



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

UM TRAJETO DE APRENDIZAGEM

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 Jorge António Pinto Moreira

PORTO, Abril de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

UM TRAJETO DE APRENDIZAGEM

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 Jorge António Pinto Moreira

Sob orientação de Professora Lúcia Rocha

PORTO, Abril de 2012

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma”.

John Ruskin

RESUMO

O presente documento surgiu, no âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o intuito de dar a conhecer o processo de aprendizagem efectuado. Os conteúdos apresentados tiveram por base o estágio realizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência do Hospital de São João, no período compreendido entre 27 de Abril e 26 de Novembro de 2011, com a duração de 500 horas.

A realização deste relatório teve como objectivos: apresentar de forma organizada e contextualizada o percurso efectuado ao longo do estágio, realçar as actividades desenvolvidas durante o estágio, relatar situações problema existentes e diagnosticadas, demonstrar uma atitude crítico-reflexiva face às situações encontradas, tornar o processo de aprendizagem transparente e visível, e por último, evidenciar os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas. A metodologia utilizada foi a descritiva, por me parecer a mais adequado para atingir os objectivos traçados. O trabalho foi dividido em duas partes: momentos de aprendizagem em contexto clínico e a referência às situações problema identificadas nos locais de estágio. Em ambas as partes descrevi o contexto em que surgiram, realçando a pertinência das mesmas, as actividades desenvolvidas, as estratégias sugeridas/implementadas, os trabalhos e as reflexões efectuadas, e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas.

Em último, salientei a importância da realização do estágio e do relatório para o meu desenvolvimento profissional e prática clínica, considerando que ambos contribuíram para a minha aprendizagem, permitindo-me adquirir e desenvolver as competências necessárias à especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

This document has emerged within the report subject, included in the curriculum of the Nursing Master Degree with specialization in Medical-Surgical Nursing, with the aim of raising awareness about the learning process carried out during the course stage. The contents presented were based on the on-the-job training performed on the emergency department of the Hospital Centre of Vila Nova de Gaia/Espinho and on the Polyvalent Intensive Care Unit of S. João Hospital Emergency, in the period between April 27 and November 26 2011, with 500 hours duration.

This report had as objectives: to present in an organized and contextualized way the journey performed along the on-the-job training accentuating the activities undertaken during the internship, report existing situations and problems diagnosed, show a critical and reflective attitude in the face of situations encountered, make the learning process transparent and visible and finally, show the knowledge gained and the skills developed. The methodology used was descriptive because I felt it was the most suitable to achieve the goals. The work was divided in two parts: learning moments in the clinical context and reference to the problem situations identified on the internship places. In both parts I described the context in which they arose, enhancing their relevance, the activities done, the suggested/implemented strategies, the work and the reflections made and the skills acquired and developed.

Finally, I emphasized the importance of the internship and the report for my professional development and clinical practice, considering that both contributed to my learning, allowing me to acquire and develop the necessary skills for specialization in the medical-surgical nursing.

AGRADECIMENTOS

Este relatório é fruto de uma longa e árdua jornada, com vários percalços pelo caminho. A sua realização só foi possível graças ao contributo de várias pessoas, pelo que desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Lúcia Rocha, minha orientadora, pelo acompanhamento do trabalho e pela disponibilidade, compreensão e paciência que sempre demonstrou.

Ao meu Pai Silvestre e à minha Mãe Deolinda, pela força que sempre me transmitiram.

À minha namorada Manuela, pela compreensão nos momentos de maior impaciência e pelo seu apoio incondicional ao longo de todo este processo.

Aos meus amigos Agostinho e Vítor, por estarem disponíveis sempre que precisei da sua ajuda.

À minha colega Catita, por me ajudar a conciliar o meu horário de trabalho com o do Curso de Mestrado.

À enfermeira Joana Azevedo pela ajuda prestada relativamente ao Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem.

A todos os profissionais com quem tive a oportunidade de trabalhar e que contribuíram para a minha aprendizagem.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BIA – Balão Intra Aórtico

BIS - Bispectral Index Scale

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CHVNGE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CIPE - Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CNDC - Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CRDC - Comissão Regional do Doente Crítico

CVVHDF – Continuous Venous Hemodiafiltration

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

HSA - Hospital Santo António

HSJ - Hospital de São João

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PCCO - Pulse Contour Continuous Cardiac Output

PEEP – Positive End Expiratory Pressure

SLED - Diálise Sustentada de Baixa Eficiência

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UCIPU - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SAPE - Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

WHO - World Health Organization

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Correspondência entre a cor da pulseira atribuída ao doente segundo o STM, a situação e o tempo previsto de espera em minutos.	24
--	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 - MOMENTOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO	21
1.1 – Módulo I - Serviço de Urgência	22
1.2 – Módulo II - Cuidados Intensivos	34
2 – SITUAÇÕES PROBLEMA IDENTIFICADAS	41
2.1 – Módulo I - Serviço de Urgência	41
2.2 – Módulo II - Cuidados Intensivos	44
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	59
Anexo I – Programa Científico do XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva	
Anexo II – Certificado de presença no XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva	
Anexo III – Implicações do Stresse no desempenho dos Enfermeiros no Serviço de Urgência	
Anexo IV – Diagnósticos de Enfermagem frequentes em Unidades de Cuidados Intensivos	
Anexo V – O uso da Escala do Índice Bispectral em Unidades de Cuidados Intensivos	

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que surgiu da necessidade de dar uma resposta capaz, às necessidades manifestadas pela população em matéria de saúde. Em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) refere que

“A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vida, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”¹.

O facto de as populações terem um carácter dinâmico, faz com que as suas necessidades em termos de saúde também se alterem, o que pressupõe por parte dos profissionais de enfermagem uma adaptação constante às mesmas. A própria evolução do conhecimento científico e avanços tecnológicos, introduzem alterações no modo como devemos interagir com as pessoas ao nível da prevenção e tratamento de doenças. Deste modo, a aprendizagem não termina com a nossa formação de base, mas continua ao longo de todo o nosso trajecto profissional.

Com o intuito de me desenvolver enquanto enfermeiro e melhorar a minha prática profissional, resolvi inscrever-me no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este pretende dotar os enfermeiros de competências clínicas especializadas, que lhe permitam a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, com doença grave e em estado crítico, em situações novas e/ou de elevada complexidade, em diferentes contextos, individualmente e/ou inserido numa equipa multidisciplinar, tendo por base da sua prática a reflexão, o comportamento ético e a evidência científica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros:

“Especialista é o enfermeiro com 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”².

