplicação da música, e uma subida das mesmas logo após o seu terminus.

A música aplicada a clientes ventilados produz uma frequência respiratória baixa, calma, movimentos cardíacos mais lentos e a diminuição da tensão arterial, diminuindo os



níveis de adrenalina no organismo e diminuindo a atividade neuromuscular. O efeito da aplicação da música em clientes ventilados é comparado a um período de descanso curto, aliviando situações de muito stress.

Nas UCI frequentemente existem níveis elevados de ruído. Este ruído provoca stress, inquietação, ansiedade e conseqüentemente eleva frequência cardíaca. No sentido de minimizar estes efeitos e evitar complicações utiliza-se medicação sedativa, que por sua vez, pode provocar efeitos colaterais indesejados como náuseas, vômitos, fraqueza, atrofia muscular podendo levar a um maior tempo de necessidade de ventilação, tornando os clientes mais susceptíveis a infecções e a um aumento do tempo de internamento. Esta afirmação vai ao encontro do pensamento de SOUSA, (2007, p. 28) quando diz que o ruído pode ser um “*factor negativo na recuperação*”. Por tudo o que foi referido, depreende-se a importância da utilização de medidas não farmacológicas, surgindo a música como uma alternativa que vai influenciar o cliente quer a nível físico, psicológico e emocional, uma vez que esta tem a capacidade de reduzir a angústia e a ansiedade.

Da revisão bibliográfica realizada, conclui-se que a utilização da música pela enfermagem ainda se encontra numa fase muito inicial, pois existem poucos estudos acerca da temática, no entanto, nos relatos encontrados é de consenso que a música provoca efeitos terapêuticos no indivíduo.

Assim, em jeito de conclusão, pode-se dizer que a música é um recurso terapêutico ao nosso dispor, que cuida, alivia a dor, tranquiliza, propicia momentos de prazer, humaniza os cuidados e diminui o sofrimento, proporciona bem-estar, conforto, provoca mudanças no comportamento, permite e melhora a comunicação e estes efeitos traduzem-se numa recuperação mais rápida.

BIBLIOGRAFIA

BERGOLD, Leila; ALVIM, Neide; CABRAL, Ivone – **O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical**. Texto contexto - enferm. Vol.15, 2, Florianópolis (2006); ISSN 0104-0707 [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200010

CHLAN, L. – **Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance**. Heart Lung: The Journal of Acute and Critical Care [em linha]. Vol 27. (1998), p. 169-176. [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(98\)90004-8/abstract](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(98)90004-8/abstract).

CHLAN, L. – **Music therapy as a nursing intervention for patients supported by mechanical ventilation**. Advanced Practice in Acute Critical Care Nursing, (2000) [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://journals.lww.com/aacnadvancedcriticalcare/Abstract/2000/02000/Music_Therapy_as_a_Nursing_Intervention_for.14.aspx

FONSECA, Karyne [et al.] – **Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde** [em linha]. Revista Eletrónica de Enfermagem. (2006). [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm

HAN, Lin; [et al.] – Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomized controlled trial; **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 978-87. Vol.19, nº7-8 (2010)

JUNIOR, José Davision da Silva – A utilização da música com objectivos terapêuticos: interfaces com a bioética. In JUNIOR, José Davision da Silva - **Tese de mestrado - Universidade Federal de Goiás [em linha]**. (2008). [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.musicaeinclusao.com.br/xmedia/artigos/A_musica_com_objetivos_terapeuticos.pdf

LEÃO, E. R [et al.] – Uma canção no cuidar: a experiência de intervir com música no hospital. **Revista Nursing**. Vol. 82, nº 8, mar. 2005.

LEÃO, E. R.; SILVA, M.J.P. A música como intervenção de enfermagem no controle da dor. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L. D. **Dor - 5º Sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. Cap. 11, p. 135-149.



PUGGINA, Ana Cláudia; SILAVA, Maria Júlia. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Revista Brasileira Enfermagem**. (2009) [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.claudiapuggina.com/producao/Sinais%20vitais%20e%20expressao%20facial%20de%20pacientes%20em%20estado%20de%20coma.pdf>

SALICIO, Dalva; GAIA, Maria – **O significado de humanização da assistência para enfermeiros que actuam em UTI** [em linha]. Revista Eletrónica de Enfermagem (2006). [Consult. 02 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm

SOUZA, Thalita Torchi; MARCHETI, Maria Angélica – **A música como recurso no cuidar em enfermagem** [em linha]. Revista Científica da América Latina. Espanha, (2006). [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26012809013>



APÊNDICE II

Ação de Formação “Via Sub-Cutânea e Hipodermóclise”



Ação de Formação “Via Sub-Cutânea e Hipodermoclise”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Via Subcutânea e Hipodermoclise

Aluna Patrícia Carvalho
Sob Orientação da Enfermeira Rita Proença e
Professora Marques da Gama

Junho 2011

Sumário

- Introdução
- Indicações / Contra-Indicações
- Vantagens / Desvantagens
- Efeitos Adversos
- Técnica e Administração
- Fármacos
- Hipodermoclise



Introdução (II)

- **Administração de Fármacos**

Estratégia central para viabilizar o conforto e o controlo sintomático.

- A **Terapêutica Farmacológica** e a **Via** de administração devem subjugar-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível, sendo rápida e eficaz.

Isabel G. Neto "Utilização da via subcutânea na prática clínica", 2008

Via Subcutânea

Em cuidados a doentes crónicos e em fim de vida

- Melhor alternativa para:
 - Administração de líquidos (Hipodermoclise);
 - Administração de fármacos (bólus ou Infusão contínua).

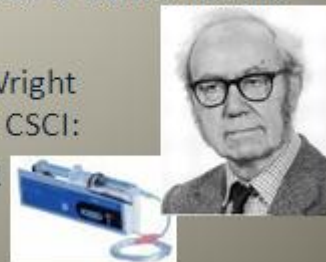
Como se processa?

Consiste na infusão de fluidos no tecido subcutâneo.

O fluido administrado atinge o espaço vascular por osmose e pressão hidrostática.

Um pouco de História

- 1909 Starling descreveu as pressões osmóticas e hidrostáticas que causam a “difusão”;
- Na década de 40, esta técnica foi fortemente utilizada em situações de crianças desidratadas;
- Em 1979, no Reino Unido, Patrick Russel descreveu a importância da sua utilização em meio hospitalar a nível dos Cuidados Paliativos;
- Nos anos 90 emerge como alternativa a outras vias de administração.
- Grande contributo de Basil Martin Wright (1912 – 2001) com o desenvolvimento da CSCI:
➤ Continuous Subcutaneous Infusion



Via SC - Factos

- Num estudo^{1,2} de 1991, Lipschitz demonstrou a eficácia da absorção de fluidos por via SC:
 - 500ml de soro fisiológico marcado com Isótopos radioactivos (Tritium e Technétium);
 - Administrado por via IV num grupo e via SC noutro grupo;
 - A uma velocidade de 167ml/h.
- A absorção por via IV foi quase idêntica à via SC;
- 75 minutos após terminar a perfusão, não se encontravam sinais de radioactividade no local de punção SC

¹Menahem S et Pesach S citando Lipschitz S et al J Am Geriatr Soc 1991

²Grencho L, "A Via Subcutânea: Uma alternativa para administração terapêutica" 2008



Via SC – Indicações (I)

- Via oral inviável;
- Má absorção gastrointestinal;
- Náuseas e Vômitos graves;
- Fármacos contra indicados por via oral ou com resposta terapêutica insatisfatória;
- Sinais de toxicidade a fármacos;
- Prevenção e Correção de Sinais de Desidratação;

Galvão C. "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" 2005.

