

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

“O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem.”

Teresa Mafalda Pinheiro Gonçalves

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages, extending from the right edge towards the center.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

“O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem.”

Teresa Mafalda Pinheiro Gonçalves

Orientador:
Professora
Teresa Leal

Lisboa

2017

Não contempla as
correções resultantes da
discussão pública.



"De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Façamos da interrupção um caminho novo

Da queda, um passo de dança

Do medo, uma escada

Do sonho, uma ponte

Da procura... um encontro"

Fernando Sabino

Ao Babau, o avô velhinho, pela promessa que me fez fazer e que diariamente tento cumprir. Foi, é e sempre será por ti e para ti.

AGRADECIMENTOS

À minha Mãe, pelo apoio incansável e por sempre me ter mostrado que com esforço tudo se consegue.

À Elsa, a minha querida amiga, pelo desafio e pela companhia ao longo do percurso, por me fazer pensar, mesmo quando não o quero fazer. Por estar presente em todos os momentos.

Ao Jorge, à Sofia e à Vanessa, os faróis que me iluminam o caminho nos dias de tempestade e por serem o porto de abrigo de que tantas vezes precisei. Pelo apoio incansável, acima de tudo pela Amizade.

À Prof. Teresa Leal, que sempre me acompanhou, pelo apoio e pela compreensão nos momentos mais difíceis, acima de tudo pela exigência.

À equipe da UCIC, por todo o apoio que me deu ao longo deste percurso, pela disponibilidade, pelo interesse na problemática e pelo reconhecimento.

Aos meus orientadores em campo de estágio, pela partilha de conhecimentos.

À Beatriz, o meu tesouro, por nunca me cobrar a ausência e me receber sempre de braços abertos e com um sorriso. Adoro-te.

RESUMO

O presente relatório de estágio exhibe a análise do percurso realizado em diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde, para desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com ênfase para a promoção do conforto do doente crítico. Pretende descrever, analisar e refletir o caminho percorrido, apresentando os objetivos, atividades desenvolvidas e dificuldades sentidas, bem como as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

São descritos os cuidados de enfermagem especializados prestados, baseados na evidência científica e enquadrados na teoria do conforto de Kolkaba. Foram assumidos um conjunto de objetivos e atividades que permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro mestre à Pessoa em Situação Crítica. Definiu-se como tema transversal de estágio “*O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem*” e como objetivo geral “**Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, com ênfase para a promoção do conforto**”. As intervenções não farmacológicas, desenvolvidas por enfermeiros e promotoras do conforto; a reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro especializado na promoção do conforto ao doente crítico, proporcionar conforto ao doente crítico e ser agente de mudança face à promoção do conforto junto da equipe multidisciplinar foram os principais resultados obtidos.

A vivência de experiências e de situações novas conduziram a reflexões constantes, que se evidenciaram na reformulação dos objetivos delineados inicialmente. Ao longo do percurso de estágio foi notório que era na promoção do conforto do doente crítico em fim de vida e da sua família que teria que centrar a minha atenção.

O conforto foi considerado neste relatório como um objetivo, um resultado e um padrão dos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: Conforto, Kolkaba, doente crítico, enfermagem, cuidado especializado.

ABSTRACT

The present internship report exhibits the analysis over the course, developed in different health care providing services, for the development of specialized skills in the caretaking of the critically ill individual, with a focus on promoting comfort. Its main objectives are to describe, analyse and reflect on the path made so far, presenting the goals, the activities developed, and the difficulties felt, as well as the strategies to overcome them.

The specialized nursing care provided, based on scientific evidence and framed in the theory of comfort of Kolkaba are described. A set of goals and activities were assumed, that allowed the development of specific skills to the specialized nurse in Critical care. The cross-cutting theme of the internship was “Comforting critical care patients: nursing care” and as main objective “To develop specialized skills in the nursing care to the critically ill patient, with an emphasis on his comfort”.

The non-pharmacological interventions developed by nurses and other care providers; the critical reflection about the role of the specialized nurse in the promotion of comfort to critically ill patients; the providence of comfort to the critical care patient and to be the agent of change in promoting that comfort, alongside a multidisciplinary team, were the primary results obtained.

Living new experiences and situations led to constant reflections, that were transposed to a reformulation of the initially established objectives. As the internship took its course, it was made clear to my mind that it was in promoting comfort not only to those in the end of life, but also to their families, where my attention should be focused.

In this report, comfort was considered as an objective, an outcome and a standard of nursing care.

Keywords: Comfort, Kolkaba, critically ill patient, nursing, specialized care.

Lista de Siglas

AE: Alimentação entérica
AO: Assistente operacional
APA: *American Psychological Association*
ARSLTV: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CP: Cuidados Paliativos
DAV: Diretiva Antecipada de Vontade
DGS: Direção Geral da Saúde
EAM: Enfarte agudo do miocárdio
ECL: Equipe de Coordenação Local
ECMO: *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*
ECR: Equipe de Coordenação Regional
EPI: Equipamento de proteção individual
ESAS: *Edmonton Symptom Assessment System*
ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FC: Frequência cardíaca
FR: Frequência respiratória
HDFVVC: Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
IC: Insuficiência cardíaca
OE: Ordem dos Enfermeiros
OMS: Organização Mundial de Saúde
PA: Pressão arterial
PIA: Pressão intra-abdominal
PII: Plano Individual de Intervenção
PVC: Pressão venosa central
RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SatO₂: Saturação periférica de oxigénio
SNS: Serviço Nacional de Saúde
SO: Serviço de Observação
SU: Serviço de Urgência
SUC: Serviço de Urgência Central
SUG: Serviço de Urgência Geral
TSR: Técnica de Substituição Renal
UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC: Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. O conforto: prioridade para a prestação de cuidados de excelência.....	30
2.2. O conforto como componente significativa dos cuidados: Cuidar o doente crítico em Cuidados Intensivos.....	39
2.3. Quando o conforto medeia os cuidados emergentes: Cuidar o doente crítico em Serviço de Urgência.....	50
3. CONCLUSÃO	57
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	63
ANEXO I Programa e Certificado de participação “Curso Básico de Cuidados Paliativos”	64
ANEXO II Programa e Certificado de Participação no Curso “Conforto nos Cuidados de Saúde”.....	67
ANEXO III Escalas de monitorização do doente paliativo.....	72
ANEXO V Certificado de Participação no “Congresso de Enfermagem em Cuidados Paliativos”.....	79
APÊNDICES	82
APÊNDICE I Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	83
APÊNDICE II Poster premiado “O doente crítico em fim de vida: paliar em unidade de cuidados intensivos”	89
APÊNDICE III Poster “Diretivas antecipadas de vontade”	93

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros assumem um papel preponderante e privilegiado no cuidar a pessoa em situação crítica. O conforto do doente crítico é uma área de particular interesse do enfermeiro, não só pela natureza dos cuidados de enfermagem e pelas competências que detêm na relação com a pessoa/família, mas também pelo seu trabalho de proximidade (Nunes, 2001; Vieira, 2008).

De forma a responder a esta singularidade e a conduzir a uma melhor decisão, o processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige não só o desenvolvimento de capacidades e competências específicas, como também a aplicação prática do saber cuidar, de forma a assegurar que o resultado final da prestação de cuidados ao doente permita que este se sinta confortável. Segundo Apóstolo “a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados...” (Apóstolo, 2009, p 62).

A missão assumida dos enfermeiros é a de cuidar, pelo que a atenção ao desconforto, no sentido de promover o conforto e as diferentes medidas utilizadas para o alívio do sofrimento, deve ser consistente nessa missão. No entanto, só recentemente o conforto e a sua promoção intencional encontraram maior expressão na prática profissional (Katharine Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011).

Considerando o conforto como um constructo *major* da taxonomia do cuidar, torna-se fulcral enquadrá-lo no contexto cultural, ou seja, é necessário ter em conta o significado que cada pessoa, família ou grupo lhe atribui para que possam ser prestados cuidados holísticos, culturalmente congruentes e de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa (Leininger, 1990).

Já Orlando (1961) via o conforto como um foco da intervenção da enfermagem para satisfazer as necessidades humanas, sendo da responsabilidade dos enfermeiros aliviar o mal-estar físico ou mental do doente, pelo que se torna fundamental identificar as suas perceções quanto às suas necessidades, desejos e expectativas.

O modelo biomédico, ainda latente em muitos serviços de urgência geral (SUG) e nas unidades de cuidados intensivos (UCI), dirige o foco de atenção dos profissionais para a situação de doença, o seu tratamento e a estabilização do doente,

deixando por vezes em segundo plano as atividades para promoção do conforto do doente, apesar de deverem ser um foco de igual preocupação. O objetivo dos SU e das UCI é o de prestar o cuidado essencial para manter a vida, estabilizar o doente e minimizar os efeitos da doença. São locais orientados para a cura, cujo ambiente é associado a alta tecnologia, nos quais os esforços para promover o conforto muitas vezes não são reconhecidos como pertinentes, ou mesmo significativos.

Confortar constitui um fator de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001).

Num estudo realizado em 488 hospitais em 12 países europeus, a atividade de enfermagem que mais frequentemente fica por realizar (em 53% dos hospitais estudados) é a de “confortar/falar com os doentes” (Ausserhofer et al., 2014). Embora a evidência nos diga que aumentar o número de enfermeiros nos Serviços é uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados ao doente, o ambiente político e económico que vivemos atualmente não permite a contratação de mais enfermeiros. Este facto faz com que estes profissionais não consigam providenciar todos os cuidados necessários aos seus doentes. Assim, torna-se necessário que os enfermeiros priorizem os cuidados prestados de forma a prestarem aos doentes o melhor cuidado possível com os recursos disponíveis (Ausserhofer et al., 2014).

Estudos recentes sobre o processo do cuidar incidem sobre a forma como os enfermeiros organizam a prestação de cuidados. Com base na avaliação de risco imediato e nas preocupações sobre o bem-estar dos seus doentes, os enfermeiros tomam decisões importantes sobre quais as intervenções de enfermagem a omitir no plano de cuidados. Atividades cruciais relacionadas com as necessidades físicas imediatas do doente (nomeadamente: a vigilância e a monitorização, a administração de terapêutica e a promoção de intervenções que garantam a segurança do doente) têm menor probabilidade de serem omitidas e são consideradas de alta prioridade. As intervenções que “consomem tempo” ou aquelas para as quais o tempo/esforço necessário é difícil de estimar (falar com os doentes, fazer educação para a saúde dos doentes/famílias) parecem receber uma prioridade menor na planificação dos cuidados a prestar. Este facto pode ter um impacto negativo na confiança dos doentes/famílias em relação aos cuidados de enfermagem (Ausserhofer et al., 2014).

Paralelamente aos cuidados farmacológicos, a promoção do conforto é benéfica para a recuperação da pessoa. Os doentes que se sentem mais confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos inerentes ao processo de cura, adaptam-se melhor às limitações resultantes da sua

doença, recuperam mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, comparativamente aos que se sentem desconfortáveis (K. Kolcaba & Steiner, 2000; Katharine Kolcaba, 2003). Desta forma, é lícito assumir que quer os tempos de internamento quer as recaídas/reinternamentos possam ser minorados com medidas de conforto.

As medidas de conforto utilizadas pelos enfermeiros, em diversos contextos do cuidar, necessitam de ser melhor identificadas e documentadas, sobretudo nos SUG e nas UCI, por serem contextos que apresentam circunstâncias únicas no que diz respeito à prestação de cuidados a estes doentes e por estarem orientados para a cura em ambiente associado a alta tecnologia, em que os esforços para promover o conforto muitas vezes não são reconhecidos como significativos.

Embora existam vários tipos de situações de urgência e a gravidade das mesmas seja variável, estas situações levam a um aumento dos níveis de ansiedade dos doentes por medo da eventual incapacidade daí resultante, da incerteza do diagnóstico e até mesmo da própria morte.

A entrada num SU e/ou o internamento numa UCI representam, quase sempre, uma experiência promotora de stresse para a pessoa doente, uma vez que esta manifesta um conjunto de sintomas que não são passíveis de serem tratados em casa, necessitando, assim, de avaliação e/ou tratamento especializados. Esta situação é percebida não só como uma ameaça para a saúde, mas também como um momento de incerteza sobre o tratamento, um momento de dor e de desconforto associado ao facto de estar longe de casa e da família, de perder o controlo sobre todas as funções do dia-a-dia e de perder a privacidade, ficando dependente de terceiros e, conseqüentemente, com grande desconforto (Melo, 2005).

Independentemente da gravidade da situação clínica que motiva a ida a um SU ou o internamento na UCI, este é sempre um momento de grande fragilização e vulnerabilidade para o doente e para a sua família.

Tal como nos diz Melo (2005) a reação da pessoa ao internamento hospitalar é complexa. A integração no circuito hospitalar corresponde a um processo de socialização no qual a pessoa tem de assumir o papel de doente e corresponder, também, às expectativas dos profissionais de saúde, isto é, ser colaborante, calmo e seguir as instruções que lhe forem fornecidas pelos seus cuidadores.

Um doente em stresse físico experiencia stresse emocional. O medo, a ansiedade, a vulnerabilidade e a incerteza são, concomitantemente, experiências emocionais que agravam o desconforto. Considerando o impacto de ser submetido a

procedimentos não só invasivos como dolorosos e adicionando a isto o facto de estar num ambiente estranho, a ser cuidado por pessoas estranhas e de estar sem a presença de familiares ou de pessoas significativas, torna real a probabilidade de o doente crítico experienciar uma quantidade significativa de stresse e distresse. Assim sendo, torna-se imperativo que a promoção do conforto deva acompanhar os cuidados curativos incluindo os associados ao doente crítico.

O trabalho desenvolvido pelos autores já referidos (Kolcaba, Melo, Watson, Benner, entre outros) evidencia que as estratégias promotoras de conforto podem resultar num *outcome* benéfico e podem ter um impacto positivo na vivência da situação crítica, assim como no tratamento, aumentando o potencial de cura dos doentes.

Segundo Benner (2001), o desenvolvimento de competências profissionais progride desde um estágio primário (iniciado), no qual a prática é suportada em diretrizes teóricas e abstratas e no cumprimento de regras, até um estágio superior (perito), no qual o enfermeiro assume um envolvimento total nos cuidados prestados ao doente, relacionando, de forma intuitiva, o conhecimento teórico com a sua experiência de vida. Desta forma, assume-se que o enfermeiro especialista seja capaz de, antecipadamente, reconhecer quais os fatores que poderão ser promotores de desconforto para o doente crítico e agir no sentido de os eliminar ou atenuar, promovendo o conforto.

A necessidade de desenvolver competências na área da promoção de conforto ao doente crítico surgiu a partir da minha reflexão sobre a prática de cuidados a estes doentes no serviço (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários - UCIC) onde presto cuidados de enfermagem há mais de oito anos. Embora este serviço seja direcionado para a prestação de cuidados ao doente cardíaco em fase crítica, é cada vez mais frequente assistir ao internamento de doentes com patologia cardíaca, muitas vezes crónica, em fim de vida. Para estes doentes a cura já não é possível, mas é possível proporcionar um fim de vida confortável ao doente e o alívio do sofrimento ao próprio e à sua família.

