



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

ADESÃO TERAPÊUTICA: UM PASSO PARA UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL

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

Por Catarina Tomás Martinho

LISBOA, Maio 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

ADESÃO TERAPÊUTICA: UM PASSO PARA UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL

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

Por Catarina Tomás Martinho

Sob orientação da Prof.^a Dr.^a Isabel Rabiais

LISBOA, Maio 2015

Resumo

O presente relatório tem como propósito elucidar o que foi o percurso realizado para a obtenção do grau de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido a aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa e respetiva família, que experienciam o processo de doença nos seus diversos contextos, o palco para a obtenção do mesmo.

Neste relatório apresentarei reflexivamente as três experiências obtidas nos módulos que constituem a prática clínica: Serviço de Urgência Geral (SUG), Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (SMI-UCIMC) e Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) de diferentes hospitais centrais de Lisboa.

O desenvolvimento pessoal e profissional nestes campos implicou crescimento e maturação de competências individuais, implicou desfragmentar processos de saber anteriores e combater rotinas e formatações já concebidas durante a experiência profissional, o que por si só constituiu um desafio.

Além disso, em cada um deles procurei desenvolver atividades relacionadas com a adesão terapêutica e conseqüentemente, a cada vez mais evidente função do enfermeiro nesta temática; bem como a adoção e/ou melhoria de práticas seguras por parte dos enfermeiros, fatores grandemente potenciadores da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados diariamente aos clientes.

Para as concretizar direcionei a minha pesquisa primordial com a seguinte questão de partida “Quais as intervenções de enfermagem que potenciam a adesão terapêutica?” e realizei uma revisão sistemática da literatura posteriormente.

Neste percurso saliente, a necessidade de adaptação constante face a imprevistos surgidos, mas que foram potenciadores de criatividade e dinamicidade na procura de soluções que os satisfizessem. Possibilitou ainda a articulação de teoria com a prática sob inúmeras perspetivas, a reflexão crítica e o processo de tomada de decisão.

Em suma, este relatório inclui nele os diversos passos desta caminhada, detalhes dos projetos desenvolvidos, vivências refletidas e as competências que delas advieram bem como a vontade de continuar a implementar projetos que sejam resposta a problemas da prática de enfermagem e que contribuam para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-chave: Adesão terapêutica, Cuidados de Enfermagem, Qualidade.

Abstract

This report aims to clarify what was the route taken to the degree of master and nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, by the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, being the acquisition of expertise in the care of the person and his family, experiencing the disease process in its various contexts , the stage for obtaining the same.

This report will present the three reflexively experiences gained in the modules that constitute the clinical practice: Emergency Service, Intensive Care Unit and Palliative Home Care Unit of different central hospitals of Lisbon.

The personal and professional development in these fields led to growth and maturation of individual skills, implied defragmentation of known previous processes and break with some routines already established during my professional experience, which in itself was a challenge.

Besides, in which one of them I tried to develop activities related to therapeutic adherence and moreover, the increasingly importance of the nurse's role of the nurse in this process; as well as the increase of safe practice by the nurses, factors of the quality of nursing care provided daily to the patients.

To achieve that, I centered my primary research with the question "What nursing interventions improve medication adherence?" then I performed a literature systematic review.

In this course I note the need to constantly adapt face to the unforeseen, but this events were enhancers of creativity and dynamism, very useful tools in the search for the best solutions. It also made possible the articulation between the theory and daily practice in many perspectives, critical reflection and the process of choosing.

To sum up, this report includes the various steps of this journey, details of developed projects, reflected experiences and skills that have derived from them and the thrive to continue to implement projects that are the answer the nursing practice problems and contribute to the improvement of nursing care provided.

Key-words: Medication Adherence, Nursing Care, Quality.

Agradecimentos

Para a realização deste relatório bem como o desenrolar de toda esta etapa trabalhosa, pela obtenção do Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica gostaria de deixar o meu profundo agradecimento a algumas pessoas.

À minha avó, o meu anjo da guarda no céu, pela sua eterna sabedoria... sempre disse que ser enfermeira era, para mim, a escolha mais acertada; não se enganou.

Aos meus pais, os grandes moderadores e conselheiros das minhas escolhas e pela sua presença constante, o meu muito obrigada. Com vocês os obstáculos parecem sempre mais pequenos...

Ao marido, por todo o amparo e sobretudo, pela paciência tida durante todo o processo.

À Professora Isabel Rabiais pela permanente disponibilidade e excelente orientação.

Às Enfermeiras Ana Farias, Ângela Mósca e Sandra Neves pela sua orientação e apoio aquando da realização dos estágios.

Às colegas Cristina, Isabel e Margarida pelas risadas, choro e as emoções díspares vividas e partilhadas em conjunto nesta etapa.

Obrigada!

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações,
em ações que tragam resultados”.*

Florence Nightingale

Lista de abreviaturas e acrónimos

ATLS – Advanced Trauma Life Support)

ABCDE (A-Airway; B- Breathing; C- Circulation; D- Disability e E- Exposition)

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

Et al – abreviatura de “ e outros”

Nº - número

OMS – Organização Mundial de Saúde

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SMI-UCIMC – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SOS – do latim *si opus sit* e traduzido na prática da prescrição medicamentosa “se houver necessidade”

SUG – Serviço de Urgência Geral

TC – Tomografia Computorizada

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

| | |
|---|----|
| 0- INTRODUÇÃO | 1 |
| 1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL..... | 5 |
| 1.1. A adesão Terapêutica como estratégia para a melhoria da qualidade de vida | 5 |
| 1.2. A Adesão terapêutica como estratégia para uma transição saudável - uma revisão sistemática da literatura | 7 |
| 2- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA | 13 |
| 2.1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos..... | 13 |
| 2.2. Módulo III – Unidade de Assistência Domiciliária | 23 |
| 2.3. Módulo I – Serviço de Urgência Geral | 31 |
| 3- CONCLUSÃO | 43 |
| 4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |
| 5-APÊNDICES..... | 49 |
| Apêndice I: Terapêutica Imunomoduladora | 50 |
| Apêndice II: Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica | 55 |
| Apêndice III: Plano de Ação | 58 |
| Apêndice IV: Powerpoint da apresentação Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica | 60 |
| Apêndice V: Questionário de Avaliação da Apresentação “Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica” | 63 |
| Apêndice VI: Resultado do questionário de avaliação da apresentação “Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica” | 66 |
| Apêndice VII: Questionário de avaliação da presença de risco de erro terapêutico aos enfermeiros do SUG..... | 69 |
| Apêndice VIII: Resultado do questionário de avaliação do risco de erro terapêutico aos enfermeiros do SUG..... | 71 |
| Apêndice IX: Apresentação da plataforma disponível na internet denominada Indicemed™ | 76 |
| Apêndice X: Documento de ensino sobre a administração de medicação oral | 79 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|---|
| Tabela nº 1 – Características gerais dos estudos que constituíram a amostra..... | 8 |
| Tabela nº 2 – Síntese dos achados dos estudos constituintes da amostra..... | 9 |

0- INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde existe desde os tempos mais remotos. Todo o ser humano em alguma fase da sua vida, compreendida desde o nascimento até à morte, necessitou de ser substituído e/ou assistido por um período de tempo variável que responde apenas à sua necessidade individual de ser cuidado por outro.

O sistema nacional de saúde em Portugal é recente, tem apenas trinta e cinco anos comparativamente ao ser humano cuja existência se acredita ter pelo menos duzentos mil anos. Assim sendo a quem cabia o cuidar da pessoa doente ou da pessoa cujas capacidades se encontravam mais diminuídas?

Cuidar e ser cuidado é uma condição inerente a todos nós, e compreender o cerne da disciplina de Enfermagem não poderá ser feito sem primeiro compreender um pouco da história da mulher como prestadora de cuidados. Era a mulher, que nos tempos mais primitivos auxiliava os seus familiares, amigos e até “tratava dos pobres” condição social imposta por uma economia sexista do trabalho em que regia a sociedade desses tempos (Collière, 1999).

No culminar do século XIX surgem indícios da Enfermagem como profissão indissociada do Cristianismo. O primeiro cuidado exercido, reconhecido pelos historiadores, foi feito pelas diaconisas. Posteriormente, a prática do cuidar desenrolava-se nos mosteiros, até que vêm as respostas às necessidades do povo dessa época no século XVI em Portugal por meio da criação do Hospital Termal das Caldas da Rainha e as Misericórdias no final do século XV.

Anos mais tarde, a Enfermagem atravessou um período negro e regressou reformada por Florence Nightingale tanto ao nível da profissão como do próprio ensino. Surgem assim os variados modelos de Enfermagem onde se incluem as suas complexas dimensões: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem.

Depois dela muitos foram os esforços conjuntos para que em Portugal se regulamentasse a profissão de enfermagem, isto é, que estivessem clarificados conceitos, caracterizados cuidados, enumeradas competências bem como direitos e deveres que se tornam visíveis com o Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que surge sob a forma legal em 1996 (publicado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril). Em 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros como órgão regulador da qualidade dos cuidados prestados por esta classe profissional (publicado no Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro).

E hoje, a profissão de Enfermagem espelha toda a evolução social, espiritual, demográfica que se deu até ao presente e reformula-se e adapta-se com as mudanças constantes e as pressões exercidas sobre a sociedade de hoje numa procura incessante pelos melhores cuidados a prestar às pessoas.

Posto isto, a necessidade pessoal de integrar a unidade de ensino da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde e nessa instituição atualizar o meu corpo de

conhecimentos, adquirindo simultaneamente novos saberes científicos e novas competências, por meio da realização do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP, 2012; P.9).

O desenvolvimento e aquisição de competências são conseguidos, segundo Benner (2001), por meio da vivência e da experimentação de múltiplas aprendizagens. A aplicabilidade do saber científico com a técnica consolida a aprendizagem e daí que, o desenvolvimento da construção do processo individual de aprendizagem pela realização de ensino clínico se realize em três módulos distintos:

I – Serviço de Urgência

II – Unidade de Cuidados Intensivos

III – Opcional (realizado na Unidade de Assistência Domiciliária – UAD)

Do enfermeiro especialista espera-se “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Regulamento nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

De forma a concretizar esta premissa realizei o ensino clínico pela seguinte ordem cronológica: o primeiro foi o Módulo II no Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (SMI-UCIMC) num hospital de referência em prestação de cuidados de última linha e por esta ser uma unidade de grande especificidade e complexidade no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

O Módulo III foi realizado também no centro de Lisboa, num hospital de referência na prestação de cuidados aos doentes oncológicos e suas famílias. Infelizmente é um quadro cada vez mais presente nos mais diversos serviços hospitalares e a necessidade sentida por mim em colmatar as dificuldades nesta prestação de cuidados tão específica e potenciar a qualidade dos cuidados que lhes presto no dia a dia, desde a chegada ao internamento e até à sua alta, de forma a garantir a real satisfação das suas necessidades numa fase normalmente muito carregada de sentimentos negativos e/ou de despedida.

O terceiro e último foi o Módulo I e desenrolou-se no Serviço de Urgência Geral (SUG) numa instituição relativamente recente mas que serve uma vasta população. O SUG integra a Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido como uma urgência médico-cirúrgica, ou seja, cuja disponibilidade de atendimento aos clientes implica um horário de funcionamento de vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas da Medicina, Cirurgia Geral e Ortopedia. Além das anteriores dispõe de uma diversidade de especialidades médicas todos os dias úteis das oito horas às vinte horas e tem uma Viatura de Emergência Médica de Reanimação

(VMER) que responde às necessidades da população abrangida por ela, e com necessidade de emergência médica pré-hospitalar.

Não fosse o propósito do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, também nos estagios aprendi a ver as intervenções de enfermagem à luz de algumas teorias de Enfermagem, sendo a mais comumente presente neste relatório a de Afaf Meleis – Teoria das Transições.

Atualmente vivemos o Paradigma da Transformação em Enfermagem, a pessoa é assumidamente considerada um ser unitário em constante interação com o ambiente externo e interno, sendo a saúde, a experiência vivida segundo a perspectiva única da pessoa mas englobando a unidade pessoa-ambiente. Neste contexto os cuidados de enfermagem, segundo Meleis (2010), poderão ser definidos como aqueles que assistam os processos transitórios de adaptação, designados de transições, e que são resultantes da interação entre a pessoa e o ambiente, e nos quais o enfermeiro surja como elemento facilitador dessas transições experienciadas pela pessoa.

Focado este ponto, passo a apresentar de seguida os objetivos deste relatório:

- ✓ Ilustrar situações de aprendizagem realizadas em estágio e a reflexão crítica das mesmas.
- ✓ Demonstrar tomadas de decisão fundamentadas, baseadas na evidência científica e com responsabilidade social, ética e deontológica.
- ✓ Evidenciar os objetivos atingidos em estágio e as atividades e estratégias que o permitiram.
- ✓ Comprovar a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, referindo-as ao longo do mesmo.

O presente relatório está composto em quatro partes distintas: a primeira corresponderá ao enquadramento conceptual do relatório, iniciar-se-á com uma breve apresentação histórica da enfermagem e a evolução até aos dias de hoje, uma curta caracterização dos locais onde se realizou o ensino clínico e a justificação da escolha de cada um deles bem como os objetivos do relatório e a metodologia em que se baseia.

Na segunda parte, debruço-me sobre a definição do conceito de adesão terapêutica, na explicação das estratégias desenvolvidas que a potenciam e a responsabilidade do enfermeiro na execução das mesmas por meio de uma revisão sistemática da literatura onde se procura identificar as intervenções de enfermagem que potenciam a adesão terapêutica dos doentes.

Na terceira parte, apresento a análise reflexiva de todo o processo de aprendizagem, ilustrando-o com casos da prática e articulando neles as dificuldades sentidas, estratégias delineadas, resultados obtidos e, conseqüentemente, as competências desenvolvidas; respeitando e preservando sempre tanto o sigilo como a confidencialidade do processo clínico dos doentes e famílias envolvidos nos cuidados.

Na quarta e última parte deste relatório será apresentada a conclusão do mesmo, onde sucintamente salientarei os aspetos de maior relevância vividos nesta jornada.

A metodologia de trabalho utilizada é descritiva e reflexiva e contempla informação proveniente da experiência profissional bem como da formação pós-graduada, pesquisa bibliográfica e a proveniente da orientação quer das enfermeiras nos diferentes locais de estágio quer a fornecida pela professora tutora.

As referências bibliográficas serão elaboradas de acordo com a norma NP405.

Em síntese, pretendo com este relatório provar o meu contributo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados nalguns contextos por onde passei articulando nos mesmos algumas das competências de enfermeiro especialista aí alcançadas.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A adesão Terapêutica como estratégia para a melhoria da qualidade de vida

A adesão terapêutica é um tema que tem vindo a ser estudado cada vez mais desde o final de 1950, destacando-se como marco incitador de mais estudos um evento em abril de 1976 que foi o primeiro congresso internacional sobre “Patient Counselling”, traduzido como aconselhamento do doente.

Com esta temática surgiram conceitos como a “compliance” e “adherence”, em português “cumprimento” e “adesão” respetivamente, que são diferentes mas que nalgumas pesquisas aparecem indistintamente. Assim julgo ser pertinente esclarecer o que os distingue: a adesão vem referida frequentemente como o comportamento adotado pelo doente de forma a responder ao aconselhamento realizado pelo profissional de saúde ao passo que no conceito cumprimento, existe a conotação negativa, onde não há decisão do doente e onde este apenas se limita a cumprir uma ordem que lhe foi imposta pelo profissional de saúde (Snowden et al, 2012).

A adesão vem corresponder à necessidade sentida pelos doentes que cada vez mais querem ser vistos envolvidos no processo, e uma prova disso é a procura incessante de informação acerca do seu estado de saúde. Um sinónimo de adesão pode ser concordância pois profissional de saúde e doente aceitam que este participe nos cuidados que lhe são dirigidos e lhe seja atribuída parte da responsabilidade no mesmo.

A importância da adesão surge indubitavelmente associada às repercussões que a não adesão assume na saúde pública. A não adesão ou a má adesão podem ser conducentes de comportamentos de risco, como o uso incorreto de medicação; pode agravar o estado de saúde do indivíduo e, por sua vez, serem necessárias mais prescrições medicamentosas, realização de mais exames auxiliares de diagnóstico ou até mesmo, necessidade de internamento hospitalar que, constituem custos acrescidos e retiram todo o benefício inicial pensado com o tratamento primário ao qual o doente não aderiu.

Estando definida a não adesão terapêutica como uma resposta do doente que não partilha as mesmas ideias do profissional de saúde, adesão implica uma aliança formada entre doente e profissional com reconhecimento e respeito pelas crenças e desejos do mesmo, numa procura a dois de comportamentos que possam ser adotados pelo doente para que este atinja o resultado que a intervenção terapêutica implementada intenta.

Silva et al (2010) identificaram os seguintes fatores como sendo preditores da falta de adesão terapêutica:

- Demográficos, sociais e económicos: aqui incluídos o nível de escolaridade, múltiplas patologias (nomeadamente as que afectam a capacidade cognitiva do próprio), cuidadores

capacitados, o desemprego, isolamento social ou distância às unidades de saúde, o núcleo familiar e interferências medicamentosas nos hábitos sociais e/ou no estilo de vida;

- Relativos à doença e ao regime terapêutico; relativamente à doença, a ausência de sintomatologia, cronicidade das patologias, doenças múltiplas ou em que haja afetação da capacidade cognitiva do indivíduo, ou em doentes com patologia psiquiátrica, depressão e hipocondríacos, e a própria vivência que o indivíduo tem da doença; e no que diz respeito ao tratamento: a duração e a complexidade do regime terapêutico, efeitos secundários associados e as experiências prévias com o mesmo tipo de medicamentos ou semelhantes;
- Relativo ao relacionamento do doente com o profissional de saúde e serviços de saúde: a qualidade do vínculo, as competências comunicacionais, a atitude e o comportamento do profissional de saúde e a disponibilidade demonstrada.

Conclui-se então desta pesquisa que a adesão terapêutica depende de inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos do doente, do relacionamento deste com o profissional de saúde e é influenciada pelo ambiente onde se desenvolve esta relação. Também se concluiu que a não adesão é prejudicial para o indivíduo e torna-se mais dispendioso desnecessariamente.

Tendo isto em conta tornou-se imperativo encarando o contexto socioeconómico atual em Portugal, implementar ações na prestação de cuidados de enfermagem que potenciem a adesão e consequentemente contribuam para ganhos em saúde. Além de que, esta é uma intervenção autónoma de Enfermagem, considerada pelo Artigo 9º, alínea nº 2 do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril) todas “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

A Enfermagem atual é a que mais procura a parceria nos cuidados que presta e vai de encontro ao conceito atual de adesão, assente no princípio da concordância “não decidir sobre mim, sem mim”, coincidente com o imperativo ético reconhecido como “partilha na tomada de decisão” pelo sistema de saúde britânico (Snowden et al, 2012). Contribuindo neste sentido, os últimos estudos publicados reconhecem que os doentes devidamente instruídos e com conhecimento sobre o seu estado de saúde, bem como as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da eficácia do tratamento têm-se revelado preditores sólidos ao nível da adesão.

Com os dados recolhidos das últimas evidências sobre esta temática, e decidida a trabalhá-las em contexto de estágio, desenvolvi uma revisão sistemática da literatura que passo a apresentar.

1.2. A Adesão terapêutica como estratégia para uma transição saudável - uma revisão sistemática da literatura

Inúmeras tentativas já foram feitas em estudo que permitissem quantificar a adesão terapêutica dos doentes, contudo ainda não foi executada em pleno por diversas limitações (como é o caso dos doentes que ainda não conseguem assumir honestamente perante os profissionais de saúde as reservas que têm na adoção de comportamentos aconselhados), conseguindo-se mais facilmente conhecê-la pelas consequências da não adesão. Contudo, como a intenção pretendida era a assistência aos doentes contribuindo para melhoria da sua adesão terapêutica defini como questão de investigação:

- Quais as intervenções de enfermagem que potenciam a adesão terapêutica?

Com a resposta a esta questão espera-se de igual modo responder às questões secundárias seguintes: Qual a importância da adesão terapêutica para a independência do doente? Quais as estratégias mais utilizadas pelos profissionais de enfermagem nos ensinos realizados para o sucesso da adesão terapêutica?

Pretende-se com os resultados obtidos compreender a problemática da adesão terapêutica na recuperação da independência dos doentes e conseqüente transição saudável.

Para tal, foram definidas palavras-chave para a pesquisa de acordo com a listagem disponível no MESH (Medical Subject Headings), disponível para consulta em www.ncbi.nlm.nih.gov, tendo sido as escolhidas: “Adesão terapêutica” e “Aumento”.

Com estas palavras-chave foi realizada uma pesquisa booleana na base de dados Pubmed durante o mês de outubro de 2014 recorrendo-se ao operador booleano “And”, uma vez que se pretendia obter textos que incluíssem ambos os termos.