Via SC – Indicações (II)

- Diminuição do estado de consciência, agitação, convulsões;
- Doente em Sedação prolongada;
- Doentes em fase de agonia;
- Inexistência de outras vias disponíveis (Oral, Rectal, IV, SL, TD);
- Doentes com necessidade de grandes doses de morfina oral;
- Doentes que deambulam e necessitam de soros .

Galvão C. "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" 2005.



Via SC - Contra-indicações Absolutas

- Anasarca;
- Hemorragia Aguda Profusa;
- Membros em que foi feita dissecação ganglionar;
- Tecidos junto a cicatrizes operatórias e/ou irradiados (destruição da circulação linfática)
- Administração de soros em grandes quantidades e rapidamente (choque);
- Insuficiência renal ou hipotensão;
- Risco de edema pulmonar.

Galvão C, "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGMedicine 2005.

Via SC - Contra-indicações Relativas

- Zonas de pele não integras;
- Infecções de repetição nos locais de punção;
- Doentes com necessidade de grandes volumes ou infusões contínuas e prolongadas;
- Doentes com necessidade de via EV mantida.

Galvão C, "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGMedicine 2005.



Via SC – Vantagens (I)

- Não existe risco de Hemorragia, Embolia ou Sépsis.
- Técnica simples, eficaz, de fácil utilização, pouco dolorosa.
- Conforto do doente - Menor interferência na mobilidade e promoção de autonomia do doente.
- Índice de absorção semelhante ao da via IM.
- Biodisponibilidade sobreponível à da via IV.
- Manutenção de concentrações plasmáticas de fármacos estável.

Via SC – Vantagens (II)

- Menor necessidade de vigilância por possível infecção ou extravasão.
- Permite auto administração / administração por parte da família.
- Administração de um ou mais fármacos em simultâneo por infusão
- Baixo custo económico.



Via SC - Desvantagens

- Não permite grandes volumes de líquidos.
- Ritmo de absorção habitual é 1ml/min.
- Edema na zona puncionada.
- Possibilidade de reacção local aos fármacos.

Via SC - Efeitos adversos (I)

- Edema local: ³Habitualmente raros, 2-3%
 - Diminuição do ritmo de infusão;
 - Parar infusão, fazer rotação de local de punção;
- Anasarca:
 - Vigiar edema;
 - Diminuição do ritmo / Parar infusão;
- Eritema (pode ser consequência de alergia a Fármaco / Agulha / Penso):
 - Determinar etiologia;
 - Pode manter-se punção quando ausência de desconforto;
 - Fazer rotação de local de punção;



Via SC - Efeitos adversos (II)

³Habitualmente raros, 2-3%

- Dor / Desconforto local:
 - Massagem;
 - Diminuição do ritmo de infusão;
 - Reinserção da agulha;
- Punção de Vasos:
 - Remoção da agulha;
 - Compressão do ponto de inserção;
 - Fazer rotação de local de punção;
- Farfalheira:
 - Diminuição do débito / Suspende infusão

³Isabel G. Neto "Utilização da via subcutânea na prática clínica", 2008
Galvão C. "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGMedicine 2005.

Via SC - Efeitos adversos (III)

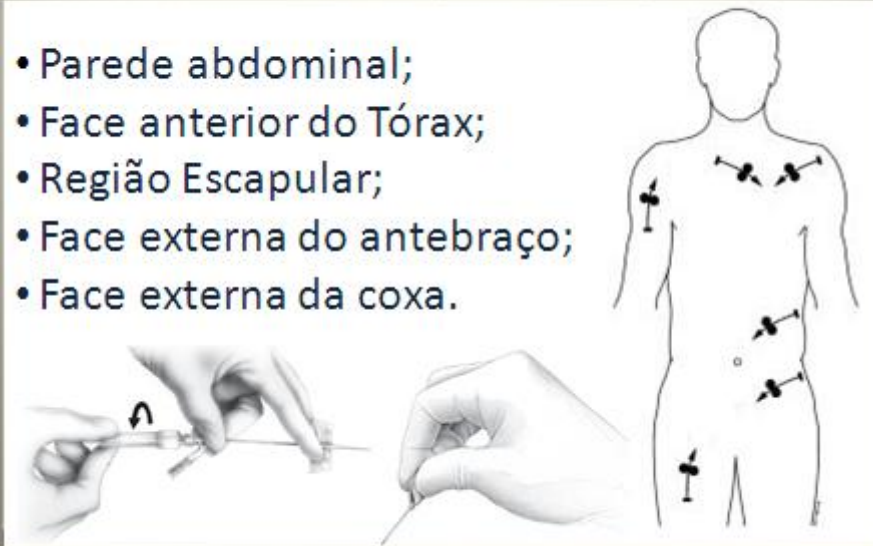
³Habitualmente raros, 2-3%

- Celulite:
 - Parar infusão;
 - Retirar agulha;
 - Enviar agulha para exame cultural (*sempre?*);
 - Fazer rotação de local de punção e substituição de todo o material;
 - Previne-se com:
 - Técnica correcta;
 - Fazer rotação de local de punção com frequência;
- Saída acidental da agulha:
 - Parar infusão;
 - Compressão do ponto de inserção;
 - Fazer rotação de local de punção;

³Isabel G. Neto "Utilização da via subcutânea na prática clínica", 2008
Galvão C. "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGMedicine 2005.

Locais de eleição de punção

- Parede abdominal;
- Face anterior do Tórax;
- Região Escapular;
- Face externa do antebraço;
- Face externa da coxa.



Galvão C, "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGMedicine 2005

Material necessário à técnica:

- Tabuleiro;
- Solução alcoólica a 70% / Clorhexidina a 0.5%;
- Compressas;
- Agulha epicraneana (Butterfly®) calibre 23G a 27G / Agulha Teflon com sistema de segurança com adaptador em Y (BD Saf-T-Intima™);
- Seringa com Soro Fisiológico;
- Adesivo / Opsite®;



Via SC - Descrição da técnica

- Seleccionar o local mais favorável;
- A colocação da agulha deve ser tão proximal quanto possível (permite difusão mais rápida favorecida pela gravidade);
- Desinfectar local com solução alcoólica a 70% / Clorhexidina a 0.5%;
- Fazer prega cutânea entre polegar e indicador;
- Introduzida a agulha a 45° na base da prega com o bisel para cima;
 - Agulha epicraneana (butterfly) calibre 23G a 27G;
 - Agulha Teflon com sistema de segurança com adaptador em Y (BD Saf-T-Intima™);
- Fixar a agulha e tubuladura com adesivo / Opsite;



Via SC – Aspectos na Administração (I)