Esta alteração da tipologia de doentes admitidos na UCIC remete para a indispensabilidade do desenvolvimento de uma lógica de prestação de cuidados que vise preservar a dignidade da pessoa doente, garantindo o máximo de conforto e de bem-estar e atendendo às suas múltiplas necessidades, considerando igualmente conflitos ou dilemas éticos que possam emergir durante este processo. O cuidado prestado a estes doentes, principalmente no que diz respeito à promoção do conforto,

tem sido alvo da minha reflexão e desperta-me inquietações e preocupações. Verifiquei que, muitas vezes, a equipe está atenta e consegue identificar quais as necessidades de conforto do doente. No entanto, nem sempre é muito clara a forma de intervenção para a satisfação dessas necessidades específicas. Verifiquei, também, que muitas vezes esta intervenção não é considerada como prioritária, mesmo depois da estabilização do doente crítico, e que, nos casos do doente em fim de vida, existem dúvidas sobre a forma como este tipo de cuidados devem ser prestados. Os cuidados de conforto ao doente crítico devem ser uma preocupação central na prestação contínua de cuidados. Como enfermeiros desempenhamos, aqui, um papel fundamental nomeadamente na identificação precoce dos sintomas e necessidades e no alívio e satisfação dos mesmos.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza como uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Para tal, o enfermeiro especializado deve fazer a gestão diferenciada do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas, deve assistir o doente e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e deve gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante o doente/família em situação crítica.

Procurando dar resposta aos objetivos definidos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o 2º Ciclo de Estudos, considerando os Descritores de Dublin e as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica definidas pela OE, estipulei como Objetivo Geral do estágio a que se refere este relatório **“Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, com ênfase para a promoção do conforto”**.

Para propiciar a concretização do objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos, baseados em evidência, sobre os cuidados de enfermagem ao doente crítico incluindo as intervenções não farmacológicas, desenvolvidas por enfermeiros e promotoras do conforto;
- Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especializado na promoção do conforto ao doente crítico;
- Proporcionar conforto ao doente crítico;

- Ser agente de mudança face à promoção do conforto junto da equipe multidisciplinar.

Realizei uma revisão integrativa da literatura (cujo protocolo pode ser consultado no apêndice 1) acerca da problemática de forma a conhecer o “estado da arte” e identificar intervenções de enfermagem baseadas em evidência que me ajudassem posteriormente a proporcionar o melhor conforto ao doente. Frequentei ainda o Curso Básico de Cuidados Paliativos com a duração de 24 horas (programa e certificado em anexo 1) e o Curso de curta duração “O Conforto nos Cuidados de Saúde” Conforto com a duração de 12 horas (programa e certificado em anexo 2) como forma de adquirir, desenvolver e consolidar conhecimentos que, em conjunto com a evidência científica encontrada na revisão da literatura, me permitiram atingir os objetivos propostos. Estas duas atividades alicerçaram a elaboração do Projeto de Estágio.

A elaboração do Projeto de Estágio permitiu-me delinear o percurso de formação a desenvolver. No entanto, sendo características de um projeto o dinamismo, a flexibilidade e a versatilidade, senti necessidade de reformular alguns objetivos, atividades e intervenções adequando-os, desta forma, às realidades encontradas no contexto específico de cada campo de estágio. A vivência de experiências e de situações novas conduziram-me a reflexões constantes e que se evidenciaram na reformulação dos objetivos delineados inicialmente.

Embora o tema central do projeto fosse a promoção do conforto do doente crítico, nos diferentes contextos clínicos, ao longo do percurso de estágio apercebi-me que era na promoção do conforto do doente crítico em fim de vida e da sua família que tinha que centrar particularmente a minha atenção uma vez que estes doentes se encontram mais vulneráveis, que muitas vezes são alvo de futilidade terapêutica por parte dos profissionais de saúde devido ao receio da sua própria morte e uma vez que esta muitas vezes é encarada como um fracasso por parte dos profissionais de saúde. Reconhecer que não existe mais nada a oferecer em termos curativos não é fácil para os profissionais de saúde. Reconhecer e aceitar a morte como um processo natural da vida não é fácil: comunicar este facto ao doente a sua família muito menos. No entanto acredito que ao reconhecermos este facto e ao dizermos aos nossos doentes e suas famílias que a única coisa que temos para oferecer são cuidados de conforto, estes serão capazes de aceitar melhor a decisão e que o processo de luto fica facilitado. Ninguém quer sofrer.

O presente relatório contempla, no primeiro capítulo, um enquadramento teórico onde contextualizo o tema e o referencial teórico – Teoria do Conforto de Kolcaba; e

mobilizo evidência científica, nomeadamente resultados da revisão integrativa da literatura. O segundo capítulo foi reservado para a explanação das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos bem como para explicitar as competências adquiridas durante o percurso de aprendizagem. O último capítulo corresponde às considerações finais onde é feito o balanço dos objetivos, são analisadas as dificuldades e fragilidades sentidas ao longo do percurso, assim como é demonstrada a continuidade do trabalho desenvolvido após o término do estágio.

A referência que serve de base a este trabalho é a norma APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A palavra conforto é uma derivação regressiva do verbo confortar e significa ato ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar, consolo nas aflições. Já o verbo confortar significa tornar forte, dar conforto a... (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003-2016).

Por que motivo é utilizada esta palavra na prática de enfermagem? Qual o motivo para este ato ser de tão grande importância nas nossas ações e por que motivo o conforto das pessoas por nós cuidadas é visto como um resultado esperado das intervenções de enfermagem?

Diariamente, os enfermeiros empregam a palavra conforto em diversos contextos da sua prática e esta faz parte da sua linguagem. É imperativo que o conforto da pessoa doente seja, cada vez mais, um dos principais focos de atenção da prestação de cuidados de cada enfermeiro.

Conforto e cuidados de enfermagem desde sempre caminham lado a lado. Cuidar e confortar são os pilares da profissão. É esperado que quem cuida conforte.

Florence Nightingale fez várias referências ao conceito de conforto e abordava o termo como meta do cuidado de enfermagem:

... o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia (Nightingale, 2005, p.132)...

Conceituadas teóricas da disciplina de Enfermagem, tais como Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba, contribuíram para o desenvolvimento do conforto enquanto conceito central de uma teoria de enfermagem e para a sua perceção como um dos principais objetivos da profissão (Apóstolo, 2009).

Também Collière considerava os cuidados de conforto como “os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição”(Collière, 2003, p182). Esta aquisição subentende que tenha existido uma identificação prévia do que deve ser confortado e, desta forma, promover um ambiente global (físico, emocional, social e espiritual) seguro.

Embora existam várias teorias sobre o conforto, é na Teoria do Conforto de Kolcaba que este relatório se sustenta. A escolha desta teoria prende-se com o facto de ela ser a mais orientadora e facilitadora para a definição de estratégias de intervenção de enfermagem.

Kolcaba (2003) considerou o conforto de importância básica no *continuum* da prestação de cuidados. E contextualiza-o como um objetivo da enfermagem e como um estado relativo ao doente, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar.

O conforto pode ser, por um lado, experienciado pela própria pessoa (ao ser entendido como um estado relativo de bem-estar ou como um resultado de cuidados específicos) e, por outro, pode ser considerado como um elemento de intervenção diferenciadora do enfermeiro no processo de cuidar. No entanto, é importante consciencializar que o estado de desconforto ou a perceção de conforto pelo doente, tem potencial de melhoria continua na cadeia de prestação de cuidados de enfermagem. (Apóstolo, 2009).

O conforto é considerado não só como um objetivo, como um resultado e como um padrão dos cuidados de enfermagem, mas também uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Katharine Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011; Watson, 2002; Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian, M.H. & Elliot, 2009). O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. É um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional que é promovido através das intervenções de enfermagem e se concretiza através de um processo intersubjetivo revestido de complexidade, processo esse que se caracteriza pela exigência perante a unicidade e a singularidade de cada pessoa doente, num determinado contexto que não pode ser ignorado (Kolcaba, 2003; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian & Elliot, 2009).

Na teoria de Kolcaba, o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessária para que a pessoa tenha um desempenho eficiente na sua recuperação. Por seu lado, a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear e controlar o seu destino (Katharine Kolcaba, 2003).

Os três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: físico (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à

consciência de si mesmo, incluindo-se aqui a autoestima e o autoconceito), sociocultural (que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (que envolve aspetos como a luz, o barulho, a temperatura) (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003) defende que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa mesma intervenção. O cuidado de conforto compreende a ação que conforta (com vista ao aumento do conforto), constituindo-se assim como o processo e o respetivo resultado. Neste sentido, Kolcaba alerta para a importância de os enfermeiros procurarem ter uma perceção correta das necessidades totais de conforto do doente (as quais têm subjacentes as várias dimensões do conforto), das intervenções dirigidas para satisfazer as necessidades específicas de cada pessoa e de como o conforto (enquanto resultado) é conseguido (avaliação das intervenções).

Desta forma, o conforto é visto como a satisfação das necessidades humanas básicas que resulta do cuidado de enfermagem e que é proporcionada através de intervenções denominadas medidas de conforto.

O cuidado que conforta emerge de um processo que é construído e que resulta no aumento do conforto (Kolcaba, 2003). Parece, pois, fazer sentido olhar o conforto como a experiência de alívio ou consolo ou, ainda, como a sensação de paz, serenidade, tranquilidade ou aconchego, face à vivência de um incómodo ou perturbação considerada como desconfortadora (Sousa, 2014).

Após a análise da Teoria de Conforto de Kolcaba surgiram as questões: O que é o conforto como consequência da intervenção de enfermagem? Quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto? Será que a perceção que os enfermeiros têm sobre o conforto dos seus doentes corresponde às necessidades efetivas que estes têm? Será possível aumentar os níveis de conforto dos doentes críticos? De que forma poderá ser feito? As respostas a estas questões são o que me motivou a realizar este percurso.

Os cuidados de conforto, muitas vezes usados como sinónimos de cuidados paliativos, cuidados de suporte ou de gestão de sintomas, são uma forma de assistência clínica cujo enfoque é o alívio dos sintomas e a otimização do conforto de pessoas numa fase terminal de doença (Hou et al., 2014).

Segundo Hou *et al* (2014), o objetivo dos cuidados de conforto é prevenir ou tratar, o mais precocemente possível, os sintomas de uma doença, os efeitos

secundários causados pelo tratamento dessa mesma doença e os problemas psicológicos, sociais e espirituais relacionados com uma doença ou o seu tratamento.

O conceito de cuidados de conforto pode e deve ser estendido como o cuidado de todas as formas de doença seja ela aguda ou crónica. Os enfermeiros são os prestadores de cuidados de primeira linha, na maximização da qualidade do atendimento e na minimização dos sintomas das doenças agudas ou crónicas.

As intervenções de enfermagem promotoras de conforto devem ser centradas em cada um dos quatro contextos da Teoria de Conforto de Kolcaba.

No aspeto físico, segundo esta Teoria, estão inseridas a satisfação das necessidades humanas básicas, os cuidados com a integridade da pele e o contacto físico. A dor é considerada o fator mais importante para ausência de conforto físico. Deve ser dado, também, ênfase ao posicionamento no leito e à organização do ambiente (Ponte & da Silva, 2015).

O pilar respeitante ao contexto psicoespiritual mostra que este está relacionado com a comunicação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados, e é a partir dela que é prestado apoio espiritual e mobilizadas estratégias para melhorar o convívio social.

No que diz respeito ao conforto ambiental, o foco está nas condições e influências externas, incluindo a cor, iluminação, sons e ruídos, iluminação, odor, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais. A atenção do enfermeiro deve focalizar-se na interação com o ambiente que pode favorecer a cura e a promoção da saúde (Ponte & da Silva, 2015).

Por último, no contexto sociocultural, encontra-se a inserção de ações voltadas para os familiares, com ênfase, também, na relação entre o doente e a sua família. Relativamente ao aspeto cultural, alguns autores referenciam as atividades lúdicas como uma forma de promover conforto, pelo que esse aspeto deve estar presente na prestação de cuidados, pois proporciona sentimentos de alegria e/ou distração, uma vez que o sorriso, enquanto expressão comunicacional de um relativo bem-estar, pode ocorrer mesmo durante o processo de doença (Ponte & da Silva, 2015).

Muitas vezes é o cuidado e o suporte emocional dados pelos enfermeiros que são lembrados e valorizados, tanto pelos doentes como pelas suas famílias, ao invés da experiência de ter estado numa unidade de cuidados críticos (seja ela o SU ou a UCI) (Morton & Fontaine, 2013). As mesmas autoras referem ainda que, embora muitos doentes se lembrem das experiências negativas, eles também se lembram das experiências positivas. As experiências negativas estão diretamente relacionadas

com o medo, a ansiedade, os distúrbios do sono, a dor e o desconforto. Enquanto as positivas se traduzem nos sentimentos de se sentir seguro e em segurança, sentimentos esses que estão relacionados com o cuidado providenciado pelos enfermeiros, mais especificamente as competências técnicas e as competências interpessoais (Morton & Fontaine, 2013).

Os doentes admitidos numa unidade de cuidados críticos e as suas famílias estão sujeitos a múltiplos fatores promotores de stresse (fatores físicos, psicológicos e ambientais). O organismo responde a estes fatores ativando o eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal, resultando assim num aumento dos níveis de catecolaminas, glucocorticoides e mineralocorticoides, o que leva a uma cascata de resposta fisiológica conhecida como resposta ao stresse. Nos doentes críticos, a ativação prolongada desta resposta, pode levar à imunossupressão, hipoperfusão, hipoxia tecidual e outros efeitos fisiológicos que impedem a cura e colocam em risco a recuperação. A ansiedade, a dor e o medo podem iniciar ou perpetuar a resposta ao stresse (Morton & Fontaine, 2013).

Considerando o que a evidência científica nos diz sobre o que são medidas de conforto e quais os efeitos do desconforto provocados nos doentes tornou-se imperativo realizar uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo foi o de identificar as intervenções não farmacológicas que podem ser desenvolvidas por enfermeiros no sentido de promover o conforto do doente crítico, tendo por base as necessidades manifestadas pelos doentes.

Segundo Aro, Pietila, e Vehvilanaine-Julkunen (2012) as necessidades dos doentes internados em UCI variam e nem sempre são satisfeitas. A necessidade de conforto físico, de se sentir seguro, de ser respeitado como ser único e individual, a necessidade de suporte emocional e de estar informado são muito importantes para os doentes. Embora as necessidades de conforto físico e de envolvimento sejam as necessidades mais importantes, também as necessidades de privacidade, presença e envolvimento dos familiares na tomada de decisão foram referidas pelos participantes no seu estudo, embora classificadas como menos importantes. Os autores sugerem como intervenções de enfermagem a identificação e compreensão das necessidades pessoais de cada doente. Referem ainda que é necessário garantir a privacidade dos doentes, que os horários das visitas devem ser flexíveis e que os doentes e as suas famílias devem ser incluídos no processo de tomada de decisão (Aro, Pietilä, & Vehviläinen-Julkunen, 2012).