Foram definidos como critérios de inclusão: textos escritos em inglês, português e espanhol, e apenas publicações dos últimos cinco anos.

Como critérios de exclusão: textos noutras línguas, inacessibilidade ao texto completo e com mais de cinco anos.

Inicialmente foram obtidos duzentos e quarenta e cinco textos pelo que se acrescentou o critério de apenas selecionar as revisões sistemáticas tendo-se obtido um total de vinte e cinco textos. Após a leitura de resumos foram selecionados 4 artigos para leitura completa que irão compor a amostra base desta revisão sistemática da literatura e que serão analisadas de acordo com o protocolo PI[C]OS : Participantes (e situação clínica), Intervenções, Resultados (Outcomes) e Tipo de Estudo (Study) para obter os textos constituintes da amostra, cujas características gerais se encontram resumidas na Tabela nº 1.

Tabela nº 1 – Características gerais dos estudos que constituíram a amostra

| Estudo | Participantes | Intervenções | Objetivo | Desenho |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| Bryant, J. <i>et al</i> (2013) | Dados recolhidos através de oito estudos | Levantamento de dados sobre a adesão à medicação relacionado com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ o tipo de medicamento utilizado; ▪ pela observação da técnica de uso de inaladores; ▪ estratégias utilizadas pelo profissional de saúde para potenciar a adesão. | Examinar a eficácia das intervenções que contribuem para a adesão terapêutica, em particular, as aplicadas em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. | Estudo comparativo, análise qualitativa. |
| Vervloet, M. <i>et al</i> (2012) | Dados recolhidos através de treze estudos cujas amostras não continham mais de cinquenta doentes | Levantamento de métodos e intervenções utilizadas a nível tecnológico que contribuam significativamente para aumentar a adesão terapêutica. | Evidenciar a eficácia de lembretes tecnológicos na adesão terapêutica. | Estudo qualitativo. |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|---|
| De Geest, S. <i>et al</i> (2014) | Dados recolhidos através dos estudos. | Levantamento de dados relativos à adesão terapêutica na hipertensão persistente, métodos diretos e indiretos na resolução da mesma e as dimensões da abordagem pelo profissional de saúde. | Definir adesão e não adesão, quantificar o grau de adesão, gestão da medicação na não adesão perante casos de hipertensão persistente e as abordagens que a remedeiam e/ou a previnem. | Análise descritiva, estudo qualitativo. |
| Nglazi, M. <i>et al</i> (2013) | Dados recolhidos através de quatro estudos | Levantamento de dados em ensaios não randomizados sobre a utilização de mensagens de texto na promoção da adesão terapêutica em doentes tuberculosos (incluindo crianças) | Sintetizar as atuais evidências sobre a eficácia das intervenções por envio de mensagem de texto na melhoria da adesão terapêutica dos doentes com tuberculose. | Estudo qualitativo, revisão sistemática da literatura |

No seguimento da revisão sistemática da literatura, realizei uma leitura dos artigos e resumos a que foi possível aceder, com o intuito de identificar e interpretar os dados relevantes de cada um deles para o estudo em questão, e os quais se encontram disponíveis para consulta na Tabela nº 2, elaborada e apresentada em seguida.

Tabela nº 2: Síntese dos achados dos estudos constituintes da amostra

| Estudo | Achados |
|--------------------------------|--|
| Bryant, J. <i>et al</i> (2013) | As estratégias encontradas neste estudo, e que revelaram ser as mais eficazes, estão incluídas no grupo de intervenções comportamentais: o aconselhamento, monitorização e feedback em consultas individuais ou de grupo, intervenções com múltiplos componentes (onde estão |

| | |
|---|---|
| | <p>incluídas a entrega de material educativo sobre o assunto, a articulação com a equipa de cuidados de saúde primários, follow-up telefónico, educação de sintomas e o seu controlo, exercícios práticos em sessão individual com o profissional de saúde, tabelas de medicação e planos de ação individuais personalizados).</p> <p>O aumento da adesão traz resultados não só ao nível do controlo de sintomas mas também na própria progressão da doença desacelerando-a e, de igual modo, reduz o índice de internamentos e por isso, também reduz os custos ao nível da saúde</p> <p>O papel do profissional de saúde é importante para potenciar a adesão terapêutica, que por sua vez é fundamental na otimização e obtenção de resultados pelo doente.</p> |
| <p>Vervloet, M. <i>et al</i> (2012)</p> | <p>Existem benefícios a médio prazo de lembretes eletrónicos, mas dados insuficientes que o comprovem a longo prazo.</p> <p>Há benefícios na sua utilização em doentes de todas as idades, seja por quadros de demência associados como no caso dos idosos, seja pelo preenchimento social de vida que têm por exemplo, os adolescentes.</p> <p>Apesar de parecer que a adesão constitui um resultado intermédio há evidência que elevada adesão está associada diretamente a resultados positivos em saúde.</p> |
| <p>De Geest, S. <i>et al</i> (2014)</p> | <p>A adesão terapêutica é constituída por três dimensões relacionadas entre si: iniciação, implementação e descontinuação.</p> <p>Medir a não adesão terapêutica eficazmente só poderá ser feito combinando métodos diretos e indiretos.</p> <p>As estratégias interventivas pelo profissional de saúde que contornem a não adesão e potenciem ganhos em saúde só serão possíveis gerindo todas as dimensões comportamentais do doente e trabalhá-las nos seus diferentes níveis. Intervenções que combinam níveis educação/cognição, comportamentais/aconselhamento,</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | psicológicas/afetivas de abordagem pelo profissional de saúde. |
| Nglazi, M. <i>et al</i> (2013) | <p>A utilização de mensagens de texto tem influência no aumento da adesão terapêutica e que, num dos estudos ao avaliarem a satisfação com o método utilizado, foi apontado como sendo útil.</p> <p>O envio de mensagens de texto foi comparado com tratamento diretamente observado e de curta duração, tendo-se concluído que o sucesso no tratamento da tuberculose era similar.</p> |

Todos os achados foram coniventes em reconhecer que o comportamento seria a influência maior sobre a adesão pelo que, maioritariamente, são apresentadas intervenções e estratégias que o permitam modificar. Previamente à apresentação das mesmas penso ser benéfico abordar o que é expectável nestes comportamentos.

As crenças influenciam o comportamento perante o estado de saúde. Assim sendo, torna-se benéfico que o enfermeiro reconheça o tipo de conduta do doente: indiferença (o profissional de saúde dita as regras), reatividade (recusa de medicação e/ou tratamentos) e discernimento ativo (inclui tanto as pessoas que refletem sobre experiências anteriores ao nível da saúde e ponderam a mudança, como as que se sentem tão bem com o seu estilo de convivência à doença que se encontram relutantes na mudança do mesmo). A deteção do tipo de comportamento faculta ao profissional a escolha na sua abordagem inicial, que deverá sempre convidar e cativar o doente ou, pelo menos, persuadi-lo a que o escute por um momento.

Garantir os meios para a criação de uma aliança terapêutica é o primeiro passo para a proximidade do sucesso, isto porque há estratégias inúmeras e a tendência é que cada vez surjam mais, mas não servem o seu propósito se as pessoas não se sentirem minimamente identificadas ou confortáveis no uso das mesmas.

Assim, os melhores instrumentos terapêuticos de enfermagem para potenciar a adesão são os seguintes:

- Comunicação – onde se recria e partilha informação, sentimentos, perceções e cuja transmissão é feita por meio de conteúdos verbais e não-verbais;
- Parceria – Esforço conjunto para que se atinjam objetivos traçados;
- Negociação – Partilha da responsabilidade do processo de tomada de decisão com aceitação de ambas as partes;
- Relação de Ajuda – Ambiente propiciador de confiança e compreensão empática com o intuito de assistir o indivíduo na aceitação da mudança causada pela nova condição de saúde.

Com a efetividade do relacionamento entre doente e profissional de saúde estão criadas condições para que se possam sugerir estratégias adequadas às rotinas do doente, que nesta fase já nos são conhecidas, tendo como exemplos das mais utilizadas atualmente: tabelas de medicação, mensagens de texto, e-mail, follow-up telefónico, embalagens pré-preparadas e as reuniões de grupo.

Este tipo de estratégias visa a promoção do auto-controlo e auto-gestão que, por transferirem ao longo do tempo cada vez mais poder ao doente, fornecem-lhe de igual modo uma identidade positiva bem como a obtenção de resultados terapêuticos. Em suma, potenciam a adesão terapêutica por meio de um processo menos doloroso por ter tido livre arbítrio sobre o mesmo e, conseqüentemente, aceitação na mudança promovendo-lhe ganhos em saúde que são traduzidos num aumento da sua qualidade de vida.

Em síntese, como conclusões dos estudos desta revisão depreendemos que a promoção da adesão otimiza resultados individuais no doente e que só através da abordagem, nos seus vários níveis, das inúmeras componentes comportamentais do doente se conseguirão obter resultados que contrariem fenómenos de não adesão. De igual forma se concluiu que as estratégias que envolvem parcerias entre doente e profissional de saúde têm revelado bastante sucesso no caso das doenças crónicas. Também a inovação está cada vez mais presente nesta área, como são o exemplo de intervenções de enfermagem que combinam a utilização de lembretes eletrónicos (mensagens de texto, e-mail) tem tido posição de destaque na promoção da adesão terapêutica pela sua dupla função: relembram temporalmente o que é preciso fazer mas também são acompanhadas de conteúdo informativo para o doente.

O método escolhido na realização desta revisão permitiu realçar que intervenções de enfermagem potenciam a adesão e identificou algumas particularidades da mesma que devem merecer toda a atenção por parte dos profissionais de saúde.

A promoção da adesão terapêutica tem como pressuposto a conquista da independência do doente, ou do cuidador, na medida em que, cada vez mais na relação, o enfermeiro deixa de ser utilizado como recurso e passa a orientador do processo. Quando estamos perante este resultado, reconhecemos no doente a capacidade de gerir o seu regime terapêutico sozinho com eficácia, ou por outras palavras, permitimos-lhe atingir o seu bem-estar físico, social, psicológico e espiritual.

Concluindo que o incentivo à adesão terapêutica são ganhos em saúde porque razão esta nem sempre está presente? Como limitações nos estudos foram apontadas características relacionadas com as individualidades do doente bem como do profissional de saúde. Penso que seria interessante desenvolver um estudo em Portugal onde clarificássemos junto dos enfermeiros as dificuldades sentidas nesta temática e com os resultados, combatê-las, promovendo a qualidade dos cuidados prestados pela classe profissional e potenciando os ganhos em saúde na população portuguesa.

2- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA

Nesta etapa procedo à análise descritiva e reflexiva das atividades implementadas em estágio, identifico estratégias adotadas para concretizar objetivos quer pessoais quer do projeto em cada módulo, reflito sobre os resultados obtidos e em que medida foram desenvolvidas as competências, nas suas diversas dimensões (ética, relacional, científica e técnica), durante todo este processo.

2.1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se pela pluralidade de contextos distintos que são experienciados pelos doentes que delas precisam, cujo fator comum a todos é a falência orgânica (que pode ser múltipla) ou o seu risco, sendo por essa mesma razão exigente de cuidados altamente diferenciados, de suporte avançado de vida e com grande componente tecnológica nos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2003). São unidades multidisciplinares do saber científico, dado a polivalência que abarcam, sendo por isso de igual modo áreas de desgaste emocional e stress para os profissionais que nelas prestam cuidados.

A unidade onde realizei este módulo da minha prática clínica desenrolou-se SMI-UCIMC que é caracterizado fisicamente por dispor de onze camas com necessidades de cuidados intensivos (das quais sete são de nível II¹ e quatro de nível III² – níveis definidos pela DGS, 2003 - adaptando-se às necessidades podendo por isso ter variações na disponibilidade destas vagas).

É uma unidade caracterizada pela prestação de cuidados a pessoas em situação crítica de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo sobretudo as patologias dos doentes com

¹ Nível II - Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

² Nível III - Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/ Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas vinte e quatro horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente.

mais internamentos os que apresentam falência respiratória/cardiaca/multiorgância, politraumatizados e/ou em período de pós-operatório (incluindo o de transplante renal).

A prestação de cuidados nesta unidade é bastante exigente não só pela complexidade pelo tipo de contexto mas também devido à enorme rotatividade de doentes existente. Constitui um grande desafio uma vez que me despertou para a necessidade de implementar minuciosamente toda e qualquer intervenção, isto é, excelência tanto no seu planeamento como na sua execução; o mínimo que seja pode tornar o quadro crítico em que o doente se encontra pior do que já é, e por isso mesmo, devemos sempre ficar atentos aos detalhes. Neste âmbito aprendi a olhar globalmente para o doente, isto é, incluindo com ele os monitores, ventiladores, sistemas de perfusão, em suma, tudo em seu redor ou que estivesse intimamente conectado ao próprio foi aprendido a ser visto como fazendo parte dele pois são componentes na manutenção da sua vida.

Com o doente vem também incluída nesta globalidade a respetiva família, cujo sofrimento é desmedido e aumentado por fatores como a dificuldade de reconhecer o seu familiar por estar ventilado, edemaciado e suportado por inúmera tecnologia que constantemente alarma aumentando a ansiedade sentida pelos mesmos.

Dado ser um momento bastante delicado para a família, que passa a questionar-se se o ente querido sobreviverá e, caso aconteça, que complicações poderão surgir deste episódio receando o grau de mudança futuro na sua qualidade de vida. Assim, procurei sempre num contato inicial explicar todo o ambiente que rodeia o familiar e esclarecer as suas dúvidas. Com o continuar da relação de ajuda procurei promover a esperança realista em cada caso e incentivar a comunicação da família com o doente, convidando-os a darem as mãos e a não sentirem medo do toque pois a maioria receia de lhe causar algum mal com a proximidade.

Considerando o anterior, para promover uma construção pessoal e profissional e favorecer o desempenho profissional delineei os objetivos que passo a apresentar:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família, no SMI-UCIMC.

No cumprimento deste objetivo e, numa fase inicial deste ensino clínico tive de recorrer à pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos científicos e tecnológicos, dada a complexidade fisiopatológica dos doentes internados nesta unidade e, simultaneamente, a assimilação das normas e protocolos vigentes na mesma que, apesar de ser recente, dispõe de variada documentação que foi facilitadora da minha inclusão na dinâmica do serviço.

Exemplificando a constatação anterior com um caso prático: recebi na UCIMC um doente de quarenta e oito anos, sexo masculino, vítima de acidente de viação em motociclo. Chega e primordialmente assumo que o vou receber perante a equipa de enfermagem; decido observá-lo e abordá-lo utilizando a metodologia ABCDE por estar politraumatizado o que justifica as prioridades que lhe atribuo e vou implementando intervenções ao mesmo tempo que estabeleço mentalmente um plano de cuidados com as que virão a ser necessárias, mas que não são imediatas na sua realização, procedendo desta forma até terminar. Simultaneamente procuro colaborar com o

médico e com a segunda enfermeira envolvida no processo de admissão instituindo os passos recomendados pela norma existente no serviço aquando da admissão de um doente.

Esta situação é muito frequente na unidade e é altamente complexa por diversos fatores, nomeadamente: o estado de instabilidade hemodinâmica em que o doente vem, gerir e liderar a equipa de forma a ter um elemento a receber as informações clínicas (antecedentes pessoais, anamnese, alergias), monitorizar a pessoa e verificar existência de acessos venosos enquanto outro garante a permeabilização da via aérea e ventilação. De seguida proceder à avaliação neurológica, avaliar existência de feridas percorrendo toda a superfície corporal e colaborar com a equipa médica na realização de procedimentos técnicos necessários.

Por meio da observação, palpação e auscultação consegui reconhecer sinais e sintomas emergentes de cuidados que implementei. Além disso, neste caso concreto, a necessidade de discussão entre equipas médica e de enfermagem quanto à priorização de algumas técnicas invasivas, referenciação imediata e pedido de colaboração das equipas médicas de ortopedia e cirurgia, bem como a utilização de alguns meios auxiliares de diagnóstico de forma a ponderar hipóteses de abordagem, relativamente seguras para o doente, não o expondo a riscos acrescidos desnecessários.

Segundo Ramezani-Badr et al (2009) os enfermeiros que desempenham funções numa UCI baseiam-se em duas estratégias na tomada de decisão: as de raciocínio e as que se baseiam em critérios. Na primeira estão incluídas a intuição, a experiência prévia (situações semelhantes da experiência profissional) e o teste de hipóteses (compreensão com base na fundamentação e formulação de possíveis hipóteses); ao passo que na segunda, se contempla o risco/benefício das hipóteses colocadas reconhecendo, nesta situação que a efetividade da tomada de decisão se realiza pela equipa médica.

Benner (2001) descreve um modelo para a aquisição de competências, baseado em cinco estágios, que vão de iniciado a perito (Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito) no qual defende que o conhecimento é prático, isto é, que se adquire progressivamente com o tempo, sendo necessário estabelecer estratégias que construam e aperfeiçoem continuamente o saber fazer adquirindo assim as competências.

No entanto, saliento do supracitado que é necessário e é comum, pelo menos no SMI-UCIMC, a partilha de informação entre equipas e o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar e que a tomada de decisão responsável, isto é, aquela realmente eficaz, só é feita de acordo com Ramezani-Badr et al (2009), se tiver estas premissas.

Durante a abordagem ao doente foi notória aplicação destas estratégias de raciocínio na abordagem e cumprimento da sequência ABCDE tendo sido consolidadas as competências de **“Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”** e **“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”** (UCP, 2012).

Constituiu também um desafio a prestação de cuidados a jovens em estado crítico com idades compreendidas entre os dezassete e os vinte e cinco anos onde a componente familiar por si só é criadora de inquietação. O caso deste tipo que mais me marcou foi o de uma jovem de dezoito anos a quem foi diagnosticado um teratoma no ovário, e que após remoção cirúrgica do mesmo, o quadro de alteração de consciência que apresentava pré-diagnóstico pensou-se ser reversível ao fim de alguns dias o que não aconteceu. Após um mês de internamento, as manifestações díspares que o seu organismo oferece durante a prestação de cuidados desde o internamento não tem abonado a favor da resolução do caso. Como se suporta emocionalmente estes pais e este irmão? Como se intervém de forma a tranquilizar ou amenizar a dor que espelha os olhos deles sempre que a veem? Colocando-me no lugar deles não há nada que se fizesse ou que se me mostrasse que pudesse atenuar de algum modo este tipo de sofrimento. Contudo enquanto humanos há coisas na vida que nos fazem agarrar a forças interiores e que, nós enquanto profissionais as podemos atestar. Neste caso concreto, permanecer junto da família – a simples presença e a postura de recetividade numa visita em que habitualmente fazem desacompanhados uns dos outros pode ser uma fonte para um ambiente tranquilo; também o esclarecimento das mesmas perguntas diariamente, não porque não compreendem a resposta mas porque esperam que alguma coisa esteja diferente - respondê-lo de forma assertiva sem retirar a esperança mas reconhecendo que há dados que até para nós são difíceis de compreender.

Phaneuf (2002) refere como utilidades da comunicação não verbal o serem reguladores de troca, auxiliares na criação de laços significativos e o servirem de apoio às palavras já pronunciadas. De uma forma resumida, a minha relação com a família desta jovem desenvolveu competências comunicacionais verbais contudo incidiu mais no aperfeiçoamento da componente não verbal, escutei mais do que falei e permaneci em silêncio e junto deles sempre que achei pertinente fazê-lo. Citando Vieira (2007, p.8) a “principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece”.

Nestes encontros com a família desta jovem pude aprofundar as seguintes competências: **“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”**; **“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”** (UCP, 2012).

Contudo, não foi esta a única problemática com que me deparei ao cuidar desta jovem que, como a grande maioria dos doentes desta unidade, tem presente o diagnóstico de alteração do estado de consciência. Ao refletir esta questão durante a minha prática questionei-me como fazer valer a sua autonomia individual, princípio que nos distingue de todos os outros seres por ser a escolha do nosso agir.

A proteção da autonomia é a defesa dos direitos da pessoa que não se extinguem por alterações na sua própria saúde. Isto é, valores maiores se elevam no nosso exercício profissional, e que por vezes têm de ser refletidos conjuntamente com os valores da pessoa que é

alvo dos nossos cuidados ou poderá dar-se o caso de violarmos erroneamente um ou mais direitos dessa pessoa por agirmos em conformidade só com a nossa vontade. Daí que o princípio da autonomia profissional do enfermeiro seja muito importante como orientador da tomada de decisão pois engloba não só a nossa autonomia enquanto pessoas mas também uma autonomia reconhecida pelos conhecimentos e competências que possui enquanto enfermeiro (Deodato, 2008).