Esta refere que esse agregado de competências clínicas especializadas transcorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, materializando-se em competências comuns e específicas. Os domínios abrangidos vão desde a responsabilidade profissional, ética e legal, passando pela melhoria contínua da qualidade e

¹ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril - Artigo 4.º, n.º 1 - "Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros".

² Regulamento n.º 122/2011 - "Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista", p.2.

da gestão dos cuidados, às aprendizagens profissionais. Por último, realça que a certificação de competências clínicas especializadas garante que

“(...) o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”³.

Deste modo, para me tornar enfermeiro especialista, tenho que desenvolver as competências que já possuo enquanto enfermeiro generalista, bem como adquirir novas competências na área da enfermagem médico-cirúrgica, demonstrando ser capaz de prestar cuidados especializados, nomeadamente ao doente adulto e idoso, com doença grave e em estado crítico.

Para atingir este propósito realizei um estágio composto por três módulos, não precedentes entre si e, com a duração de 250 horas cada um. Além disso, procedi à elaboração deste relatório que pretende ser um documento elucidativo da aprendizagem efectuada durante esse período, realçando as competências adquiridas/desenvolvidas.

O Módulo I – Serviço de Urgência (SU) decorreu no SU do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), no período de 03/10 a 26/11/11. A sua escolha deveu-se ao facto de este ser um serviço de urgência geral, com todo o tipo de valências, activação de vias verdes (AVC, Coronária, Sépsis), localizado numa grande área metropolitana e ter bastante afluência.

O Módulo II – Cuidados Intensivos, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) do Hospital de São João (HSJ), no período de 27/04 a 25/06/11. A sua escolha deveu-se ao facto de esta ser uma unidade polivalente de um hospital central, referência no ensino académico, e em que são admitidos doentes em estado crítico, independentemente do tipo de patologia de base. Estes provêm sobretudo da sala de emergência da urgência, embora algumas vezes sejam originários do bloco operatório da urgência, unidade de cuidados intermédios e internamento.

O Módulo III – Enfermagem Peri-operatória, foi-me creditado em prol da minha experiência profissional nesta área. Esta teve o seu início em Setembro de 2003 no bloco operatório do Hospital de Santo António (HSA), perdurando até o momento actual. Inicialmente exercia funções como enfermeiro de anestesia, intervindo em todas as áreas de actuação anesthesiológica, passando posteriormente, também a exercer funções como enfermeiro circulante. Enquanto enfermeiro circulante a minha área predominante de atuação é a área oftalmológica, fazendo inclusive parte de um grupo de oftalmologia responsável pela colheita e

³ Regulamento n.º 122/2011 - Artigo 2.º, n.º4 - "Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista".

transplantação de córnea. Além disso, também circulo as especialidades de cirurgia geral, cirurgia vascular, urologia, ortopedia e cirurgia de ambulatório.

Por vezes, estou marcado como responsável de turno na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) – Recobro, e outras como responsável da área de oftalmologia. Enquanto responsável de turno na UCPA, tenho que gerir os restantes elementos da equipa relativamente à distribuição de doentes e funções, gestão dos stocks de materiais e fármacos, gestão de vagas e prioridade na ocupação das mesmas, controle dos fármacos opioides, verificação do carro de emergência e via aérea difícil, servir de elemento de ligação entre os doentes e os familiares e/ou equipe médico-anestésica. Quando estou de responsável pela área de oftalmologia, tenho que gerir os stocks de materiais e fármacos específicos de oftalmologia, assegurar a integridade do equipamento oftalmológico, o seu correto funcionamento e manutenção, controlar o empréstimo de equipamento e material, e ainda, fazer o relato das ocorrências á chefia. O desempenho desta funções permitiu-me adquirir competências ao nível da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, liderança e comunicação.

A realçar ainda a colaboração na elaboração de algumas check-lists para o serviço (check-list de verificação das salas, check-list dos carros de pediatria, check-list do carro de reanimação do recém-nascido e check-list do carro de via aérea difícil) e ocasionalmente na integração e formação de novos elementos. Estes momentos permitiram-me demonstrar possuir iniciativa, capacidade de compreensão sobre os problemas da prática, conhecimento aprofundado na área da enfermagem peri-operatória, capacidade de pesquisa orientada para as necessidades da prática e adquirir competências ao nível da formação e supervisão.

Deste modo, posso dizer que trabalho com as pessoas ao longo de todo o seu ciclo vital, ou seja, presto assistência a pessoas cuja faixa etária vai desde o prematuro ao idoso. Muitas vezes estas pessoas estão numa situação delicada, sendo crucial uma actuação capaz do ponto de vista de enfermagem. A vivência destes momentos contribuíram para a minha aprendizagem, ajudando-me a adquirir e desenvolver competências, ao nível da assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e em estado crítico, possibilitando-me esta creditação.

Atendendo à minha experiência profissional e aos requisitos inerentes à especialização em enfermagem médico-cirurgia, a realização destes módulos de estágio permitiu-me fazer o acompanhamento de doentes em estado crítico, desde a entrada no hospital, via SU, muitas vezes com o posterior encaminhamento para o bloco operatório e/ou cuidados intensivos.

Este relatório tem por objectivos:

- Apresentar de forma organizada e contextualizada, o percurso efectuado ao longo do estágio;
- Realçar as actividades desenvolvidas durante o estágio;
- Relatar situações problema existentes e diagnosticadas;
- Demonstrar uma atitude critico-reflexiva face às situações encontradas;
- Tornar o processo de aprendizagem transparente e visível;
- Evidenciar os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas.

Na sua construção utilizo o método descritivo, de forma a realçar a importância, bem como o contributo, que adveio da sua realização e da realização do estágio, no âmbito do meu desenvolvimento pessoal, académico, profissional e social. Descrevo as dificuldades sentidas, as oportunidades e experiências vivenciadas, e as reflexões efectuadas. Fundamento o meu discurso com base nos objectivos traçados para o estágio, quer sejam os definidos no plano de estudos, ou os de carácter pessoal.

O relatório é composto por duas partes: momentos de aprendizagem em contexto clínico e a referência às situações problema identificadas nos locais de estágio. Em ambas as partes descrevo o contexto em que surgiram, realçando a pertinência das mesmas, as actividades desenvolvidas, as estratégias sugeridas/implementadas, os trabalhos e as reflexões efectuadas, e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas.

Por último, refiro as principais conclusões inerentes a este longo e árduo trajeto, realçando os contributos provenientes da sua realização no âmbito da minha formação e quais as perspectivas futuras na área de especialização.

1 - MOMENTOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO

A aprendizagem é o “(...) processo pelo qual as competências, habilidades, conhecimentos, comportamentos ou valores são adquiridos ou modificados, como resultado de estudo, experiência, formação, raciocínio e observação” (Wikipédia, 2012). A forma como esta se processa pode ser analisada de diferentes ângulos, sendo no entanto consensual a sua relação com a educação e o desenvolvimento pessoal.