No estudo efetuado por Baumgarten e Poulsen (2015) os doentes referem que estar dependente dos profissionais de saúde, sem ser capaz de comunicar, causa experiências de ansiedade, medo e solidão. A intensidade com que estes sentimentos são experienciados parece depender da capacidade do profissional de saúde estar presente. A presença de familiares pode, também, aliviar estas experiências. Assim os enfermeiros devem estar conscientes que o grau de vulnerabilidade dos doentes depende da sua capacidade de estarem verdadeiramente com eles uma vez que a sua presença clara e sincera é crucial para os doentes e pode ajudar a aliviar o sentimento de vulnerabilidade. Os enfermeiros devem, também, incluir a família na prestação de cuidados porque o seu envolvimento destes parece ser uma importante fonte de conforto (Baumgarten & Poulsen, 2015).

De acordo com Clukey, Weyant e Henderson (2014) os doentes lembram-se da experiência de estar entubados e conectados ao ventilador e confirmam que serem informados sobre o que estava a acontecer, mesmo quando sedados, foi importante. Ter um enfermeiro a fornecer informações e a guiar de forma antecipada os acontecimentos ajudou a aliviar a ansiedade tanto dos doentes como das suas famílias. Referiram, também, que estarem contidos fisicamente não foi um problema quando tinham conhecimento de que o motivo era evitar que de forma acidental exteriorizassem o tubo orotraqueal. Os doentes referiram também que se sentiram confortáveis e menos ansiosos quando as enfermeiras lhes comunicavam o que iam fazer. Os autores sugerem, assim, que o facto de o enfermeiro providenciar informação e guiar de forma antecipada sobre o que vai acontecer é fundamental quando se interage com doentes que parecem estar inconscientes. Ações como explicar o que se vai fazer, fornecer informação e falar de uma forma calma e confiante é de vital importância para os doentes (Clukey, Weyant, Roberts, & Henderson, 2014).

Segundo Richardson, Allsop, Coghill e Turnock (2007) os doentes entrevistados num estudo, cujo objetivo foi identificar os fatores que influenciam o sono dos doentes internados em UCI, descreveram o barulho, mais especificamente as conversas dos profissionais, os alarmes dos monitores e o toque do telefone, a luz, algumas práticas dos profissionais (nomeadamente as colheitas de sangue) e a temperatura ambiente da própria unidade como fatores que os impediam de dormir durante a noite. Sugerem, então, que os profissionais de enfermagem devem diminuir o barulho, reduzir a luz, minimizar as intervenções e cuidados e assegurar uma temperatura ambiente confortável (Richardson, Allsop, Coghill, & Turnock, 2007).

No estudo de Stayt, Seers e Tutto (2015) os doentes experienciaram que a tecnologia e os cuidados são unos e inseparáveis; compreenderam que a tecnologia é necessária e que associada à experiência dos enfermeiros traz benefícios e aumenta a esperança de sobrevivência; perceberam a tecnologia como uma série de relações paradoxais: inseparável mas distinta dos cuidados de enfermagem: impessoal, porém pessoal, invisível mas bem cuidada, desconfortável mas reconfortante, isolando mas reforçando a esperança de sobrevivência. Os autores sugerem que a proximidade, a solidariedade e o conforto individualizado nos cuidados de enfermagem pode minimizar o potencial invasivo e o isolamento associado à tecnologia e que o recurso a programas educativos e a supervisão contribui para desenvolver a competência tecnológica e de comunicação para reconhecer e gerir o impacto psicossocial das intervenções tecnológicas (Stayt, Seers, & Tutton, 2015).

A doença crítica ocorre de uma forma inesperada e repentina, tanto para o doente como para a sua família e pode ameaçar o equilíbrio familiar. Muitas vezes o doente é o principal sustento da família ou o principal cuidador da unidade familiar. Quando a situação de doença ocorre, a própria família experiencia stresse e desorganização, torna-se difícil para ela encontrar mecanismos de *coping* eficazes. A própria família fica vulnerável e o stresse por ela sentido transmite-se para o doente.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na assistência à família. A primeira interação do enfermeiro com a família é extremamente importante uma vez que ajuda a estabelecer uma boa relação terapêutica (Morton & Fontaine, 2013).

O enfermeiro deve ver a família e o doente com um só e centrar os cuidados neste par. A família deve estar não só informada sobre o estado de saúde/doença do seu familiar como deve estar envolvida na tomada de decisão, uma vez que, muitas vezes, os doentes estão demasiado doentes para decidirem por si mesmos. É a família quem melhor conhece o doente, quais as suas preferências e quais os seus desejos (Davidson, 2009).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Benner (2001) defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de uma forma gradual e temporal, e afirma que “compreender o cuidar como uma prática (...), revela o conhecimento e a competência que o cuidar de excelência requer” (Benner, 2001). Assim, e de forma a desenvolver competências com base num conhecimento específico, surgiu a necessidade de delinear e percorrer um percurso que contemplasse os objetivos geral e específicos que me propus atingir. Todos os estágios tiveram como guia orientador o Projeto de Estágio, elaborado no segundo semestre do curso.

Realizei idas a campo com o objetivo de apurar quais os locais que iriam ser mais promotores de oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas na área em estudo, que posteriormente foram decisivas para a escolha dos locais de estágio. Foram definidos objetivos específicos para cada local e elaboradas atividades que permitiram o desenvolvimento de competências específicas na promoção do conforto do doente crítico.

O meu percurso de desenvolvimento de competências teve início numa UCP, com duração de 100 horas, onde desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida e sua família. Seguidamente, numa UCI, com a duração de 170 h, onde desenvolvi competências na satisfação das necessidades específicas da pessoa que requer suporte perante a falência de funções vitais e onde tive intervenção face à suspensão de medidas terapêuticas. O terceiro contexto decorreu num SU, com a duração de 150 h onde desenvolvi competências dirigidas à satisfação das necessidades específicas da pessoa que vivencia uma situação aguda de doença.

Durante os estágios que irei descrever e analisar, desenvolvi uma prática centrada na pessoa e família, refletindo na e sobre a prática. Fui ao encontro de uma enfermagem avançada, na medida em que o cuidar centrado na pessoa foi sustentado numa prática crítico-reflexiva, na teoria de Conforto de Kolcaba e na evidência científica.

Seguidamente será feita a descrição e a análise crítica das atividades desenvolvidas, no âmbito de cada local de estágio, considerando não só os objetivos inicialmente traçados, bem como as competências desenvolvidas. Serão ainda

apresentados alguns exemplos representativos da minha atuação junto da pessoa que, não sendo exaustivos, enriquecem este relatório.

2.1. O conforto: prioridade para a prestação de cuidados de excelência

Ao longo do século XX os avanços nos cuidados de saúde foram inúmeros. A ocorrência da morte, após um curto período de doença, foi sendo combatida com sucesso, e a cura foi-se impondo na maioria dos casos de doença aguda. O aumento da longevidade, influenciado não só pelos progressos científicos, mas também pelos progressos sociais, fez com que a morte passasse a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva (Neto, 2016).

A procura pela cura de muitas doenças levou, de certo modo, a uma cultura de negação da morte e a uma ilusão de pleno controlo sobre a doença, colocando em segundo plano as intervenções que promovessem um final de vida condigno quando a cura não era possível. A morte passou a ser encarada como uma derrota para muitos profissionais de saúde e a sua formação sofreu de certa forma uma desumanização no que diz respeito às questões da não cura. A morte continua a ser uma certeza clara e uma consequência inevitável da própria vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 2002, os cuidados paliativos como sendo uma abordagem, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam um problema de saúde incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Esta abordagem é feita através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e ao tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2014).

Os cuidados paliativos (CP) afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, não pretendendo provocá-la nem atrasá-la. Têm como objetivo central o bemestar e a qualidade de vida do doente, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham em mente esse objetivo. São oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico; e prolongam-se pelo período de luto, uma vez que têm a preocupação de abranger as necessidades das famílias e dos cuidadores (doente e família não podem ser consideradas realidades distintas) (Direção-Geral da Saúde, 2005)

Estagiar numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) foi um desafio ao qual me propus. Considerando o tema do meu projeto **“O conforto do doente crítico:**

cuidados de enfermagem”, considere que seria pertinente estagiar num Serviço no qual o conforto dos doentes e suas famílias fosse a prioridade para a prestação de cuidados de excelência.

Tendo por base a importância dos CP na prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção do conforto, realizei um estágio numa UCP, com duração de quatro semanas, tendo definido como objetivo principal o **desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente que vivencia a fase terminal da sua doença, com ênfase para a promoção do conforto.**

De acordo com o exposto no Artigo 20º do Decreto-Lei nº101/2006 de 06 de junho – RNCCI, nessa UCP a assistência integral é levada a cabo por uma equipe multidisciplinar, com formação avançada ou básica em CP, constituída por 2 médicos, 11 enfermeiros, 4 auxiliares de ação médica, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 assistente espiritual, 1 capelão e 5 voluntários (Lei nº 101/2006 de 6 de Junho da Assembleia da República, 2006).

Conforme o acordo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLTV) e a Instituição, a UCP recebe os pedidos de admissão provenientes dos Hospitais de Agudos e dos Centros de Saúde numa plataforma informática. Esses pedidos são feitos após um parecer médico, de enfermagem e de serviço social.

A admissão na unidade é feita mediante a avaliação das necessidades e não do prognóstico. Os critérios de admissão são os seguintes:

- Pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, oncológica e não-oncológica;
- Consentimento informado escrito, do doente ou seu legítimo representante;
- Avaliação do processo clínico pela equipe de saúde;
- Possuir um ou mais sintomas descontrolados (complexidade clínica), ausência de cuidador principal e/ou exaustão familiar; Não ser portador de tuberculose ativa; Idade \geq a 18 anos.

Os pedidos são recebidos via sistema informático pela enfermeira coordenadora da unidade que os apresenta ao Diretor Clínico e em conjunto é programado o momento da admissão.

A admissão é feita por um enfermeiro e por um médico e, durante este processo, são estabelecidas as necessidades do doente e sua família. Este momento é

considerado de eleição, uma vez que é durante este processo que se começa a estabelecer relação com o doente e/ou família, sendo averiguados os gostos, desejos ou aspetos que o doente menos aprecia. A finalidade deste processo é ir ao encontro das necessidades, tanto do doente como da sua família, para que seja possível a criação de um ambiente o mais acolhedor possível. A partir deste momento cada elemento da equipe realiza a sua avaliação pessoal, para que seja possível elaborar o Plano Individual de Intervenção (PII).

O processo de cada doente internado na unidade inclui os registos de todas as áreas de intervenção, facilitando, deste modo o cuidado holístico a cada pessoa.

Fazem parte deste processo vários documentos, tais como:

- Folha de dados de identificação do doente e da família,
- Folha de necessidades humanas básicas,
- Consentimento informado de internamento na unidade,
- Diagnóstico e história/evolução clínica,
- Plano Individual de Intervenção (PII),
- Plano terapêutico,
- Folha de registo de conferência familiar,
- Folha de espólio,
- Registos de monitorização de sintomas, no que diz respeito ao estado funcional e de nutrição do doente (Escala de Edmonton (ESAS), Escala de Braden, Índice Katz, Índice de Lawton e Brody); estas escalas podem ser consultadas no anexo 3
- Registos de psicologia, assistência social e espiritual.

A *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) consiste num instrumento de avaliação útil para a prestação de cuidados aos doentes internados em CP, uma vez que permite detetar e monitorizar os sintomas apresentados por estes. Avalia de forma combinada os sintomas físicos e psicológicos, permitindo assim aos profissionais de saúde conhecer a frequência e a intensidade dos sintomas manifestados pelo doente (Monteiro, Kruse, & Almeida, 2010).

Diariamente, no início do turno, as ocorrências mais relevantes são discutidas, primeiro em passagem de turno de enfermagem e depois com o médico do Serviço, sendo desta forma delineados planos de atuação e ajustes terapêuticos.

Os cuidados de enfermagem iniciam-se com uma passagem pelos quartos dos doentes, distribuídos previamente pela enfermeira chefe, tendo em conta não só as

competências do enfermeiro responsável como o grau de necessidades de cada doente.

São avaliadas as condições clínicas dos doentes, e o atendimento imediato é atribuído aos doentes que se encontram com necessidades mais urgentes.

Os cuidados de conforto e bem-estar físico são mantidos durante as 24 horas com levantes para o cadeirão e/ou alternância de decúbitos. A presença dos familiares é constante e a sua participação na prestação de cuidados é incentivada, mantendo-se assim uma interação entre doente/família e enfermeiro. Todas as intervenções são realizadas de acordo com a disponibilidade do doente para tal.

Quando cheguei à UCP e me apresentei como aluna de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, notei alguma apreensão por parte da equipe de enfermagem do Serviço. Notei, também, que estavam um pouco confusos em relação à minha presença e ao objetivo do estágio. Estes sentimentos, demonstrados pela equipe de enfermagem, prenderam-se com o fato de estar deslocada, não só da minha realidade profissional (cuidados intensivos) como da minha área de formação.

A escolha de uma UCP para a realização do primeiro estágio deveu-se ao facto de pretender desenvolver competências específicas nesta área do cuidar. Neste tipo, de unidades a promoção do conforto do doente é o principal objetivo da prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, este foi considerado o local ideal para a aquisição de competências específicas na promoção do conforto que, posteriormente, seriam aplicadas ao doente em situação crítica em contexto de UCI e SUG, de acordo com a sua especificidade.

De forma concreta, senti a necessidade de adquirir e de aprofundar conhecimentos sobre a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (adquirindo e consolidando os conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual, e sobre a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor), a assistência à pessoa e à família nas perturbações decorrentes da situação de doença (adquirindo e consolidando conhecimentos sobre as estratégias facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto) e a gestão da comunicação (aprofundando os conhecimentos sobre as técnicas de comunicação).

Após ter explicado o meu projeto de estágio e quais os objetivos da realização de parte dele numa unidade de cuidados paliativos, foi unânime o consenso, tanto da equipe de enfermagem como da restante equipe multidisciplinar, que estava no local mais indicado para o desenvolvimento das competências pretendidas. Assim, foi-me

dado total apoio e foi-me disponibilizado todo o material necessário para o desenvolvimento do meu projeto.

Fui acompanhada e orientada por um enfermeiro do Serviço e, na ausência deste, pela enfermeira chefe que me proporcionaram as melhores condições para alcançar os meus objetivos e me deram a conhecer a realidade dos cuidados paliativos.

Comecei por conhecer o Serviço e sua dinâmica. Este momento facilitou a compreensão e integração numa equipe com um funcionamento muito próprio, no qual a enfermagem tem um papel preponderante na prestação de cuidados.

Um dos elementos fundamentais nos cuidados ao doente em fim de vida e sua família é a promoção do conforto. A interação existente entre os membros da equipe de saúde reflete-se no conforto, bem-estar e noutros aspetos relevantes da condição clínica dos doentes, promovendo, desta forma, uma boa relação terapêutica.

A excelência dos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida relacionase com o conhecimento do seu percurso de vida. Conhecer as suas preocupações, desejos e necessidades do momento, compreender não só a sua família como a sua relação e identificar o seu principal cuidador, facilita todo o processo de cuidar e confortar.