- A agulha pode manter-se no lugar até 7 dias;
 - Atendendo ao fármaco ou a sua concentração, pode ser necessário a rotação de local ao fim de três / quatro dias;
- A rotação de local de punção deve ser no mínimo com 5cm de distância, o ideal é optar por um local mais distante;
- O volume a administrar nas 24h poderá ser de 1000 ml a 1500ml;
- Região do tórax e abdomen têm maior capacidade de absorção de fluidos;
- Quando se punciona a parede abdominal, a agulha deve ser inserida lateralmente, para evitar que o doente se pique;



Via SC – Aspectos na Administração (II)

- Explicar ao paciente o que se está administrar;
- Após administração, faz-se lavagem do sistema com soro fisiológico (0.5cc a 2cc, de acordo com vol. da tubuladura);
- Não há necessidade de fazer lavagem do sistema entre os vários fármacos numa mesma administração;
- Habitualmente não se administra mais que 3 fármacos na mesma administração.
- Poderá justificar-se a colocação de mais do que uma agulha para administração de mais de 3 fármacos, incompatíveis, grandes volumes;
- A colocação da agulha é da responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde. A administração pode ser praticada por cuidadores informais (domicílio);

Via SC – Aspectos na Administração (III)

- Vigiar sinais inflamatórios locais e existência de sangue na tubuladura;
- É geralmente 2 vezes mais potente que a via oral e 3 vezes menos que a via IV;
- Em perfusão contínua, atender à compatibilidade de fármacos e ritmo de infusão;
- Técnica compatível com recurso simultâneo a outras vias de administração;
- Fármacos para aumentar a absorção não são habitualmente necessários;
 - *Hialuronidase*:
 - Favorece a difusão da substância administrada através da lise temporária da barreira intersticial, diminui a viscosidade do tecido conjuntivo;
 - O aumento da velocidade de infusão não é significativo;
 - Provoca destruição dos glóbulos brancos.



Fármacos mais utilizados

Fármaco	Modo de Acção	Indicações
Morfina	Analgésico	Dor, Dispneia, Diarreia
Tramadol	Analgésico	Dor
Haloperidol	Antiemético e Antipsicótico	Agitação, Náuseas, Vômitos
Levomepromazina	Antiemético e Sedativo	Vômitos, Agitação
Midazolam	Ansiolítico e Sedativo	Agitação, Convulsões, Dispneia
Lorazepam	Ansiolítico e Sedativo	Ansiedade, Dispneia
Dexametasona	Esteróide	Dispneia, Dor, Vômitos
Metoclopramida	Antiemético	Náuseas, Vômitos, Dispneia
Butilescopolamina	Antiespasmódico e Antisecretor	Estertor, Cólicas
Diclofenac	Anti-inflamatório	Dor óssea
Furosemida	Diurético	Edemas, Crise hipertensiva

Galvão C, "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" 2005

Fármacos a não utilizar

Diazepam
Clorpromazina
Pamidronato
Digoxina
Fenitoína
Antibióticos*

*Excepção para Ceftriaxone e Cefepima

- Usado com segurança e eficiência por via SC

www.palliativedrugs.com



Antibióticos

Usado com segurança e eficiência por via SC

➤ **Ceftriaxone**⁴ (ampolas para uso intramuscular)

- 1g diluído em 3ml de Clorhidrato de Lidocaína a 2%;
- ou
- 1 g diluído em 3,5 ml de água para injectáveis e 35 mg Clorhidrato de Lidocaína
 - Em 50-100 ml de Soro Fisiológico, administrado em 10-20 min;

➤ **Cefepima**⁵

- 1g em 50ml de Dext 5% em H₂O;
- Perfusão (CSCI) em 30 min;

⁴Neto et al, "Estudio prospectivo com Ceftriaxona subcutânea en pacientes de cuidados paliativos", Med Clin (Barc) 2008; 439

⁵Paul Walker et al, "Subcutaneous Administration of Cefepime", 2005

Hipodermoclise

Administração de Soros por Via Subcutânea

- **Não** se deve administrar soros hipotónicos;
 - Preferencialmente soluções salinas (0.9%).
 - Dextrose em soro a 5%;
 - Ocasionalmente pode haver maior tumefacção local.
 - Aconselha-se adicionar 20ml de NaCl a 20%.
 - Lactato de Ringer (situações muito pontuais);
- Pode adicionar-se 20 a 40mmol de KCl/L;
- Máximo 1500ml/24h;
- A velocidade de infusão deve ser regulada com um controlador de gotas, 25 a 100ml/h;

Isabel G. Neto "Utilização da via subcutânea na prática clínica", 2008



CONCLUSÃO

Em cuidados a doentes crónicos e em fim de vida , a **Via Subcutânea**:

- É a melhor alternativa para:
 - Administração de líquidos (Hipodermoclise);
 - Administração de fármacos (bólus ou Infusão contínua).
- Garante os princípios fundamentais:
 - Adequar a via de administração dos fármacos;
 - Adequar e simplificar a medicação.

Barbosa A e Neto IG, ed. Manual de Cuidados Paliativos, Lisboa 2008

Fim



Bibliografia (I)

- Barbosa A e Neto IG, ed. Manual de Cuidados Paliativos, Lisboa 2006;
- Better Palliative Care for Older People, WHO, Europe, 2004
- Darrell A. Owens, "Hydration in the Terminally Ill: A Review of the Evidence", JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE NURSING • Vol. 9, No. 3, May/June 2007: 122-123;
- Direcção Geral da Saúde, 2004, "Programa Nacional de Cuidados Paliativos", Circular Normativa de 13.07;
- EPEC - Education for Physicians on End-of-life Care - Participant's Handbook, 1999, Module 4: Pain Management, 12;
- Galvão C, "Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal" PGM 2005;23(2):97-107;
- Graham F, Clark D, "The syringe driver and the subcutaneous route in palliative care: the inventor, the history and the implications", J Pain and Symp. Manag 2005;29 (1):32-40;
- Grencho L, "A Via Subcutânea: Uma alternativa para administração terapêutica" Nursing Janeiro 2008; 14-18;
- Ian Back, Palliative Medicine Handbook, electronic version, 3rd edition, 2001 169-179;
- Isabel Galriça Neto "Utilização da via subcutânea na prática clínica", artigos de revisão Medicina Interna, VOL.15 | Nº 4 | OUT/DEZ 2008, 277-283;

Bibliografia (II)

- Neto et al, "Estudio prospectivo com Ceftriaxona subcutânea en pacientes de cuidados paliativos", Med Clin (Barc) 2008: 439;
- Paul Walker et al, "Subcutaneous Administration of Cefepime", *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 30 No. 2 August 2005: 170-174;
- Renée Dugas, "La voie Sous-cutanée, Une alternative utile en soins palliatifs", Conseils pratiques, Le medicine de famille canadien, Vol.47 | Février 2001, 266-267;
- TATSUYA MORITA et al, "Development of a National Clinical Guideline for Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Patients with Cancer", JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 10, Number 3, 2007: 770-780;
- Twycross Robert "Cuidados Paliativos", Lisboa, Climepsi 2003 2ª edição;
- Menahem S et Pesach S, "Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique" American Family Physician 2001; 64 (9): 1575-1578;
- <http://www.bd.com/infusion/products/sti.asp> (acedido a 04.06.11)
- <http://dev.nsta.org/evwebs/299a/history.htm> (acedido a 04.06.11)
- <http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/graseby-ms26-syringe-driver-12-hours-to-60-days-p-7182.html> (acedido a 04.06.11)
- <http://www.palliativedrugs.com/continuous-subcutaneous-infusions> (acedido a 04.06.11)