Considerando a tomada de decisão, neste caso concreto, em que a jovem se encontra ventilada e com acentuados défices comunicacionais bem como a suspeita de défices neurológicos; procurei abordar a sua família com o intuito de compreender dinâmicas familiares, perceber quais os elementos que eram mais próximos do doente, e tentar com esses que nos transmitam valores e crenças da pessoa de quem cuidamos. Contudo, até essa medida pode não ser suficiente para proteger a autonomia do doente.

Quando se nos esgotam as alternativas temos de presumir o que será melhor para o doente e guiar a nossa ação pelos princípios da justiça, autonomia, beneficência e não maleficência e simultaneamente pelos valores que regem a profissão de enfermagem e fazer jus deles.

Em síntese, a autonomia constitui um bem essencial na vida de cada um de nós enquanto cidadãos e, estando a enfermagem fortemente ligada aos direitos humanos pelo relacionamento profissional que estabelece com a pessoa detentora do direito ao cuidado, cabe ao enfermeiro garantir a preservação da mesma sempre que a pessoa se encontre vulnerabilizada por um processo de doença.

No SMI-UCIMC fui confrontada com alguns aspetos éticos e deontológicos que precisam de maior reflexão, como exemplifiquei neste caso. Aqui, os enfermeiros gerem situações de grande complexidade, a que muitas vezes são acrescidas pressões psicológicas relacionadas com a própria situação em si, o que torna muito mais difícil a tomada de decisão que terá de ser justa e fundamentada.

Um exemplo de um caso no SMI-UCIMC foi o de uma doente com diagnóstico de hemorragia de ponto de partida desconhecido e já submetida a inúmeras transfusões e cujo estado neurológico agravava rapidamente. Durante a prestação de cuidados detecto uma hemorragia quer ao nível do cateter central quer ao nível da linha arterial e, simultaneamente, apresenta uma descida das saturações periféricas (abaixo de 80%) com o ventilador a alarmar volumes de oxigénio demasiado baixos. Não dispondo de ninguém com quem dividir a via aérea e a circulação, assumi como prioridade a manutenção da via área e procedendo rapidamente a aspiração de secreções que obstruíam o tubo endotraqueal; posteriormente alerto a equipa médica relativamente às hemorragias e realizo pensos compressivos locais e optimizo o posicionamento da doente. Fundamentei e priorizei as minhas ações de forma a garantir a estabilização da doente.

Parece-me pertinente citar Paiva e Silva (2007) que afirma que a prática fundamentada tem como resultado a melhoria das respostas dos enfermeiros às necessidades de cuidados da população porque identifica, previne e melhora as suas intervenções.

Considero consolidadas as competências “**Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**” e “**Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica**” e atingido este objetivo (UCP, 2012).

Como objetivos específicos para este estágio defini os seguintes:

Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico, recém-transplantado renal, e à sua família no SMI-UCIMC e Colaborar no desenvolvimento de projetos de formação em desenvolvimento no SMI-UCIMC, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico recém transplantado renal.

O SMI-UCIMC é uma unidade relativamente recente que dá resposta ao transplante renal no pós-operatório imediato; nesta UCI, as equipas de enfermagem na sua grande maioria, nunca tiveram contacto com este tipo de quadro clínico pelo que, dado a minha experiência prévia na prestação de cuidados à pessoa transplantada renal, tornou-se imperativo promover a qualidade dos cuidados prestados a esta população-alvo específica.

O doente transplantado renal vivencia inúmeras transições. O processo de doença enquanto insuficiente renal e, ao ser transplantado, enfrenta uma nova condição de vida que nada é mais do que outra transição. Segundo Meleis (2010) existem vários tipos de transições: desenvolvimental (mudanças que caracterizam o ciclo vital, como por exemplo a transição associada à gravidez), situacional (as que dizem respeito à mudança de papéis, nomeadamente a mudança no estado civil), organizacional (as relativas às transformações sociais, políticas e/ou económicas) e saúde-doença (relativas aos processos de saúde-doença).

No caso referido em cima, os doentes neste contexto experienciam a última, do tipo saúde-doença. Assim, face a este diagnóstico de situação delinee algumas atividades que colmatassem mais rapidamente as dificuldades sentidas pelas equipas e por isso foi fundamental a criação de um documento sobre a terapêutica imunomoduladora (Apêndice I) mais frequentemente utilizada no período pós-operatório (e grande parte dela utilizada durante toda a vida de transplante do doente). No documento ficam descritas tanto as recomendações para a manipulação e administração dos fármacos bem como os cuidados específicos a ter com alguns deles, promovendo não só a segurança do doente mas também iniciando o processo de apoio/ajuda na transição deste na sua nova condição, e que terá continuidade posterior aquando da sua transferência para um internamento.

A adesão terapêutica é condição fundamental para o sucesso do transplante renal pelo que enfermeiro e doente devem ser parceiros na concretização deste projeto. No SMI-UCIMC é o enfermeiro no pós-operatório imediato que garante a correta administração do medicamento e, ao fim de doze horas aproximadamente, espera-se que seja capaz de assistir o doente com as tomas de terapêutica oral, introduzindo nesta fase tão precoce o aconselhamento, por exemplo na definição das horas das tomas de medicação que aparentam ser as adequadas ao estilo de vida do doente.

Meleis descreve as várias condições influenciadoras do processo de transição e que são: o significado, as expectativas, o nível de conhecimento/*skills*, o ambiente, o nível de planeamento e

o bem-estar físico e emocional. Estas salientam a individualidade de cada um, o que é bastante exigente para o profissional de saúde que acompanha o processo. Posto isto, torna-se condição ter profissionais de saúde que compreendam e se sintam seguros na preparação e administração de medicamentos prevenindo o erro terapêutico e enaltecer-lhes o conhecimento sobre os mesmos, o que por sua vez, contribui para que tenham confiança durante os cuidados que prestam e estejam mais capacitados para ajudar na transição do doente transplantado renal.

A enfermagem enquanto profissão é caracterizada pela existência de riscos e o ambiente hospitalar onde desempenhamos funções acentua, por vezes, ainda mais esses riscos, pelo que cabe a cada um de nós instituir medidas e arranjar soluções que o minimizem, de forma a garantir qualidade nos cuidados que prestamos o que nos torna mais seguros naquilo que fazemos e, ao mesmo tempo, transmite segurança a quem precisa de cuidados. A problemática da terapêutica imunomoduladora não era nova só para a classe profissional de enfermagem, também o era para a classe médica o que por vezes constituía um problema na prescrição terapêutica. Isto porque alguns destes fármacos têm diluições muito específicas podendo a mínima alteração constituir dosagens subterapêuticas pondo em risco a viabilidade do rim transplantado. A elaboração deste documento reforçaria a intervenção interdependente definida pelo Artigo 9º, alínea nº3 do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril), em que consiste a administração de terapêutica, mas salvaguardando a responsabilidade do enfermeiro que, apesar de a reconhecer como tal deve ser capaz de emitir juízo crítico perante a mesma; isto é, de acordo com Deodato (2008) não a deve implementar sem antes proceder à sua avaliação técnica, científica, ética, deontológica e jurídica que determine a sua execução.

O contexto atual nem sempre é facilitador de momentos que garantam a segurança, contudo a minha colaboração no desenvolvimento de projetos de formação em desenvolvimento no SMI-UCIMC com a criação e divulgação deste documento, foi palco do desenvolvimento das seguintes competências: **“Adquirir responsabilidade em ser um elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”**; **“Demonstrar um nível de conhecimentos aprofundado na área de especialização”** e **“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”** (UCP, 2012).

Um dos desafios na elaboração do documento foi definir o seu formato, saber junto dos enfermeiros qual o local onde este deveria estar disponível. Uma vez que a opinião da equipa elegeu dois lugares de maior acessibilidade para a sua consulta, elaborei o documento em dois formatos, em A4 sobre a forma de livro para ser colocado junto do carro onde se dá a preparação da medicação e em A3 ficando disponível nas três unidades de isolamento onde podem vir a ser instalados doentes recém transplantados renais. Definido este ponto teria de arranjar uma forma de garantir que o documento pudesse ser lavado e desinfetado de forma a garantir a não propagação de microrganismos e conseqüentemente prevenir a infeção nosocomial. Assim sendo, os documentos foram plastificados e, com a colaboração da Enfermeira Chefe, informaram-se as assistentes operacionais que também este deveria ser alvo de limpeza e desinfeção nas unidades de isolamento.

A apresentação do documento à equipa de enfermagem deu-se durante algumas passagens de ocorrências de forma a permitir que todos os enfermeiros tomassem conhecimento da existência do mesmo e esclarecer dúvidas que pudessem existir.

A maior dificuldade sentida na execução do mesmo prendeu-se com os indicadores de resultado e que me exigiu mudar de estratégia diversas vezes até reunir condições que me permitissem avaliar eficazmente a utilização do documento elaborado. Inicialmente delinee uma grelha de observação para avaliar a utilização do documento pelos enfermeiros que não foi eficaz pois nem sempre se realizam transplantes renais e eu nem sempre me encontrava na unidade para poder proceder a esta observação; posteriormente tentei que fossem os próprios enfermeiros a preencher a grelha mas também constituiria um problema face à disponibilidade de tempo para o realizarem tratando-se o SMI-UCIMC de uma unidade com grande rotatividade de doentes. Por último, e uma vez que a aplicação de questionários necessita de aprovação da direção de enfermagem e comissão de ética e, uma vez mais, o tempo era demasiado curto para obter a aprovação de ambos decidi realizar entrevistas informais aos enfermeiros do serviço questionando quatro aspetos: se tinham conhecimento da existência do documento, se o consideravam útil, se os conteúdos eram facilmente compreensíveis e sugestões eventuais que tinham para o mesmo. Na grande maioria dos casos o feedback foi bastante positivo pois, tal como tinha feito parte do diagnóstico, grande parte dos enfermeiros que trabalham nesta unidade sentia uma enorme lacuna nesta área específica de cuidados.

Com a concretização deste objetivo e com um feedback tão positivo concretizei o desenvolvimento da seguinte competência: **“Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”** (UCP, 2012).

Acrescento ainda dois aspetos relativos à implementação deste documento no SMI-UCIMC. O primeiro foi compilar um dossier onde estivessem impressos todos os documentos utilizados na consulta, com as características dos medicamentos da tabela elaborada incluindo artigos no seu formato original na língua inglesa, convenientemente separados e identificados de forma a facilitar a pesquisa do utilizador. O segundo, diz respeito a um problema identificado aquando da avaliação do feedback dos enfermeiros relativo ao documento de consulta sobre Terapêutica imunomoduladora, em que me deparo com uma percentagem significativa que verbalizava não dispor de uma plataforma ou de um site que disponibilizasse os dados de toda a medicação disponível que possa vir a ser administrada.

Ciente desta problemática decidi divulgar um site disponível para todos os profissionais de saúde desde que estes realizem o seu registo online, designado indicemed™. Os momentos escolhidos para a sua divulgação foram informais, nomeadamente partilhas em pares e passagens de ocorrências. A estratégia foi sempre a mesma, demonstração do site num computador, iniciar a sessão com o meu registo e permitir a exploração por parte do colega e demonstrar a possibilidade de consulta de aplicação também em telemóvel.

“A cultura de segurança de uma unidade de saúde é o conjunto dos valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a gestão de segurança e de saúde da instituição” (DGS, 2011). Implementar e

intervir no crescimento desta cultura de segurança é contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente aos restantes objetivos do projeto a grande mais-valia foi sentir que consegui olhar numa perspetiva diferente da que era a minha habitual quando prestava cuidados a doentes transplantados renais. Talvez por compreender melhor a dimensão de vulnerabilidade sentida pelos doentes e que está expressamente envolvida no processo de transição descrito e analisado por Meleis, como vem ilustrado na figura abaixo.

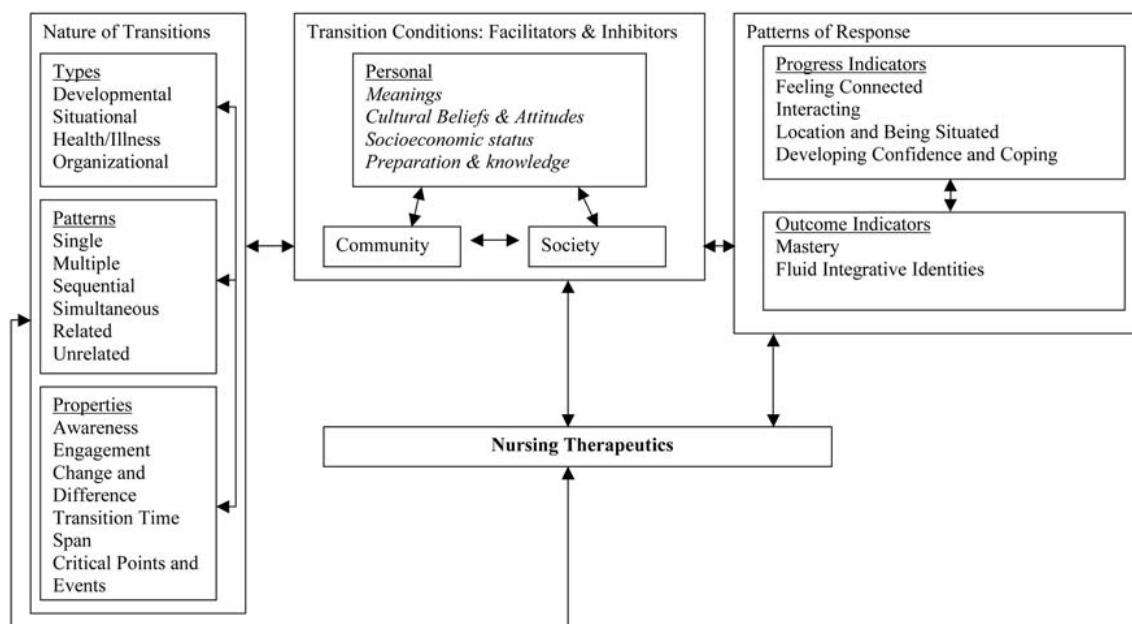


Figura 1 - Meleis, 2010 p.56

A doença renal crónica exige uma transição à pessoa que a experiencia e, se pertence ao grupo daquelas a quem lhes é oferecido um rim e uma hipótese de transplante, veem acrescido à transição anterior apenas mais uma, e segundo a figura acima, incluída nas do tipo saúde-doença e de padrão sequencial.

Apesar da maioria dos doentes vir predisposto a abraçar o compromisso, nem sempre o que os espera são momentos tranquilos onde a transição anterior será esquecida por completo e por essa razão, veem-se envolvidos em duas complexas transições onde na melhor das hipóteses o que advirá será deixar para segundo plano aquela com a qual lidam há mais tempo. Contribuindo para a compreensão das múltiplas dimensões que compõem o processo de transição foram identificadas inúmeras características comuns deste processo que facilitam a intervenção do enfermeiro junto do doente, e que são: a consciencialização (perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição), o compromisso (definido pelo grau de envolvimento), a mudança (inerente a todo o processo), o tempo (caracterizado pelo fluxo que é variável no tempo) e os eventos críticos (experiências prévias que interferem com a própria perceção do acontecimento).

Todavia também a individualidade própria de cada indivíduo contribui, positiva ou negativamente para a transição. Neste caso, a vulnerabilidade sentida pela maioria dos recém-transplantados é extrema e isso fá-los encarar o processo de forma ainda mais individualista pois vem carregado com conhecimentos prévios, crenças e a própria cultura bem como a condição socioeconómica dão força à sua vontade de mudança que constroem num ideal de vida pós-transplante que nem sempre poderá corresponder à expectativa inicial podendo ser obstáculo à transição saudável.

Pressupõe-se que o enfermeiro trabalhe com o doente todos estes aspetos, reconhecendo como sinais positivos na transição do doente, a presença dos seguintes indicadores: a interação, a sensação de pertença e de conexão com a nova situação, a confiança e as estratégias de coping desenvolvidas, e/ou a obtenção do resultado final, que culmina com a aceitação da nova identidade.

Intervir nesta unidade foi um desafio e considero que os objetivos traçados foram atingidos satisfatoriamente. A concretização deste projeto trará igualmente benefícios a longo prazo que serão cada vez mais evidentes na medida em que a situação será cada vez mais familiar para os enfermeiros do SMI-UCIMC, a quem foi disponibilizado um instrumento de consulta rápida, promotor de cuidados que podem ser incutidos nos recém-transplantados numa etapa muito inicial, e que contribuem de algum modo para apoiar a sua transição e que, garantidamente serão abordados nas etapas posteriores dando continuidade aos cuidados prestados. Sinto que contribuí para uma melhor prestação de cuidados já que esta tem por base o enaltecimento de conhecimentos durante a minha prestação de cuidados especializados ao doente crítico, recém-transplantado renal e à sua família neste contexto. E fazendo minhas as palavras de Meleis (2010, p. 63) “o conhecimento é fortalecer os que o desenvolvem, os que o utilizam e os que beneficiam dele”.

2.2. Módulo III – Unidade de Assistência Domiciliária

Este módulo opcional, tal como foi explicado anteriormente foi realizado numa unidade de cuidados paliativos. Segundo a Declaração Europeia de Cuidados Paliativos (2014) são os cuidados requeridos desde o princípio do desenvolvimento da doença, devem acompanhar potenciais tratamentos curativos e continuam incluídos no final de vida ou nos cuidados terminais.

A unidade onde se realizou este breve contacto designa-se Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) e tem como funções garantir a assistência domiciliária aos doentes já admitidos pela unidade, garantir a assistência dos doentes internados no hospital referenciados e aceites pela equipa intra-hospitalar e, também a gestão das altas dos mesmos, se for esse o caso (as duas últimas, passaram a ter existência obrigatória desde a publicação do Despacho n.º 7968/2011. DR n.º 107, Série II de 2011-06-02).

Dos três contextos multidisciplinares desta unidade, tive maior presença no primeiro, mas julgo ser relevante desfragmentar alguns conceitos, nomeadamente o que devem ser os cuidados prestados a doentes nesta situação tão específica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), os cuidados a prestar ao doente com uma doença de estadio terminal e em fase paliativa são os que visam “melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. Daqui se salienta a doença que já atingiu o estado de não reversibilidade e que vai, mais cedo ou mais tarde, levar à morte da pessoa que é sua portadora. Tendo isto em consideração, estabeleci como objetivos para este estágio os apresentados em seguida.

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação paliativa e sua família, na UAD.

“Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal” (Stanhope, 1999, p.882-883).

A assistência domiciliária é realizada, como o próprio nome indica, na habitação dos próprios doentes, que por si está carregada da própria individualidade de cada um deles e por isso é como se nos contasse parte da sua história. Permite-nos saber questões como a própria organização da casa, as relações familiares (quem são as pessoas mais significativas, por exemplo pela presença ou não de fotografias) e os recursos económicos.

Esta particularidade constitui uma verdadeira luta para profissionais de saúde que, habituados às rotinas dos serviços hospitalares onde impõem mais do que negociam (fruto de contingências várias do próprio serviço) se veem no lugar de convidado do doente e desenrolam ações no habitat desse mesmo doente. Ou seja, pela inexistência da presença do enfermeiro vinte e quatro horas por dia na casa do doente é preciso assegurar que face ao diagnóstico e às intervenções implementadas relativas ao mesmo, que estas sejam as mais adequadas à adesão por parte do doente e isso exige um esforço acrescido por parte do profissional de saúde uma vez que conta como adversidade os tempos de interação mais curtos bem como a própria vontade do doente.

Outra experiência que quero deixar registada é a prestação de cuidados realizada pela equipa intra-hospitalar. Pude observá-la um dia apenas mas absorvi uma realidade que me era desconhecida e que compreendi ser muitíssimo útil no seguimento do doente oncológico em fase paliativa. Esta equipa é multidisciplinar e é constituída por médicos, enfermeiras, assistente social e psicóloga e tem outra particularidade. É a de ser ativada pelo médico assistente, isto é, a referenciação é obrigatoriamente realizada pelo médico que até então tomou todas as decisões clínicas relativas ao doente e que ao fazê-lo reconhece o poder noutra equipa para adequar os cuidados que entendem serem necessários para o doente naquele momento. Reconhece a necessidade de cuidados especializados para o seu doente e as suas limitações para o fazer.

Do que observei pude compreender a distinção que os doentes fazem dos elementos que constituem a equipa intra-hospitalar da equipa residente no serviço de internamento onde se encontram. Com a equipa intra-hospitalar há proximidade, há respeito e intimidade, confiança para se dizer o que não dizem às “outras enfermeiras” como escutei um dos doentes por ela seguidos dizer. Há compreensão de que os papéis praticados pelas equipas são diferentes e isso facilita o reconhecimento do enfermeiro intra-hospitalar, como elemento auxiliador da gestão do processo saúde-doença do doente referenciado, quer pelas equipas do próprio serviço quer pelo doente e sua família. Esta equipa tem como objetivos: colaborar com as restantes no que diz respeito ao controlo sintomático e ao apoio psicológico, social e espiritual do doente e família, elaborar conjuntamente com a equipa do serviço o plano de cuidados durante o internamento e para a alta, ajudar o doente e a família a estabelecer objetivos realistas, apoiar os familiares incluindo na fase de luto e promover a formação em cuidados paliativos às equipas dos serviços de internamento (*in* Regulamento interno da UAD disponível em <http://www.ipolisboa.min-saude.pt>).