Ao identificar evidências físicas, ambientais, psicoespirituais e socioculturais de desconforto, pude aperfeiçoar conhecimentos e habilidades em medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, consideradas como parte integrante da perspetiva holística da gestão da dor oncológica, nomeadamente a massagem, a terapêutica de relaxamento, a fisioterapia e a terapia ocupacional, a acupunctura.

De acordo com Carlson (2016), as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos (2012) e da Sociedade Americana da Dor (2009) reconhecem o problema mundial da dor oncológica combinado com o aumento da disponibilização e preparação de diferentes opióides e de intervenções terapêuticas durante os últimos 20 anos. Estas agências tentaram fazer o *upgrade* das *guidelines* da OMS enquanto se focavam no papel dos opióides. No entanto não existem *guidelines* que tenham um efeito tão profundo no alívio da dor oncológica como as *guidelines* da OMS pois, embora não sejam tão específicas em termos de orientação do sentido da escolha farmacológica, englobam uma abordagem clara e simples que tem valor educacional e que é facilmente lembrada e divulgada. Independentemente da idade das *guidelines*

da OMS, elas são a pedra angular para o tratamento da dor oncológica em todo o mundo (Carlson, 2016).

Segundo as *guidelines* para o controlo da dor oncológica da OMS (1984), a abordagem para a seleção de um regime analgésico baseado na intensidade da dor deve ser feita através da utilização da Escada Analgésica da OMS. De acordo com esta escada existem 3 degraus que serão usados de acordo com a intensidade da dor (ligeira, moderada ou intensa) sentida pelo doente. Em qualquer um destes degraus poderá ser utilizado uma substância adjuvante. A administração da terapêutica analgésica deve ser feita a horas fixas e a dose de resgate deve ser adicionada sempre que necessário, em episódios de dor intensa que surjam apesar das doses regulares. As *guidelines* salientam ainda a importância de abordar o stress psicossocial e a utilização de outras terapêuticas paliativas, tais como a radioterapia, a quimioterapia ou a cirurgia, sempre que possível e apropriado (Zech, Grond, Lynch, Hertel, & Lehmann, 1995). Durante as quatro semanas de estágio tive a possibilidade de assistir a duas conferências familiares.

A conferência familiar consiste numa forma estruturada de comunicação realizada a pedido de qualquer um dos intervenientes (doente, família, corpo clínico) na qual a equipe clínica multidisciplinar tem a possibilidade de se reunir com o doente e a sua família e desta forma analisar, em conjunto, as informações sobre a doença e a resposta ao tratamento, assim como as expectativas do doente e da sua família (Moneymaker, 2005).

A primeira conferência a que assisti envolveu a filha de uma das doentes da unidade, a enfermeira chefe, o enfermeiro de referência e o médico. A doente não foi envolvida na reunião uma vez que a filha não queria que a mãe soubesse onde estava internada nem o seu prognóstico. A gestão da conferência foi feita maioritariamente pelo médico, uma vez que a filha da doente estava em negação quanto ao prognóstico da mãe. Ao médico coube a função de esclarecer a filha da doente que a vida da mãe estava a ser contada em semanas e dias e os enfermeiros tiveram a função de ajudar a encontrar estratégias para encarar esta realidade, nomeadamente a forma como lidar com a família. Neste aspeto a equipe de enfermagem disponibilizou-se para esclarecer as dúvidas dos restantes membros da família e informá-los sobre o estado de saúde da doente, permitindo desta forma à filha concentrar-se só na mãe.

Embora apenas me tenha sido permitido assistir à conferência (dada a natureza da situação) após o termino desta houve um momento para a equipe refletir comigo sobre o que tinha acontecido. Abordaram-se as questões da negação por parte da

família sobre os prognósticos dos seus familiares e sobre as expectativas irrealistas de cura. Abordou-se também a questão da conspiração do silêncio, algo que foi bem notório durante a conferência. Isto é, uma forma de comunicação existente entre o doente, a família e a equipe clínica tornando a comunicação velada, suavizada, onde o que prepondera é um silêncio sem fim, quando se tem tanto para falar, mas não existem palavras para se expressar, criando uma conspiração de silêncio entre todos os envolvidos (Volles, Bussoletto, & Rodacoski, 2012).

A possibilidade de assistir a algumas conferências familiares permitiu-me compreender que estes momentos privilegiados são fulcrais para que doentes e familiares fiquem ao corrente da situação clínica e das estratégias de intervenção planeadas e para o esclarecimento de dúvidas, facilitando o processo de tomada de decisão tanto do doente como da família.

Quando nos confrontamos com situações de omissão da verdade perante o doente, constatamos que a família, na grande maioria das vezes, imagina que o seu familiar doente não será capaz de suportar a verdade sobre o seu estado de saúde. No entanto, quando usam esta omissão, não percebem ou não querem perceber que, muitas vezes, o doente é conhecedor do seu estado de doença e está a vivenciá-lo sozinho.

Proporcionar um ambiente calmo e acolhedor ao doente e sua família, no qual toda a informação é transmitida de uma forma calma e esclarecedora foi um elemento facilitador na otimização do processo de cuidar o doente em fim de vida no que diz respeito à tomada de decisão.

Desenvolvi, também, conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pelo doente e sua família e aprofundei conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem ao doente que vivencia a fase terminal da sua doença, facilitadores do processo de luto.

A oportunidade de intervir junto do doente e sua família, de observar e apoiar na transmissão de más-notícias, de esclarecer dúvidas (tanto do doente como da sua família) quando solicitada, tendo sempre presente o respeito pela pessoa doente na sua vontade e desejos, permitiu-me adquirir e aplicar técnicas de comunicação específicas dos cuidados paliativos e com uma terminologia comum a todos os profissionais, tais como a técnica dos “dedos cruzados”, sugerida por Querido *et al*(2016) na qual se manifesta o desejo de esperar que tudo corra pelo melhor – oxalá possa vir a recuperar..., mas onde, também, se coloca a possibilidade de o pior poder vir a acontecer- mas nem sempre é assim...(Querido, Salazar, & Neto, 2016). Pude

também observar e treinar a aplicação do Protocolo de Buckman, como guião orientador para a comunicação de más notícias. Segundo Querido, Salazar & Neto (2016) a forma como se comunica uma má notícia, seja ela um diagnóstico, uma opção terapêutica ou até mesmo a morte do familiar, influencia de uma forma muito importante a reação que o doente e/ou a família vão ter. Considerando que doentes e famílias desejam uma informação franca e empática, a utilização do Protocolo de Buckman enquanto guião orientador para a comunicação de más notícias pode ser de grande utilidade. Este guião é constituído por seis passos que incluem:

- 1) Preparação e escolha do local adequado para a transmissão da notícia,
- 2) Perceber o que o doente já sabe,
- 3) Descobrir o que o doente quer saber,
- 4) Partilhar a informação/dar a notícia,
- 5) Responder às reações do doente (emoções e questões),
- 6) Planear e acompanhar o doente e encerrar a entrevista (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

A comunicação é um processo dinâmico que implica a adaptação a uma realidade em constante mudança, mudança essa que implica avanços, retrocessos e significados e que envolve tanto o doente/família como a equipe de prestação de cuidados. Quando bem efetuada, a comunicação é o aspeto fundamental para atender a todas as dimensões do doente (Querido et al., 2016).

A comunicação em CP têm como objetivos reduzir a incerteza, fortalecer relações e dar ao doente e família uma direção por onde seguir (Twycross, 2003). Num momento de grande incerteza, doente e família apenas querem ouvir mensagens de aceitação e de afirmação; no entanto, e face à incerteza do fim de vida, o enfermeiro apenas pode assegurar que é possível aliviar a dor, que um dos elementos da equipe estará sempre disponível para o que for necessário e que toda a equipe irá fazer o melhor que sabe para o ajudar e à sua família (Twycross, 2003).

A comunicação entre doente/família e equipe de enfermagem é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica e obedece a critérios bem estruturados. Grande parte da comunicação é feita através da comunicação não verbal e esta deve incluir a expressão facial, o contacto visual, a postura, uma voz tranquila e o toque, sendo o toque um meio importante no restabelecimento da sensação de contacto com outras pessoas. A mão do profissional de saúde na mão ou no braço do doente poderá ser o necessário para reduzir a sensação de isolamento (Twycross, 2003).

O aprofundar de conhecimentos sobre as estratégias facilitadoras na transmissão de informação à pessoa com barreiras à comunicação e adaptá-las à complexidade do estado de saúde do doente em fim de vida, permitiu-me reconhecer as transações efetuadas na relação terapêutica e compreender que a escuta ativa, a compreensão e o *feedback* são competências básicas da comunicação em cuidados paliativos. É através do estabelecimento desta relação, geradora de confiança nos profissionais de saúde, que o doente e a família nos permitem conhecer as suas características específicas possibilitando a ação de confortar. A promoção do ajuste pessoal de cada elemento da família à situação de doença, reduz os constrangimentos do cuidar e possibilita uma adaptação normal à perda (Barbosa & Neto, 2010).

Por vezes, o processo de escuta e de compreensão das emoções associadas à fase terminal da doença são uma forma de ajuda fundamental no processo de cuidar do doente em agonia e no apoio à sua família.

O acompanhamento de situações de fim de vida bem como a observação e a participação nos cuidados de enfermagem prestados a estes doentes permitiu a aprendizagem da gestão das minhas emoções associadas à proximidade à pessoa em fim de vida e aos seus familiares.

Vivenciei experiências de dignificação da morte, nas quais a presença da família e outros elementos significativos (incluindo animais domésticos) foi proporcionada nos momentos finais de vida, ao mesmo tempo que o conforto era garantido.

A possibilidade de partilhar momentos tão íntimos e tão dignificantes com estas famílias mostrou-me que é permitido aos enfermeiros chorar com a família nestes momentos e que isso não significa, necessariamente, fraqueza, mas sim empatia para com o outro. Chorar com e pelos nossos doentes torna-nos mais humanos, mais próximos do outro e, segundo Cicely Saunders, mostrando-lhe que nos importamos com ele durante o percurso da doença até ao último momento da sua vida ajudando, inclusive, a morrer em paz (Murphy, 2014). O sofrimento por nós sentido e demonstrado mostra a relação de proximidade existente na equipe composta por doente, família e profissionais de saúde. O estar com o doente nas suas horas finais, fazendo-lhe companhia enquanto os seus familiares não chegam, garantindo que, no caso de a família não chegar a tempo, aquela pessoa não morre sozinha, pode gerar muitos conflitos internos, pode até recordar situações por nós vividas. No entanto, no final, toda a angústia sentida vale a pena apenas por sabermos que confortámos alguém, que o nosso toque fez com que não se sentisse isolada. A gratidão

demonstrada pela família ao saber que o seu familiar esteve sempre acompanhado faz-nos ter o sentimento de dever cumprido pois, como refere Cicely Saunders, a forma como as pessoas morrem permanece na memória dos que ficam.

A circunstância da morte não é sempre “limpa e arrumada” (O’ Gorman & O’Brian, 1994). As reações e as relações dos vários membros da família, a tipologia da unidade de cuidados e a forma como a equipe multidisciplinar lida quer com a doença quer com a morte de um ente querido influenciará, de uma maneira muito importante, a sua vivência do luto e a sua capacidade de enfrentar as crises futuras (O’ Gorman & O’Brian, 1994).

A prestação de cuidados em fim de vida pode ser muito gratificante quando a planificação dos mesmos é feita de forma a assegurar uma morte digna, confortável e sem dor. Assegurar uma prestação de cuidados neste sentido, ao longo de todo o percurso do doente na unidade de cuidados, facilita este objetivo final (Vanderspankwright et al., 2001), independentemente de a unidade ser vocacionada para doentes paliativos ou não, visto que as suas necessidades e fragilidades são semelhantes.

Realizar um estágio em cuidados paliativos foi uma experiência muito enriquecedora pois tive a oportunidade de trabalhar com pessoas em fim de vida, nas diversas etapas da progressão da sua doença e de partilhar momentos não só dignificantes como íntimos da pessoa e sua família.

As situações vivenciadas neste estágio fizeram-me refletir sobre o motivo pelo qual é tão difícil proporcionar estes momentos ao doente e à sua família em contexto de UCI e sobre a importância de iniciar a prestação de Cuidados Paliativos em contexto de UCI. Por trabalhar numa UCI de Cardiologia, confronto-me diariamente com doentes que após terem sofrido um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), desenvolvem um quadro de Insuficiência Cardíaca (IC). Sendo a IC uma doença crónica e incurável, que é inclusive uma das patologias com critérios para a referência para CP, considero que seria pertinente a referência precoce destes doentes para a equipe intra-hospitalar de CP.

2.2. O conforto como componente significativa dos cuidados: Cuidar o doente crítico em Cuidados Intensivos

Os avanços científico-tecnológicos melhoraram de forma evidente a prestação dos cuidados de saúde; no entanto, os aspetos humanos não acompanharam, de

forma paralela, este progresso. Os hospitais são locais vistos por muitos como hostis e tanto o doente como a sua família encaram o internamento com angústia e preocupação face à doença. Nas UCI estas emoções aumentam devido às situações extremas e no limite entre a vida e a morte. Os doentes críticos necessitam de uma atenção especialmente calma e confortadora, uma vez que estão muito vulneráveis e enfrentam uma doença grave com muitos incómodos que derivam, não só do seu estado de saúde como também do espaço físico/organizacional característico das UCI (Escudero, Viña, & Calleja, 2014).

A UCI é um lugar que devolve vida, mas é, também, um lugar hostil, com luz excessiva e ruído permanente provocado por ventiladores, alarmes de monitorização e conversas frequentes dos profissionais de saúde (muitas vezes inadequadas), que causam desconforto, são distorcidas pela medicação e provocam uma maior confusão nos doentes. Além disso os doentes sentem dor, medo, dificuldade em dormir, desorientação e estão separados da sua família (Escudero et al., 2014).

O modelo biomédico, ainda latente em muitas UCI, dirige o foco de atenção dos profissionais para a situação de doença, o seu tratamento e a estabilização do doente, desvalorizando por vezes que a promoção do conforto do doente deve ser um foco de igual preocupação. Paralelamente aos cuidados farmacológicos, a promoção do conforto é benéfica para a recuperação.

Após o estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos, no qual foram adquiridas, desenvolvidas e aprofundadas competências específicas na promoção do conforto, tornou-se imperativo estagiar numa UCI, na qual o foco de atenção seriam doentes a vivenciar um processo crítico de doença, de forma a aplicar as competências adquiridas e desenvolvidas no estágio anterior e integrar os cuidados confortadores no plano de cuidados desses doentes.

O objetivo principal a que me propus neste estágio foi **desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, internado em UCI, com ênfase para a promoção do conforto.**

No início do estágio foi realizada uma reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe da UCI onde me foi apresentada a Sr.^a Enf.^a Orientadora e de seguida efetuei uma visita guiada pelo serviço, de forma a conhecer o espaço físico e os equipamentos utilizados. Tive oportunidade de consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes na UCI.

Comecei por conhecer o serviço e sua dinâmica. Este momento foi fundamental para a compreensão e integração numa equipe com um funcionamento muito próprio.