APÊNDICE III

Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “Via Sub-Cutânea e Hipodermóclise”

Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “Via Subcutânea e Hipodermoclise”

1	Avaliação Global	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Média
1.1	Os Objetivos da formação foram claros Programa	3	4	4	3	4	3	4
1.2	Os conteúdos foram adequados aos objetivos	3	4	4	3	4	3	4
1.3	Os trabalhos, exercícios e atividades foram suficientes	3	4	4	3	4	3	4
1.4	A duração da ação/ formação foi adequada	4	4	4	4	4	3	4
1.5	O relacionamento entre participantes foi positivo	4	4	4	4	4	3	4
1.6	As instalações foram adequadas	4	4	4	3	3	3	4
1.7	Os meios audiovisuais foram adequados	4	4	4	3	4	3	4
1.8	A documentação foi suficiente	3	4	4	3	4	3	4
1.9	O apoio administrativo e técnico foi o adequado	3	4	4	3	4	3	4
2	Avaliação do Impacto da Formação							
2.1	Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	3	4	4	4	4	3	4
2.2	Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	3	4	4	3	4	3	4
2.3	Os conhecimentos adquiridos são permitir melhor o seu desempenho	3	4	4	3	4	3	4
2.3	Os conhecimentos adquiridos permitiriam contribuir para o meu desenvolvimento profissional	3	4	4	3	4	3	4
3	Avaliação dos Formadores							
3.1	O formador revelou dominar o assunto	4	4	4	4	4	3	4
3.2	A metodologia utilizada foi adequada	3	4	4	3	4	3	4
3.3	A exposição dos assuntos foi clara	4	4	4	4	4	3	4
3.4	A relação estabelecida com os formandos foi positiva	4	4	4	4	4	3	4
3.5	O formador estava motivado	4	4	4	4	4	3	4



APÊNDICE IV

Interações em Cuidados Paliativos

Interações em Cuidados Paliativos

A transcrição que se segue refere-se a um encontro de ajuda realizado na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha. Diz respeito a um momento informal em que se proporcionava momentos de ajuda com o objetivo de perceber o que os doentes sentiam, o que os preocupavam, os seus desejos e assim podermos agir de acordo a dar resposta às suas necessidades. Aproveitava também para ajustar expectativas e esperanças realistas.

INTERACÇÕES EM CUIDADOS PALIATIVOS

INTERACÇÃO 1

Entrei o quarto e apresentei-me: Bom dia, D. Maria. Sou a enfermeira Patrícia. Toquei na cliente para perceber que estava ao seu lado (cliente invisual).

D: Olá, bom dia.

Eu: Como se sente hoje, D. Maria?

D: Cansada.

Eu: Imagino que sim. Vejo que hoje está um pouco mais cansada ao falar.

D: Sim. Como está o tempo lá fora?

Eu: Está sol, está bom tempo.

D: Sabe, gostava muito de ir ao jardim...

Eu: D. Maria, hoje parece-me que está muito cansada para sair do quarto e ir lá fora, porque fica muito cansada ao falar, e se a levantar da cama para a cadeira, irá fazer mais esforço e mais cansada irá ficar e assim poderá não usufruir da ida lá fora... Entende? D. Maria, oxalá nos próximos dias não esteja tão cansada e aí, se se sentir melhor tudo faremos para a levar lá fora ao jardim.

D: Sorri e acena a dizer que compreende.

Eu: D. Maria, também é muito importante para nós podermos ajudar a cumprir os seus objetivos...

D: Pergunta se conseguirá voltar a caminhar e ir ao jardim e ao wc.

Eu: Isso não sabemos, oxalá que sim. No momento sente-se muito cansada. Algum tempo de silêncio. Vou ter de ir, volto mais tarde. Se precisar de alguma coisa não hesite em chamar.

INTERACÇÃO 2

Bom dia D. Maria, como se sente hoje?

Dt: Bem.

Eu: Sente-se menos cansada que ontem? Refere que sim e tira o oxigénio.

EU: Vejo que está menos cansada ao falar, isso é bom...

Dt: Quero ir ao WC.

Eu: Vou buscar a cadeira, para não se cansar tanto e depois iremos. (Já no wc vejo que a cliente se encontra francamente menos asténica que ontem e que tolera bem estar sem oxigénio). Perguntei se gostaria de tomar um banho de chuveiro uma vez que se está a sentir bem e não está cansada.

Dt: Gostaria muito.

Após a higiene a cliente mantinha-se do ponto de vista respiratório bem. Foram feitas algumas diligências para se providenciar uma garrafa de oxigénio portátil para a cliente ir ao jardim.

Após a higiene perguntei à D. Maria se gostaria de ir hoje ao jardim. A D. Maria referiu que gostaria muito. A cliente ficou um pouco a descansar no quarto com o oxigénio colocado e passado algum tempo fomos ao jardim.

A D. Maria fica muito satisfeita por ir ao jardim e enquanto íamos a caminho pede para lhe descrever por onde estávamos a passar. Assim fiz, descrevi todo o percurso e descrevi o jardim. Perguntei o que a D. Maria estava a sentir, com a ida ao jardim. Referiu que sentia uma sensação de liberdade. Perguntei se vir ao jardim tinha algum significado especial para ela. A D. Maria respondeu que não, que era para sair do quarto e não sentir que ia ficar ali para sempre. Respondi que oxalá fosse possível realizarmos este percurso mais vezes e que da nossa parte tudo faríamos para a trazer mais vezes ao jardim ou fora do quarto, assim a sua condição o permitisse. Fica um momento em silêncio e a cliente pergunta se os quartos são comparticipados pelo estado. Respondi que alguns eram, outros não. A cliente perguntou se era muito caro, disse que a nora estava a tratar com a segurança social para ser o estado a pagar... eles disseram que se eu adiantasse o pagamento eles depois dariam o dinheiro. Referiu estar preocupada com o pagamento porque a sua reforma era pequena e se ali estivesse muitos dias o dinheiro acabava. Referi que os filhos estavam dispostos a ajudar a pagar e que estavam preocupados com o seu bem-estar e conforto e não com o dinheiro. A cliente mantém a preocupação e refere que se é muito tempo também o dinheiro dos filhos acaba. Disse que o melhor era esperar a resposta da segurança social. A cliente refere que está com um pouco de frio e quer voltar para o quarto, que estava muito contente por ter ido ao jardim. Disse que nós também estávamos muito contentes por ela e por termos proporcionado esse momento.

INTERACÇÃO 3

Numa nova conversa com a D. Maria esta questionava-me porque é que aconteceu tudo tão depressa (ficar mais debilitada e dependente), referia que ainda há um mês estava bem e fazia tudo sozinha. Referi que estas doenças são imprevisíveis e que por vezes progredem muito rapidamente. Referi que compreendia o que me estava a transmitir pois sabia

que apesar de ser invisual sempre fez a sua vida sozinha sem incomodar a família mais próxima, que era muito independente e que apesar de por vezes ser muito difícil nunca tinha desistido. A cliente sorriu e perguntou como sabia disso. Referi que o seu filho me tinha conferenciado essa particularidade e que nessa conversa o seu filho tinha referido que tinha muito orgulho na sua mãe. A cliente esboçou um sorriso visivelmente de satisfação e contentamento.