Neste dia em que observei esta equipa tão especializada pude compreender que os doentes vêm nela uma disponibilidade que não é igual à das outras equipas, uma sinceridade sem subterfúgios e por isso uma aliança terapêutica assumida por ambos os intervenientes. A aliança terapêutica é definida por diferentes autores, nomeadamente Silva (2010) e Snowden (2012) como o cumprimento por parte do doente, de indicações definidas como sendo necessárias à manutenção ou melhoria da condição de saúde do próprio em conjunto com profissionais de saúde, e têm como chave para o sucesso a componente relacional e educacional usadas na transmissão dessas mesmas indicações. Entre outras é composta pelo respeito mútuo, pela escuta, pela compreensão e pela aceitação ou recusa por parte do doente do que lhe é proposto.

Daí que seja também uma negociação e parceria para que haja consenso na meta do que é o adequado bem-estar para o doente, não esquecendo que a definição de bem-estar é definida por cada pessoa de uma forma muito individual e própria.

Considerando tudo isto, defini como segundo objetivo:

Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente oncológico, em situação paliativa, e à sua família, na UAD.

Todos nós vivemos sem saber a data da nossa morte, só o nosso nascimento e as conquistas da nossa vida ganham data e são celebradas durante a nossa vida. Morrer é certo mas incógnito e nós sabemos-lo mas, não é algo com que vivemos preocupados. Ao contrário da maioria, estes doentes vivem conscientes de que a morte lhes está próxima e as atitudes que têm perante isso são distintas.

Considerando a afirmação anterior, passo a apresentar alguns casos vivenciados em contexto domiciliário. O primeiro, envolve uma jovem, T., de 28 anos, a quem foi diagnosticado um tumor na região parotídea no ano de 2000 e desde então já foi sujeita a intervenção cirúrgica, ciclos de radioterapia, quimioterapia e internamentos hospitalares com algumas intercorrências como o aparecimento de Coreia e hipotireoidismo.

Na primeira visita a T. cumprimentou-me muito cordialmente e convidou-nos a entrar em casa dela. Levou-nos até à sala onde nos sentámos. Apresentou-se com uma postura recetiva mas que não convidava a uma visita demorada. Todas as questões foram colocadas à T. e as únicas respostas foram um “sim”, “não” ou “está tudo bem” e “obrigada”. Posto isto acabámos por nos despedir perguntando se ela precisava de alguma coisa e reagendou-se novo domicílio. No seguinte, eu também estive presente e o comportamento foi semelhante pelo que ainda me questioneei se a minha presença causaria de algum modo desconforto nesta doente mas, que na interpretação do comportamento não verbal que eu fazia da doente nada me indicava que fizesse distinção entre mim e as enfermeiras que mais familiaridade têm com ela. Cerca de uma semana depois voltei ao domicílio da T. e desta vez o comportamento revelou-se outro: em vez de respostas curtas, a T. prolongava o diálogo e enriquecia-o com pormenores situacionais. Adotei uma postura recetiva e assertiva, assentindo com a cabeça de forma a validar a informação que nos dava e confirmando que escutava atentamente tudo o que nos dizia. Ao fim de algum tempo a T. acabou por “confessar” a ausência de algumas tomas durante um ou dois dias que tinham tido como consequência o aumento do desconforto e da intensidade da dor tendo esta que recorrer aos SOS prescritos. Quando foi questionada se precisava de receitas ela prontamente respondeu que poderia esperar pela próxima visita (a realizar-se em dois/três dias) mas que já só tinha um comprimido para utilizar em SOS. Escusado será dizer que nesse mesmo dia retornámos à casa da T. com nova prescrição para que pudesse ter consigo os medicamentos que precisava.

A T. é uma jovem muito interessante e por isso a refiro aqui. Interessante na forma de lidar com a sua condição de saúde bem como do uso que faz da própria equipa de assistência domiciliária. Quando se sente bem, a T. testa o limite do seu corpo, isto é procura compreender como seria se não precisasse da medicação e tenta incluir repetidamente o padrão da

normalidade, que a própria percebe como sendo outro, por exemplo: namorar, sair para uma discoteca e que não o atual na sua vida. Nestas fases habitualmente precisa de acertos terapêuticos para lidar com a descompensação que sofreu e nessas alturas recorre à equipa da UAD. Este modo de lidar é visível nas visitas domiciliárias que lhe fazemos. Se tudo está bem com a T. as visitas tendem a ser curtas, caso contrário é ela que comanda o diálogo, direciona as questões e se não as vê abordadas confronta-nos diretamente com uma necessidade dela.

Eu sei que cada ser é uma individualidade dotada de características próprias e, que são as experiências individuais que cada um tem que ajudam no seu crescimento pessoal, social e espiritual. Com o exemplo anterior queria salientar o que esta experiência contribuiu para que crescesse pessoal e profissionalmente. A T. fez-me olhar para mim, com a mesma idade e repensar no que são as minhas prioridades e a minha forma de viver a vida e embora não fosse esse o propósito penso que é importante referi-lo pois o crescimento/evolução da minha identidade irá influenciar-me de algum modo enquanto profissional; e a nível profissional a observação da T. fez-me perceber que as imposições têm limites e no caso das visitas dela tem de ser ela a dar o primeiro passo, isto é, a convidar-nos para tudo: entrar na sua casa, dialogar com ela e sugerir estratégias para melhorar a sua adaptação à sua condição de saúde, caso contrário não teremos o resultado desejado. É uma jovem que eu admiro pois penso que sobreviver dez anos a adversidades e condições de saúde complexas é uma prova de coragem, mas acima de tudo é sinal de uma força interior estupenda e ela é uma prova viva de que por vezes a mente supera o corpo.

Quero referir ainda, de forma breve, um doente que visitei apenas duas vezes e numa fase inicial deste ensino clínico. O senhor M. com um cancro da cabeça e pescoço já submetido a tratamentos cirúrgicos (mandibulectomia, maxilectomia e hemiglossectomia esquerda) e quimioterapia que entretanto foi suspensa por decisão médica. A família deste doente dispunha de recursos pelo que durante algum tempo houve continuidade desta quimioterapia sem que houvesse conhecimento do IPO. Com o seguimento pela UAD a família deste doente estabeleceu uma relação de confiança nos cuidados prestados e passou a partilhar as decisões paralelas que tomavam relativamente ao familiar doente. Diariamente se realizavam os pensos deste doente e, frequentemente havia procura por parte da filha de meios para a cura do seu pai que apresentava uma lesão exsudativa e extensa ao nível da face. Por meio dos seus recursos conseguiu que uma médica particular lhe pedisse análises sendo que o resultado era uma bactéria sensível a antibióticos administrados apenas num contexto intra-hospitalar. Este doente recusava veemente o internamento e, em fases agudas anteriores quando surgira essa necessidade o processo tinha sido difícil para o próprio e para a sua família. Naquele momento o M. estava a estável para o seu prognóstico no entanto a própria filha o disse numa visita “enfermeira eu tenho de tentar tudo” e o M. foi internado pouco tempo depois num hospital particular e acabou por falecer no mesmo dia.

Apesar de ser um tema de pouca investigação, e para o qual não encontrei evidência científica na pesquisa que fiz, neste período de estágio pude observar casos de doentes que adiam a morte, resultado final da progressão natural da doença que têm, contra todo o manifesto físico do seu organismo chegando mesmo a resistir ao que aos meus olhos e de outros

profissionais de saúde seria irresistível para o corpo humano. E é nestas situações, que tal como é o caso da T. e do M. se deve ter em conta o poder da mente, isto é, a força de vontade e as motivações interiores de cada um capazes de adiar ou antecipar o inevitável.

A função do enfermeiro é muito importante nestas situações uma vez que parte dessas motivações podem ser assuntos que a pessoa em situação paliativa não quer deixar pendentes ou, simplesmente, uma vontade de viver porque não se deseja ainda morrer. É uma transição difícil e o enfermeiro intervém como agente facilitador da mesma quer junto do doente quer da própria família do mesmo. Por meio de uma relação de ajuda, definida por Phaneuf (2002, p.324) como sendo “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tornar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte” ou seja, o enfermeiro deve contribuir para que esta se consiga atingir com a maior salubridade possível. Como o fazer? Promovendo a sua dignidade e salientando a sua autonomia no processo de tomada de decisão conjunta.

Para isso surgem conceitos também conhecidos como essenciais da prestação de cuidados de enfermagem, como é o caso da parceria e do *empowerment*. Por meio da parceria o enfermeiro procura em conjunto com o doente a definição de objetivos e metas a atingir por meio de um trabalho conjunto, capacita-o (*empowerment*) e reconhece o seu potencial durante todo o relacionamento. Sem relacionamento não há parceria, e esta é fundamental para um compromisso de ambas as partes.

A mobilização destas estratégias contribui para uma eficaz reconciliação, isto é, para que o doente se sinta bem consigo mesmo, com a família ou com as pessoas que são para si significativas e que seja capaz de expressar emoções como o amor, o perdão e a própria despedida.

Consegui apreender técnicas comunicacionais essenciais para que dado o indício pelo doente de uma necessidade sentida por si num diálogo com múltipla informação, esta seja resgatada e validada como sendo a importante para ele de ser resolvida. Amadureci competências nomeadamente a escuta e a validação e desenvolvi a interpretação de comportamentos verbais e não verbais (incluindo os praticados por mim). Em suma, no referido anteriormente, penso poder afirmar-se a aquisição da seguinte competência “**Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara**” (UCP, 2012) conseguida pela implementação de estratégias como a pesquisa bibliográfica relativa à relação de ajuda, à comunicação, às estratégias de coping e às intervenções possíveis de serem implementadas pelo enfermeiro.

Para finalizar, o último objetivo:

Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente oncológico, em situação paliativa e sua família, através da promoção da formação em serviços profissionais da UAD.

Refletindo agora a componente do projeto individual desenvolvido por mim na UAD tenho a dizer que foi desafiador. Inicialmente porque pensei que sendo a adesão terapêutica um tema cada vez mais reconhecido como essencial para a obtenção de resultados terapêuticos e conseqüentemente, um aumento da qualidade de vida dos doentes esta seria uma das áreas onde é mais necessário intervir. Além deste, é uma área em que o resultado obtido se prende com a capacidade única e exclusiva detida pelo profissional de saúde que a promove.

Uma vez que neste contexto os doentes são seguidos no domicílio e detêm auto-controlo e gestão própria do seu regime terapêutico, e se neste contexto o profissional não obtém uma boa articulação com o doente e sua família, os resultados pretendidos podem ficar comprometidos. Porque também aqui o papel da família é fundamental, como nos diz Meleis (2010, p.61) “A pessoa tem necessidade de sentir e manter as relações interpessoais, porque é através desta interação, que o significado do momento de transição e dos comportamentos desenvolvidos em resposta aquele processo são descobertos, clarificados e conhecidos”.

Olhando a tudo isto, a adesão terapêutica tinha de ser o tema a desenvolver e a aplicar durante todo este estágio e por isso recorri, uma vez mais, à pesquisa bibliográfica deste tema.

Fortin (1999) refere que a investigação se dispõe na produção de uma base científica que alumie a prática. Seguindo esta linha de raciocínio utilizei a revisão da literatura previamente elaborada acerca desta temática. Após a sua efetivação consegui formular um documento de linhas orientadoras da adesão terapêutica (Apêndice II) onde deixei claro a função do enfermeiro, algumas estratégias importantes no apoio à adesão e alguns conceitos chave para a compreensão deste tema.

Contudo, para a sua correta aplicação e explicação posterior a futuros observadores tive de agendar um momento para o apresentar e divulgar.

Assim, foi apresentado através de uma sessão de formação, direcionada à equipa multidisciplinar e que contou com a presença de dois médicos e quatro enfermeiros (alguns dos quais também a realizar estágio em contexto de especialização em enfermagem). Previamente foi estruturado um plano de ação (Apêndice III) e a sua exposição desenrolou-se numa sala de reuniões da UAD em cujo formato da apresentação foi em powerpoint™ (Apêndice IV).

Penso que tive sucesso pois na avaliação da aplicabilidade e adequabilidade do mesmo, conseguido pela aplicação de questionários sobre a avaliação da formação no final da mesma e aqui disponíveis no Apêndice V, pois os resultados foram positivos.

Como ilustrado no Apêndice VI e relativamente aos objetivos da ação bem como a utilidade dos temas abordados, 50% dos participantes avaliaram-na em Bom e outros 50% em Muito Bom. No que diz respeito ao conteúdo 83,3% consideraram-no no nível Muito Bom e o grau de satisfação geral foi igualmente Muito Bom (66,6%). Relativamente ao funcionamento da ação saliente o relacionamento entre participantes que o classificaram como Muito Bom 83,3% sendo o ponto menos positivo, o avaliado pelos meios audiovisuais utilizados, com Bom (66,6%). No

domínio da minha atuação a maioria considerou-a num Muito Bom 83,3%, atribuindo também ao empenho o mesmo nível mas com o total de 100%.

A maior dificuldade para mim foi a transmissão de algo que fosse novo aos profissionais que diariamente mobilizam estratégias e promovem a adesão terapêutica junto destes doentes sendo eles muito mais experientes do que eu na área de cuidados paliativos. Contudo, nem sempre as nossas intervenções são chamadas convenientemente pelos seus nomes e por isso foi uma forma de relembrar, de igual modo, os que o praticam já de forma tão inerente e intuitiva, esta nossa proficiência.

Acrescento ainda a elaboração de um dossier onde ficaram impressos todos os documentos consultados durante a revisão da literatura efetuada para que sirvam de objeto de consulta na UAD.

Penso que apesar das dificuldades consegui deixar na UAD um instrumento útil e facilitador de aprendizagem para todos os que o queiram consultar, nomeadamente colegas que venham a realizar estágios nesta unidade e por isso, penso ter desenvolvido as seguintes competências descritas: **“Comunicar aspetos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”**, e **“Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”** (UCP, 2012).

A prestação de cuidados a doentes oncológicos em fase paliativa é, infelizmente uma realidade cada vez mais presente em quase todos os serviços hospitalares e não hospitalares, resultado de alterações demográficas, sociais e económicas. É também uma realidade para a qual a maioria dos profissionais de saúde não está preparada e isso é, do meu ponto de vista, uma necessidade a colmatar o mais depressa possível.

Após esta formação tive oportunidade de aplicar estratégias que orientassem o doente na integração do tratamento terapêutico no seu estilo de vida, ajudando-o na resolução de problemas e conflitos potenciando as suas estratégias de coping na resolução dos mesmos, numa crescente autonomia do seu autocuidado. Por outras palavras, assisti-los na obtenção do “domínio de competências e de comportamentos para gerir a situação e deste modo, fazendo uma transição saudável e bem sucedida do acontecimento” (Meleis, 2010, p.63).

Por esta razão quero acrescentar a seguinte competência desenvolvida neste estágio **“Incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”** (UCP, 2012).

Este estágio foi uma mais-valia para mim e sinto que estou mais capacitada para responder de forma específica e diferenciada a cuidados desta magnitude, no entanto creio que ainda há um percurso a percorrer que propicia um crescimento individual e profissional maior nesta vasta área. Com esta aprendizagem acredito vir a conseguir algumas conquistas no meu contexto atual de trabalho, como a mudança de comportamentos quer na liderança da adequação de cuidados a este tipo de doentes, quer na componente relacional com os mesmos e suas respetivas famílias.

Na Saúde pressupõe-se a promoção de condições que incluam as necessidades da família no projeto terapêutico do doente, pelo que as particularidades de cada elemento que constitui a

família devem ser escutadas e assistidas, pois também eles são intervenientes na situação e só assim se garante o sucesso nos cuidados que prestamos.

Durante a realização dos domicílios procurei sempre adotar uma postura de disponibilidade para todos os elementos e, em inúmeros momentos, fui eficiente nas intervenções que implementei e tenho como prova disso o facto de alguns familiares procurarem desenvolver um diálogo comigo pouco depois de me receberem em suas casas. Recordo-me de um caso de um marido de uma doente com uma neoplasia do pulmão em estágio terminal e já metastizado que geria o seu regime terapêutico de insulinas. A prescrição era realizada pela equipa de Endocrinologia onde era seguida e sujeito a frequentes acertos por os valores se encontrarem muito discrepantes ao longo do dia. O marido desta doente informou-me que não cumpria o esquema da consulta pois conseguia reconhecer os sinais e sintomas da esposa muito antes de lhe monitorizar a glicemia e que, de acordo com esse valor lhe administrava mais ou menos unidades referindo um episódio de hipoglicémia como razão para o fazer.

Comecei a minha abordagem com um reforço positivo na autonomia da gestão das insulinas por ele e, lentamente, fui introduzindo ensinamentos sobre o mesmo, nomeadamente a alimentação e o exercício físico. Também incidi a minha intervenção na desmistificação das hipoglicémias, que revelaram ser um medo de ambos, como as podem reconhecer e como intervir perante estas.

No final, o marido acabou por me confessar que sempre que vão à consulta ele recusa os novos regimes terapêuticos de insulina que lá são implementados e consegui, ao fim de três visitas a esta família, que este acabasse por informar a equipa de endocrinologia (que cada vez mais aumentava as unidades de insulina a cada consulta assumindo ser uma resistência própria da doente) de forma a garantir entre eles uma parceria nos cuidados.

Estas reuniões familiares permitem uma intervenção de enfermagem estruturada, onde podemos não só promover a adaptação individual e coletiva à situação terminal e às específicas que surgem inerentes à mesma, mas também à sua capacitação no autocuidado.

No meu contexto profissional atual esta constitui um desafio pela falta de tempo por ser um internamento maioritariamente de agudos mas onde, cada vez mais, surgem situações de fase final de vida diagnosticadas muito recentemente e a quem a alta é dada rapidamente. Será concertada uma área onde passarei a estar mais atenta para evitar ao máximo que haja esta não adesão inculcada pela falta de proximidade e a inexistência de uma aliança terapêutica.

2.3. Módulo I – Serviço de Urgência Geral

Os serviços de urgência são palcos habituais de situações onde a complexidade e o grau de dificuldade imperam por diversos fatores, muitos deles caracterizadores do próprio serviço. Segundo Sheehy (2001) a Enfermagem de Urgência define-se pela diversidade de doentes e processos de doença que implicam variabilidade e adequação dos conhecimentos técnicos, científicos e relacionais. Também nestes contextos se deve ter em conta, a meu ver e da forma mais minuciosa possível, o processo de tomada de decisão, para que este seja sempre responsável e não comprometa de nenhuma forma o estado de saúde da pessoa cuidada.

O SUG, tal como foi dito anteriormente, é um serviço relativamente recente mas que veio responder à necessidade de aumentar a oferta de cuidados hospitalares à população residente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Com a sua abertura, passou a servir uma população de cerca de duzentos e setenta e oito mil habitantes residentes nesta região e foi junto destes que coloquei em prática o processo de tomada de decisão.

O SUG tem disponíveis as seguintes valências e suas respetivas capacidades: salas de triagem (quatro vagas, que podem ser aumentadas se houver necessidade), sala de observação (doze vagas – duas das quais com possibilidade de isolamento), sala de reanimação (duas vagas), posto de observação rápida (com sala de realização de aerossóis, sala para macas e dois postos onde se possam realizar colheitas de espécimes, cateterização de acessos, colheita de sangue, administração de terapêutica, entre outros), postos de estadia curta e internamento (com um total de quarenta e quatro vagas que albergam quer doentes em cadeira de rodas quer em maca e dispõem de monitores para vigilância eletrocardiográfica se necessária). Além destes também dispõe também de sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, sala de apoio à ortopedia, inúmeros gabinetes médicos distribuídos estrategicamente por todo o SUG.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica); assente neste regulamento defini os objetivos apresentados à frente.

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica e sua família, no serviço de urgência geral.

A prestação de cuidados no contexto de urgência e emergência constitui, diariamente, um enorme desafio para os profissionais de saúde do SUG, passando a enumerar algumas das razões que para isso contribuem: múltiplos doentes com faixas etárias compreendidas entre o

adulto jovem e o adulto idoso, grande rotatividade dos mesmos, vasta diversidade de estados fisiopatológicos com graus de estabilidade/instabilidade flutuantes, pelo desconhecimento da razão que motivou a entrada de determinados doentes no SUG nomeadamente os que são trazidos pela VMER e dos quais há pouca contextualização das causas do problema que motivou a saída da viatura para o local; pelo desconhecimento de patologias prévias e, na abordagem primária, a existência e o aparecimento de diversos sinais e/ou sintomas que indicam variadíssimas necessidades de cuidados a prestar e que por vezes dispersam mais do que ajudam a objetivar o problema.