A UCI é de nível II/III: no nível II tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, como por exemplo: neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular; deve-se por isso garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Este tipo de unidade tem acesso permanente a médico com preparação específica e no nível III possui acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários (Ministério da Saúde, 2013)

Nesta unidade são admitidos doentes de todas as especialidades medicocirúrgicas, sendo que o maior número de internamentos é devido a:

- Insuficiência cardiovascular por sépsis;
- Insuficiência respiratória por infeção;
- Insuficiência respiratória pós-cirúrgica;
- Cirurgia por politraumatismo sem traumatismo crânio-encefálico;
- Sépsis pós-cirúrgica;
- Politraumatismo não cirúrgico.

Os doentes provêm do Serviço de Urgência Central (SUC), de transferências internas da área da cirurgia, da área médica e da UCIP, ou por transferências de outros hospitais, sempre que requeiram cuidados intensivos.

A UCI é constituída por 11 unidades de internamento, sendo que 4 são para doentes com necessidades de cuidados de nível III e 7 para doentes com necessidades de cuidados de nível II, com a possibilidade de atingir 6 unidades de nível III.

As 11 unidades de internamento estão distribuídas por 2 salas (sala 1 e sala 2), cada uma com capacidade para 4 unidades de internamento, e 3 quartos individuais.

Cada unidade é composta por uma cama elétrica, um monitor cardíaco (com possibilidade de monitorização contínua da FC, PA (invasiva e não invasiva), FR, SatO₂, temperatura, PIA e PVC), bombas e seringas infusoras, bomba de AE e computador (a aplicação informática utilizada é o *Care Suite 8.2*[®] na sua versão *Critical Care Manager PSCIS*[®]). Cada unidade possui ainda 2 rampas de vácuo, 2 rampas de O₂, 1 rampa de ar comprimido e múltiplas tomadas elétricas (de emergência e normais).

O serviço dispõe, ainda, de 6 ventiladores (4 dos quais permitem realizar VNI), um monitor *Cardiohelp*[®] para assegurar a técnica de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), 2 monitores para monitorização do débito cardíaco (*Vigileo*), 1 sistema integrado para técnica de substituição renal (TSR) contínua (*Prismaflex*[®]) e 3 termoventiladores.

A assistência integral é levada a cabo por uma equipe multidisciplinar, constituída por 16 médicos, 28 enfermeiros, 11 assistentes operacionais, 1 secretária de unidade e 1 dietista. Sempre que necessário é pedida a colaboração do fisiatra, dos fisioterapeutas, dos enfermeiros da Unidade de Reabilitação Respiratória, entre outras especialidades.

A responsabilidade de aceitação dos doentes é exclusivamente médica. A admissão na unidade é feita com base na necessidade de cuidados, de nível II e/ou III, sendo os critérios de admissão:

- Falência respiratória;
- Falência cardíaca;
- Falência multiorgânica;
- Politraumatismo;
- Pós-operatório, com necessidade de vigilância contínua; Transplante renal (pós-operatório).

Os pedidos são recebidos via telefone (por parte do serviço requisitante) cabendo ao médico de serviço decidir se o doente tem ou não critérios para admissão na UCI. Após a decisão de internamento na UCI, o médico de serviço informa a equipe de enfermagem e é programada a admissão do doente. A admissão é feita pela equipe de enfermagem (2/3 enfermeiros, dependendo da gravidade do doente) e por um médico. Durante este processo são estabelecidas as necessidades eminentes do doente. Posteriormente é feito o acolhimento à família, é identificado o familiar de referência, são dadas as informações sobre o diagnóstico e estado de saúde do doente e é explicado o horário das visitas (das 14h-20 h visita do familiar de referência, das 17h-20 h mais duas visitas por doente, podendo estar apenas uma de cada vez durante um período de 10-15 minutos).

Os 28 elementos da equipe de enfermagem asseguram os cuidados 24 horas/dia, sendo que em cada turno estão escalados 5 enfermeiros. A atribuição dos doentes em cada turno é da responsabilidade do Enf^o chefe de equipe que deve, também, distribuir os AO. A atribuição de doentes é feita de acordo com a situação

clínica do doente e da carga de trabalho de enfermagem avaliada. O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28) é um sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem. É composto por sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Dependendo do número total de pontos obtidos, os doentes são classificados em quatro grupos conforme a necessidade de vigilância e de cuidados intensivos, como pode ser consultado no anexo 4 (Elias, Matsuo, Cardoso, & Grion, 2006). O TISS 28 é baseado na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo é despendido pelos enfermeiros para o seu atendimento. Desta forma, o rácio é de 1:2 ou de 1:1 para doentes com necessidade de cuidados de nível III e de 1:3 ou 1:4 para doentes a necessitar de cuidados de nível II.

Realizar um estágio numa UCI médico-cirúrgica foi uma experiência ambivalente uma vez que a minha realidade profissional é muito semelhante. Embora a tipologia de doentes da UCIMC fosse bastante diferente da realidade a que estou acostumada, pois a UCI onde desempenho funções é específica para doentes do foro cardíaco, pude constatar que a essência dos cuidados é a mesma. O facto de ser uma enfermeira já com alguns anos de experiência em UCI e de ter que assumir a postura de aluna num Serviço com características tão diferentes do meu e ao mesmo tempo com um ambiente tão familiar, suscitou-me alguns conflitos internos. A certeza de saber quais os cuidados a prestar ao doente crítico internado no serviço, com a insegurança de não saber o que poderia ou não fazer autonomamente, foi a principal dificuldade sentida no início do estágio. Encontrar o “meio-termo” da condição de profissional de UCI/estudante, não foi fácil. No entanto encarei a oportunidade como um desafio de crescimento, não só pessoal como profissional.

Fui acompanhada e orientada por uma enfermeira do serviço que me ajudou a alcançar os meus objetivos e me proporcionou a oportunidade de cuidar de doentes complexos e diferentes daqueles a que estou acostumada, mantendo-me sempre fora da minha área de conforto que é a Cardiologia. A orientação por parte de uma Enf^a com vários anos de experiência em UCI permitiu não só o esclarecimento de dúvidas como o fomentar da reflexão sobre os cuidados prestados tanto aos doentes atribuídos como aos restantes doentes internados no serviço.

Embora estivesse numa realidade tão diferente da do estágio anterior (Cuidados Paliativos vs. Cuidados Intensivos) mantive a convicção, não só, de que o conceito de cuidados de conforto pode e deve ser estendido como o cuidado a todas as pessoas doentes, tendo elas uma doença aguda ou crónica, como a de que os enfermeiros são os prestadores de cuidados de primeira linha na maximização da qualidade do atendimento e na minimização dos sintomas das doenças agudas ou crónicas.

Durante o decorrer do estágio prestei cuidados à pessoa em situação crítica, tendo sempre em consideração a importância da antecipação da sua instabilidade (através da monitorização de sinais e sintomas manifestados pelo doente) e executando cuidados técnicos de alta complexidade.

No que respeita à prestação de cuidados técnicos envolvendo alta complexidade, consolidei competências no cuidado à pessoa em situação crítica sob monitorização invasiva. Esta assume uma importância particular uma vez que, em contexto de UCI, a instabilidade hemodinâmica pode acontecer a qualquer altura e que o ambiente clínico e homeostático se encontra constantemente em mudança. Desta forma, a monitorização hemodinâmica permite a vigilância contínua de funções sistémicas do organismo através do estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, pela observação metódica de parâmetros clínico-laboratoriais (Capitão & Pires, 2010).

Foram várias as formas de monitorização invasiva que manuseei durante a minha prestação de cuidados na UCIMC. A linha arterial (LA) fornece valores contínuos e fidedignos da pressão arterial, parâmetro que necessita de ser avaliado frequentemente na pessoa em situação crítica (Jarman, 2007). A monitorização da pressão intra-abdominal (PIA) foi uma forma de monitorização totalmente nova para mim. A PIA pode ser definida como a medição da pressão no interior da cavidade abdominal; embora seja um procedimento que carece de indicação médica, a monitorização é da competência exclusiva do enfermeiro. O valor normal da PIA varia entre 0 e 12 mm Hg e pode estar relacionado ao índice de massa corporal (IMC). Pressões acima de 15 a 20 mm Hg podem causar redução do débito urinário, aumento da pressão respiratória, assim como redução do débito cardíaco (Japiassú et al., 2007) .

O recurso a técnicas de substituição renal (TSR) constituiu igualmente um momento de desenvolvimento de competências. Na UCI onde exerço funções utilizamos este tipo de técnica embora menos frequentemente. A técnica dialítica com

que teve contacto foi a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). O objetivo das técnicas de substituição renal é alcançar a correção adequada da uremia, das alterações eletrolíticas e de excesso de volume de líquidos, de acordo com a tolerância hemodinâmica do doente. Esta técnica aparentemente complexa é, na verdade, mais simples e acarreta menos complicações quando comparada com a hemodiálise convencional, sendo desta forma o método dialítico preferencial para a pessoa que se encontra instável do ponto de vista hemodinâmico (Chater & Kellum, 2007).

Os cuidados específicos a ter com o seu manuseamento, a utilização de técnica asséptica, a interpretação dos dados relativamente à técnica e o seu significado perante a pessoa instável foram competências que adquiri ao cuidar da pessoa em situação crítica submetida a este tipo de TSR.

A comunicação com a pessoa em UCI foi um desafio. Comunicar com o doente que se encontra submetido a ventilação mecânica sem administração de qualquer tipo de sedação, ou seja, em estado vígil, sempre se constituiu como um desafio à minha prestação de cuidados. Quanto mais instável está o doente mais difícil se torna a comunicação entre ele e a equipe de enfermagem, principalmente quando se encontra submetido a ventilação mecânica. Este facto representa um fator de stresse que compromete a comunicação (Sá & Machado, 2006).

Para comunicar com a pessoa sob ventilação invasiva eram utilizados quadros ilustrativos ou mesmo a escrita quando a condição do doente o permitia. A utilização da escrita representa uma estratégia facilitadora da comunicação, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo endotraqueal e aumenta a probabilidade do traumatismo da traqueia (Thelan, Davie, Urden, & Lough, 2008).

Fiquei ainda mais desperta para as questões do controlo de infeção e da importância da utilização do equipamento de proteção individual (EPI), e do papel ativo que o enfermeiro tem neste domínio. A DGS criou, em 2013, um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) a que foi dado carácter de programa de saúde prioritário através do Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro e que, entre vários objetivos, pretende a normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas necessárias à redução das infeções bacterianas hospitalares, à boa utilização dos antibióticos e à vigilância da incidência de microrganismos multirresistentes. Os enfermeiros têm o dever de conhecer, compreender e implementar estratégias de controlo das infeções, nomeadamente a lavagem das mãos, o uso de máscara, de luvas e de bata, quando indicado, e de

utilizar material descartável e equipamento esterilizado (Direção-Geral da Saúde, 2013). Todas as unidades da UCI estavam equipadas com material necessário para que estas medidas fossem asseguradas (máscara, touca, bata e luvas). Denoto que a utilização frequente das referidas medidas de proteção individual preconizada no controlo e prevenção da infeção durante o estágio, e a reflexão que me proporcionou, mudou a intencionalidade da minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI. Na minha prática diária tenho presente a sua relevância e pertinência, passei a analisar a adequação da utilização do material de proteção individual, enfatizando também a sua utilização aos assistentes operacionais e restantes membros da equipe durante a prestação de cuidados.

Tendo presente os quatro contextos de conforto enunciados na Teoria de Kolcaba adaptei a comunicação à complexidade do estado de doença, envolvi a família e procurei satisfazer as necessidades de conforto e de privacidade do doente crítico e da sua família. A pessoa internada encontra-se vulnerável, principalmente quando está numa UCI, sedada e sem poder manifestar a sua vontade. Por estes motivos cabe ao enfermeiro protegê-la de todo e qualquer tipo de invasão à sua privacidade/intimidade.

Considerando que a UCI não dispunha de cortinas a separar as camas, por uma questão de prevenção de infeções, a única forma de manter a privacidade dos doentes (fosse durante os cuidados de higiene, durante a realização de um outro procedimento ou mesmo durante a visita de familiares) era através da utilização de um biombo.

Tal como descrito no artigo 78º, alínea 1, do Código Deontológico dos Enfermeiros *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e (...)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Desta forma cabe aos enfermeiros garantir a privacidade e a dignidade das pessoas de quem cuidam, seja na prestação direta de cuidados, seja na transmissão de boas/más notícias ou nos momentos de luto, quer do doente quer da sua família.

No artigo 86º do mesmo Código Deontológico - Do respeito pela intimidade, podemos constatar que o enfermeiro assume o dever de:

- a) *Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*
- b) *Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...), a privacidade e a intimidade da pessoa.* (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Como já referido previamente, está demonstrado que estar dependente dos profissionais de saúde, sem ser capaz de comunicar, causa experiências de ansiedade, medo e solidão aos doentes (Baumgarten & Poulsen, 2015) e, também, que estes doentes se sentem confortáveis e menos ansiosos quando as enfermeiras comunicam o que vão fazer durante a prestação de cuidados (Clukey et al., 2014). Tendo presente a Teoria de Conforto de Kolcaba que está subjacente a este relatório de estágio, fiz questão de conhecer a pessoa doente e incapaz de comunicar (neste caso, por estar sedada) através da sua família (questionando os seus gostos e preferências tais como, o tipo de música preferida, a temperatura habitual da água do banho, etc.) de forma a poder satisfazer algumas das suas necessidades conhecidas de conforto físico e ambiental. Questionei as pessoas que visitavam os doentes que me eram atribuídos sobre as suas relações de proximidade e o seu eventual grau de parentesco com o doente para que, durante a prestação de cuidados, eu pudesse falar com o doente e tentar, de certa forma, encorajá-lo mais concretamente a lutar para recuperar o seu estado de saúde.

Ao proporcionar um ambiente calmo e acolhedor à família de forma a poder transmitir de uma forma clara e esclarecedora toda a informação pretendida, facilitei-lhes a tomada de decisão tal como preconizado por Aro, Pietila & VehvilanaineJulkunen (2012).

A oportunidade de intervir junto do doente e da sua família, de observar e de apoiar na transmissão de más-notícias, de esclarecer as dúvidas da família quando solicitada, tendo sempre presente o respeito pela pessoa doente e a sua família, permitiu-me aplicar as técnicas de comunicação adquiridas no estágio anterior, nomeadamente as indicadas no Protocolo de Buckman e as referidas por Twycross (2003). Apliquei a técnica dos “dedos cruzados” quando a situação do doente não era favorável, explicando à família que a situação do seu familiar doente era grave e que o desfecho poderia não ser o mais desejável, manifestando sempre o desejo de esperar que tudo corresse pelo melhor.

Utilizei estratégias facilitadoras na transmissão de informação à pessoa com barreiras à comunicação e adaptei-as à complexidade do estado de saúde do doente crítico. No primeiro contacto com o doente (estivesse ou não sedado) cumprimentei-o e apresentei-me e sempre que prestava cuidados explicava, de forma simples, o que ia fazer. No entanto, senti que em contexto de UCI, existem mais barreiras à comunicação do que, por exemplo, em contextos de internamento geral. Devido ao ambiente altamente tecnológico, à incerteza do estado de saúde do doente e,

consequentemente, à ansiedade e medo do desconhecido e do prognóstico sentido pela família, torna-se mais difícil comunicar. A bibliografia demonstra que em contexto de UCI existem várias barreiras à comunicação, tais como a atitude corporal, as ideias preconcebidas, as percepções e interpretações, o grau de escolaridade, as emoções, não esquecendo o ambiente organizacional, a entubação, a sedação e as alterações do estado de consciência do próprio doente (Moritz et al., 2008).