Segundo Hesbeen (2001, p. 67), a formação em Enfermagem deve ser contínua, proporcionando

“(...) a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, embora a sua função essencial resida na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”.

Já para Garrido et al. (2008), esta não é um momento isolado na vida das pessoas, fazendo parte de um projecto pessoal que lhe confere sentido. A ênfase é colocada na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global da pessoa e na obtenção de determinados saberes específicos.

Assim, ao realçar os momentos de aprendizagem mais relevantes, ocorridos nos módulos de estágio por mim realizados, pretendo demonstrar que possuo conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da enfermagem médico-cirúrgica, os quais aplico na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

De igual forma, desejo comprovar que tenho aptidão para integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Além disso, ambiciono evidenciar que sou capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Atualmente, podemos constatar que, a produção de conhecimento científico está em constante crescimento e mutação. Para tal facto, contribuiu a facilidade de acesso à internet e a bases de dados, permitindo a qualquer pessoa, em qualquer lugar, aceder ao conhecimento, bem como partilhá-lo. Deste modo, pode acontecer que, por vezes, nos deparemos na prática clínica com situações que não se coadunam com os recentes achados científicos.

Para Domenico et al. (2003), a resolução desta situação passa por uma prática da enfermagem baseada em evidências, ou seja, o enfermeiro deve incorporar na sua atuação e na sua tomada de decisão, a melhor evidência científica disponível naquele momento. Logo, é fundamental que os profissionais de enfermagem saibam efetuar pesquisa bibliográfica direcionada às necessidades identificadas na prática, efetuem uma análise crítica da literatura encontrada, sejam capazes de enquadrar as evidências relevantes sua prática clínica e ainda, avaliar os resultados da implementação da mesma.

Assim, ao retratar a minha postura ao longo dos momentos de aprendizagem, a atitude crítica-reflexiva subjacente à prática clínica e o crescimento pessoal e profissional que resultou nesse processo, pretendo provar que possuo competências que me permitem uma aprendizagem ao longo da vida, bem como adoptar uma prática de enfermagem baseada em evidências.

1.1 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio no SU do CHVNGE foi de enorme importância para a minha formação pessoal e profissional, pois a enfermagem praticada neste contexto

“(...) envolve a avaliação prévia, diagnóstico, tratamento e avaliação final. Os problemas podem ser percebidos, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais. São principalmente, episódicos ou agudos, e ocorrem em ambientes variados. A sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais” (Sheely, 2001, p. 3).

Neste enquadramento, o enfermeiro especialista surge como alguém que “revela os seus conhecimentos técnicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade (...)” (Ibidem, p. 5), ou seja, alguém que procura melhorar os cuidados prestados ao doente e os resultados obtidos com o seu tratamento.

Assim, atendendo às especificidades inerentes a um serviço de urgência, no seu contexto atual, é essencial que os enfermeiros estejam aptos a abordar o doente com doença grave e em estado crítico. Aliás, a Comissão Regional do Doente Crítico (CRDC) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2009, p. 11), refere que “A melhoria da organização da prestação de Cuidados de Saúde ao Doente Crítico impõe-se, atualmente, em várias áreas do largo espectro da sua abrangência, como uma necessidade incontornável e inadiável”. Acrescentando ainda, que os enfermeiros do serviço de urgência deveriam possuir uma “(...) Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros” (Ibidem, p. 25).

Relativamente à Ordem dos enfermeiros, esta realça na alínea c), do ponto 3, do Parecer relativo ao Ofício – Circular n.º 14534, que “Os Enfermeiros detêm conhecimentos,

competências e habilidades que lhe permitem estabelecer prioridades de atuação face às necessidades em cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, nas diferentes dimensões do cuidar” (CRDC, 2009, p. 44). Ressalvando na alínea e) do mesmo ponto, que

“Para uma intervenção clínica à pessoa em situação crítica, não bastam atos tecnicamente corretos, mais ou menos diferenciados sendo também necessários aspectos de âmbito relacional simples ou complexo, técnico ou relacional. Assim, o ato de Cuidar só terá verdadeiro sentido e significado se o Enfermeiro assim o desejar, dependerá dos conhecimentos mobilizados, da intencionalidade, do empenhamento e desejo que imprime a esse agir”.

Portanto, enquanto enfermeiros a prestar assistência a doentes com doença grave e em estado crítico, não devemos esquecer que este possui uma dimensão biopsicossocial que o torna único. Como tal, devemos ter em conta esse fator quando abordarmos o doente, adequando a nossa linguagem e as nossas intervenções, às suas necessidades. Outro fator importante que convém não esquecer, é que devemos servir de elo de ligação entre o doente e a família, ou pessoas significativas, as quais poderão ser também alvo dos nossos cuidados ou envolvidas na prestação dos cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 4) “Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo). No sentido de otimizar o exercício profissional (...)”. Além disso, acrescenta que “As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)” (Ibidem, p. 5).

A necessidade de melhorar a qualidade assistencial dos doentes urgentes e emergentes, tem vindo a introduzir variadíssimas alterações nos serviços de urgência. Uma dessas alterações foi a introdução do Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Atendendo à importância que este adquiriu junto dos SU’s, à sua própria evolução e ao facto de possuir pouco conhecimento sobre o mesmo, resolvi assumir como objectivo pessoal a aquisição de conhecimentos e competências sobre o STM.

O STM foi instituído em Portugal em Junho de 2003, com o intuito de proporcionar um atendimento rápido das situações de risco para a saúde. Este permite efetuar uma avaliação do doente, por forma a identificar critérios de gravidade, os quais se irão traduzir em prioridades clínicas e no tempo de espera recomendado para avaliação médica. Deste modo, prioriza-se o atendimento dos doentes mais graves e não, necessariamente, de quem chegou em primeiro lugar. O doente pode ser inserido em 5 categorias diferentes, sendo-lhe atribuída uma pulseira cuja cor pretende traduzir o grau de gravidade da situação e o tempo previsto de atendimento pelo médico, conforme se pode verificar no quadro 1.

Cor	Situação	Tempo previsto de espera em minutos
Vermelho	Emergente	0
Laranja	Muito urgente	10
Amarelo	Urgente	60
Verde	Pouco urgente	120
Azul	Não urgente	240

Quadro 1 - Correspondência entre a cor da pulseira atribuída ao doente segundo o STM, a situação e o tempo previsto de espera em minutos.

Posteriormente, foi adicionada a cor branca, com o conhecimento e autorização do Grupo de Triagem de Manchester, por forma a contemplar aquelas situações em que os doentes se dirigem à urgência sem apresentar uma queixa clínica (Allegro et al., 2002).