À entrada do hospital e após a inscrição junto dos administrativos o doente é recebido na sala de triagem. A triagem é realizada por um enfermeiro e de acordo com a Triagem de Manchester, traduzido por inúmeros fluxogramas, sendo escolhido aquele que melhor se adequa à queixa e à situação do indivíduo. O resultado final será a atribuição de uma pulseira com uma cor que traduza a gravidade e a prioridade da situação: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não urgente). Atribuída a pulseira o doente aguarda que o chamem para observação médica.

Tive oportunidade de passar um turno na triagem do SUG onde por meio da observação e interação com o doente consegui compreender a importância dos fluxogramas. Um aspeto relevante prende-se com a clareza das perguntas que são feitas, pelo que o enfermeiro tem de garantir a compreensão da mensagem por parte do recetor e que a comunicação verbal e não verbal com que se apresenta não tenha ambiguidades.

A população abrangida pelo SUG é multicultural o que nem sempre facilita a tarefa de quem executa a triagem pois é frequente não existir domínio da língua portuguesa ou da inglesa o que pode gerar uma avaliação na triagem incorreta.

É uma área que necessita de um domínio pleno de conhecimentos teórico-práticos na leitura de sinais e sintomas por meio de uma observação eficaz para que não sejam atribuídas prioridades erradas que, como bem conhecemos, podem ser a causa de complicações.

Apesar desta breve experiência, a qual gostei bastante, os contextos de urgência onde estive mais presentes tiveram lugar na Sala de Observação (SO) e na Sala de Reanimação.

Como já referido anteriormente, o desconhecimento da individualidade do doente aliado a fatores de stress incutido pelo elevado número de doentes e a grande rotatividade existente ao nível dos mesmos são obstáculos à prestação de cuidados. Para mim constituíram uma dificuldade no princípio do estágio mas que consegui ultrapassar utilizando estratégias como por exemplo, a verificação da pulseira identificadora do doente, a memorização do contexto que motivou a entrada do mesmo no SUG e a avaliação do próprio doente e do que este nos diz (quando a situação o permitia) bem como o trabalho em equipa; sendo que nesta fase final penso que constituiu acima de tudo um ambiente motivador de aprendizagem e de maturação de competências individuais.

Como segundo objetivo específico para este estágio defini:

Prestar cuidados de Enfermagem especializado ao doente crítico, em situação de urgência e/ou emergência, respeitando a sequência ABCDE.

No decorrer do estágio tive oportunidade de aprofundar competências na área da prestação de cuidados ao doente em estado crítico sendo que, na maioria das vezes mas não em todas, o palco dessa prestação de cuidados foi desenvolvido na Sala de Reanimação e no SO.

Os doentes que aqui chegam podem ter como proveniência todas as valências do SUG no entanto, as mais frequentes são oriundas da triagem (de maior relevância e aqui incluídas as vias verdes: Acidente Vascular Cerebral, Coronária e Sepsis), e os trazidos pela VMER, o que em ambos, os casos se verifica um encaminhamento para a sala de Reanimação.

Nestes dois locais estão sediados habitualmente, doentes com vários níveis de instabilidade hemodinâmica e que precisam ou possam vir a precisar de intervenções invasivas e/ou de suporte avançado de vida. Posto isto, apresento de seguida algumas dessas situações.

Começando pela Sala de Reanimação: recebo um doente, sexo masculino, setenta e dois anos, antecedentes pessoais conhecidos de dislipidemia e diabetes mellitus tipo II, com queixas de dor torácica, do tipo aperto com duas horas de evolução e sem mais irradiações. Parâmetros vitais estáveis à entrada, mas num espaço breve de tempo com manifestação de dor cada vez mais intensa no hemitorax esquerdo. É monitorizado e apresenta traçado compatível com ritmo sinusal com extrassístoles ventriculares. Realiza Eletrocardiograma de urgência que não acrescenta alterações.

Os cuidados prestados foram realizados em equipa subdividindo a sequência ABCDE e não menosprezando nenhum dos passos. A via aérea estava permeável e sem necessidade de suporte de oxigénio por ventilação espontânea ou estabilização da coluna cervical (**AB**), circulação mantida e ausência de hemorragias visíveis pelo que iniciou fluidoterapia após se puncionarem acessos venosos periféricos com colheita de sangue simultaneamente e administração de terapêutica – nitromint sublingual e 3mg morfina endovenosa - (**C**), sem alterações do estado de consciência (**D**), ausência de feridas no corpo e/ou outro tipo de alterações (**E**). Esta abordagem do doente foi realizada apenas em alguns minutos. Subitamente o quadro clínico muda: o doente apresenta vômito seguido de perda da consciência e traçado cardíaco compatível com fibrilhação ventricular pelo que de imediato foi-lhe aplicado um choque com reversão para o quadro anterior mas com acréscimo de medidas terapêuticas estabilizadoras da hemodinâmica do doente.

Desta situação quero salientar algumas coisas, a primeira é que com esta experiência denoto que na prática do meu dia a dia observo os doentes tendo em conta sempre alguma desta dinâmica do algoritmo ABCDE e a aplico sem hesitações em situações de urgência e/ou emergência.

Assim considero concluído o aprofundamento das seguintes competências: “**Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente**”, “**Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização**” e “**Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização**” (UCP, 2012).

Face ao exposto, quero salientar um pormenor. Qualquer que seja a situação que coloque o doente atendido na sala de reanimação se houver acompanhante este não entra na sala.

Habitualmente gera-se uma ansiedade extrema sentida pelas famílias e/ou cuidadores pela incerteza da gravidade da situação e do seu desenlace. Felizmente no SUG procura-se sempre não deixar os familiares muito tempo em espera sem notícias mesmo que isso signifique adiantar de algum modo que o quadro clínico é complicado e auxiliá-los nas estratégias de coping necessárias para se conseguirem manter tranquilos tendo em conta a situação, e sugerir se for caso disso que contactem alguém que os possa acompanhar enquanto aguardam o desfecho da situação.

Comunicar incertezas a familiares é muito difícil, observei uma excelente articulação das equipas médicas e de enfermagem na transmissão de informação aos familiares e ao próprio doente, com tato e sempre com preocupação de adequar a linguagem à pessoa que têm à frente, inclusão dos mesmos nas salas de reanimação quando os prognósticos são reservados permitindo as “despedidas” em situações onde o tempo urge e atitudes que poderiam ser facilmente descartáveis em favorecimento de outras. Também eu tive esta oportunidade e não foi fácil esclarecer e tranquilizar estas famílias quando até nós, profissionais de saúde, não conseguimos quantificar a situação clínica do doente e nem sempre nos é possível dizer que vai tudo ficar bem ou que a situação vai ser resolvida da forma que eles gostariam que fosse. Algumas vezes a resposta foi ficar em silêncio, confortar com o toque e/ou palavras. Apesar de reconhecer aqui a função do enfermeiro perante a transição experienciada pelo doente e seus familiares não posso deixar de incluir aqui também a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel uma vez que é experienciado por muitos doentes e familiares quando entram no SUG e que ali permanecem.

A incerteza é definida por Mishel (2003) como a incapacidade de compreender eventos relacionados com a doença, em que o indivíduo envolvido no processo não é capaz de auferir valor ao evento que experiencia ou de prever com precisão os resultados que dele possam surgir. Constitui um fator de stress mais acentuado, para o indivíduo e respetiva família, a fase do diagnóstico devido às inúmeras possibilidades. Providenciar informação adequada e educar o doente e a sua família são intervenções que atenuam a incerteza, uma vez que esta é composta por fatores como as experiências anteriores relacionadas com a perceção da doença, por exemplo a vivência da dor, a avaliação da incerteza pelo próprio, que lhe atribui uma determinada importância bem como as estratégias de coping para lidar com este fenómeno. Todas são passíveis de ser trabalhadas e desfragmentadas pelo enfermeiro por meio de uma relação de ajuda com o doente e sua família e como tal devem permanecer presentes.

Ainda permanecendo na Sala de Reanimação apresento outro caso clínico. Uma doente de 55 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais conhecidos é encontrada inconsciente pelo marido em casa que liga de imediato para o 112. A VMER chega ao local e constata uma paragem cardio-respiratória com tempo superior a 15 minutos sem qualquer tipo de manobras instituídas. Iniciam suporte avançado de vida durante mais de trinta minutos e conseguem ressuscitá-la e trazê-la aos SUG.

À chegada dá-se continuidade de cuidados respeitando o algoritmo ABCDE: doente ventilada invasivamente com expansão torácica simétrica e saturações periféricas superiores a

98%, normotensa, normocárdica, apirética, normoglicémica e com Glasgow de três. Não apresentava feridas nem outro tipo de alterações na superfície corporal. É transportada, sendo acompanhada por mim, e realiza Tomografia Computorizada (TC) cranioencefálica que revela Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico extenso e sem qualquer viabilidade.

Aqui tive oportunidade de gerir e priorizar os cuidados demonstrando conhecimentos sobre algoritmos de suporte básico e avançado de vida bem como manutenção da via aérea e cuidados ao doente em situação crítica durante o transporte intra-hospitalar.

Contudo, quero debruçar-me e incidir a minha reflexão nas componentes de ética e deontologia profissional por oposição ao que já se encontra disposto no Despacho n.º 14341/2013. DR n.º 215, Série II de 2013-11-06. Segundo este despacho, se a pessoa em questão não estiver inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) e reunir todos os restantes trâmites clínicos que asseguram a doação legal de órgãos, esta é apta para a realizar. Contudo, é frequente ver profissionais de saúde questionarem os familiares sobre o assunto, procurando saber se havia ou não vontade do familiar em ser dador quando morresse. Se os familiares afirmarem existir vontade do próprio, ou até deles, de não serem doados os órgãos assim será.

A minha reflexão aqui passa por compreender a dor do ser humano face à perda, a verdadeira empatia e o respeito pela decisão mesmo que ela não tenha sido escrita convenientemente e como dita a lei, por oposição ao cumprimento da lei e à possibilidade de proporcionar a outro a possibilidade de continuar vivo.

Esta decisão pode causar alguma dualidade de sentimentos, pois sabendo que sendo profissionais de saúde e, por isso, a favor da vida e, sabendo que alguém algures em Portugal beneficiaria com um transplante de um órgão, aceitar uma decisão que não está assinalada no RENDA poderá não ser a mais correta?

Esta questão exige uma reflexão exaustiva e até precisaria de estratégias que fossem implementadas a nível nacional para que o profissional de saúde que toma a decisão se sentisse plenamente confortável. Na minha interpretação a dor e o sofrimento causados pelo luto são provas muito difíceis e quem as vive com toda a certeza sentiria amor, carinho e devoção pelo familiar recentemente perdido. Assim, respeitando a autonomia e a dignidade da pessoa humana penso ser mais correto respeitar e aceitar a decisão da família, que no fundo são os defensores máximos dos direitos do falecido.

Do problema refletido penso estar subentendida a competência **“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”, “Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”** (UCP, 2012).

Na concretização deste objetivo foram delineadas duas atividades ainda não mencionadas: a participação no curso Advanced Trauma Life Supported (ATLS) e um estágio de três turnos na VMER.

No caso da primeira, tive oportunidade de a realizar por intermédio do Enfermeiro Chefe do SUG pois era um dos responsáveis pela sua organização. O ATLS é uma formação intensiva para

médicos e enfermeiros que visa estruturar a gestão do cuidado ao doente de trauma simulando a hipótese do profissional de saúde se encontrar com meios insuficientes para o tratar, por exemplo no caso de se encontrar num hospital com recursos limitados. É um tema desenvolvido inicialmente por um ortopedista que em 1976 após a queda do avião onde ia acompanhado pela sua família e que considerou a inexistência de meios de socorro essenciais para as vítimas, crianças e adultos, politraumatizadas a causa do seu falecimento após o acidente; dando continuidade a este pensamento surge em 1980 a publicação ATLS pelo Colégio Americano de Cirurgões.

O curso realizou-se em três dias e estava dividido em momentos teóricos, teórico-práticos, práticos e exame final. Nas sessões teóricas e teórico-práticas deram a conhecer as evidências científicas mais recentes no suporte imediato de vida ao doente politraumatizado enquanto nas sessões práticas tive oportunidade de desenvolver técnicas como a ventilação invasiva, a administração de uma medicação intraóssea, a aplicação de talas, colares cervicais e planos duros numa simulação de politraumatizados, não esquecendo a abordagem completa à vítima de trauma seguindo o ABCDE simulado em inúmeros casos clínicos de grupo.

A participação neste curso contribuiu não só para o fortalecimento do conhecimento sobre trauma mas também veio despertar e melhorar a minha capacidade de observação deste tipo de doentes, que passei a olhar de forma mais minuciosa e precisa articulando o contexto situacional que motivou o trauma e relacionando-o com a vítima. Por exemplo, no SUG detetei a possibilidade de pneumotórax num doente cuja expansão torácica se tornou assimétrica repentinamente, edema cervical exacerbado de um dos lados e a quem foi feito despiste posterior pela equipa médica.

Este curso foi um contributo importante na melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico no SUG pois uma percentagem significativa dos mesmos é trazida neste contexto tão específico que é o trauma. Posto isto, penso ter atingido as competências **“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”** e **“Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”** (UCP, 2012).

Relativamente à outra atividade, também a passagem pela VMER, apesar de breve, se tornou uma experiência bastante enriquecedora. A VMER tem como objetivo a estabilização da vítima no pré-hospitalar de forma a garantir o seu acompanhamento no transporte até ao hospital. Estão dependentes dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e têm base hospitalar, neste caso, o hospital onde realizei este estágio.

Uma vez que a minha passagem pela VMER foi breve e tive oportunidade de prestar cuidados em variadíssimas situações emergentes em cujo papel interpretado é o de assimilação da situação – estabilização da vítima – transporte da mesma, penso ser mais frutífero sintetizar os ganhos obtidos pela mesma. Assim esta permitiu a aplicação de algoritmos de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, facultou a demonstração da minha capacidade de antecipar focos de instabilidade por meio da interpretação de sinais e sintomas, a identificar formas de os corrigir e, conseqüentemente, assegurar adequadamente o transporte da vítima para o hospital;

também coloquei em prática a minha capacidade de reagir a imprevistos em situações complexas e a utilização sempre presente da abordagem à vítima de trauma segundo o ABCDE.

Concretizar todas estas coisas não foi fácil, além de exigir rapidez no pensamento, na tomada de decisão e destreza manual, é igualmente necessária a preparação física; não só para o transporte das duas malas de material e do bastante pesado aparelho de última geração (com as funções de monitorizar electrocardiograficamente, eletrocardiograma, desfibrilhação automática externa). Tanto o médico como o enfermeiro que se dirigem ao local necessitam de preparação física pois não sabem o estado do acesso à vítima que pode não ser possível de aceder de carro sendo nessas situações bastante difícil e o qual pude experienciar.

Tendo isto em conta, considero atingida a competência **“Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”** (UCP, 2012).

Dando continuidade à aquisição de competências, definida por Phaneuf (2005, p.4) como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e socio-afetivas, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais” que permitem a excelência do exercício profissional, apresento o terceiro e último objetivo definido para o SUG.

Contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica e sua família, através da sensibilização dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral para promoção da adesão terapêutica e prevenção do erro terapêutico.

As pessoas que recorrem ao SUG procuram ser vistas o mais rapidamente possível, dado o desconforto em que se encontram, e depositam a sua confiança nos profissionais de saúde acreditando que estes sejam capazes de resolver os seus problemas com profissionalismo. Aliado a esta necessidade dos clientes atuais do Sistema Nacional de Saúde é reconhecer que estes cada vez mais dispõem de informação sobre a temática da saúde (terapêutica, doença, tecnologia, etc.) o que os torna mais consciencializados no seu estado de saúde e, de igual modo, também se encontram mais alerta à possibilidade de ocorrência de erros.

Esta transformação no comportamento da sociedade tem levado a que cada vez mais se desenvolvam políticas de segurança e qualidade para os utilizadores dos serviços de saúde. Um exemplo no incentivo à adoção deste tipo de medidas foi o da Organização Mundial da Saúde que divulgou em 2009 nove soluções para a segurança do doente: medicamentos com nome e som do nome semelhantes, identificação do doente, comunicação durante a passagem de turno e a transferência do doente, realização de procedimentos corretos nos locais corretos, controlo de soluções concentradas de eletrólitos, segurança na medicação nas transições de cuidados, conexões corretas entre cateteres e sondas, uso único de dispositivos injetáveis e, por último, a higienização das mãos para prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde. (OMS, Patient safety *in* <http://www.who.int/patientsafety/en/>).

Citando Lage (2010, p.15) “A necessidade de melhorar a segurança do doente nos sistemas de saúde tem sido progressivamente aceite como um valor central na prestação de cuidados”;

pelo que tendo isto presente procurei diagnosticar necessidades sentidas pelos enfermeiros do SUG durante a sua prestação de cuidados.

Nos primeiros turnos, por meio da observação e integração no serviço, senti que deveriam dispor de um instrumento que permitisse a consulta de medicação (em todas as suas formas, os seus constituintes, reações adversas, a sua preparação e administração).

Além da necessidade anterior diagnostiquei outra, no entanto num contexto mais específico, que era o da prestação de cuidados aos doentes com graus de dependência considerável que se encontravam nos postos de estadia curta; estes doentes têm familiares e /ou cuidadores permanentes que asseguram muitas vezes as funções que têm comprometidas e, aquando da sua alta a grande maioria necessita de tomar medicação em ambulatório, e nem sempre doentes e/ou cuidadores sabem como fazê-lo corretamente pelo que se tornou imperativo garantir a promoção da adesão terapêutica prevenindo, de igual modo a possibilidade de reinternamento, através da elaboração de um documento que facilitasse a compreensão, quer de doentes quer de cuidadores, na toma ou na assistência da toma de medicação.

Considerando estes contextos decidi pôr mãos ao trabalho uma vez que o tempo disponível era curto.

Decidida a dar resposta à primeira necessidade, referida no parágrafo anterior, apliquei um questionário aos enfermeiros do SUG (Apêndice VII), previamente aprovado e autorizada a sua aplicação pelo Centro de Formação, cujos objetivos eram reconhecer o SUG como um ambiente propício ao erro terapêutico, identificar fatores de risco, estratégias individuais que colmatem dúvidas durante a preparação e administração de terapêutica e a necessidade ou não de terem um instrumento que lhes facilitasse o seu dia a dia e promovesse a sua segurança.

Os resultados da análise estatística do questionário, aplicado a dois terços dos enfermeiros que trabalham no SUG, podem ser consultados em Apêndice VIII, onde se encontram expostos em gráficos.

Resumindo alguns desses dados: a maioria dos enfermeiros do SUG preocupa-se com a prevenção de erros e reconhece o seu local de trabalho como sendo propício ao acontecimento dos mesmos, com um total 100% em ambas as respostas. A causa mais frequentemente apontada para o acontecimento de erros foi o stress situacional (23,42%), seguido do elevado número de doentes (21,62%) e da rotatividade dos mesmos (20,72%). Todos os enfermeiros que responderam ao questionário referem procurar informação sobre medicamentos que não conhecem apontando como o meio preferencialmente utilizado a internet (38,24%) e em segundo lugar, os colegas (21,62%). Quando questionados sobre a possibilidade da existência de um site que lhes permitisse a consulta de toda a informação que necessitavam acerca dos medicamentos, a resposta foi “sim” numa percentagem de 100%.

Com estes resultados e dada a extensão da equipa de enfermeiros no SUG, decidi elaborar um documento em que divulgasse o site indicemed™, e onde estivesse incluída a explicação de como proceder ao registo no site passo a passo e onde também constasse um exemplo de como consultar a terapêutica disponível no mesmo. (Apêndice IX).

Com o documento realizado passou-se ao agendamento, em conjunto com a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Chefe do SUG, de dois momentos distintos, que acabaram por ser passagens de turno onde foi ministrada uma breve apresentação do documento e retiradas dúvidas, no entanto, de forma a garantir que a informação chegasse a todos os elementos que constituem a equipa de enfermagem do SUG foi enviado um e-mail ao Enfermeiro Chefe do SUG que o reencaminhou para o e-mail de todos os enfermeiros.

Posteriormente à sua divulgação, tive oportunidade de auxiliar alguns dos colegas em turnos diferentes na sua utilização pontual, não perdendo tempo com o seu registo mas, uma vez mais, demonstrando e entrando com o meu registo de utilizador no site e pesquisando o pretendido com eles. Senti que não hesitaram em utilizar-me como recurso e o seu entusiasmo nestas situações foi bastante motivador pois um simples instrumento de trabalho tornou-se potenciador de qualidade de cuidados e, este em concreto, não consome tempo que transtorne o trabalho na urgência onde todos os minutos contam na prestação de cuidados.