Acompanhei situações de fim de vida e participei nos cuidados de enfermagem prestados a estes doentes. Acompanhei as famílias e proporcionei-lhes momentos de despedida ao seu familiar, facultando (em conjunto com a enfermeira orientadora) a sua permanência, em grupo, junto do familiar durante o tempo que precisassem.

Vivenciei uma experiência de dignificação da morte, na qual a presença da família (os 4 filhos) foi proporcionada durante toda a noite a acompanhar os momentos finais de vida de um dos progenitores, ao mesmo tempo que o conforto do doente era proporcionado pelo cumprimento do seu desejo final de ter os filhos presentes, o que pudemos confirmar pela serenidade do seu fâcies e, de forma mais objetiva, pela normalização dos parâmetros vitais em monitorização contínua. Assumindo a Teoria de Conforto de Kolcaba, nesta situação foi permitido satisfazer as necessidades de conforto físico, sociocultural e de ambiente tranquilo e recatado para o momento final da vida deste doente.

Vivenciei, também, uma situação de fim de vida de uma jovem de 25 anos com o diagnóstico de choque séptico. Quando me apercebi que a doente estava em estado agónico confirmei esta minha impressão com a minha Enf^a orientadora e foi feita uma reflexão com a equipe de enfermagem acerca da necessidade de procedimentos terapêuticos invasivos e de terapêutica agressiva nesta doente. O resultado do nosso julgamento clínico, neste caso concreto, foi transmitido ao médico responsável pela doente que assumiu uma posição contrária. Nesse mesmo dia a doente foi novamente entubada e ventilada. Morreu cerca de 24 horas depois, sozinha, num ambiente agressivo, do ponto de vista tecnológico.

Esta situação fez-me novamente refletir sobre a questão da implementação de cuidados paliativos em contexto de Cuidados Intensivos (questão essa sobre a qual já tinha refletido durante o estágio de Cuidados Paliativos).

Nos países desenvolvidos, cerca de 75% dos doentes vivem a última fase da vida e morrem numa instituição “dotada de altas tecnologias, mas vazia de interações humanas e não programadas para as necessidades dos doentes terminais” (Pina, 2013, p.367-8). Apesar disso, tanto os doentes como as equipes de cuidados em

saúde não estão preparados para a morte. As equipes estão treinadas para investir na cura e na recuperação mas não para enfrentar os momentos finais de doentes sem hipótese de melhoria ou de cura (Pina, 2013).

Os doentes críticos apresentam risco de vida e a fronteira entre a condição em que o restabelecimento da saúde deve ser o objetivo primário e aquela em que se deverá investir principalmente na melhoria da qualidade de vida terminal é muitas vezes imprecisa. A decisão quanto à estratégia a seguir, interventiva visando a “cura” ou paliativa para alívio dos sintomas, é um processo dinâmico que deve ser reavaliado continuamente segundo a evolução clínica e bem-estar do doente (Gristina, De Gaudio, Mazzon, & Curtis, 2011).

Moritz *et al.* (2008) referem-se à importância de cuidados paliativos em UCI e definem-nos como sendo:

cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. (...) A priorização dos cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou representante legal (Moritz et al., 2008, p.423).

No entanto, apesar de ser cada vez mais evidente a necessidade de implementar cuidados paliativos nas UCI existem ainda muitas barreiras à implementação desta prática. A cultura dos cuidados intensivos está guiada para a utilização de tecnologia de ponta cujo objetivo é manter a vida e restaurar a saúde e não providenciar apenas conforto. O facto de antes da admissão na UCI, a maioria dos doentes ser desconhecida e de o seu prognóstico ser muitas vezes incerto; a dificuldade em saber quando se deve mudar de uma atitude terapêutica, que tenta restaurar a saúde, para uma atitude terapêutica que promove o conforto, a falta de uma abordagem multidisciplinar no cuidar, bem como a falta de informação, por parte da família, que seja facilitadora de uma tomada de decisão, constituem barreiras à implementação de cuidados paliativos em UCI (Moritz *et al.*, 2008).

A suspensão de medidas fúteis que prolonguem a vida deve ser realizada o mais precocemente possível, privilegiando o controlo da dor, o alívio do sofrimento e culminando na promoção do conforto. Surge aqui novamente a Teoria do Conforto explanada por Kolcaba (2003), na qual a satisfação das necessidades físicas, psicoespirituais, ambientais e sociais da pessoa são fundamentais. Durante o meu estágio confirmei que com a devida formação das equipas multidisciplinares, a palição seria exequível em muitas situações de sofrimento em UCI.

Em fevereiro de 2017 frequentei o Congresso de Enfermagem em Cuidados Paliativos (anexo 5), no qual apresentei um póster subordinado ao tema (apêndice 2) e que obteve o terceiro prémio no congresso.

2.3. Quando o conforto medeia os cuidados emergentes: Cuidar o doente crítico em Serviço de Urgência

Embora existam vários tipos de situações de urgência e a gravidade das mesmas ser variável, estas situações levam a um aumento dos níveis de ansiedade dos indivíduos, por medo da incapacidade, da incerteza do diagnóstico e até por medo da própria morte.

O elevado número de doentes que recorre ao SU faz com que estes estejam sobrelotados levando a um aumento do tempo de espera, que muitas vezes se traduz em horas, para ser atendido, para realizar exames complementares de diagnóstico ou para a realização de tratamentos. Este facto contribui para o desconforto e mal-estar dos doentes.

Independentemente da gravidade da situação clínica que motiva a ida a um SU, este é sempre um momento de grande fragilização e vulnerabilidade para o doente e para a sua família.

As palavras urgência e emergência traduzem situações graves, que requerem por isso intervenções rápidas, uma vez que colocam rapidamente a vida da pessoa em risco, sendo que a diversidade e complexidade obriga os profissionais a esforços suplementares. Eggleston (2009) refere que a enfermagem de urgência “é uma área da enfermagem personalizada, diversificada e multidimensional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão ao encontro da doença e prevenção de traumatismos até às medidas de reanimação para salvar vidas” (Eggleston, 2009).

Após o estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos, no qual foram desenvolvidas e aprofundadas competências específicas na promoção do conforto e do estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos, no qual o foco de atenção seriam doentes a vivenciar um processo crítico de doença, de forma a aplicar as competências desenvolvidas anteriormente, era fundamental aplicar as competências adquiridas no estágio realizado em contexto de cuidados paliativos e desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos num contexto de urgência.

Assim o Serviço de Urgência Central (SUC) foi considerado o local ideal para a aplicação das competências específicas na promoção do conforto, adquiridas e desenvolvidas nos estágios anteriores.

Realizar um estágio num Serviço de urgência polivalente foi uma experiência há muito aguardada. Sair da minha zona de conforto que é a UCI, um ambiente mais controlado e aparentemente mais organizado, constituiu um desafio para o meu desenvolvimento profissional e crescimento pessoal. O SU é, assim, um contexto que exige a prestação de cuidados diversificados e de elevada complexidade que me obrigou a desenvolver competências de forma a poder lidar com uma realidade mutável, a resolver problemas de carácter imprevisível e a tomar decisões acertadas em tempo útil.

O objetivo a que me propus neste estágio foi **desenvolver competências especializadas, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e emergência.**

No início do estágio foi realizada uma reunião com o Sr. ^o Enf.^o Chefe do SUC onde me foi apresentada a Sr.^a Enf.^a Orientadora e de seguida efetuei uma visita guiada pelo Serviço, de forma a conhecer o espaço físico e os equipamentos utilizados.

Comecei por conhecer o Serviço e sua dinâmica. Este momento foi fundamental para a compreensão e integração numa equipe com um funcionamento muito próprio. Pude também compreender de que forma os doentes são encaminhados dentro da própria urgência.

De forma a melhor compreender os níveis de responsabilidade da Rede de Serviços de Urgência, senti a necessidade de consultar e analisar o despacho n.^o 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Neste despacho encontram-se definidos três níveis de urgência:

- Serviço de Urgência Básico (SUB): primeiro nível de atendimento, que aborda situações de urgência mais simples e mais comuns;
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC): segundo nível de atendimento, que se situa como meio diferenciado de apoio à rede de SUB;
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP): considerado o nível mais diferenciado em situação de urgência e emergência (Despacho n.^o 10319/2014 de 11 de Agosto da Assembleia da República, 2014).

O despacho mencionado anteriormente refere-se ainda à implementação de Sistemas de Resposta Rápida designados como Vias Verdes (AVC, Coronária,

Sépsis e Trauma) que devem ser continuados e intensificados, e à obrigatoriedade de implementação de sistemas de triagem no SU.

Sendo o SU onde realizei o estágio um serviço de urgência polivalente, ao qual as pessoas recorrem seja por situações pouco ou não urgentes ou por situações urgentes e emergentes, torna-se necessário que a observação das mesmas seja feita não por ordem de inscrição, mas sim por ordem de prioridade, evitando-se, assim, atrasos na prestação de cuidados a doentes considerados de alto risco. Para tal os doentes são triados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester (STM), no qual após a admissão administrativa, o doente é encaminhado para a sala de triagem, onde é avaliado e triado. O objetivo desta triagem é o de garantir que os cuidados são prestados de acordo com o nível de gravidade e especialidade necessária.

No serviço de urgência, a triagem consiste num processo formal de avaliação imediata de todos os doentes que necessitam de cuidados de saúde urgentes. Os resultados da avaliação da triagem são usados para priorizar os doentes com base na gravidade da doença e na necessidade de assistência médica. Um sistema de triagem efetivo visa assim garantir que os doentes recebam os cuidados urgentes, de que necessitam, na prioridade certa e também que seus cuidados subsequentes sejam atribuído de forma adequada ao grau de doença (Martins, Cuña, & Freitas, 2009).

O STM possui cinco categorias e a cada uma é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue:

- nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;
- nível 5: não urgente – azul: 240 minutos

O STM contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Os fluxogramas contêm discriminadores (sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis) gerais e específicos. Os gerais aplicam-se a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. São eles: risco de morte, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e

tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares .(Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012).

Considerando que a sala de triagem constitui o primeiro local de contacto entre os enfermeiros e o doente, realizei alguns turnos neste setor com o objetivo de conhecer a sua dinâmica. A realização destes turnos permitiu-me compreender algumas características fundamentais para que o desempenho do enfermeiro seja eficaz. Estes profissionais deparam-se diariamente com situações que exigem respostas rápidas que, em alguns momentos, exigem ações simultâneas sem planeamento prévio. Necessitam de conhecimentos teórico-práticos, que permitam ser capaz de fazer uma avaliação rápida e eficaz do doente, autocontrole e eficiência que permitam reconhecer, de uma forma rápida, sinais de problemas graves que possam colocar a vida do doente em risco (Francimar, Marques da Silva, & Pinheiro Ramos, 2012). Uma vez que o meu projeto de estágio se centra na promoção do conforto do doente crítico, em conjunto com a Enf^a Orientadora, considerei que os locais mais pertinentes para a aplicação das medidas confortadoras encontradas na bibliografia, seriam a sala de observação (SO) e as salas de reanimação (SR). A primeira por ter doentes com características semelhantes a um serviço de internamento, com uma grande rotatividade de doentes, cujo objetivo é receber os doentes transferidos das várias valências do SU, fazer a sua estabilização hemodinâmica e encaminhá-los para os diferentes serviços do hospital de acordo com o seu diagnóstico. A segunda por ser um local onde, apesar da gravidade da situação ser maior (os doentes que são admitidos nas SR são considerados urgentes ou emergentes), os doentes ficam algum tempo até terem vaga no SO ou nas UCI.

O primeiro turno que realizei no SO constituiu um momento de grande angústia. O SO tem capacidade para 16 camas, sendo que os restantes doentes que necessitem de ficar em observação, ficam em macas nos corredores. No meu primeiro turno de SO, este estava cheio e havia cerca de 6 macas no corredor. O primeiro pensamento que tive foi o de que nada estava controlado, era o caos absoluto. Vinda de uma UCI onde, embora os doentes estejam instáveis, o ambiente é controlado e não há uma grande rotatividade de doentes, fiquei em choque não só por causa da rotatividade dos doentes, mas também pela quantidade de pedidos que era feita. Senti-me deslocada e perdida. No entanto, encarei este obstáculo como uma oportunidade para desenvolver as minhas capacidades de organização e de resposta rápida aos acontecimentos. Assim, e no decorrer dos turnos que fiz em SO, fui responsável pela totalidade dos cuidados prestados aos doentes que me eram

atribuídos, sentindo-me cada vez mais confiante na minha prestação e compreendendo cada vez melhor a dinâmica, tão característica, do SO.

Durante os turnos que fiz em SO tive a possibilidade de acompanhar doentes em fim de vida e de lhes proporcionar a presença constante da família, embora o horário das visitas fosse apenas das 19-20h. Os SU e os SO, não são locais adequados para receber pessoas em fim de vida uma vez que têm um fluxo elevado de doentes, um ritmo de trabalho rápido, uma grande carga emocional e um tempo muito limitado para se tomarem decisões diagnósticas e terapêuticas (Lepine & Pazos, 2007). No entanto é possível fazê-lo. Atualmente, um número muito significativo das mortes que ocorrem no hospital acontece no serviço de urgência, especialmente na sala de observações (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009). A falta de recursos humanos e as próprias características do SU fazem com que os enfermeiros nem sempre consigam estabelecer as intervenções terapêuticas necessárias e adequadas ao doente em fim de vida.

Outra situação que presenciei diz respeito ao cumprimento da vontade dos doentes. Estava a fazer o turno da tarde e uma das doentes fez uma paragem cardiorrespiratória (PCR); de imediato foram iniciadas manobras de suporte avançado de vida (SAV), nas quais participei, uma vez que estou familiarizada com este tipo de situações e que possuo certificação nesta área. Durante as manobras de SAV fomos informados que a doente tinha uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) e que não era seu desejo ser reanimada: de imediato as manobras foram suspensas, embora houvesse alguns internos de medicina e alguns profissionais de enfermagem (mais novos) que não estivessem confortáveis com a decisão. A DAV é um documento no qual um cidadão, maior de idade e capaz, manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida, em relação aos cuidados de saúde que pretende ou não receber no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade de forma pessoal e autónoma (Lei n.º 25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República, 2012). Esta situação fez-me refletir sobre a importância de conhecermos os nossos doentes e de incluirmos a família na tomada de decisão. Em contexto de urgência nem sempre é possível, pelo já referido anteriormente, no entanto cabe ao enfermeiro, assim que possível, tentar colher o máximo de informação sobre o doente, de forma a garantir que as suas vontades e desejos são cumpridos. De forma a sensibilizar os profissionais de saúde que exercem funções no SU elaborei um poster que ficou ao cuidado da Sra. Enfermeira orientadora do meu estágio para divulgação no serviço sobre as DAV, que pode ser consultado no apêndice 3.