Como esta área da triagem é muito específica, apenas as pessoas com o curso de Triagem de Manchester podem ser marcadas neste posto. Dado que a enfermeira tutora tinha formação nessa área e também exercia enfermagem no pré-hospitalar, pedi-lhe que me explicasse o seu funcionamento, além de pesquisar o que havia sido publicado acerca deste sistema. Seguidamente fizemos alguns turnos na triagem, onde inicialmente fiquei a observar como proceder e fui colocando algumas questões e esclarecendo algumas dúvidas. Posteriormente colaborei na triagem, tendo uma participação mais ativa no processo, mas sempre sobre a supervisão da minha tutora.

Gostaria ainda de salientar que, mesmo os enfermeiros do serviço de urgência após realizarem o curso de formação sobre o sistema de Triagem de Manchester, são acompanhados e supervisionados na fase inicial. Esta é uma área mais complexa do que se possa julgar à

partida, pois o tempo de resposta do enfermeiro triador, a acuidade com que realiza a triagem e o processo de encaminhamento do utente, condiciona todo o processo de atendimento do mesmo. Desde logo temos o tempo de espera e posteriormente o tempo de atendimento, que pode ser maior ou menor. Convém realçar que o Código Deontológico, diz na alínea a) do artigo 83.º que o enfermeiro deve “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”.

O processo inicia-se com a identificação da queixa inicial e prossegue fazendo uso de um algoritmo de decisão, apoiado na utilização de discriminadores, tendo por base uma colheita de dados que se pretende pertinente, com realce para a sintomatologia, histórica clínica e evolução. Neste ponto, uma má condução da triagem, com uma pobre colheita de dados, pode conduzir a uma atribuição errada sobre o discriminador mais relevante para a queixa inicial, comprometendo todo o processo. Deste modo, pode acontecer que por exemplo, um enfarte agudo do miocárdio passe despercebido, ou o que seria uma via verde não seja ativada, entre outras situações. Aliás, durante o meu período de estágio, houveram duas queixas contra enfermeiros triadores por parte de utentes, que se consideraram mal triados. Esta situação por si só diz muito da responsabilidade de quem se encontra naquele posto e do impacto da sua boa ou má atuação na imagem da instituição.

Também o processo de encaminhamento dos utentes pós-triagem é importante, pois estes podem necessitar de acompanhamento, de se deslocarem de cadeiras de roda ou maca. Quando este aspecto é descurado e não se proporcionam os meios adequados podemos ter acidentes, como por exemplo as quedas. Sobre este aspecto, convém referir a posição adoptada pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 6), referindo que

“Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”.

Além disso, o Código Deontológico, diz na alínea b) do artigo 79.º que o enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Assim, podemos depreender que, os enfermeiros são responsáveis pelo resultado das decisões que tomam de forma autónoma. Deste modo, correm o risco de lhe serem imputadas as responsabilidades de eventuais acidentes que os doentes venham a sofrer, em consequência de uma má avaliação das necessidades destes, aquando da triagem e posterior encaminhamento.

Outro aspecto do SU que mereceu a minha atenção, foi o sistema de informatização ALERT. O facto de possuir poucos conhecimentos sobre este sistema, fez com que decidisse tornar a aquisição de conhecimentos e competências sobre o sistema de informatização ALERT, num

objectivo pessoal. Como tal, comecei por me informar acerca do ALERT, pesquisando o que já havia sido publicado sobre ele.

O sistema de informatização ALERT foi implementado pela primeira vez no Hospital Distrital de Chaves a 5 de Maio de 2003. Atualmente, está disponível em 9 línguas sendo distribuído em 31 países da Europa, Ásia, África, América do Norte e América do Sul. Segundo a empresa que concebeu este sistema, o seu sucesso deve-se ao facto de ser “uma ferramenta operacional de uso fácil (baseada na utilização de tecnologia touch-screen), que possibilita o acesso aos conteúdos adequados a cada situação clínica e apoia o profissional de saúde no seu processo de decisão clínica” (ALERT, 2008, p. 3). Aliás, de acordo com um Estudo de Análise de Benefícios de Implementação do ALERT PAPER FREE HOSPITAL no Hospital do Espírito Santo de Évora, realizado pelo Centro de Estudos de Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, e citado no próprio site da empresa, a utilização deste sistema tem sido uma mais valia operacional para estas unidades de saúde em relação às restantes. Assim, torna-se claro a importância deste sistema de informatização no contexto de um SU, sendo este uma ferramenta fundamental ao desenrolar das atividades do SU, permitindo aceder à informação, efetuar registos, pedidos, entre outros.

Depois de me informar acerca do ALERT e por forma a ser bem sucedido na sua utilização, comecei por colocar algumas questões à minha tutora, sobre como interagir com este sistema. Seguidamente, sob a sua orientação dei início à utilização do sistema, experimentando várias das suas funções. Após um curto período de interação com o ALERT, sentia-me suficientemente à vontade na sua utilização, precisando apenas esporadicamente de uma orientação sobre uma ou outra situação específica. Assim, em pouco tempo consegui demonstrar à minha tutora que tinha adquirido competências na utilização do ALERT, sendo capaz de interagir de forma adequada e eficaz com ele. Razão pela qual passei a ser autónomo na sua utilização. O facto de possuir experiência na área da informática desde a formação académica, criou uma facilidade de interacção com sistemas operativos e programas informáticos, facilitando o processo de aprendizagem e utilização, mesmo quando esses programas são desconhecidos.

Outro objectivo específico que tracei para este estágio, foi a aquisição de conhecimentos e competências na área das vias verdes (AVC, Coronária e Sépsis), tendo em consideração o impacto positivo que estas têm tido nos serviços de urgências a nível nacional e a importância das mesmas na diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade, com melhoria dos resultados esperados nos utentes.

De acordo com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC) a Região Norte é profícua na incidência de AVC's, apresentando uma taxa elevada de mortalidade e morbilidade, com alguns doentes a ficarem com sequelas e limitações importantes para o resto

da vida. Refere ainda que “A melhoria das acessibilidades dos doentes na fase aguda das doenças cerebrovasculares aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento, poderá conduzir a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade hospitalar e global, por AVC” (CNDC, 2007, p. 4).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, na alínea b), do ponto 2.1, do Parecer relativo ao Ofício – Circular n.º 17228, as vias verdes aparecem “como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e célere, nas etapas pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas frequentes e mais ou menos graves que importa valorizar pela importância que tem na saúde das populações” (CRDC, 2009, p. 70). Assim, as vias verdes surgem não só como forma de melhorar o acesso aos cuidados de saúde, mas também para permitir um tratamento mais eficaz, uma vez que o tempo decorrido entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento, é essencial para a redução da mortalidade e morbilidade.