De uma forma bastante simples penso ter conseguido que, ao nível do SUG, houvesse um investimento pessoal e profissional no que diz respeito à cultura de segurança nos cuidados de enfermagem apesar de reconhecer nesta tarefa um âmbito multiprofissional. Todavia, relativamente à enfermagem “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.6).

Porque contribuir na mudança positiva, de uma pequena percentagem que constitui uma excelente classe profissional, se revelou ser um trabalho bastante complexo, diviso terem sido desenvolvidas as seguintes competências “**Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização**”, “**Promover a formação em serviço na sua área de especialização**” e “**Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas**” (UCP, 2012).

Relativamente à segunda necessidade, pareceu-me uma mais-valia para o SUG desenvolver um programa de ensino relativamente à administração de terapêutica oral que pudessem fornecer aos seus clientes, isto porque já dispõem de uma plataforma informática onde constam ensinamentos de enfermagem que podem ser impressos em qualquer momento por qualquer enfermeiro que o considere benéfico para aquele indivíduo e/ou família.

Não esquecendo que o fornecimento de material didático é um complemento de um ensino e não a situação contrária, elaborei um documento em formato A4, denominado “Cuidados na medicação oral” (Apêndice X) que ficou disponível nessa mesma plataforma.

A elaboração do documento exigiu alguns cuidados, como por exemplo, a adequação da linguagem, uma vez que a compreensão após a sua leitura teria de ser universal e, por isso mesmo, foi construído com uma linguagem simples e objetiva. No documento constam recomendações gerais relativas à toma de medicamentos que são comuns à maioria, e salvaguardam-se todas as exceções que podem ser indicadas verbalmente pelo profissional de

saúde. Foram incluídos no ensino as diversas formas orais disponíveis no mercado: comprimidos, comprimidos sublinguais, efervescentes, ou sob a forma de pó.

Na última parte do ensino vêm sugeridos alguns horários para as tomas de terapêutica, esclarecido o conceito de jejum bem como alguns cuidados a ter com a preservação dos medicamentos e algumas situações em que estes deverão ser descartados.

A maior vantagem do suporte em papel após o ensino é a pessoa poder esclarecer uma dúvida residual sem ser necessário para isso recorrer ao profissional de saúde, e foi uma das estratégias evidenciadas como propiciadora da adesão terapêutica. Neste caso concreto, também o potencial da adoção de outros hábitos, no caso dos anteriores não serem os melhores, por exemplo no caso de indivíduos que acumulam caixas de medicação em casa sem nunca atenderem aos prazos de validade, mas a quem foi inculcida a vontade de mudar os mesmos durante o ensino realizado. Promover a saúde das populações é algo que ultrapassa a prestação de cuidados, constitui-se uma pequena intervenção onde há responsabilidade compartilhada pelo indivíduo alvo dos cuidados nas diversas instituições de saúde, no entanto é uma dimensão que vai muito além disso e na qual há envolvimento político, financeiro e organizacional.

A promoção da saúde foi debatida pela primeira vez em 1986 em Ottawa, Canadá, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de onde surgiu a seguinte definição da OMS: “A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Todo e qualquer enfermeiro do SUG tem potencial e está habilitado para promover a saúde por meio de ensinamentos na adesão terapêutica, porém existe um a quem essa capacidade é esperada que exista todos os dias. É ao enfermeiro responsável pela Gestão das Altas, posto criado pela necessidade sentida do SUG em ter alguém que servisse de elo de ligação entre o doente e a família e portanto, é quem mais aplica o documento sobre medicação oral bem como os outros ensinamentos já vigentes na plataforma.

Este enfermeiro gere todas as altas de doentes situados nos postos de estadia curta e ajuda todos os familiares que procuram alguém numa valência do SUG.

É um trabalho com poucas pausas dado afluência de doentes e familiares habituais num serviço de urgência mas é um posto deveras importante. A maioria dos familiares que recorre ao SUG depois de ver o seu familiar quer receber informação clínica sobre o mesmo, esta carência pode ser de algum modo respondida por este elemento que tenta esclarecer e reconfortar antes de solicitar o esclarecimento por parte do médico (que nem sempre está disponível e cuja espera é considerável).

Além desta função, uma vez que é a primeira pessoa a assumir posição de elo de ligação com o hospital muitas vezes os familiares e cuidadores procuram expor problemas socioeconómicos e outros que vivenciam e fazem um apelo; também é o enfermeiro de gestão de altas que promove a articulação com a assistente social e/ou outros profissionais. Exemplificando

com um caso prático: uma jovem de dezasseis anos entra no SUG após suposta ingestão de uma embalagem de comprimidos de propranolol numa alegada tentativa de suicídio. Depois de estabilizado o quadro e de se ter compreendido a situação a jovem foi referenciada para a psiquiatria e teria alta após. O pai desta jovem procurou-me por lhe ter disponibilizado as informações relativas à alta e aos assuntos ainda pendentes da jovem no SUG e verbalizou-me uma preocupação relativa ao que deveria dizer à filha, que comportamento devia adotar perante esta atitude, se havia de lhe ralhar, colocá-la de castigo ou fingir que nada aconteceu.

Perante isto, e com grande empatia relacional disse-lhe que compreendia a sua preocupação, que o regresso a casa não iria ser fácil de início, que tinham todos apanhado um susto e, só teriam de dar tempo e investimento à relação para que se restabelecesse os seus laços de confiança. Sabendo que esta intervenção não era suficiente e dado a minha limitação na resolução da mesma pela complexidade e especificidade próprias destas situações, propus-me a falar com o psiquiatra numa tentativa de os reunir numa sessão de clarificação e aconselhamento que aconteceu no mesmo dia.

A prestação de cuidados aos doentes inclui esta vertente de assistência ao próprio e à família durante a alta clínica. A atribuição deste posto a um enfermeiro no dia alivia a carga de trabalho dos mesmos, permite-lhes rentabilizarem mais o seu tempo que deixa de ser investido em burocracias como por exemplo, acionar transportes e verificar quem tem de os assegurar (o próprio ou o SUG), procurar contactos de familiares (que nem sempre estão atualizados), saber se se encontra alguém em casa para o receber ou no caso de residir numa instituição, articular com a mesma) e dá melhor resposta global às necessidades dos utentes do SUG.

É um cargo bastante exigente física e emocionalmente e necessita de ter um enfermeiro com múltiplos *skills* comunicacionais, educacionais e com uma excelente capacidade de gestão e organização.

Foi uma aprendizagem bastante enriquecedora e que me permitiu atingir as seguintes competências: **“Realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização”**, **“Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”** (UCP, 2012).

3- CONCLUSÃO

O presente relatório constitui uma síntese do percurso realizado por mim na aquisição de competências e as suas múltiplas aprendizagens, associadas nos variadíssimos contextos percorridos, e cujos objetivos guiavam a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

A sua elaboração foi uma tarefa árdua na medida em que exigia uma análise reflexiva e crítica, não muito extensa, deste longo percurso e onde deveriam estar ilustradas as atividades realizadas, que melhor comprovassem as competências obtidas e/ou desenvolvidas e penso tê-lo conseguido fazer de forma bastante pertinente. Aproveito para aqui salientar situações específicas como o caso da liderança, supervisão clínica e integração de colegas que não consta neste relatório como competência desenvolvida em estágio, mas cuja concretização acabou por ter lugar no meu local de trabalho.

Esta foi uma campanha difícil, que obrigou a mobilização de competências científicas, técnicas e humanas em diferentes áreas do conhecimento, também implicou o repensar de algumas formas de ser e agir já rotineiras e, definitivamente, uma mudança no olhar de enfermeiro que passa a orientar a sua prática baseando-se na evidência, contribuindo deste modo para uma crescente qualidade dos cuidados de enfermagem que presta diariamente.

O facto de ter traçado uma linha orientadora transversal ao meu trajeto facultou as intervenções conducentes ao aumento da adesão terapêutica junto dos doentes que experienciavam transições saúde-doença distintas, bem como a adoção de estratégias que aumentam a segurança dos cuidados e diminuem o risco que lhes está associado. O investimento das mesmas junto dos serviços por onde passei forneceu raízes para a mudança e para que se continuasse a apostar numa qualidade e segurança cada vez mais presentes nos cuidados de enfermagem.

A mudança pressupõe um desconforto inicial e por isso nem sempre é bem aceite, batalhar por ela tornou-se um gosto ao qual pretendo não dar descanso futuro.

O contacto com o cuidar de enfermagem à pessoa em situação crítica teve lugar no SMI-UCIMC e no SUG onde aperfeiçoei a abordagem ideal a doentes hemodinamicamente instáveis, sendo que por oposição, o cuidar da pessoa em situação paliativa pôde ser aprimorado na UAD. Nestes contextos salvaguardei a função do enfermeiro na promoção da adesão terapêutica por ser uma intervenção autónoma da nossa profissão e pelos ganhos em saúde que proporciona que já tão grandemente foram comprovados por diversos estudos.

Estes ambientes tão díspares permitiram-me alargar horizontes na medida em que em nada se assemelham ao local onde exerço funções, e apesar das dificuldades sentidas inicialmente na integração nos mesmos, quer pela sua especificidade quer pela própria composição organizacional, consegui superá-lo adequadamente e, graças a uma enorme capacidade de adaptação, pude crescer enquanto profissional e indivíduo.

Relativamente à componente da investigação tida durante todo este processo, também a sua concretização constituiu um desafio que, a meu ver ainda se encontra incompleto, e pondero o seu término com a publicação da revisão sistemática da literatura realizada e aqui apresentada no primeiro capítulo.

A enfermagem promotora de um processo de transição saudável é aquela que se apresenta capaz de prestar cuidados seguros e de qualidade. Nela, os doentes são os principais beneficiadores da qualidade e os enfermeiros são quem detém a responsabilidade de a promover, sendo o palco deste relacionamento a dois, o Sistema Nacional de Saúde, que por sua vez tem vindo a sofrer inúmeras alterações, algumas delas bastante profundas, a nível socioeconómico oriundos de uma crise económica internacional. O contexto atual requer que a nossa profissão ultrapasse obstáculos e exige a cada enfermeiro um grau de adaptabilidade fora de série para que se concretize a excelência no cuidado oferecido ao outro e que é seu por direito.

Ser Enfermeira Especialista acrescenta-me responsabilidade quer ao nível da prestação de cuidados quer ao nível de desenvolvimento pessoal, profissional bem como o dos colegas. Ser capaz tanto de incutir em mim uma vontade de me transformar e aperfeiçoar profissionalmente e simultaneamente, incentivar e capacitar os colegas de o fazerem também eles próprios. Permanentemente deverei ser capaz de demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos, adequar métodos de análise em situações complexas e tomar decisões responsáveis, dando continuidade à construção e aperfeiçoamento diário e autónomo do meu próprio projeto pessoal e profissional, utilizando sempre que necessário estratégias apreendidas, nomeadamente a análise reflexiva na e sobre a prática e não permitir que os obstáculos caracterizadores do contexto de saúde atual os tornem inatingíveis.

Em suma, penso ter atingido as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e ter ultrapassado todas as limitações subjacentes a este percurso, nomeadamente a produção de conhecimento e as dificuldades durante o processo de aprendizagem, graças ao apoio e orientação dos enfermeiros orientadores e professora tutora. Considero, de igual modo, o assumir de um compromisso com a população quer na área da promoção da adesão terapêutica quer em toda e qualquer intervenção que promova qualidade nos cuidados e eficácia na obtenção de ganhos em saúde.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Bryant, Jamie et al (2013). Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *BioMed Central – Respiratory Research*, n.º14 pp 1-8.

Carta de Ottawa, (1986). Recuperado em 2015, janeiro 15 de <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida*. Lisboa:Lidel. ISBN: 972-757-109-3.

Declaração Europeia de Cuidados Paliativos (2014). Recuperado em 2014, outubro 28 de http://www.apcp.com.pt/uploads/european_declaration_on_palliative_care_2014.pdf.

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro. Diário da República nº 205, Série I-A, 4-9-1996, páginas 2959-2962.

Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril. Diário da República nº 104, Série I-A, 21-4-1998, páginas 1739-1757.

Decreto-Lei nº93/98 de 21 de abril. Diário da República nº 93, Série I-A, 21-4-1998, páginas 1753-1756.

De Geest, S. et al (2014). Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative review. *Pubmed*. Volume 9, n.º9.

Despacho n.º 7968/2011. Diário da República n.º 107, Série II de 2011-06-02.

Despacho n.º 14341/2013. Diário da República, n.º215, Série II de 2013-11-06.

Deodado, Sérgio (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0.

Direção Geral de Saúde – *Informação: Avaliação da Cultura de Segurança*. Lisboa. Junho, 2011.

Direção Geral de Saúde – *Orientação da DGS nº 21/2011*. Lisboa, junho 2011.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-10-7.

Lage, Maria João (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Volume 10, p.11-16. ISSN: 0870-9025.

Mager, Diana et al (2013). Medication Management at Home: Enhancing Nurse's Skills and Improving Patient Satisfaction- a Longitudinal Study. *Journal of Community Health Nursing*, n.º 30. pp 63-71.

Meleis, Afaf (2010). *Transitions theory: middle – range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Meleis, Afaf (2012). *Theoretical Nursing. Developmente e Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 5ª edição. ISBN 978-1-60547-211-9.

Mishel, Merle (2003). *Theories of Uncertainty in Illness. In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2ª Edição. ISBN 0- 8261-1915-8. Pt.2, p.25-49.

Nglazi, Mweete D. et al (2013). Mobile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review. *BioMed Central Ltd*. DOI: 10.1186/1471-2334-13-566.

Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Servir* 1 (2). pp 11-20.

Phaneuf, Margot (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. *Divulgar*. Lisboa.

Organização Mundial da Saúde (2002). Recuperado em 2015, janeiro 6 de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Organização Mundial da Saúde (2009). Recuperado em 2015, janeiro 27 de <http://www.who.int/patientsafety/en/>

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN: 972-675-097-0.

Ramezani-Badr, Farhad et al (2009). Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 41, Issue 4. pp 351– 358. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01303.x

Regulamento nº122/2011.Diário da República nº 35, Série II, 18-2-2011, páginas 8648-86-53.

Regulamento nº124/2011.Diário da República nº 35, Série II, 18-2-2011, páginas 8656-8657.

Regulamento Interno da Unidade de Assistência Domiciliária. Recuperado em 2015, Fevereiro 28 de http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=SERVICE&SellId=_42&Id=f15cc4bf-7fef-422f-898e-cefa2965ed95&DossierId=38&ContentId=7968&Id=00000000-0000-0000-0000-000000000000.

Sheehy, Susan (2001). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (4ª edição). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8383-16-9.

Silva, Pedro et al (2010). *A adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. ISBN: 978-972-671-257-2.

Snowden, Austyn et al (2012). No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing*, nº 22. pp 1353-1360.

Stanhope, Lancaster (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência. Quarta Edição. ISBN: 972-8383-05-3.

Tomey, Ann M. et al (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

UCP, Universidade Católica Portuguesa (2012). *Regulamento Geral do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Vervloet, Marcia et al (2012). The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *Journal of the American Informatics Association*, n °19. pp 696-704.

Vieira, Margarida (2007). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora. ISBN: 972-54-0146-8.

5-APÊNDICES

Apêndice I: Terapêutica Imunomoduladora

| NOME GENÉRICO APRESENTAÇÃO | RECONSTITUIÇÃO | DILUIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO | ESTABILIDADE APÓS RECONSTITUIÇÃO/DILUIÇÃO | INCOMPATIBILIDADES | OBSERVAÇÕES |
|--|---|---|--|--|--|
| MICOFENOLATO MOFETIL (CLORIDRATO) 500mg I.V. perfusão CELLCEPT® | 14ml de Dextrose a 5% por cada 500mg | Perfusão: diluir 1g (2 ampolas) em 140 ml de Dextrose 5% Concentração: 6mg/ml Administrar durante 2 horas. NÃO ADMINISTRAR POR VIA I.V. DIRETA OU EM BÓLUS | Diluição: Administrar nas 3 horas após reconstituição. Manter entre 15 e 30°C | Não deve ser misturada nem administrada concomitantemente pelo mesmo cateter com outros medicamentos de administração intravenosa. | <u>Contacto acidental com pele ou mucosas:</u> - Lavar com água e sabão; - Lavar os olhos apenas com água. Armazenamento Temperatura <30°C |
| MICOFENOLATO MOFETIL 250mg cápsulas 500mg comprimidos | - Não partir nem esmagar as cápsulas ou os comprimidos, devem ser tomados inteiros com um copo de água. - Não administrar uma cápsula que esteja partida, aberta ou fendida. | Cápsulas: Conservar na embalagem de origem para proteger da humidade. Comprimidos: conservar na embalagem exterior para proteger da luz. Conservar numa temperatura <30°C | | | <u>Contacto acidental com pele ou mucosas:</u> - Lavar com água e sabão; - Lavar os olhos apenas com água. |
| MICOFENOLATO MOFETIL 1mg/5ml Pó para suspensão oral | Cada frasco de 110g de pó para suspensão oral contém 35g de micofenolato de mofetil. Reconstituir com 94ml de água destilada. Quando reconstituída, o volume da suspensão é de 175ml, fornecendo um volume utilizável de 160-165ml. 5ml de suspensão reconstituída contém 1g de micofenolato de mofetil. | Prazo de Validade: 2 meses após reconstituição da suspensão. Conservar o pó por reconstituir e/ ou suspensão já reconstituída numa temperatura <30°C | | | <u>Não inalar o pó seco!</u> <u>Contacto acidental com pele ou mucosas:</u> - Lavar com água e sabão; - Lavar os olhos apenas com água. Cuidados a ter: - Antes de cada utilização agitar o frasco aproximadamente cinco segundos; - Após administração, desmontar e lavar dispositivo de administração com água e deixar secar até à próxima utilização. |

| NOME GENÉRICO APRESENTAÇÃO | RECONSTITUIÇÃO | DILUIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO | ESTABILIDADE APÓS RECONSTITUIÇÃO/DILUIÇÃO | INCOMPATIBILIDADES | OBSERVAÇÕES |
|--|--|--|---|--------------------|---|
| <p>CICLOSPORINA</p> <p>50mg/ml (ampolas de 1ml ou 5ml)</p> <p>I.V. perfusão</p> <p>SANDIMMUN®</p> | Solução pronta | <p>Perfusão – diluir na proporção de 1:20 a 1:100 com NaCl 0,9% ou Dextrose 5%</p> <p>Administrar durante 2 a 6 horas</p> | Diluição: 24 horas | | Sandimmun® concentrado para solução para perfusão contém óleo de rícino de polietilenoglicol 35 que pode causar remoção do ftalato do PVC. Se disponível, devem utilizar-se recipientes de vidro para a perfusão. Frascos de plástico devem usar-se apenas se cumprirem com os requisitos da atual Farmacopeia Europeia. Os recipientes e as rolhas devem estar isentos de óleo de silicone e substâncias gordas. |
| <p>CICLOSPORINA</p> <p>Cápsulas 25mg, 50mg e 100mg</p> <p>SANDIMMUN®</p> | - As cápsulas devem ser engolidas inteiras. | | Manter as cápsulas na embalagem blister até ao seu uso. Devem ser conservadas a uma temperatura <30°C. Aquando da abertura do blister, nota-se um cheiro característico que é normal do medicamento. | | <p>Cuidados:</p> <p>- A ingestão concomitante de toranja e sumo de toranja aumenta a biodisponibilidade da ciclosporina.</p> <p>- A ingestão de produtos que contenham hipericão/"erva de S. João" reduz o seu efeito.</p> |
| <p>CICLOSPORINA</p> <p>100mg/ml</p> <p>Solução oral</p> | <p>Administração oral: <u>Não diluir em água!</u></p> <p>Deve ser diluído num recipiente de vidro (não de plástico) com uma bebida de chocolate fria, leite, sumo de fruta ou cola e deve ser bem agitado e bebido imediatamente. Devido à possível interferência com o sistema enzimático deve evitar-se o sumo de toranja para fazer a diluição.</p> <p>A seringa doseadora não deve entrar em contacto com a solução de diluição. O copo deve ser bem enxaguado com mais solução de diluição de modo a assegurar que toda a dose é tomada. Não se deve enxaguar a seringa, mas apenas limpar-se o seu exterior com um tecido seco para remover gotas remanescentes da solução.</p> | | <p>A solução oral não deve ser refrigerada. Pode ser conservada à temperatura ambiente <30°C.</p> <p>Um ligeiro precipitado que possa ocorrer durante o armazenamento não afeta a eficácia e segurança do medicamento.</p> <p>Validade de 2 meses após abertura do frasco.</p> | | <p><u>Interação com alimentos</u></p> <p>Foi notificado que a ingestão concomitante de toranja e sumo de toranja aumenta a biodisponibilidade da ciclosporina.</p> |