A D. Maria mostra-se preocupada com o vir a sofrer. Foi referido por mim que nós estaríamos sempre presentes. Que estamos ao seu lado todos os dias e a qualquer momento nos poderia chamar. Realcei que iríamos fazer tudo o que estivesse ao nosso alcance para minimizar e aliviar o seu sofrimento. Referido que isto era um compromisso de toda a equipa.

A D. Maria pergunta se não era possível ficar mais adormecida nesta fase, porque pensava muito e isso fazia com que ficasse mais ansiosa. Referi que tudo iríamos fazer para diminuir essa ansiedade e proporcionar-lhe conforto e bem-estar. Reforçada a ideia que toda a equipa estava ali para a ajudar nesta caminhada e que tudo iríamos fazer para a ajudar a sentir-se confortável e tranquila.

Refere que antes de ficar mais debilitada e mais adormecida gostaria de falar com o Sr. Padre. Disse que iríamos tratar disso e informar o Sr. Padre Ricardo do seu desejo de falar com ele e que ele certamente iria vir assim que lhe fosse possível. A D. Maria era uma senhora com muita fé e muito crente.

Despedi-me da D. Maria e referi que estaria sempre disponível para conversarmos e para ajudar em qualquer coisa que precisasse. Disse que iria passar frequentemente no quarto para ver se estava tudo bem (a D. Maria não gostava de estar sozinha). A D. Maria sorriu e agradeceu.

ANÁLISE DAS INTERACÇÕES

Os encontros com a D. Maria decorreram no seu quarto, a cliente estava deitada na sua cama e eu sentei-me no cadeirão ao lado da mesma e coloquei a minha mão na mão dela para que sentisse a minha presença e o local onde me encontrava, uma vez que a cliente era invisual. Sempre que possível guiei-me pelo Protocolo de Buckman: preparação do local, ambiente calmo, tentava perceber o que a cliente já sabia e o que ainda pretendia saber, dar a informação, responder às emoções e perguntas que eram feitas por parte da cliente e propor um plano/ compromisso de acompanhamento e ao encerrar o diálogo mostrava sempre disponibilidade para o esclarecimento e acompanhamento sempre que desejasse.

A D. Maria ao longo dos encontros que fomos tendo foi fazendo uma revisão da sua história de vida, expressou os seus sentimentos e preocupações, os seus medos, as suas intenções, os seus desejos e alegrias.

A relação que se foi estabelecendo entre nós surgiu de forma espontânea e tranquila. A D. Maria sentia-se com confiança para questionar tudo, pois esperava que eu não lhe faltasse

com a verdade. Tinha sido um acordo estabelecido por nós. Concluo que a base deste tipo de relações são a confiança, a verdade e o respeito mútuo.

Após uma análise das intervenções realizadas, penso que a relação estabelecida teve por base alguns elementos facilitadores da comunicação. A **empatia**, é considerada a “pedra angular de toda a relação de ajuda” e diz respeito à compreensão/ percepção dos sentimentos da outra pessoa. A empatia não está relacionada com simpatia mas sim com o sentimento de estar com o cliente.

Para poder estabelecer uma verdadeira relação com o cliente é necessário apostar na verdade, na relação autêntica e verdadeira, é necessário existir uma “abertura de espírito” e aceitar o outro como realmente é, sem fazer juízos de valor. Esta relação deve ter por base a aceitação, o respeito e o olhar positivo e aceitação incondicional, valorizando os clientes por aquilo que eles são, procurando compreender os seus sentimentos, necessidades, expectativas e recursos de forma a transmitir-lhe compreensão da situação que nos está a descrever. A reflexão do uso da linguagem não-verbal fica nesta situação um pouco comprometida, uma vez que a cliente era invisual. No entanto, para suprimir esta barreira de a D. Maria não ver, fiz um uso mais intenso do **toque**, do **tom de voz** e da **paralinguagem**. Enquanto permanecia em conversa, a minha mão estava sempre em contacto com a D. Maria e esta muitas vezes procurava as minhas mãos e apertava um pouco mais, penso que para reforçar a ideia que poderia contar comigo para o que ela necessitasse. Usava um tom de voz baixo e sereno, pois estávamos numa conversa informar e onde existia alguma cumplicidade. Também era uma conversa difícil, com temas delicados e daí a importância de mostrarmos serenidade e tranquilidade, também para a própria cliente se sentir segura e tranquila. Fui usando a paralinguagem, à medida que a cliente ia falando para demonstrar que a estava a ouvir atentamente e que compreendia o que me estava a transmitir.

Nas interações acima descritas estão presentes aspetos importantes e característicos de uma relação de ajuda, tais como a **escuta ativa**. Esta surge no sentido de compreender os sentimentos dos clientes, respeitando os silêncios e as palavras manifestadas. Por vezes, mais importante que falar é manter o silêncio, deixar a pessoa falar e ajudá-la a encontrar por si os meios de compreender e aceitar por si a sua situação. Em alguns momentos do diálogo foi utilizada a **reformulação**, no sentido de demonstrar que a estava a escutar e a entender. Fiz uso também da **resposta empática** e **assertividade**. Foram utilizadas as **técnicas de dedos cruzados** e **tiros de aviso**, para não retirar a esperança à cliente.

Penso que as técnicas de comunicação devem ser muito bem treinadas, exercitadas e refletidas por parte dos profissionais de saúde, pois, muitas vezes, o impacto da nossa abordagem perante algumas situações pode ser marcante, do ponto de vista negativo, para o cliente/ família, se a comunicação não for feita com técnica e perícia.

Reconheço que neste campo, ainda tenho muito para aprender e, que através da formação e do treino irei otimizando este recurso, apurando competências.

A análise da interação permitiu-me uma atitude reflexiva da minha prática. Permitiu-me realizar uma introspeção sobre o encontro para perceber o que poderia ter corrido melhor. Esta



reflexão permitir-me-á ser capaz de em experiências futuras poder prever determinadas situações e tomar atempadamente algumas medidas preventivas.

A capacidade de escuta, de compreensão, o estar atento e a demonstração de compreensão e atenção pelo cliente, são características que têm de estar inerentes ao ato de cuidar. Muitas das estratégias de ajuda passam por demonstrar uma comunicação eficaz, tanto de forma verbal como não-verbal. O ato de comunicar deve ser sempre entendido como um fator favorável à recuperação do cliente, pela segurança e pelo acompanhamento que este pode sentir através da transmissão de informações e do apoio psicológico.