A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009, p. 1) salienta a importância das vias verdes AVC e Coronária, referindo que “As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por cerca de 30% das mortes ocorridas em 2008 em Portugal, figurando também entre as principais causas de morbilidade, invalidez anos potenciais de vida perdidos”.

Segundo a CRDC (2009, p. 60) , “dados portugueses indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sepsis adquirida na comunidade. Estes casos acarretam uma mortalidade hospitalar global de 38%, ou seja quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC internados no ano de 2007 na área da ARSN (13%)”. Esta comissão refere ainda que “Como para o AVC e o EAM existe para a Sepsis um conjunto de atitudes que, se realizados numa fase precoce da doença, reduzem a morbi-mortalidade. Estas incluem a identificação e estratificação rápidas da doentes, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos. (Ibidem)”

A estratégia adotada para conseguir adquirir competências na área das vias verdes, passou por me deslocar à sala de emergência sempre que uma via verde fosse ativada, participando na abordagem desses doentes de forma ativa. Deste modo, tive a oportunidade de participar na ativação das várias vias verdes por diversas vezes. De realçar, que duas ativações de via verde, uma AVC e outra Sepsis, foram desencadeadas enquanto eu estava como enfermeiro triador, pelo que pude acompanhar todo o desencadear daquele processo desde o início.

A minha experiência profissional prévia, como enfermeiro de anestesia, facilitou a abordagem dos doentes provenientes das vias verdes. Tal facto, deve-se a por vezes estar destacado para: a Neurrorradiologia de intervenção, onde colaboro na anestesia de doentes provenientes da via verde AVC, que têm indicação para realizar tromboembolotomia; a Cardiologia de

intervenção, onde colaboro na sedação de doentes com enfarte agudo do miocárdio, que têm indicação para realizar angioplastia; e a sala de urgência, onde colaboro na anestesia de doentes com Sepsis, que têm indicação para realizar uma laparotomia exploradora.

O SU é a principal porta de entrada de doentes nas unidades hospitalares, apresentando uma grande afluência de doentes, com as mais diversas patologias. Este é composto por uma complexidade muito grande, tanto de profissionais, como também da sua própria estrutura organizacional. Assim, resolvi delinear como objectivos específicos, a aquisição de conhecimentos e competências na área da coordenação de equipas de urgência e na área da gestão dos cuidados.

Segundo Garlet et al. (2009, p. 2), o enfermeiro responsável pela coordenação da equipa de urgência "(...) precisa buscar meios para gerenciar o cuidado de enfermagem, visualizando as necessidades do paciente de forma integral, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem". Já para Gelbcke et al. (2009 p. 137) o enfermeiro coordenador

"precisa organizar o trabalho de forma que cada integrante da equipe de enfermagem contribua com eficiência e competência no atendimento das pessoas que procuram o serviço, especialmente quando este serviço é de cuidados críticos, onde são comuns situações que exigem observações e decisões rápidas e seguras, cuidado frequente e prolongado, que envolve uma sequência de procedimentos invasivos e complexos, mediados pela tecnologia".

Deste modo, pudemos constatar que o enfermeiro coordenador assume um papel de especial relevo, sobretudo quando se trata de situações urgentes e emergentes, que exigem ligeireza na tomada de decisão e coordenação de esforços, para atender às necessidades do doente com doença grave e em estado crítico.

A Ordem dos Enfermeiros também denota preocupação por estas temáticas, pelo que refere nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no ponto 3.6, que "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem". Aliás, esta salienta nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, no artigo 9.º, ponto 4, alínea a), que os enfermeiros "(...) organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem (...); acrescentando na alínea b) do mesmo ponto, que "decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potencializando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade". De igual modo, o Código Deontológico, na alínea d) do artigo 88.º, refere que o enfermeiro deve "Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados". Também salienta no artigo 91.º, que o enfermeiro enquanto membro de uma equipa de saúde tem o dever de

“a) Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;

b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;

c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.

No entanto, se o enfermeiro for especialista, este tem uma responsabilidade acrescida, pelo que a Ordem dos Enfermeiros refere, no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, no artigo 7.º, ponto 1, alínea a), que o enfermeiro “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”. Acrescentando na alínea b) do mesmo ponto, que o enfermeiro “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

Deste modo, pudemos constatar que os todos enfermeiros, desde o de cuidados gerais ao especialista, têm obrigação de saber trabalhar em equipa, quer esta seja intra ou interdisciplinar, bem como gerirem os cuidados que prestam, por forma a contribuírem para a melhoria da resposta global do doente, face às queixas apresentadas. Contudo, ao enfermeiro especialista, acresce a responsabilidade de coordenar a equipa de enfermagem, otimizando os cuidados prestados, bem como fazer a articulação com outras equipas de profissionais.

De acordo com Barbieri (1997, p. 22), “o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o enfermeiro projetar uma imagem positiva quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio”.

O facto de a minha tutora ser especialista em enfermagem médico-cirurgia, coordenadora de uma equipa de urgência e responsável pelo serviço na ausência do chefe, facilitou a aquisição de competências na área da coordenação de equipas de urgência e gestão de cuidados, ao permitir-me contactar com esta realidade desde o início do estágio. Assim, comecei, desde logo, a colaborar com a minha tutora no exercício das suas funções como coordenadora da equipa de urgência.

As responsabilidades do coordenador de equipa, consistiam em: fazer a marcação dos vários elementos da equipa pelos diversos postos de trabalho; acompanhar o trabalho desenvolvido pelos vários elementos, nas várias áreas, prestando auxílio sempre que necessário e fazendo reajustes à distribuição dos enfermeiros por setor, conforme as necessidades de cuidados nessas áreas; servir de referência não só aos enfermeiros, mas também aos outros grupos profissionais, fazendo a articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar,

otimizando a resposta às necessidades do doente; mediar o pedido de transporte intra e interhospitalar; controlar o nível dos vários stocks (consumíveis, medicação, equipamento) e efetuar eventuais pedidos de reposição; controlar o uso de estupefacientes e medicação de registo obrigatório, zelando pelo registo destes e o seu pedido à farmácia.