| NOME GENÉRICO APRESENTAÇÃO | RECONSTITUIÇÃO | DILUIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO | ESTABILIDADE APÓS RECONSTITUIÇÃO/DILUIÇÃO | INCOMPATIBILIDADES | OBSERVAÇÕES |
|--|---|--|---|--------------------|--|
| <p>TACROLIMUS</p> <p>5mg/ml</p> <p>Ampolas de 1ml</p> <p>I.V. perfusão</p> <p>PROGRAF®</p> | <p>Solução pronta</p> | <p>Perfusão: diluir a dose necessária em 20-500ml de Dextrose a 5% ou NaCl 0,9%.</p> <p>Concentração = 0,04 – 0,1mg/ml</p> <p>Administrar durante 24 horas.</p> | <p>Diluição: 24 horas</p> | | <p>Prograf® é absorvido pelo PVC.</p> <p>O sistema, seringas e qualquer outro equipamento destinado à sua administração não deve conter PVC.</p> <p>É instável sob condições alcalinas.</p> <p>Armazenamento: Temperatura <25°C e ao abrigo da luz.</p> |
| <p>PREDNISOLONA</p> <p>25mg/1ml</p> <p>SOLU-DACORTINA®</p> | <p>Reconstituir com ampola de solvente que acompanha o fármaco ou água destilada.</p> | <p>Perfusão:</p> <p>- Na razão de 1g para 500ml: NaCl 0,9%, Lactato de Ringer, Dextrose 5% ou 10%.</p> <p>- Na razão de 1g para 250ml: NaCl 0,9%, Dextrose 5%</p> | <p>Após diluição em:</p> <p>- 250ml tem estabilidade de 2 horas</p> <p>- 500ml tem estabilidade durante 6 horas</p> <p>Após reconstituição, conservar no frigorífico (2°C-8°C), durante 24 horas</p> | | <p>Armazenamento:</p> <p>Temperatura <25°C e ao abrigo da luz</p> |
| <p>SIROLIMUS</p> <p>0,5mg, 1mg, 2mg, 5mg</p> <p>Comprimidos</p> <p>1mg/ml solução oral</p> | <p>-Não partir nem esmagar os comprimidos, devem ser tomados inteiros com um copo de água.</p> <p>- No caso da solução oral, utilizar a seringa doseadora e diluir em pelo menos 60ml de água ou sumo de laranja, agitar e engolir de imediato. Deve adicionar-se 120ml de água ou sumo de laranja no copo utilizado para a diluição para garantir que a dose é tomada na totalidade.</p> | | <p>Comprimidos: conservar na embalagem exterior para proteger da luz.</p> <p>Solução oral: validade de 30 dias após abertura do frasco.</p> <p>Conservar numa temperatura <25°C</p> | | <p><u>Interação com alimentos</u></p> <p>Foi notificado que a ingestão concomitante de toranja e sumo de toranja modifica a biodisponibilidade.</p> <p>De modo a reduzir a variabilidade, deve ser sempre tomado da mesma forma, com ou sem alimentos.</p> |

| NOME GENÉRICO APRESENTAÇÃO | RECONSTITUIÇÃO | DILUIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO | ESTABILIDADE APÓS RECONSTITUIÇÃO/DILUIÇÃO | INCOMPATIBILIDADES | OBSERVAÇÕES |
|---|--|--|--|---|--|
| ÁCIDO MICOFENÓLICO 180mg, 360mg Comprimidos (720mg equivalem a 1g Micofenolato de mofetil) | -Não partir nem esmagar os comprimidos, devem ser tomados inteiros com um copo de água. - Não administrar um comprimido que esteja partido ou dividido. | | Conservar na embalagem exterior para proteger da humidade. Conservar numa temperatura <30°C | | <u>Cuidados:</u> - Pode ser tomado com ou sem alimentos. Necessário escolher se os comprimidos são tomados com ou sem alimentos e depois, fazê-lo sempre da mesma forma todos os dias. Tal assegura que a mesma quantidade do medicamento é absorvida pelo organismo diariamente. |
| BASILIXIMAB 10mg, 20mg I.V. perfusão SIMULECT® | Perfusão – 5ml água destilada | Perfusão – diluir 20mg numa quantidade ≥50ml NaCl 0,9% ou Dextrose 5% Administrar durante 20-30 minutos. | Reconstituído: 24 horas no frigorífico e 4 horas à temperatura ambiente. | Não deve ser misturado com outros medicamentos e deve ser sempre administrado através de um sistema de perfusão separado. | Armazenamento Frigorífico 2-8 °C. |
| IMUNOGLOBULINA ANTILINFOCITOS (coelho) 20mg/ml ATG® | Perfusão. | Perfusão – diluir em 250-500ml NaCl 0,9% Administrar durante 4 horas. Nos primeiros 30 minutos administrar a uma velocidade reduzida. | Reconstituído: 48 horas à temperatura ambiente. | Não pode ser misturada com glicose, sangue, derivados de sangue, soluções contendo lípidos e heparina sódica. | <u>Cuidados:</u> - A tolerância sistémica e local é aumentada se forem administrados concomitantemente medicamentos anti-histamínicos e/ou hidrocorticoesteróides. |

Bibliografia:

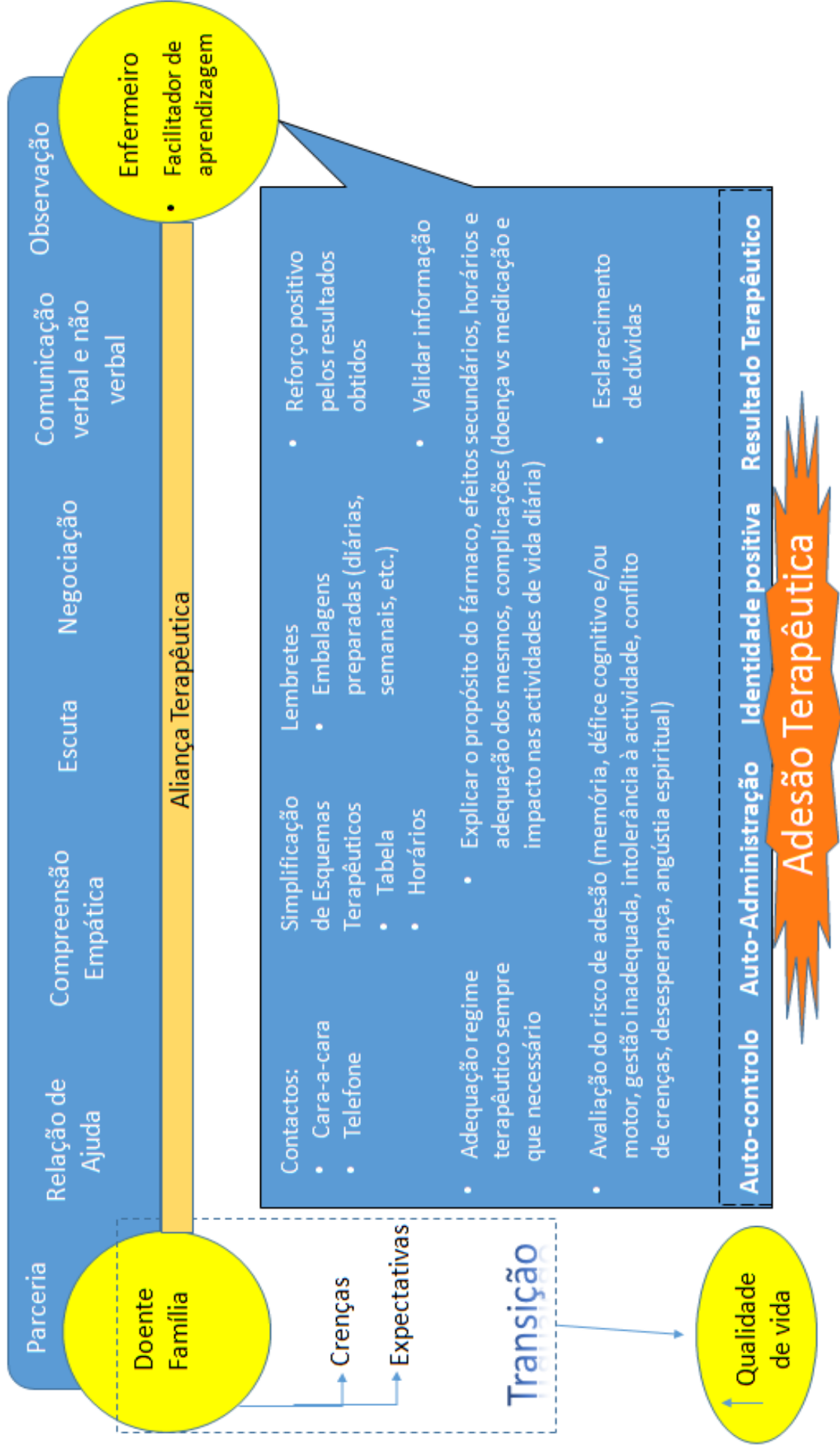
Dinis, Ana Paula. Guia de preparação e administração de medicamentos por via parentérica – reconstituição, diluição, estabilidade e administração de medicamentos injetáveis. Coimbra. 2010. 3ª Edição. 327p. ISBN 978-989-96690-0-0.

Carmo, Elsa; Pinto, La Salete Dias. Guia farmacológico de injetáveis. Roche Farmacêutica Química, Lda. Outubro 2003. ISBN 2011857/03.

Resumo das características dos medicamentos disponível em www.ema.europa.eu; www.infarmed.pt; www.indicemed.pt.

Catarina Martinho - Estudante do Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa
 Sob orientação: Enf.ª Ana Farias e Prof.ª Isabel Rabiais (Docente Universidade Católica Portuguesa)

Apêndice II: Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica



Comunicação

É um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. Transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pelo outro e até a criar laços significativos com ele.¹

Escuta

A escuta é um estado de disponibilidade intelectual e afectiva da enfermeira, é a oferenda, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. O ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções e os não ditos. A escuta é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se.⁴

Observação

É primordial na compreensão do que exprime o doente, verbal e não verbalmente, de maneira explícita ou implícita. É pela observação que a enfermeira retira a informação sobre o que é vivido, sentido ou desejado pelo doente.²

Parceria

É o esforço conjunto entre enfermeiro e doente para se atingir objectivos traçados. O enfermeiro promove o envolvimento activo do doente na decisão sobre si mesmo, isto é, devolve-lhe o poder e apoia-o durante todo o processo saúde/doença.³

Negociação

A partilha do poder de decisão e a procura de um modo de funcionamento que agrade ambas as partes, havendo aceitação expressa dos envolvidos.⁵

Relação de Ajuda

Trata-se de uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tornar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte.³

Compreensão Empática

É o esforço para ver o problema da maneira como é percebido pela pessoa, colocar-se no seu lugar e perceber o que ela vive e da forma como vive, e levar-lhe o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções.

As manifestações afectivas são influenciadas pela personalidade, a percepção, as necessidades e as expectativas. Isto é, apresentam-se diferentemente e não são necessariamente proporcionais à dificuldade.⁷

Apêndice III: Plano de Ação



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Plano da Sessão

LOCAL: Unidade de Assistência Domiciliária

TEMA: Linhas orientadoras da Adesão Terapêutica

DATA: 29 de outubro 2014

PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros e Médicos da Unidade de Assistência Domiciliária

FORMADOR: Catarina Tomás Martinho

ORIENTADORA: Enfermeira Sandra Neves

TUTORA: Professora Dra. Isabel Rabiais

OBJETIVOS:

- Sensibilizar o público-alvo sobre a importância da adesão terapêutica e a sua influência na qualidade de vida dos doentes.
- Clarificar os conceitos de comunicação, escuta, parceria, observação, negociação, compreensão empática e relação de ajuda.
- Relembrar estratégias de simplificação de esquemas terapêuticos.

Apêndice IV: Powerpoint da apresentação Linhas Orientadoras da
Adesão Terapêutica

**CURSO DE Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**PROJETO DE ESTÁGIO
Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica
Unidade de Assistência Domiciliária**

Tutora: Prof.ª Isabel Rabiais
Orientadora: Enf.ª Sandra Neves
Discente: Catarina Martinho nº192013011

Lisboa, Outubro de 2014

- O contexto da prestação de cuidados nesta unidade de assistência domiciliária, como o próprio nome diz, é a habitação do próprio doente que é alvo dos nossos cuidados. Para que este tenha o maior conforto possível e que haja uma transição saudável na sua doença é necessária adesão terapêutica pelo mesmo e, estando ele no domicílio sem vigilância profissional nas 24h como acontece numa instituição hospitalar, é fundamental garantir que as intervenções implementadas pelos enfermeiros nos contactos que têm com o mesmo, garantam a segurança e a correcta auto-gestão de regimes terapêuticos quer pelos doentes, quer pela sua família.



Comunicação

É um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. Transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pelo outro e até a criar laços significativos com ele.¹

Escuta

A escuta é um estado de disponibilidade intelectual e afectiva da enfermeira, é a oferenda, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. O ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções e os não ditos. A escuta é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se.²

Observação

É primordial na compreensão do que exprime o doente, verbal e não verbalmente, de maneira explícita ou implícita. É pela observação que a enfermeira retira a informação sobre o que é vivido, sentido ou desejado pelo doente.²

Parceria

É o esforço conjunto entre enfermeiro e doente para se atingir objectivos traçados. O enfermeiro promove o envolvimento activo do doente na decisão sobre si mesmo, isto é, devolve-lhe poder e apoia-o durante todo o processo saúde/doença.³

Negociação

A partilha do poder de decisão e a procura de um modo de funcionamento que agrade ambas as partes, havendo aceitação expressa dos envolvidos.⁴

Relação de Ajuda

Trata-se de uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte.⁵

Compreensão Empática

É o esforço para ver o problema da maneira como é percebido pela pessoa, colocar-se no seu lugar e perceber o que ela vive e da forma como vive, e levar-lhe o conforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções. As manifestações afectivas são influenciadas pela personalidade, a percepção, as necessidades e as expectativas. Isto é, apresentam-se diferentemente e não são necessariamente proporcionais à dificuldade.⁷

Referências Bibliográficas: Pheneuf, Margot. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. 2005. Loures, Lusociência. 633p. ISBN 972-8383-84-3. ¹p.23; ²p.147-148; ³p.321; ⁴p.333; ⁵p.250; ⁶p. 334/366; ⁷p.471.
Bibliografia: <https://docs.google.com/document/d/1o5d3UeH145pm2Xkdmfj2j3396CP1etx3UAAivUd/edit?usp=sharing>

Obrigada pela vossa atenção!

Apêndice V: Questionário de Avaliação da Apresentação “Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica”

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FORMANDOS

O presente questionário pretende avaliar o grau de satisfação dos formandos relativamente à ação realizada no dia 29-10-2014 na UAD, designada **Linhas orientadoras da Adesão Terapêutica**, elaborado pela estudante de Mestrado e Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

1. APRECIÇÃO DA AÇÃO

Para apreciação da Ação propõe-se:

- Apreciação da escala de 1 a 4
- Colocação de um “x” na resposta escolhida

2. PROGRAMA DA AÇÃO

| | | Insatisfaz (1) | Satisfaz (2) | Bom (3) | Muito Bom (4) |
|---|----------------|-------------------|-----------------|------------|------------------|
| 2.1. Objetivos da Ação | Clareza | | | | |
| 2.2. Conteúdo da Ação | Adequabilidade | | | | |
| 2.3. Utilidade dos temas abordados | Aplicabilidade | | | | |
| 2.4. Grau de satisfação | Satisfação | | | | |

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

| | | Insatisfaz (1) | Satisfaz (2) | Bom (3) | Muito Bom (4) |
|--|--|-------------------|-----------------|------------|------------------|
| 3.1. Motivação e Participação | | | | | |
| 3.2. Relacionamento entre participantes | | | | | |
| 3.3. Equipamentos e meios audiovisuais utilizados | | | | | |

4. ATUAÇÃO DOS FORMADORES

| | Insatisfaz (1) | Satisfaz (2) | Bom (3) | Muito Bom (4) |
|--|-------------------|-----------------|------------|------------------|
| 4.1. Domínio do assunto | | | | |
| 4.2. Métodos relativamente aos objetivos | | | | |
| 4.3. Linguagem utilizada | | | | |
| 4.4. Empenhamento | | | | |
| 4.5. Relação com os participantes | | | | |

5. COMENTÁRIOS

5.1. Aspetos positivos da ação

5.2. Aspetos a melhorar na ação

5.3. Aplicabilidade na sua prática

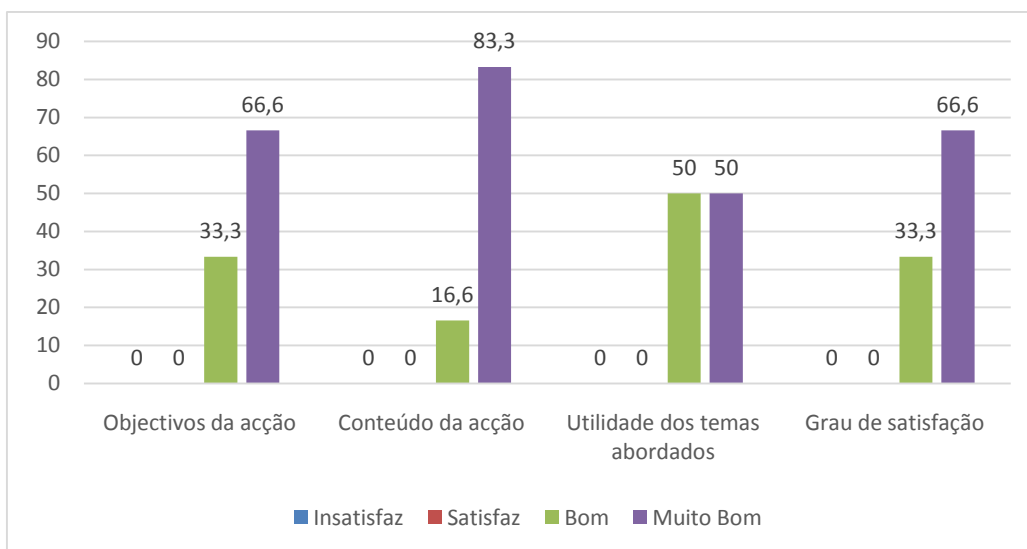
5.4. Sugestões

NOME (FACULTATIVO): _____

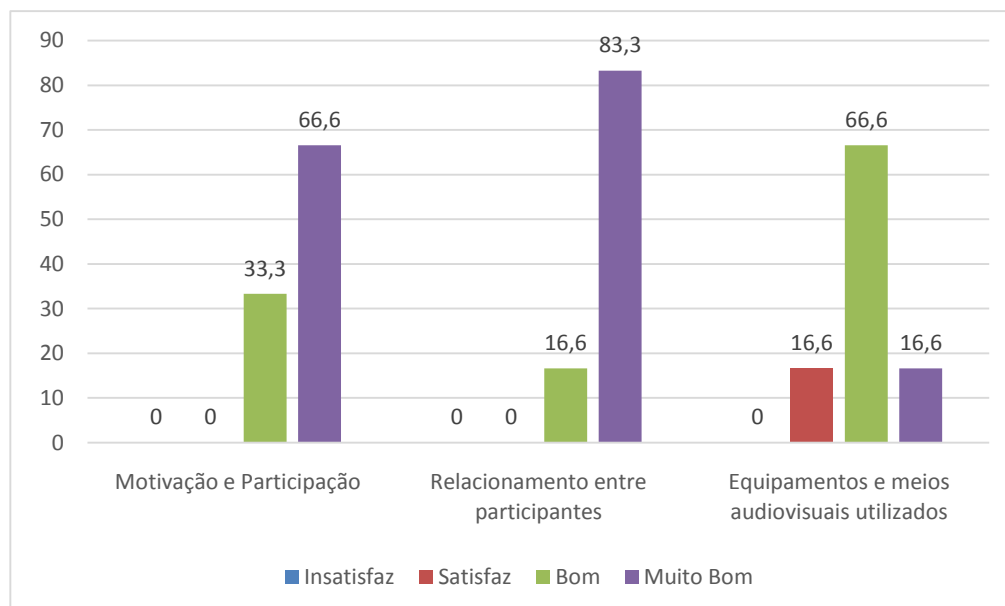
Apêndice VI: Resultado do questionário de avaliação da apresentação
“Linhas Orientadoras da Adesão Terapêutica”

Apresentação dos dados relativos à sessão sobre a temática “Linhas orientadoras da adesão terapêutica”

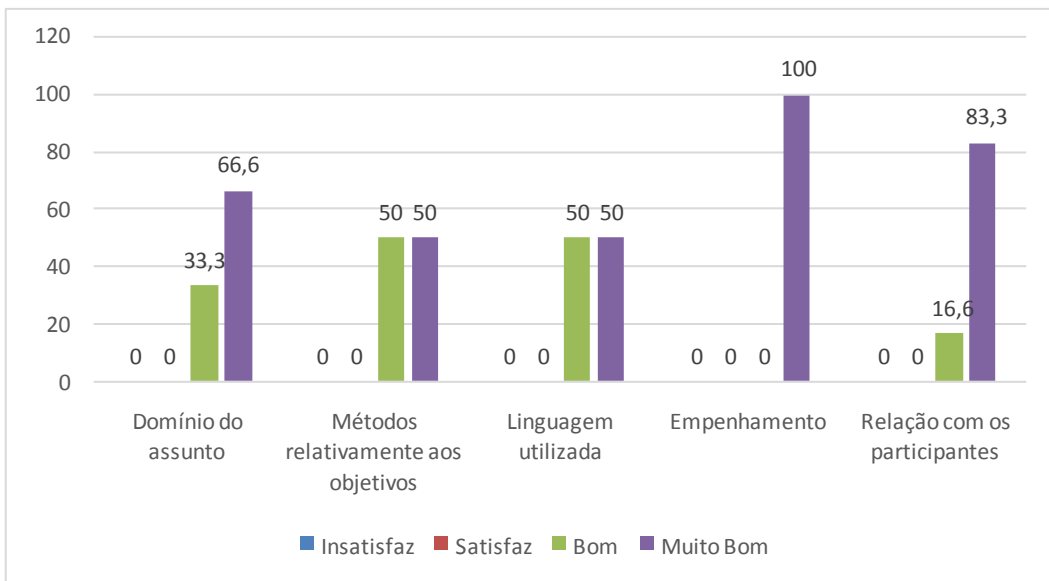
2- Programa da acção



3- Funcionamento da acção



4- Atuação dos Formadores



Comentários/Sugestões:

- “Abordagem de uma temática importante neste contexto”.
- “Total neste contexto (sendo que é um tema sensível) já para a equipa”.
- “Maior legibilidade do slide”

Apêndice VII: Questionário de avaliação da presença de risco de erro terapêutico aos enfermeiros do SUG

Questionário

Chamo-me Catarina Martinho sou enfermeira e estudante do Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A promoção da qualidade dos cuidados que prestamos aos utentes diariamente é uma preocupação e, neste âmbito, venho pedir a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário.