Foi nas SR que desenvolvi mais competências, onde adquiri novos conhecimentos e onde exemplifiquei competências adquiridas ao longo do meu exercício profissional. Durante os turnos que realizei nas SR tive a possibilidade de receber, avaliar e cuidar, sempre sob a supervisão da Enf^a orientadora, doentes com várias patologias e situações urgentes e emergentes, nomeadamente doentes queimados com vários graus de gravidade e doentes politraumatizados que permitiram a mobilização e a aplicação dos conhecimentos e competências adquiridos no curso de suporte avançado de vida em trauma (ATLS) e a aplicação prática das várias medidas de conforto que se enquadram nas diferentes vertentes preconizadas por Kolcaba e que foram o motor motivacional do presente relatório. Assim, e respeitando os princípios do ATLS, planeei antecipadamente a chegada do doente ao SU, certificando-me que todo o material necessário para a abordagem à via aérea (laringoscópio, tubos orotraqueais e ventiladores) estava operacional, confirmando se existiam soluções cristalinas disponíveis, se o material de monitorização estava a funcionar e se os EPI estavam disponíveis para toda a equipe como preconizado no manual *Advance Trauma Life Support* (American College of Surgeons, 2012). Abordei o doente segundo a metodologia ABCDE (sendo A via aérea, com proteção da coluna cervical; B ventilação e respiração; C circulação com controlo de hemorragia; D disfunção, estado neurológico e E exposição/controlo do ambiente) (American College of Surgeons, 2012) e assegurei o contacto com membros das famílias garantindo que, logo que a situação clínica o permitisse, os familiares poderiam acompanhar os seus doentes no percurso intra-hospitalar da prestação de cuidados, como previsto na Lei n.º 33/2009 (Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho da Assembleia da República, 2009). Também nas salas de reanimação é permitida a visita dos familiares por um período de tempo reduzido e sempre que a situação clínica do doente o permita.

A sala de reanimação não é um local de internamento, mas sim de atendimento urgente, o que me levou a refletir sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto nos doentes que aqui aguardam para serem transferidos para os serviços mais adequados ao tratamento que necessitam.

Num dos turnos que realizei na SR recebi um doente que tinha sofrido uma queimadura química com cimento e que tinha várias lesões na face, membros superiores e inferiores. Após terem sido prestados os cuidados às feridas, o doente ficou na SR à espera de vaga na unidade de queimados. Encontrava-se sozinho na sala, uma vez que os enfermeiros estavam na sala ao lado a receber um outro doente.

Refleti sobre a situação e considerei pertinente proporcionar cuidados de conforto ao doente. Comecei por lhe dizer onde se encontrava (o doente tinha os olhos com proteções oculares, devido ao pó de cimento) e porque motivo se encontrava sozinho e que apenas estávamos à espera que houvesse vaga na unidade de queimados. Mantive-o quente com a ajuda de cobertores e perguntei-lhe se a família sabia onde estava. Mantive em mente a evidência científica encontrada na bibliografia e os quatro contextos de conforto mencionado por Kolcaba. Quando o levei para a unidade de queimados este agradeceu-me ter estado com ele e ter explicado o que se estava a passar.

Também no que diz respeito à morte em SU constatei que, neste serviço, a morte é encarada de forma mais natural e que a maioria dos elementos da equipa multidisciplinar a encaram não como um fracasso, mas sim como uma etapa natural da vida.

3. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio contribuiu para uma reflexão e consequente descrição e análise estruturada e fundamentada do meu percurso de aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências especializadas no âmbito do conforto do doente crítico proporcionado por cuidados de enfermagem.

O percurso de aquisição de conhecimentos e competências nos diferentes campos de estágio permitiu-me desenvolver habilidades cognitivas, técnicas e relacionais que me permitem nortear a prestação de cuidados em ambiente de grande complexidade, desenvolvendo competências na abordagem ao doente crítico e ao doente crítico em fim de vida. Tal como refere Benner (2005, p.15), “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois elas aprendem com os seus pacientes e as suas famílias. A aprendizagem experiencial em situações de alto risco requer coragem e ambientes que apoiem a aprendizagem”.

A diversidade de experiências vivenciadas nos diferentes campos de estágio promoveu um crescente desenvolvimento pessoal e profissional traduzido numa maior eficácia na resposta a situações inesperadas e complexas. A par desse desenvolvimento foram aprofundados conhecimentos científicos e técnicos em áreas de intervenção complementares ao meu contexto profissional habitual com especial relevância no desenvolvimento das minhas capacidades relacionais e comunicacionais.

Atendendo às competências associadas ao 2º Ciclo de Estudos e considerando os Descritores de Dublin e as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica considero que atingi com sucesso os objetivos definidos inicialmente e que se revelaram congruentes, oportunos e pertinentes ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O desenvolvimento pessoal de quem presta cuidados de enfermagem ao doente crítico e ao doente crítico em fim de vida representa para mim um ponto fundamental e é, muitas vezes, um desafio. Considero que as competências que desenvolvi neste percurso de aprendizagem irão proporcionar uma melhoria na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes em contexto de UCI.

Este percurso foi, também, composto por momentos nem sempre fáceis de ultrapassar. Conciliar a vida pessoal, profissional e académica, gerindo o restante

tempo entre a família e o estudo que foi contínuo, são exemplos de dificuldades que considero importantes partilhar. No entanto, apesar de terem existido, foram passíveis de serem ultrapassadas através, não só do apoio que tive como também da minha persistência e dedicação.

Na minha prática diária sinto frequentemente o reconhecimento de competências nesta área específica do cuidar não só pelos pares como por outros profissionais de saúde. Este reconhecimento, associado ao que é, sem dúvida, uma forte motivação pessoal, representou um ponto essencial para o sucesso atingido ao longo deste percurso. A abordagem diferenciadora desta prestação de cuidados de enfermagem só se aprende a fazer, fazendo, e é minha plena convicção que pode, e deve ser, aplicável nas UCI.

O caminho passará, necessariamente, por ser um elemento de referência para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados perante situações de grande complexidade. Para tal, a mudanças a operar deverão ocorrer a vários níveis residindo não só no meu crescimento pessoal e profissional, na busca do rigor nas minhas ações, na minha contínua preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados e na promoção de uma relação terapêutica suportada num cuidado confortador. Será importante, também, implementar uma mudança do paradigma atual da prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e ao doente crítico em fim de vida em ambientes de grande complexidade interventiva de modo a que o sentido de cuidar seja alicerçado no conforto destes doentes e das suas famílias tornando possível uma nova dimensão do cuidar em situação crítica.

Finalmente considero pertinente referir os projetos futuros, passíveis de serem colocados em prática no serviço onde exerço funções diariamente. Após reunir com a enfermeira chefe do serviço de Cardiologia e com a enfermeira responsável da UCIC para partilhar este tema e a problemática da prestação deste tipo de cuidados diferenciados de enfermagem numa UCI, propus a realização de um estudo sobre o número de doentes internados naquela Unidade e que faleceram no decorrer da evolução da sua Insuficiência Cardíaca. O objetivo primordial deste estudo seria o de demonstrar que efetivamente o número de ocorrências de óbitos é elevado e que se justifica a referenciação precoce destes doentes à equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, por forma a evitar o internamento prolongado numa UCI sem benefícios a médio/longo prazo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support, ATLS, Student Course Manual* (9th ed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Apóstolo, J. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência- Revista de Enfermagem, II* (9), 61–67.
- Aro, I., Pietilä, A.-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(13–14), 1847–1858.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety, 23*(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Capitão, E., & Pires, J. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 16*(3), 51–55.
- Carlson, C. (2016). Effectiveness of the World Health Organization Cancer Pain Relief Guidelines: an integrative review. *Journal of Pain Research, Volume 9*, 515–534. <https://doi.org/10.2147/JPR.S97759>
- Chater, K., & Kellum, J. A. (2007). Continuous vs. intermittent hemodialysis: with which spin will my patient win? *Critical Care, 11*(5), 313. <https://doi.org/10.1186/cc6134>
- Clukey, L., Weyant, R. A., Roberts, M., & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care, 23*(3), 216–220 5p. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014943>
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Coutinho, A. A., Cecílio, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica De Minas Gerais, 22*(2), 188–198.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse, 29*(3), 28–34. <https://doi.org/10.4037/ccn2009611>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: 2.ª série, N.º 153 (2014). Acedido a 05 jan. 2017, 20673 (2014). Diário da República de www.dre.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from www.dgs.pt a 28/06/2017
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos*. Lisboa. Retrieved from www.dgs.pt a 12/06/2017

- Eggleston, K. D. (2009). O Ambiente dos cuidados na urgência. In *Enfermagem MédicoCirúrgica. Conceitos e Prática Clínica* (8th ed.). Lusociência.
- Elias, A., Matsuo, T., Cardoso, L., & Grion, C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (tiss 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(3), 324–329.
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371–5. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Francimar, N. ;, Marques da Silva, T., & Pinheiro Ramos, V. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência : Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 151–156.
- Gristina, G., De Gaudio, R., Mazzon, D., & Curtis, J. (2011). End-of-life care in Italian Intensive Care Units. *Minerva Anestesiologica*, 77(9), 911–20.
- Hou, Y.-F., Zhao, A.-P., Feng, Y.-X., Cui, X.-N., Wang, L.-L., & Wang, L.-X. (2014). Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 573–578. <https://doi.org/10.1111/ijn.12200>
- Japiassú, A. M. ., Falcão, H., Freitas, F., Freitas, S., Souza, P. C. P. ., Lannes, R., ... Salluh, J. I. (2007). Mensuração da pressão intra-abdominal nas unidades de tratamento intensivo . a opinião dos médicos intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 186–191.
- Jarman, H. (2007). Invasive hemodynamic monitoring: the role of emergency nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, 15(1), 20–24. <https://doi.org/10.7748/en2007.04.15.1.20.c4237>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 46–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Lei n.º 25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República, Pub. L. No. pública: 1.ª série, No 136 (2012). Acedido a 18-02-2017, Diário da República (2012). Diário da República. Retrieved from www.dre.pt
- Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: 1.ª série, No 134 (2009). Acedido a 05 jan. 2017 (2009). Diário da República. Retrieved from www.dre.pt
- Lei nº 101/2006 de 6 de Junho da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: 1.ª série-A (2006). Acedido a 20 maio 2017, I-A Diário da República, I série-A n.º109 de 6 de junho de 2006 3856 (2006). Diário da República.
- Leininger, M. M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Detroit: Press, Wayne State University.
- Lepine, M. L. I., & Pazos, J. L. E. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*, 19, 201–210.
- Martins, H. M. G., Cuña, L. M. D. C. D., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 26(3), 183–6. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.060780>

- Melo, M. da L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos.
- Money maker, K. (2005). JPM Patient Information The Family Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 157.
- Monteiro, D. da R., Kruse, M. H. L., & Almeida, M. de A. (2010). Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 785–793.
- Moritz, R. D., Lago, P. M. do, Souza, R. P. de, Silva, N. B. da, Meneses, F. A. de, Othero, J. C. B., ... Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422–428. h
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Essentials of critical Care Nursing. A holistic approach*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Murphy, M. (2014). *Shaping The Story Of Dame Cicely Saunders*. Acedido em http://healingstory.org/publications/diving-in-the-moon-journal-2014/shaping-the-story-of-dame-cicely-saunders/?doing_wp_cron=1521654291.3776559829711914062500
- Neto, I. (2016). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In I. Barbosa, Antonio; Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª Edição, pp. 17–52). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. (Lusociência., Ed.). Loures.
- Nunes, L. (2001). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e horizontes*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- O' Gorman, B., & O'Brian, T. (1994). 24 hours autour de la mort. In Edisem (Ed.), *Soins Palliatifs, une approche pluridisciplinaire* (pp. 43–49). Paris.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. (Dissertação de Doutoramento não publicada)*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orlando, L. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. (Putnam, Ed.) (9th ed.). New York.
- Pina, J. . (2013). *Ética, deontologia e direito médico*. Lousã: LIDEL: Edições Técnicas.
- Ponte, K. M. D. A., & Da Silva, L. D. F. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 7(2), 2603. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª Edição, pp. 357–378). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278–286. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00243.x>

- Sá, T., & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, 67, 29–34.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051–2061. <https://doi.org/10.1111/jan.12664>
- Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e Intervenção* (5ª Edição). Loures: lusodidacta.
- Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care* (4ed). radcliffe medical Press.
- Vanderspank-wright, B. B., Cncc, C., Fothergill-bourbonnais, F., Malone-tucker, S., Cncc, C., & Slivar, S. (2001). Strategies for nurses new to ICU, (C).
- Veiga, A. A. B., Barros, C. A. M., Couto, P. J. R., & Vieira, P. M. S. (2009). Pessoa em fase final de vida : que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência ? *Referência, II série*(10), 47–56.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. (U. C. EDITORA, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- Volles, C. C., Bussoletto, G. M., & Rodacoski, G. (2012). A conspiracy of silence in the hospital environment: when the talk is not noise. *Revista da SBPH*, 15(1), 212–231.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. (M. C. Connor, Stephen R.; Bermedo, Ed.), WHO. WHO. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
- Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian, M.H. & Elliot, D. (2009). Confort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1861–1898. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x>
- Zech, D. F. J., Grond, S., Lynch, J., Hertel, D., & Lehmann, K. A. (1995). Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief : a 10-year prospective study. *Pain*, 3(49), 65–76.

ANEXOS

ANEXO I Programa e Certificado de participação “Curso Básico de Cuidados Paliativos”



Irmãs Hospitaleiras

Certificado de Participação



Teresa Mafalda Pinheiro Gonçalves, participou
NO CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS, que se realizou na Casa de
Saúde da Idanha em Belas, nos dias 3, 4 e 5 de Março de 2016,
com a duração total de 24 horas.