Esta colaboração iniciou-se de forma progressiva, tornando-se completa já perto do final do estágio neste módulo. O facto de ter reservado alguns turnos para ficar sob a orientação do enfermeiro chefe, tornou a experiência obtida na área da coordenação e gestão, mais enriquecedora e completa. Por outro lado, a frequência da unidade curricular “gestão de serviços”, facilitou este processo de aprendizagem, sobretudo pelos conteúdos lecionados sobre modelos de gestão e competências do enfermeiro gestor, gestão de recursos materiais e de equipamento em saúde, motivação e liderança. De realçar ainda, a minha experiência profissional prévia como enfermeiro responsável de turno na UCPA, em que muitas das responsabilidades exercidas neste contexto são sobreponíveis às exigidas ao coordenador de equipa da urgência, apesar das diferenças entre os dois serviços e as instituições hospitalares em que decorrem.

A comunicação foi outro aspeto que trabalhei bastante neste estágio, atendendo às características inerentes a um serviço de urgência. De acordo com Gelbcke et al. (2009, p.138), a comunicação permite ao “profissional o desempenho de suas ações através de inter-relações com o cliente, a instituição, a equipe médica e o pessoal de enfermagem, buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada”. Já para Garcia (2002), é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre técnicas de comunicação, de modo a facilitar a sua interação com os doentes. Assim, a comunicação poderá ser estabelecida de forma eficaz e profissional, permitindo a alternância de papéis entre o emissor e o receptor.

Outro aspecto importante na comunicação, é a adequação de todo o processo comunicacional em função das situações com que nos deparamos. Deste modo, as nossas interações com os doentes, familiares, pessoas significativas, colegas, ou outros profissionais, ficam facilitadas. Segundo Gameiro (1986, p.8), “A comunicação prepara as pessoas para estarem de acordo umas com as outras, a tomarem decisões e finalmente a executarem-nas em grupo”.

O processo comunicacional foi uma constante ao longo do estágio, pois como refere Atkinson e Murray (1989), mais de 70% do dia de trabalho do profissional passa por atividades relacionadas com a comunicação. Deste modo, tentei sempre otimizar a minha comunicação, adequando a linguagem, o tom de voz e a construção do próprio discurso verbal, em função dos interlocutores e especificidades das situações. De igual modo, procurei que houvesse uma efetividade na minha comunicação, transmitindo a minha mensagem de forma clara, sem desvios ou ambiguidades, respeitando as crenças e cultura das pessoas envolvidas. Assim, no que concerne aos doentes, consegui que a comunicação facilitasse o estabelecimento de uma

relação terapêutica, melhorando a qualidade assistencial. No caso dos elementos da equipa multidisciplinar, a comunicação permitiu melhor as relações sócio-afetivas e relacionais, otimizando a articulação e coordenação de esforços na assistência aos doentes.

Outro fator que ajudou à consolidação de conhecimentos, foi a passagem por todas as valências do serviço de urgência, aproveitando todos os contactos e experiências. Além disso, a partilha de experiências, conhecimentos e reflexões sobre a prática, com os colegas e tutor, também se revelou uma mais valia.

Das várias áreas do serviço de urgência, aquela que mais colocou à prova os meus conhecimentos e capacidades, sobre a abordagem do doente crítico, foi a sala de emergência.

De acordo com Martin citado por Wehbe et al. (2001, p. 88), um enfermeiro que trabalhe na sala de emergência deve possuir “conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda a equipa e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente”. Já para Gomes et al. citado por Wehbe et al. (Ibidem), “Os enfermeiros das unidades de emergência aliam à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional”.

Os turnos que realizei na sala de emergência foram bastante proveitosos, pois fui confrontado variadíssimas vezes com doentes em estado crítico, tendo que reagir perante situações imprevistas e complexas. Estes momentos obrigaram-me a articular o conhecimento teórico, apreendido durante o curso, bem como o resultante das minhas formações anteriores e experiência profissional prévia, na área do doente em estado crítico, com a prática clínica. Por outro lado, permitiram-me desenvolver competências específicas, que facilitaram a organização da prestação de cuidados, permitindo-me agir em situação de emergência de forma célere e eficiente. Assim, fui capaz de abordar o doente em estado crítico de modo sistemático e criativo, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise e tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades éticas e sociais inerentes à profissão.

O resultado final da abordagem a doentes em estado crítico, depende da capacidade de instituir, em tempo oportuno, os procedimentos recomendados. A organização é fulcral numa situação de urgência/emergência, pelo que a eficiência do sistema depende da capacidade de planificar um modelo organizacional, tendo em conta as condições locais. Deste modo, podemos afirmar que a avaliação e o tratamento do doente crítico, requer uma abordagem multidisciplinar, em que cada profissional tem consciência das suas funções, articulando-se de forma complementar e eficiente com os restantes elementos da equipa, promovendo a qualidade assistencial e a melhoria do tempo de resposta.

Estes pressupostos foram particularmente úteis, na abordagem de um doente que deu entrada na sala de emergência, trazido do exterior pelo INEM, em situação de paragem cardio-respiratória. O facto de ter participado nas manobras de ressuscitação do doente, assim como em todo o processo de assistência do mesmo, permitiu consolidar conhecimentos adquiridos durante o curso sobre a abordagem do doente em estado crítico, bem como demonstrar ser capaz de o articular com a prática clínica.

Durante os turnos realizados na sala de emergência, tive ainda a oportunidade de fazer o transporte intra-hospitalar de doentes. Por duas vezes dentro do mesmo edifício, mas para outros serviços, e uma vez para um serviço de outro edifício. Neste último caso, o transporte foi efetuado em ambulância medicalizada.

De acordo com as recomendações para o transporte de doentes críticos (2008, p. 9),

“O transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização, entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado”.

Este pressuposto, enuncia os princípios que fundamentaram a decisão sobre os transportes que efetuei no serviço de urgência, ou seja, a disponibilização de uma melhor qualidade assistencial aos doentes.

Nas recomendações para o transporte de doentes críticos (Ibidem), também encontramos referencia ao planeamento do transporte, referindo que esta é da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem, devendo ter “(...) em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação.” Deste modo, pudemos inferir que o enfermeiro é co-responsável pelo transporte do doente crítico, tendo um papel relevante no seu planeamento. Esta organização do transporte, deve ser revisto ao ínfimo pormenor, em primeiro lugar, porque “O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas” (Ibidem, p. 13), e em segundo lugar, porque “O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar” (Ibidem, p. 10).

Assim, a realização do transporte de doentes críticos, permitiram-me por em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso sobre esta temática, contribuindo para a sua consolidação e desenvolvimento. Além disso, pude por em prática a minha capacidade de avaliação e interpretação de situações complexas, definindo prioridades para o transporte e gestão dos cuidados. De igual forma, permitiu-me escolher a melhor estratégia para efetuar o transporte, ponderando as recomendações existentes, bem como as implicações resultantes das minhas decisões acerca deste, do ponto de vista da responsabilidade ética e social.