Este questionário é **anónimo** e **confidencial**.

Sexo: Masculino___ Feminino___

Idade:___

Número de anos de experiência profissional:___

1. A prevenção de erros de medicação é uma preocupação para si?

Sim___ Não___

2. Considera o seu local de trabalho propício para a existência de erros terapêuticos?

Sim___ Não___

- 2.1. Se respondeu sim identifique o(s) motivo(s):

Rotatividade de utentes___ Complexidade dos cuidados___

Stress situacional___ Elevado número de utentes___

Outro___ Qual:_____

3. Se surgem dúvidas sobre fármacos, quer na sua preparação e administração quer pela sua função, procura informação sobre eles?

Sim___ Não___

4. Se respondeu sim, identifique qual o meio mais frequente da sua pesquisa:

Colegas___ Livros___

Internet___ Outro___ Quais:_____

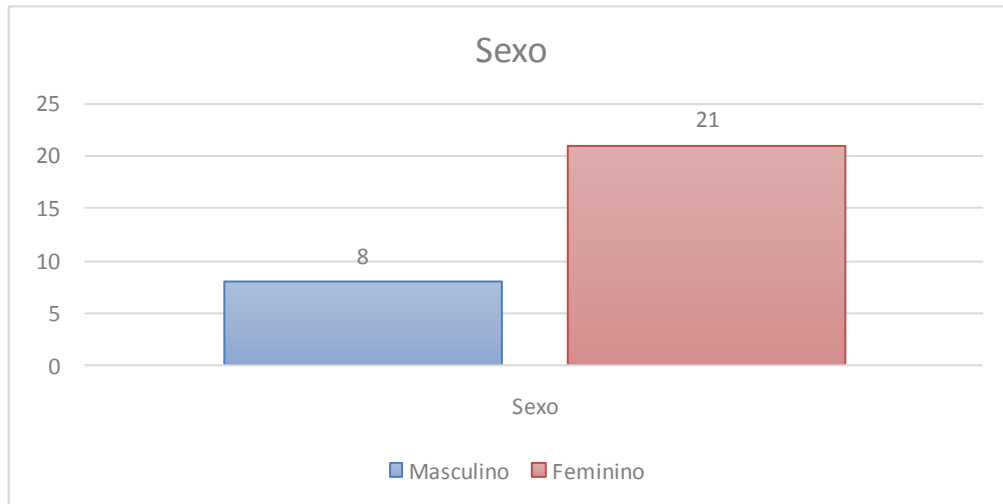
5. Se existisse um site que lhe permitisse consultar toda a informação relativa aos fármacos existentes no mercado, nomeadamente, preparação e administração, efeitos secundários, interações medicamentosas e recomendações sobre o mesmo, e estivesse disponível no seu local de trabalho utilizava-o?

Sim___ Não___

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VIII: Resultado do questionário de avaliação do risco de erro terapêutico aos enfermeiros do SUG

Apresentação dos dados relativos aos questionários aplicados no SUG sobre prevenção do erro terapêutico



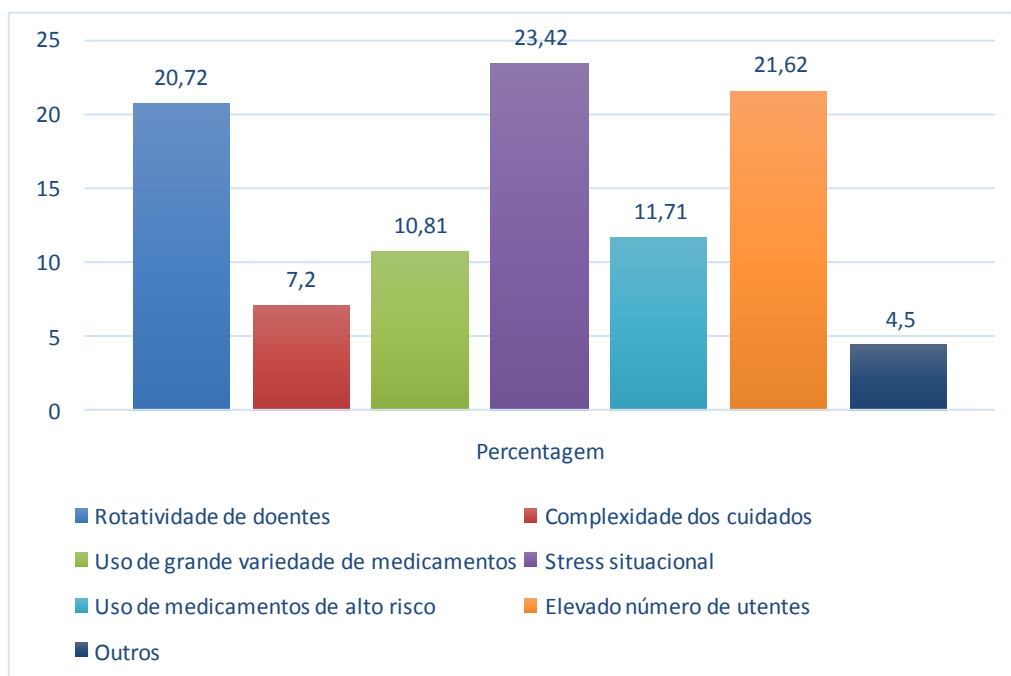
1-A prevenção de erros é uma preocupação para si?



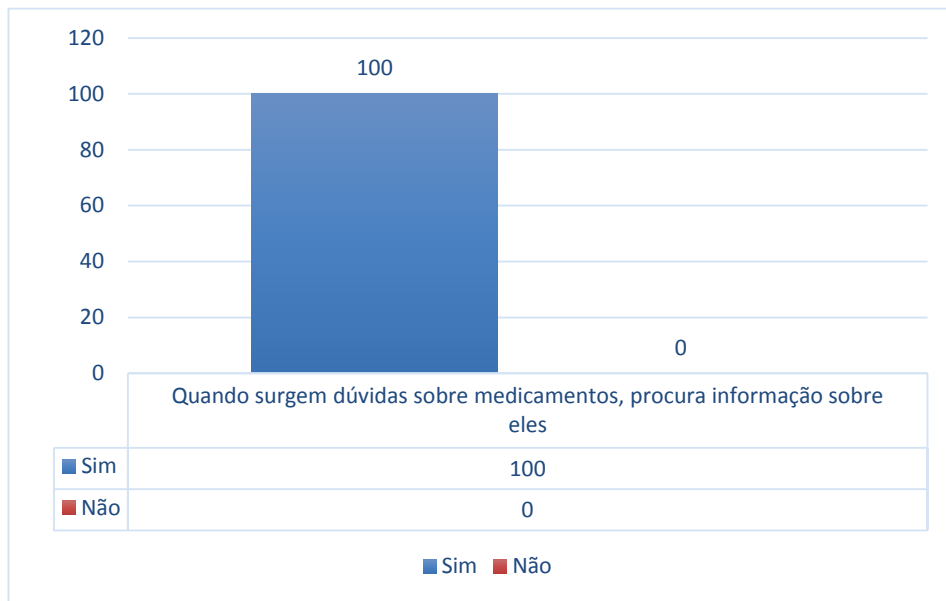
2-Considera o seu local de trabalho propício para a existência de erros de medicação?



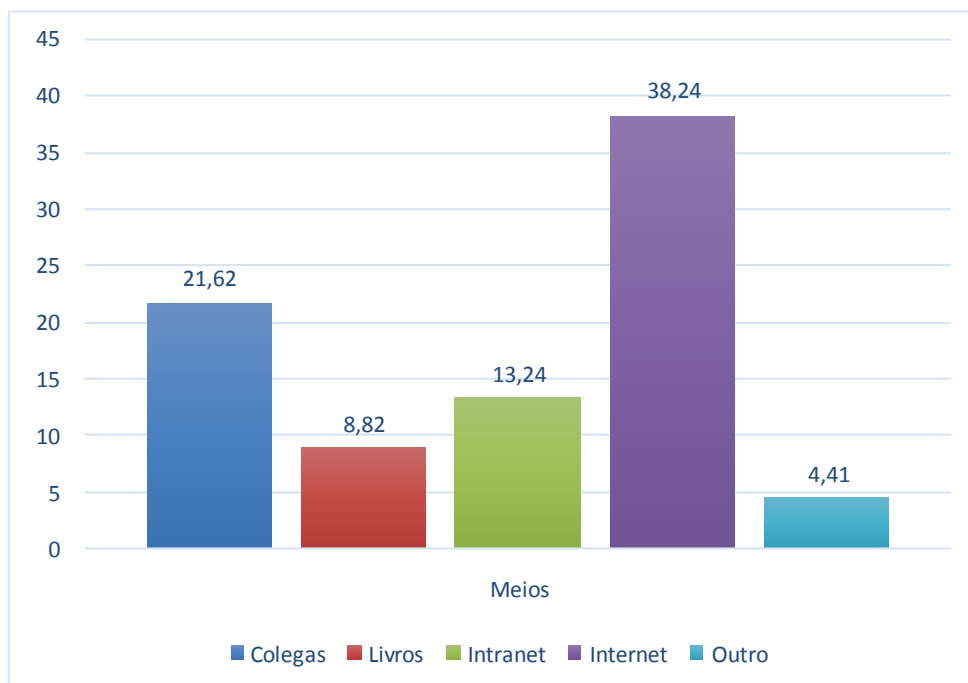
2.1 Identifique os motivos



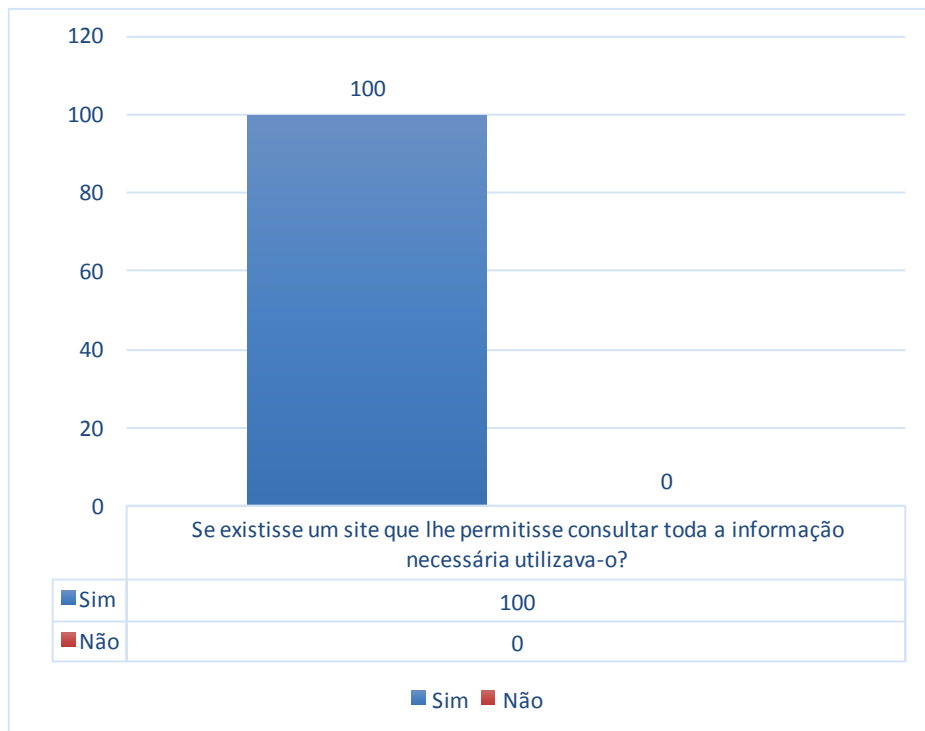
3- Quando surgem dúvidas sobre medicamentos, procura informação sobre eles?



4- Qual o meio mais frequente de pesquisa?



5-Se existisse um site que lhe permitisse consultar toda a informação necessária utilizava-o?



Apêndice IX: Apresentação da plataforma disponível na internet denominada Indicemed™

O indicemed é um site gratuito e que está disponível on-line e em aplicação para o telemóvel para os profissionais de saúde.

Para o seu acesso é necessário um registo:



Preencha o registo com os seus dados pessoais e prima enviar:

Registo de Utilizador



Dados pessoais

Profissão:
Selecione:

Nome:

Apelido:

Instituição principal onde exerce a profissão:

Nº de Carteira Profissional ou de Estudante:

Email de contacto:

Li e aceito os [termos de utilização](#)

Login e password no portal Indicemed

Nome de Utilizador:

A-Z, a-z e números, sem espaços

Palavra Passe:

Repetir palavra passe:

Já registado no site o utilizador pode procurar qualquer medicamento pelo princípio ativo ou pelo nome comercial, por exemplo:

Home | **Princípios Activos** | Medicamentos | Patologias | Grupos Farmacológicos | Análises Clínicas | Cálculos Médicos e Farmacológicos

Princípios Activos

Pesquisar de A-Z

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- ▶ ABACAVIR
 - ▶ comprimido revestido
 - ▶ solução oral
- ▶ ALERGENOS
 - ▶ ALERGENOS ÁCAROS
 - ▶ ALERGENOS PÓLENS
 - ▶ ALFACALCIDOL

Ou

Home | Princípios Activos | **Medicamentos** | Patologias | Grupos Farmacológicos | Análises Clínicas | Cálculos Médicos e Farmacológicos

Nomes Comerciais

Pesquisar de A-Z

A B C **D** E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- ▶ DACARBAZINA MEDAC pó e solv. p/ sol. inj. ou perf.
- ▶ DACEPTON sol. inj. ou p/ perf.
- ▶ DACOGEN pó p/ conc. p/ sol. p/ perf.
- ▶ DAFALGAN 1 g comp. efervescente
- ▶ DAFALGAN comp. eferv.
- ▶ DAFALGAN comp. rev.
- ▶ DIORALYTE sabor groselha pó sol. oral
- ▶ DIORALYTE sabor limão pó sol. oral
- ▶ DIORALYTE sabor neutro comp. eferv.
- ▶ DIORALYTE sabor neutro pó sol. oral
- ▶ DIOVAN comp. rev.
- ▶ DIOVAN sol. oral

Após a pesquisa, o fármaco é apresentado em todas as suas formas disponibilizadas pela indústria farmacêutica comercialmente. Para o profissional basta clicar sobre o que é alvo da sua pesquisa.

Exemplo:

- ▶ **FUROSEMIDA**
 - ▶ cáp. lib. prolongada
 - ▶ comprimido
 - ▶ **solução injectável**

FUROSEMIDA

cáp. lib. prolongada comprimido **solução injectável**

FUROSEMIDA GENÉRICO sol. inj. (20 mg/2 ml)
LASIX sol. inj. (20 mg/2 ml)

| Indicações e Posologia | Propriedades Farmacológicas | Administração e Manuseamento | Interacções | Reacções Adversas | Contra-indicações, Advertências e Precauções | Gravidez e Aleitamento | Sobredosagem |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|-------------------|--|------------------------|--------------|
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|-------------------|--|------------------------|--------------|

Indicações

- Edema e/ou ascite devidos a doenças cardíacas e hepáticas.
- Edemas causados por doenças renais (no caso do síndrome nefrótico é essencial o tratamento da enfermidade de base);
- Edema Pulmonar (por ex. no caso de Insuficiência cardíaca aguda)
- Crises hipertensivas, (conjuntamente com outras medidas terapêuticas)

A administração parentérica de furosemida está indicada nos casos onde é necessária uma diurese rápida e eficaz e a administração oral não é viável ou é ineficaz.

Posologia

A dose a utilizar deve ser a mais baixa, suficiente para alcançar o efeito
A duração do tratamento deve ser determinada pelo seu médico e deve ser apropriada ao tipo e à gravidade da doença.

- ▶ **Adultos e adolescentes com mais de 15 anos**
- ▶ **Crianças e adolescentes (até 18 anos de idade)**
- ▶ **Insuficiência renal**

Apêndice X: Documento de ensino sobre a administração de
medicação oral

CUIDADOS A TER QUANDO TOMA MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

- Lavar as mãos antes de ingerir qualquer medicamento
- Tomar o medicamento sempre com um copo de água
Apenas alguns medicamentos podem ser acompanhados por outra bebida mas só o deve fazer quando são recomendados pelo médico e/ou enfermeiro.
- A posição mais correta para tomar medicamentos é em pé ou bem sentado pois previne o engasgamento.
- Não triture, esmague ou divida os comprimidos, nem abra as cápsulas. Se precisar de o esmagar ou dividir para o engolir questione primeiro o médico e/ou enfermeiro.
- Se o medicamento vem sobre a forma de pó deve dissolvê-lo num copo de água e não o colocar diretamente na boca.
- Comprimidos sublinguais devem ser dissolvidos debaixo da língua e não deve ingerir nada até este desaparecer por completo da boca.
- Não interromper as tomas do medicamento por desaparecerem os sintomas, cumprir as indicações que foram dadas pelo médico e/ou enfermeiro
- Manter sempre o mesmo horário da toma da medicação
- Se achar que baralhou o horário das tomas ou fez confusão com os medicamentos peça ajuda a um familiar e/ou amigo
- Se tiver muitos medicamentos para tomar ao longo do dia:
 - Adeque os horários aos seus hábitos de vida de forma a prevenir esquecimentos, por exemplo: horário das refeições, ao deitar.
 - Utilize a tabela oferecida pelo enfermeiro para os anotar e fixe-a num lugar onde seja difícil esquecê-la, por exemplo, o frigorífico;
 - Adquira uma embalagem com a divisória para o dia ou para a semana mas guarde os folhetos informativos da caixa original;
 - Coloque um despertador no telemóvel;
 - Peça a um familiar/amigo que o ajude nos passos anteriores.

Relativamente aos horários:

JEJUM – tomar o medicamento pelo menos 30 a 60 minutos ANTES da refeição;

No caso de se ter esquecido de tomar o medicamento em jejum pode tomá-lo duas horas após a refeição.

Sugestões de horários de acordo com a frequência da toma do medicamento:

6/6h – 6h 12h 18h 24h

8/8h – 8h 16h 24h

12/12h – 9h e 21h

Descarte os seguintes medicamentos:

- ✓ Os que estão fora do prazo de validade
- ✓ Cápsulas que estiverem endurecidas ou amolecidas
- ✓ Comprimidos esfarelados ou de aspeto diferente ao habitual

Nota: Este documento dispõe apenas o conteúdo a ser introduzido na plataforma de ensinos do SUG uma vez que a apresentação do mesmo é formatada na própria plataforma e ainda não se encontra disponível na mesma.