A Comissão Organizadora

Programa

DIA 03 DE MARÇO DE 2016

- 09h00 ENTREGA DE DOCUMENTOS
- 09h30 SESSÃO DE ABERTURA
- Ir. Idília Carneiro - Superiora da CSI
Professor Doutor Manuel Luís Capelas – Presidente da ACP
Enf.ª Maria João Lopes – Coordenação do Curso
- 10h00 **PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS SAÚDE**
♦ Enf.ª Fátima Oliveira
- 10h45 **CONTROLO DOS SINTOMAS: DOR**
♦ Dr. Paulo Pina
- 13h00 PAUSA PARA ALMOÇO
- 14h00 **SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**
♦ Dr. Hugo Casimiro
- 15h00 **SINTOMAS GASTROINTESTINAIS**
♦ Dr. João Tomás
- 16h15 **HIPODERMÓCLISE E TERAPÊUTICA SUB CUTÂNEA**
♦ Enf.ª Maria João Lopes
- 17h00 **PRINCÍPIOS BÁSICOS DA COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA**
♦ Enf.º Ricardo Fernandes

DIA 04 DE MARÇO DE 2016

- 09h00 **CONFERÊNCIA FAMILIAR**
♦ Enf.ª Fátima Oliveira
- 10h15 **APOIO PSICOL. DOENTE E FAMÍLIA EM CUID PALIATIV**
♦ Dr.ª Sílvia Noné
- 11h45 **TESTEMUNHO**
- 12h30 PAUSA PARA ALMOÇO
- 13h30 **CUIDADOS NA AGONIA**
♦ Enf.ª Maria João Lopes
- 14h30 **NECESSIDADES ESPIRITUAIS**
♦ Dr.ª Fátima Gonçalves
- 16h15 **TERAPIA OCUPACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS**
♦ Dr.ª Rute Asseiceiro
- 17h15 **INTERVENÇÃO DA MEDICINA FÍSICA DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**
♦ Terapeuta Catarina Agapito

DIA 05 DE MARÇO DE 2016

- 09h00 **PRINCIPAIS PROBLEMAS ÉTICOS NO FIM DE VIDA**
♦ Professora Doutora Lucília Nunes
- 11h15 **APOIO À FAMÍLIA, INCLUINDO O LUTO**
♦ Enf.º Ricardo Fernandes
- 14h00 **TRABALHO EM EQUIPA**
♦ Enf.º Ricardo Fernandes
- 15h00 **ASPECT BÁSICOS DA ORGANIZ DOS SERV CUID PALIATIVOS**
♦ Enf.ª Fátima Oliveira
- 16h15 **VOLUNTARIADO EM CUIDAD. PALIATIVOS: TESTEMUNHO PESSOAL**
- 16h15 **WORKSHOP – COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS**
♦ Dr.ª Alexandra Coelho
♦ Dr.ª Sílvia Noné

Organização:

MOD.190.01



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Rua Professor Luís da Cunha Gonçalves, 5 – 1º Esq.
1600 826 Lisboa

ANEXO II Programa e Certificado de Participação no Curso “Conforto nos Cuidados de Saúde”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CERTIFICADO

O Coordenador da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, certifica que, **TERESA MAFALDA PINHEIRO GONÇALVES**, frequentou o Curso de Curta Duração "O Conforto nos Cuidados de Saúde", que decorreu no Campus Palma de Cima, nos dias 15, 16 e 22 de junho de 2016, com a duração de 12 horas.

Lisboa, 22 de junho de 2016

O Coordenador

Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

TEMAS ABORDADOS:

✓ *Bloco I – O Conforto: elemento do cuidado de saúde*

O Conforto - dimensão de humanidade dos cuidados de saúde

O Conforto em diferentes contextos: tipos e perspectivas

A expressividade do Conforto na relação com o "bem-estar" e o "estar bem"

A cultura confortadora: modos e formas de "olhar" o Conforto

✓ *Bloco II – O Conforto e o Confortar*

A relevância da experiência de Conforto: aspetos promotores ou inibidores de Conforto

O cuidado confortador: Atores de Conforto e estratégias/intervenções/medidas confortadoras

No percurso de saúde/doença: o processo de conforto da Pessoa idosa

✓ *Bloco III - O Conforto e a família*

O Conforto dos familiares / cuidadores

A avaliação / medição do nível de conforto

Estratégias utilizadas para gestão do Conforto (exercícios práticos)

Discussão de casos práticos

ANEXO III Escalas de monitorização do doente paliativo

**Edmonton Symptom Assessment System
(revised version) (ESAS-r)**

Por favor, coloque um círculo em volta do número que corresponde à sua avaliação para cada sintoma, neste preciso momento:

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço (Cansaço = falta de energia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem sonolência (Sonolência = sentir-se com sono)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de sonolência possível
Sem náuseas / enjoo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de náuseas/enjoo possível
Sem falta de apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de falta de ar possível
Sem depressão (Depressão = sentir-se triste)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade (Ansiedade = sentir-se nervoso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de ansiedade possível
Melhor nível de bem estar (Bem-estar = como se sente em geral)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior nível de bem estar possível
Sem _____ (Outro problema, por exemplo prisão de ventre)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior possível

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Completed by (check one):

- Patient
- Family Caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem \leq que 16 pontos, são considerados de risco.
- Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado.

<p>LETA</p> <p>o não z a dade erada)</p>
<p>debe ência anho ais de arte do o (ou se ha)</p>
<p>dência para r-se.</p>
<p>rai ao neiro a o sso de ação</p>
<p>cai da na. ito ao to</p>

AVALIAÇÕES FUNCIONAIS
ESCALA DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD
(Lawton & Brody, 1969)

PACIENTE: _____ IDADE: _____
DATA DE AVALIAÇÃO: _____

1 - Cuidados Pessoais

A – Alimentação

- 0 = normal
- 1 = independente
- 2 = necessita de ajuda para cortar ou servir, derruba com frequência
- 3 = deve ser alimentado na maioria das refeições

B – Vestir-se

- 0 = normal
- 1 = independente, mas lento e desajeitado
- 2 = seqüência errada, esquece itens
- 3 = necessita de ajuda para vestir-se

C – Banho

- 0 = normal
- 1 = banha-se só, mas necessita ser lembrado
- 2 = banha-se só, com assistência
- 3 = deve ser banhado por outros

D – Eliminações fisiológicas

- 0 = vai ao banheiro independentemente
- 1 = vai ao banheiro quando lembrado: alguns problemas
- 2 = precisa de assistência para a atividade
- 3 = não tem controle sobre fezes e urina

E – Medicação

- 0 = lembra sem ajuda
- 1 = lembra-se quando a medicação é deixada em local especial
- 2 = necessita de lembretes escritos ou falados
- 3 = deve receber a medicação de outros

F – Interesse na aparência pessoal

- 0 = o mesmo de sempre
- 1 = interessa-se quando vai sair, mas não em casa
- 2 = permite ser arrumado ou o faz quando solicitado
- 3 = resiste para ser limpo e trocado por terceiros

2 - Cuidados Domésticos

ANEXO IV Sistema de classificação da gravidade
do doente crítico: *Therapeutic Intervention Scoring*
System (TISS 28)

TISS - 28

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	Pontuação	
Atividades Básicas		
Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registros e cálculo regular do balanço hídrico	5	
Laboratório. Investigações bioquímicas e microbiológicas	1	
Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea, e/ou oral / SNG	2	
Medicações endovenosas múltiplas. Mais que uma droga.	3	
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo	1	
Trocas freqüentes de curativos. Troca freqüente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas	1	
Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG)	3	
Suporte Ventilatório		
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares respiração espontânea com PEEP	5	
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O2 suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2	
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia	1	
Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal	1	
Suporte Cardiovascular		
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa	3	
Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose	4	
Reposição de grandes perdas volêmicas. Administração de volume >3l/m ² /d, independente do tipo.	4	
Cateter arterial periférico.	5	
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	8	
Via venosa central.	2	
Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas).	3	
Suporte Renal		
Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3	
Medida quantitativa do débito urinário (ex : SVD).	2	
Diurese ativa (ex : furosemida > 0,5 mg/Kg/dia)	3	
Suporte Neurológico		
Medida de Pressão Intracraniana.	4	
Suporte Metabólico		
Tratamento de acidose/ alcalose metabólica complicada	4	
Nutrição Parenteral Total endovenosa.	3	
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex: jejunostomia.	2	
Intervenções específicas		
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica, não estão incluídas intervenções de rotina sem conseqüências diretas para as condições do paciente, tais como RX, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3	
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima.	5	
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5	
TOTAL		

ANEXO V Certificado de Participação no “Congresso de Enfermagem em Cuidados
Paliativos”

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE **TERESA MAFALDA PINHEIRO GONÇALVES** NATURAL DE **SÃO SEBASTIÃO DA PEDREIRA** NASCIDO(A) A **04-04-1984** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO CARTÃO DE CIDADÃO **12573187** , FREQUENTOU:

CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

QUE DECORREU DE **10 DE FEVEREIRO DE 2017** A **11 DE FEVEREIRO DE 2017** , LOCAL:

Auditório de Santa Clara na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pólo B - S. Martinho do

Bispo, em Coimbra., COM A DURAÇÃO DE 14 HORAS.

APÊNDICES

APÊNDICE I Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem. Protocolo de uma revisão integrativa da literatura

Teresa Gonçalves ^{1,2} Teresa Leal ¹

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

² Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E

Autor correspondente:

Teresa Gonçalves,

teresa.m.goncalves@campus.esel.com

Resumo

Contextualização: o conforto e os cuidados de enfermagem estão interligados. O conforto deve ser visto como um resultado da prática de enfermagem. Os três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O conforto é visto como a satisfação das necessidades humanas básicas, que resultam do cuidado de enfermagem e que é proporcionada através de intervenções denominadas medidas de conforto.

Objetivo: identificar as intervenções não farmacológicas que podem ser desenvolvidas por enfermeiros no sentido de promover o conforto do doente crítico.

Metodologia: revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e pesquisa manual, que será centrada em artigos de fonte primária e revisões de literatura, publicados entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de janeiro de 2016. Irão ser incluídos estudos relativos a doentes críticos adultos.

Palavras chave: comfort, critically ill, nurs*.

Contextualização

Diariamente os enfermeiros empregam a palavra conforto em diversos contextos da sua prática e esta faz parte da sua linguagem. É imperativo que o conforto da pessoa doente seja, cada vez mais, um dos principais focos de atenção da prestação de cuidados de cada enfermeiro. Segundo Apóstolo, *“a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados...”* (Apóstolo, 2009, p62).

A palavra conforto e cuidados de enfermagem desde sempre que caminham lado a lado: cuidar e confortar são os pilares da profissão. Quem cuida conforta.

Na Teoria de Conforto de Kolcaba o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessário para que a pessoa tenha um desempenho eficiente. Por seu lado a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar e controlar o seu destino (Katharine Kolcaba, 2003)

Os três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: físico (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à consciência de si mesmo, incluindo-se aqui a autoestima e o autoconceito), sociocultural (no que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (que envolve aspetos como a luz, barulho, temperatura) (Katharine Kolcaba, 2003).

No aspeto físico estão inseridas as satisfações das necessidades humanas básicas, cuidados com a integridade da pele e contato físico. A dor é considerada o fator mais importante para obtenção de conforto físico. Pressupõe que seja dada ênfase ao posicionamento no leito e à organização do ambiente (Ponte & Da Silva, 2015).

No que diz respeito ao contexto psicoespiritual, observa-se que este está relacionado com a comunicação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados, a partir da qual é fornecido apoio espiritual e estratégias para melhorar o convívio social. No que diz respeito ao conforto ambiental o foco está nas condições e influências externas, incluindo a cor, iluminação, sons e ruídos, iluminação, odor, temperatura, vistas da janela, elementos naturais e artificiais. A atenção da enfermeira deve ser na interação com o ambiente, que pode favorecer a cura e a promoção da saúde (Ponte & Da Silva, 2015).

No contexto sociocultural encontra-se inserção de ações voltadas para os familiares, com enfoque também na relação entre doente e família. No aspeto cultural houve citações que referenciavam a atividades lúdicas como forma de promover conforto. Esse aspeto deve estar presente, pois proporciona sentimentos de alegria ou distração, uma vez que o sorriso pode ocorrer mesmo durante o processo de adoecimento (Ponte & Da Silva, 2015).

Desta forma o conforto é visto como a satisfação das necessidades humanas básicas, que resultam do cuidado de enfermagem e que é proporcionada através de intervenções denominadas medidas de conforto.

O conceito de cuidados de conforto pode e deve ser estendido para o cuidado de todas as formas de doença, seja ela aguda ou crónica. Os enfermeiros são os prestadores de cuidados de primeira linha para maximizar a qualidade do atendimento e minimizar os sintomas de doenças agudas ou crónicas.

Foi efetuada uma pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*, para saber se existiam revisões sistemáticas sobre a temática. Embora existam revisões integrativas sobre o conforto e as várias intervenções de enfermagem promotoras de conforto, não encontramos nenhuma que abrangesse simultaneamente os quatro contextos preconizados por Kolcaba.

O objetivo desta revisão integrativa da literatura será o de identificar as intervenções não farmacológicas que podem ser desenvolvidas no sentido promover o conforto do doente crítico.

Questão da Revisão

Que intervenções, não farmacológicas, podem ser desenvolvidas por enfermeiros no sentido de promover o conforto do doente crítico?

Critérios de Inclusão

Tipo de participantes: Pessoa em situação crítica, adulta (com 19 anos ou mais)

Intervenções: Intervenções não farmacológicas, desenvolvidas por enfermeiros, que sejam promotoras de conforto.

Contexto: o contexto não será considerado, uma vez que podemos encontrar doentes críticos tanto em serviço de urgência como em unidades de cuidados intensivos, ou outras, e que as intervenções de enfermagem serão as mesmas.

Tipo de estudos: irão ser incluídos estudos quantitativos e/ou qualitativos, publicados em revistas científicas na língua inglesa ou portuguesa, publicados entre 1 de janeiro de 2000 e 31 de janeiro de 2016 e estudos obtidos através da pesquisa em bola de neve. Não incluir-se artigos provenientes da literatura cinzenta.

Estratégia de Pesquisa

Irá ser realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane (Central Register of Controlled Trials e Database of Systematic Reviews) usando os termos indexados e em linguagem natural: *comfort, critically ill, nurs**; serão aceites os estudos que cumpram os critérios explicitados e tenham sido publicados entre 1 de janeiro de 2000 até 31 de janeiro de 2016, redigidos em língua portuguesa ou inglesa.

Seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos, em todas as etapas, será feito com base na avaliação do título, do *abstract*, e, se necessário, do texto completo. A seleção será efetuada com base nos critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo da revisão.

Avaliação da Qualidade Metodológica

Os artigos selecionados para elegibilidade serão avaliados, previamente à inclusão na revisão integrativa, utilizando os instrumentos específicos de apreciação crítica preconizados pelo The Joanna Briggs Institute (<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>, acedido a 11.08.2016).

Extração de Dados

A extração de dados irá ser efetuada pelo primeiro autor através da utilização dos instrumentos de extração de dados preconizados pelo JBI (2015). Todas as dúvidas serão validadas por consenso com o segundo autor. Os dados extraídos irão incluir detalhes específicos acerca do fenómeno de interesse, dos participantes, das intervenções, dos métodos ou dos *outcomes* significativos para a questão de revisão colocada. Um

diagrama adaptado da PRISMA será usado para ilustrar os resultados do processo de pesquisa, seleção e escolha dos artigos incluídos.

Referências bibliográficas

- Apóstolo, J. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência- Revista de Enfermagem, II (9)*, 61–67.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.
- Ponte, K. M. D. A., & Da Silva, L. D. F. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online, 7(2)*, 2603. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>

APÊNDICE II Poster premiado “O doente crítico em fim de vida: paliar em unidade de cuidados intensivos”



DECLARAÇÃO

A FORMASAU, Formação e Saúde, Lda., declara para os devidos efeitos que:

TERESA MAFALDA PINHEIRO GONÇALVES

Participou com a apresentação de um **POSTER** com o título:

O doente crítico em fim de vida: paliar em unidade de cuidados intensivos

no Congresso de Enfermagem em Cuidados Paliativos, que decorreu nos dias 10 e 11 de Fevereiro de 2017, no Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pólo B - S. Martinho do Bispo, em Coimbra, tendo obtido o terceiro lugar na classificação das comunicações livres.

Por ser verdade e para que conste se passa a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com o carimbo da FORMASAU.



APÊNDICE III Poster “Diretivas antecipadas de vontade”