Na parte final do estágio, tive a oportunidade de orientar um aluno, do 4º ano do curso de licenciatura. Este foi um momento de aprendizagem bastante enriquecedor, pois tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso sobre supervisão clínica.

De acordo Alarcão e Tavares (1997, p. 197), a supervisão clínica é um

“Processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta outro no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. A supervisão visa o desenvolvimento de competências no supervisionado e deve promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino”.

Já para a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 5), a supervisão clínica pode ser definida como um

“(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. O processo de supervisão, período de prática acompanhada de forma contínua, visa a automatização gradual do supervisionado, em contexto de trabalho, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão”.

Assim, pudemos constatar que o objetivo da supervisão não se restringe ao desenvolvimento do conhecimento, promovendo também o aprimoramento de capacidades reflexivas. Estas capacidades, vão permitir ao supervisionado dar sentido às intervenções desenvolvidas, aprendendo com as experiências dos cuidados. Como diz Zheichner (1993, p. 20), “Não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática”.

Com estes pressupostos em mente, pautei o período de orientação do aluno, atribuindo especial enfoque à reflexão sobre a prática. Deste modo, procurei favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades reflexivas no aluno. Atendendo ao facto de este ser um período de extrema importância na formação do aluno, que visa prepará-lo para entrar no mercado de trabalho, tentei auxiliá-lo a descobrir a sua identidade profissional. Assim, colaborei na integração do aluno no serviço e na equipa, ajudando-o a tomar consciência do seu papel; refleti com ele na e sobre a prática dos cuidados, tornando esses momentos em experiências geradoras de conhecimento; abordei com ele questões relacionadas com necessidades formativas, sendo esta uma forma de identificar e encontrar solução para aspetos que precisam ser desenvolvidos; e a discussão sobre a importância de nos mantermos atualizados, incorporando na prática os resultados da investigação, ou seja, pautar a nossa atuação pela evidência científica.

Por outro lado, este também foi um momento de reconhecimento por parte da minha tutora, de que eu já estava perfeitamente integrado no serviço, não só em termos do seu funcionamento e equipa multidisciplinar, como no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, demonstrando conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundadas na respectiva área de especialização.

1.2 – MÓDULO II - CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio na UCIPU do HSJ foi essencial para o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, pois os doentes presentes nestas unidades são, de um modo geral, aqueles “(...) que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais” (Urden et al., 2006, p. 4). Isto implica que um enfermeiro em cuidados intensivos seja “(...) capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente” (Ibidem, p. 6).

Aliás, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 3), “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

Em relação a este estágio, estava com bastantes expectativas, sobre as inúmeras oportunidades de aprendizagem que poderiam surgir. Acreditava que este poderia dar um enorme contributo na minha formação profissional, bem como para o meu desenvolvimento pessoal e maturação como Enfermeiro. Assim, defini como objectivos pessoais a aquisição de conhecimentos sobre procedimentos e técnicas comuns nas UCI, farmacologia específica e controle de infeção.

Após conversar com a minha tutora, adotei como estratégia para este estágio, prestar cuidados a doentes críticos que, por inerência da sua patologia de base e abordagem no seu tratamento, me proporcionassem momentos de contacto com novas situações clínicas e tratamentos, os quais até então me eram desconhecidos ou então não faziam parte da minha realidade profissional. Deste modo, poderia desenvolver novas competências, aperfeiçoar as que já possuía e adquirir novos conhecimentos. Ao mesmo tempo, conseguiria rentabilizar o estágio ao máximo, tirando todo o partido das oportunidades de aprendizagem que um local como aquele tem para oferecer.

Deste modo, os momentos de aprendizagem foram surgindo, sendo um deles a oportunidade de ficar com uma doente que deu entrada no serviço, transferida de outra UCI de um hospital central, em choque séptico por infeção respiratória, para suporte de ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation).

“O ECMO é uma técnica que permite oxigenar o sangue fora do corpo, através de uma membrana e é utilizado em casos de insuficiência respiratória grave, quando os pulmões estão muito doentes e já não é possível oxigenar o sangue, mesmo com a ajuda de ventiladores.”

Esta técnica também permite substituir o coração em casos de insuficiência cardíaca grave, dispondo de uma bomba para a circulação do sangue. Contudo, não é uma técnica que se possa prolongar durante um período de tempo ilimitado, pelo que o doente só deve ser colocado em ECMO se a doença respiratória ou cardíaca forem reversíveis ou se for candidato a transplante de pulmão ou coração. Por vezes também é utilizado no pós-operatório de cirurgias cardíacas” (Gabinete de Comunicação e Relações Públicas do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, 2011).

Este foi um momento excelente de aprendizagem, pois além de ser uma técnica inovadora, são poucos os hospitais no nosso país que a disponibilizam. Convém realçar que esta técnica foi desenvolvida pela primeira vez em Portugal em Dezembro de 2009 pelo HSJ. Além disso, no hospital onde trabalho não se utiliza esta técnica, pelo que me encontrava no local certo para aprender tudo sobre a mesma, com os profissionais de saúde que mais experiência têm na área.

Contudo, o facto de este tratamento com o ECMO ser inovador, recente e para mim desconhecido, obrigou-me a uma pesquisa bibliográfica intensa e a um trabalho árduo para me familiarizar e saber atuar face aquele dispositivo, bem como os cuidados inerentes ao doente em resultado da presença e manutenção do aparelho, acrescentando aos cuidados que o doente exigia em prol do seu estado de saúde.

Os diálogos com os meus colegas de equipa, não só de enfermagem, mas também da área médica, foram preciosos para esclarecer dúvidas, orientar o estudo sobre o tema e adquirir conhecimentos com quem tem para além do saber teórico, o saber prático, fruto da experiência daquela unidade.

Convém salientar que o doente em causa requeria muitos cuidados de enfermagem, quer fosse em consequência da sua patologia de base (falência respiratória secundária a infeção respiratória), tratamento realizado (com realce para o resgate de ECMO) ou risco iminente de morte (paragem cardíaca, hemorragia...). Como tal, ficava atribuído exclusivamente a um enfermeiro, contudo, muitas vezes era necessária a colaboração de outros colegas na prestação de alguns cuidados, tais como o posicionamento do doente, o banho, etc.

Outro momento que contribuiu para a minha aprendizagem, foi a atribuição de um doente que se encontrava com um Balão Intra-Aórtico (BIA), “(...) dispositivo mecânico de circulação assistida, mais usado, com carácter temporário em caso de falência circulatória. Funciona através de um mecanismo de contrapulsção, de ajuda durante a fase diástolica do ciclo cardíaco, o que permite a redução da pós-carga” (Gonçalo, 2007, p. 20).