APÊNDICE V

CD – Vídeo com a Massagem de Bem-Estar e Conforto



CD – Vídeo com a Massagem de Bem-Estar e Conforto



APÊNDICE VI

Poster “Triagem de Manchester”

Poster "Triagem de Manchester"



TRIAGEM DE MANCHESTER

Os utentes são observados de acordo com a gravidade da sua situação clínica e não por ordem de chegada



A utilização deste sistema classifica o utente em 5 categorias identificadas por um código de cores que corresponde a um tempo máximo de espera, até à observação por um médico. Pode ir dos 0 min. no vermelho até às 4 horas no caso do azul

Referências Bibliográficas:

Manual do Serviço do Grupo Português de Triagem (1997) – Triagem no Serviço de Urgência, Grupo de Triagem de Manchester
Trabalho Elaborado por estudantes da Especialidade de Enfermagem em Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa



APÊNDICE VII

Protocolo de Dor para Aplicação no SO

Protocolo de Monitorização e Controlo da Dor

(Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais, SO)

1- Objetivo

- a. Sensibilizar os Enfermeiros para a necessidade de uma avaliação formal da dor
- b. Identificar qual o melhor plano de avaliação e controlo da dor
- c. Uniformizar o procedimento de Monitorização, Registo e Controlo da Dor

2- Definição

- a. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica, podendo existir mesmo na ausência de causas identificadas. A perceção e a expressão de dor varia de pessoa para pessoa, de situação para situação, de acordo com as características individuais, a história de vida e o contexto onde se encontra inserida.

3- Princípios Gerais

- a. Este procedimento uniformiza a avaliação da Dor para:
 - i. Cliente consciente e colaborante, admitido no serviço de Urgência Geral
- b. A Dor é um sintoma que acompanha, de forma, transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde
- c. O controlo da Dor é um:
 - i. Dever dos profissionais de saúde
 - ii. Direito dos clientes
 - iii. Passo fundamental para a efetiva Humanização dos cuidados de saúde

- d. Considera-se boa prática no âmbito da valorização da Dor:
- i. O registo sistemático da Intensidade da Dor
 - ii. A avaliação para mensuração da intensidade da Dor faz-se com recurso a uma das seguintes escalas:
 - Escala Visual Analógica
 - Escala Numérica
 - Escala Qualitativa ou Escala de Faces
 - iii. A escala utilizada, para um determinado cliente, deve ser sempre a mesma
 - iv. A intensidade da dor é sempre referida pelo cliente
- e. O registo da intensidade da dor é efetuado no quadro de sinais vitais
- f. O registo das características da dor é efetuado em Notas de Enfermagem
- g. Perante a impossibilidade do cliente em caracterizar a dor, o profissional de saúde regista e justifica em Notas de Enfermagem a sua não aplicabilidade

4- Frequência de Avaliação da Dor

- a. Em clientes sem dor, avaliar a Dor 1 vez por turno
- b. Em clientes com dor, avaliar a Dor 3 vezes por turno e em SOS
- c. De acordo com a prescrição, protocolo do serviço ou as necessidades do cliente

5- Eficácia no Controlo da Dor

- a. Utilizando a escala numérica de 0 a 10, considera-se:
 - i. Dor Controlada: se intensidade ≤ 3
 - ii. Dor Não Controlada: se intensidade > 3

6- Sequência dos Procedimentos

Aquando da admissão

- a. Apresentar ao cliente as diferentes escalas de avaliação de dor, aquando da sua avaliação
- b. Se Dor presente, incluir na anamnese a história da mesma (fatores desencadeantes, medidas de alívio, terapêutica e sua eficácia)
- c. Escolher o tipo de escala em função das características do cliente (nível de escolaridade, nível de consciência, capacidades cognitivas e de comunicação e interpretação)
- d. Registrar em notas de Enfermagem a escala escolhida para o cliente

Avaliação da Dor

- e. Solicitar ao cliente que valora a sua Dor de acordo com a escala definida
- f. Em caso de persistência de dor > 3 (dor não controlada), articular com a equipa médica (considerar o encaminhamento e articulação com outras especialidades)

Registo da Dor

- g. Na presença de dor, identificar e registar a seguinte informação:
 - i. Intensidade
 - ii. Localização
 - iii. Características
 - iv. Diagnóstico de Enfermagem
 - v. Medidas tomadas e sua eficácia

7- Documentos de Suporte

- a. Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003
- b. Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos, ACSS, 2ª Edição, Lisboa 2008

c. Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série I. Número I

Protocolo de Fármacos Analgésicos

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 1/5

Indicações possíveis

- Procedimentos de Enfermagem Dolorosos
- Dor de Ligeira intensidade (Grau I na escada analgésica), com score na escala da dor numérica ≥ 3

Analgesia

1 grama de **PARACETAMOL** (per'os) de 6/6 horas

Administrar via endovenosa (1 grama) a infundir em 15 minutos de 6/6 horas se:

- Cliente sem via oral disponível;
- Se se pretender efeito analgésico inferior a de 20 minutos.

Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

NOTA: Se cliente com alterações hepáticas, administrar dose máxima de 2/3gr de paracetamol/dia; Se cliente com hipotensão infundir a solução a ritmo lento.

Analgesia de Resgate

METAMIZOL MAGNÉSICO, 2 gramas (1 ampola) diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos;

NOTA: Contraindicado em caso de Trombocitopenia grave (plaquetas inferiores a 20.000)

Indicações Acessórias

- Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente dos anteriores, pelo que se deve contactar o Médico de Serviço
- Se o cliente se mantiver com dor, apesar da associação da analgésica de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser informado o Médico de Serviço
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver alteração da medicação analgésica e se mantiver a presença de dor, deve-se comunicar ao Médico de Serviço

Vigilância

- Registrar a avaliação da dor 3 vezes por turno e em SOS
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

- **PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
- **METAMIZOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca atividade anti-inflamatória



APÊNDICE VIII

Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor”

Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



HPP HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

O Enfermeiro face à Pessoa com Dor

Aluna Patrícia Carvalho
Sob Orientação do Enfermeiro Nuno Monteiro e
Professora Marques da Gama

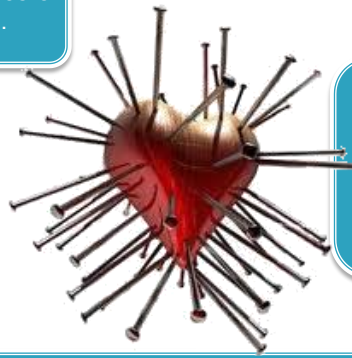
Objectivos

- Sensibilizar para a melhoria dos cuidados ao doente com dor
- Que o formando seja capaz de:
- Compreender a importância da Avaliação da Dor
 - Conhecer a evidência científica disponível sobre o tema
 - Reflectir sobre a prática da avaliação da Dor
 - Aplicar as diferentes escalas de avaliação da Dor
 - Melhorar a monitorização da Dor
 - Registrar de forma sistemática a Dor



Imagine a Pior Dor Que Já Sentiu ...

Todos nós sabemos o que é a Dor ...



... mas ao tentar mensurá-la percebemos que interiorizamos o seu significado de uma forma intuitiva, isto porque ...

... A Dor é sempre uma experiência **subjetiva**.

Definição Dor




International Association
for the Study of Pain

“A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão”

“é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”

(Margo McCaffery apud Phipps, Sand e Mark, 2003, p363)



Orientações para Avaliação e Gestão da Dor

Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde **Circular Normativa**

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a "Dor como o 5º sinal vital".



Orientações para Avaliação e Gestão da Dor




DOR

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA
CADERNOS OE | SERIE I | NÚMERO 1

“Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento...”

“Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional “





The Joint Commission
Improve recognition & response to changes in a patient's condition

Orientações para Avaliação e Gestão da Dor

“os pacientes têm o direito à analgesia adequada e à gestão da sua dor”

“a validação da dor e a resposta à terapêutica deve ser realizada regularmente através de uma escala adequada à população de doentes e sistematicamente documentada”


The Joint Commission
Improve recognition & response to changes in a patient's condition

Orientações para Avaliação e Gestão da Dor

“O nível de dor relatada pelo paciente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia. O uso do EVN é recomendado para avaliar a dor”

“A dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos e indicadores fisiológicos”

Evidência Científica

Research

Open Access

Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU

Sabine JGM Ahlers^{1,2,3}, Laura van Gulik¹, Aletta M van der Veen¹, Hendricus PA van Dongen¹, Peter Bruins¹, Svetlana V Belitser⁴, Anthonius de Boer⁴, Dick Tibboel³ and Catherijne AJ Knibbe^{2,3}

“A Dor pode aumentar a mortalidade e morbidade e diminuir o conforto dos doentes e sua qualidade de vida”

Intensive and Critical Care Nursing (2006) 22, 32–39



ELSEVIER
ORIGINAL ARTICLE

ICCN

www.elsevierhealth.com/journals/iccn

Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients

Jeanne Young^{a,b,*}, Jo Siffleet^a, Sue Nikolett^{a,b}, Thérèse Shaw^{a,b}

“Agitação é também um problema comum em doentes críticos e tem sido associada a uma inadequada gestão da Dor” (Marshall and Soucy, 2003)

Evidência Científica

Original article

Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit

Audrey Blenkarn, Siobhan Faughnan and Angela Morgan



- “A gestão da Dor não é frequentemente considerada uma prioridade” (Puntillo 1988; Holden 1991; Walsh & Ford 1992) sobretudo se o doente está hemodinamicamente instável”
- “A analgesia é frequentemente suspensa ou a sua dosagem diminuída na crença de que poderá comprometer o status hemodinâmico e /ou respiratório do doente” (Marks & Sachar 1973; Cohen 1980; Mather & Philips 1986)
- “Uma avaliação detalhada e estandardizada incorporando indicadores fisiológicos e comportamentais podem auxiliar os enfermeiros numa avaliação precisa da intensidade da dor”

Evidência Científica

DISTINGUISHED RESEARCH LECTURE

Presented May 19, 2003, at the AACN National Teaching Institute in San Antonio, Tex.

PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT IN THE CRITICALLY ILL: WIZARDRY OR SCIENCE?

By Kathleen Puntillo, RN, DNSc. From the University of California, San Francisco.

"Enfermeiros são a mais elevada autoridade no que se refere à abordagem da dor e na criação de ambientes seguros e humanos"

International Journal for Quality in Health Care 2004; Volume 16, Number 1; pp 59-64

10.1093/inqhc/16.01.010

Improving assessment and treatment of pain in the critically ill

MICHAEL A. ERDEK AND PETER J. PRONOVOST

Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA

"Esforços devem ser feitos para melhorar a avaliação e o tratamento da dor em doentes críticos e representa uma oportunidade de melhoria na qualidade de cuidados"

Evidência Científica

Review

Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit

Curtis N Sessler^{1,2}, Mary Jo Grap³ and Michael AE Ramsay⁴

¹Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Virginia Commonwealth University Health System, Richmond, Virginia 23298, USA

²Medical Director of Critical Care, Medical College of Virginia Hospitals, Richmond, Virginia 23298, USA

³Department of Adult Health Nursing, School of Nursing, VCU, East Leigh St, Richmond, Virginia 23298, USA

⁴Department of Anesthesiology, Baylor University Medical Center, Gaston Avenue, Dallas, Texas 75246, USA

Corresponding author: Curtis N Sessler, cnessler@vcu.edu

Published: 14 May 2008
This article is online at <http://icq.oxfordjournals.com/content/12/S3/S2>
© 2008 BioMed Central Ltd

Critical Care 2008, 12(Suppl 3):S2 (doi:10.1186/cc6148)

- 35% a 55% dos Enfermeiros subestimam a dor do doente
- 64% dos Doentes não receberam qualquer medicamento antes ou durante os procedimentos dolorosos
- 50% dos Doentes relatam Dor
- 15% dos Doentes estavam insatisfeitos com o controlo da Dor

Evidência Científica

Review

Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit

Curtis N Sessler^{1,2}, Mary Jo Grap³ and Michael AE Ramsay⁴

¹Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Virginia Commonwealth University Health System, Richmond, Virginia 23298, USA

²Medical Director of Critical Care, Medical College of Virginia Hospitals, Richmond, Virginia 23298, USA

³Department of Adult Health Nursing, School of Nursing, VCU, East Leigh St., Richmond, Virginia 23298, USA

⁴Department of Anesthesiology, Baylor University Medical Center, Gaston Avenue, Dallas, Texas 75248, USA

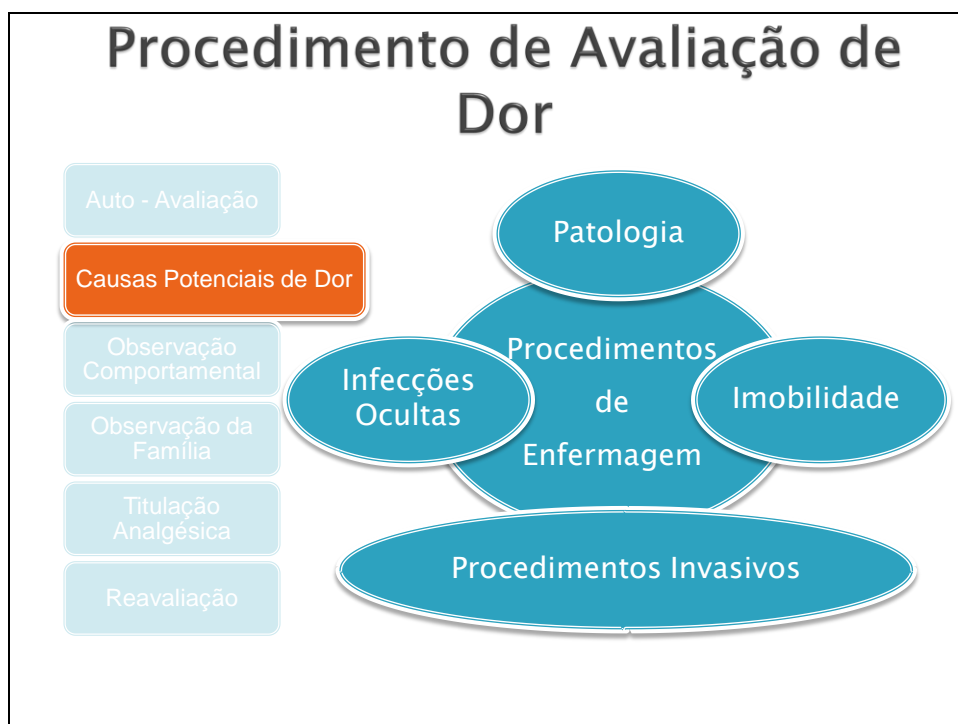
Corresponding author: Curtis N Sessler, cnessler@vcu.edu

- Existe uma relação directa entre a capacidade a avaliar a Dor e a capacidade de controlá-la
- Inadequado controlo da Dor é em grande parte devido ao uso inconsistente de instrumentos padronizados

Procedimento de Avaliação de Dor

Auto-Avaliação	• O paciente faz a Auto-Avaliação da dor
Causas Potenciais de Dor	• Procurar Causas Potenciais de dor
Observação Comportamental	• Observar comportamentos
Observação da Família	• A família identifica comportamentos
Titulação Analgésica	• Avaliação analgésica
Reavaliação	• Reavaliar sistematicamente

Fonte: PNAD, 2011



Procedimento de Avaliação de Dor

Auto - Avaliação

Causas Potenciais de Dor

Observação Comportamental

Observação da Família

Titulação Analgésica

Reavaliação

Procedimentos de enfermagem:

“Os mais dolorosos”

- Reabilitação
- Tratamento de feridas
- Aspiração de secreções
- Posicionamentos
- Técnicas invasivas....

“Os Enfermeiros estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, portanto são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor do doente crítico”

Fonte: PNAD, 2011

Avaliação da Dor

A avaliação do registo da intensidade da dor deve ser feita:

de forma contínua e regular

Adequar a terapêutica

Conferir segurança à equipa prestadora de cuidados

Melhorar a qualidade de vida do doente



Avaliação da Dor

Quando se avalia a Dor?

- Na admissão do doente
- Avaliar em conjunto com os restantes sinais vitais
- Após um procedimento possivelmente doloroso
- Com o aparecimento de uma nova referência algica

Escalas para avaliação da Dor

Escalas de Avaliação Unidimensional

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala Qualitativa
- Escala de Faces

Escalas de Avaliação Pluridimensionais

- Questionário de McGill
- Inventário Breve da Dor
- Escala doloplus

Escalas de Avaliação Comportamentais

- Flacc Behavioral Scale
- BPS – Behavioral Pain Scale
- CCPOT – Critical care Pain Observation Tool
- NVPS – Non – Verbal Pain Scale



Escalas de Avaliação Unidimensional

Escala Visual Analógica

Sem Dor | _____ | Dor Máxima

Escala Numérica

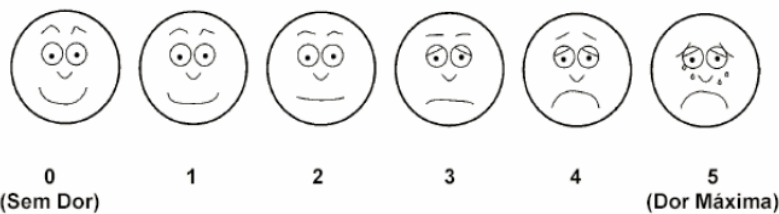
Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

Escalas de Avaliação Unidimensional

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala de Faces



Escalas de Avaliação Unidimensional

Escala do Observador

Parece Sem Dor	Parece Conf. C/ Movimento	Parece Desconf.	Parece Sofredor Consolável	Parece Sofredor Inconsolável
----------------	------------------------------	-----------------	-------------------------------	---------------------------------

O controlo da Dor é um indicador de qualidade da prestação de serviços de saúde.

Um controlo correcto da Dor passa por uma avaliação correcta



Responsabilidade dos Enfermeiros

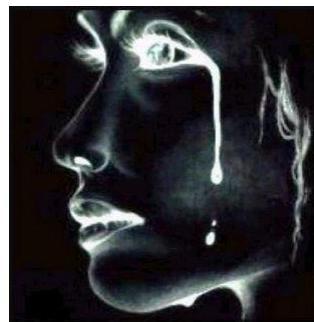


A informação é importante
mas não basta ...

O desafio é mudar
as nossas atitudes

A Dor

“Não mata ...
...mas dói”



Bibliografia

- Aïssaoui, Y., zeggwach, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (Abril de 2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with full text database:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16244013&site=ehost-live>
- Cade, C. (Nov.–Dez. de 2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Obtido em 2 de Maio de 2011, de CINAHL Plus With Full Text:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&dbrzh&AN=2010076965&site=ehost-live>.
- Direcção Geral de Saúde. (2003). *Circular normativa n° 09/DGCC: A Dor como 5° Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 31 de Janeiro de 2011, de
<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Circular normativa n°11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 31 de Janeiro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with full text database:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>.

Bibliografia

- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with full text database:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (Janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, n° 1, pp. 2–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, n°1) Obtido em 1 de Dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeirosptPublicações.Documentscadernosodordor.pdf>
- Payen, J.-F., Bru, O., Bossion, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2010). (*Regulamento n° 124/2011, diário da republica, 2ª Série, 18 de Fevereiro*)
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with Full Text database:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16198570&site=ehost-live>.



APÊNDICE IX

Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor”



Tabela com as Ponderações Atribuídas na Avaliação da Ação de Formação “O Enfermeiro face à Pessoa com Dor”







1	Ação de Formação	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24	F25	Média
1.1	Objetivos do Programa	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	3	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	3	3	4	3	4
1.2	Interesses dos Conteúdos	4	4	5	3	4	4	4	4	3	4	3	5	4	4	4	3	4	5	4	5	5	4	3	4	4	4
1.3	Utilidade da Ação	4	4	5	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4
1.4	Utilidade do Curso em relação às expectativas iniciais	4	3	5	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	5	3	4	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4
1.5	Tempo de duração	4	5	4	5	3	4	4	5	4	4	3	5	4	5	5	3	4	5	5	5	5	3	3	4	4	4
1.6	Opinião Global sobre a ação de Formação	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	5	4	4	4	3	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4
1.7	Recomendação do Curso a Outros	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	5	4	4	4	3	4	5	4	5	5	3	3	4	4	4
2	Eficácia dos Formandos																										
2.1	Capacidades Didáticas	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	5	5	4	3	4	4	4
2.2	Conhecimento da matéria	4	3	4	4	3	4	4	5	3	4	3	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
2.3	Capacidade para criar um ambiente participativo	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	2	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	4	3	4	4	4
3	Preparação e Organização da Ação																										
3.1	Informação Prévia da Ação de Formação	4	4	3	2	3	4	4	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	2	4	4
3.2	Instalações e Meios Audiovisuais	4	5	4	3	3	4	4	4	3	4	3	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	3	3	3	4	4
3.3	Disponibilização de Documentação	4	5	5	3	3	4	4	4	3	4	3	5	4	4	4	3	4	4	4	5	5	3	3	3	4	4



APÊNDICE X

Régua com Escalas de Avaliação da Dor

Régua com Escalas de Avaliação da Dor

Parece Sem Dor	Parece Conf. C/ movimento	Parece Desconf.	Parece Sofredor Consolável	Parece Sofredor inconsolável						
 0 (Sem Dor)	 1	 2	 3	 4	 5 (Dor Máxima)					
SEM DOR	DOR LIGEIRA		DOR MODERADA			DOR INTENSA			DOR MÁXIMA	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR ————— DOR MÁXIMA										