Uma vez que o meu conhecimento sobre este tratamento era muitíssimo reduzido e a experiência em lidar com doentes com BIA nenhum, este momento transformou-se num desafio de aprendizagem, pois as minhas intervenções enquanto enfermeiro teriam um impacto considerável no outcome favorável deste doente. Assim, pude intervir ao nível da adaptação do doente ao aparelho - isto na fase em que passou a estar consciente; trabalhar com os

familiares significativos no sentido de estes compreenderem o problema do doente, o curso do tratamento e a sua importância, o porquê e para quê daquele dispositivo, desmitificando crenças erróneas, diminuindo fatores de stress e ansiedade. Fundamentei os meus diagnósticos e guiei as minhas intervenções, tendo por base a teoria das transições de Meleis, o modelo circunplexo de Olson et al. sobre o funcionamento familiar e o Modelo de resiliência do ajustamento da família e adaptação de McCubbin et al.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994, p. 256), podemos definir a transição, como sendo

“(...) a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (...) transições refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa/ambiente (...) denota mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades. Denota uma constelação única de padrões de resposta ao longo de um espaço de tempo”.

Assim, o nosso objetivo enquanto enfermeiros, é proporcionar tanto ao doente, como aos familiares, as condições necessárias para ocorrer uma transição saudável, não esquecendo que “(...) a forma como os seres humanos lidam com as transições e como o meio ambiente afeta esse processo, são questões fundamentais para a Enfermagem” (Meleis 2007, p. 471).

O modelo circunplexo de Olson et al, diz-nos que a adaptabilidade conjugal ou familiar reside na capacidade desse sistema modificar a sua estrutura de poder, os papéis e as regras da relação, em resposta ao stresse de uma situação concreta e determinada, ou por um desenvolvimento vital evolutivo de toda a família (Burr et al., 1987). Ou seja, há uma alusão à importância da resiliência familiar. Esta é definida por Simon et al (2005), como sendo a capacidade de uma família responder positivamente a uma situação adversa e emergir dessa situação sentindo-se fortalecida, com mais recursos e mais confiante que antes. Já McCubbin et al (1988), procura explicar os comportamentos das famílias sob stress estudando, o papel central desempenhado pela força da família, os mecanismos de confronto com as dificuldades, bem como os progressos feitos através do estadio de vida. Deste modo, é essencial que o enfermeiro seja capaz de favorecer a resiliência familiar, para que doente e família emergam favoravelmente de uma situação nociva, através do reconhecimento das próprias forças que esta possui e que se encontram inerentes à capacidade de esta crescer e mudar.

Uma outra oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento resultante deste estágio, prendeu-se com a atribuição de um doente em choque séptico secundário a uma pancreatite, com progressivo agravamento da função respiratória, renal e cardíaca.

Inicialmente, este doente estava em ventilação espontânea (CPAP - Continuous Positive Airway Pressure), progredindo para ventilação controlada via tubo orotraquial e culminando em ventilação controlada via cânula de traqueostomia, com progressivo aumento do volume, PEEP (Positive End Expiratory Pressure) e pressão de ajuda. A nível renal chegou a efetuar dois tipos de técnicas dialíticas: SLED (Diálise Sustentada de Baixa Eficiência) e CVVHDF - Continuous Venous Hemodiafiltration. Em termos hemodinâmicos, a realçar a utilização de um

catéter PCCO (Pulse Contour Continuous Cardiac Output) para a realização de estudos hemodinâmicos. Este permite monitorizar o débito cardíaco de forma minimamente invasiva, mas necessita que o doente possua um catéter arterial na artéria femoral e um catéter central para funcionar. Além disto, tinha uma ferida cirúrgica abdominal infetada e com bastante exsudado, cujo tratamento era feito através de terapia por pressão negativa, com idas regulares ao bloco operatório para limpeza cirúrgica.

Deste modo, por inerência da situação clínica do doente e tratamento instituído, este foi um caso que me obrigou, em primeiro lugar, a aprofundar o meu conhecimento sobre métodos ventilatórios, técnicas dialíticas, monitorização invasiva e tratamento de feridas, pesquisando variadíssima bibliografia sobre o assunto; em segundo lugar, obrigou-me a gerir os cuidados de enfermagem de forma acutilante, planeando muito bem as minhas intervenções e o seu timing, por forma a assegurar que todos os cuidados eram prestados, e eram realizados de forma eficiente; em terceiro lugar, permitiu-me, trabalhar o relacionamento com o doente durante todo o processo de prestação de cuidados, na fase anterior à sedação, e com a família, durante as várias fases de evolução da doença, envolvendo-a na prestação de cuidados e dando informação sobre as alterações vivenciadas pelo doente; em último lugar, permitiu-me desenvolver competências ao nível da comunicação, pela constante necessidade de articulação com os vários elementos da equipa multidisciplinar, por forma a otimizar a resposta assistencial ao doente.

Durante o meu período de estágio na UCIPU, pude contactar com alguns alunos de enfermagem do curso de licenciatura, em estágio de integração à vida profissional. Deste modo, surgiu a oportunidade de estar com estes em alguns momentos, orientando-os e partilhando com eles conhecimentos e experiências, identificando as suas dificuldades e necessidades de formação, esclarecendo dúvidas e auxiliando-os na prestação de cuidados, supervisionando a prestação dos mesmos e colaborando no seu crescimento profissional, refletindo com eles na e sobre a prática.

Outra oportunidade de aprendizagem, surgiu do facto de ter destinado algumas horas do meu período de estágio, para estar com o enfermeiro chefe e a enfermeira especialista do serviço, procurando identificar o tipo de liderança, os métodos de gestão utilizados e as atividades a estes inerentes e desenvolvidas. De igual forma e com o mesmo intuito, também destinei algumas horas para acompanhar o responsável de turno, chegando mesmo a colaborar em algumas atividades como o registo do TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), para avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, e o preenchimento do check-list de verificação das condições de operacionalidade da unidade.

Numa breve análise, posso dizer que não me identifiquei com o estilo de liderança utilizado pelo enfermeiro chefe, predominantemente autoritário, mas sim com o estilo democrático,

utilizado mais frequentemente por a enfermeira especialista e a enfermeira responsável. Quanto à gestão de stock existem alguns programas para pedido de materiais e controlo de custos, instituídos pelo hospital. No entanto, o que mais me agradou foi o uso da Pixis, um sistema de controlo e reposição de fármacos informatizado, que se articula muito bem com a prescrição médica e que pela minha experiência na sua utilização, bem como da conversação com os meus colegas de equipa, posso dizer que funciona de um modo bastante satisfatório. No que concerne à gestão dos recursos humanos, o enfermeiro chefe dava particular importância ao TISS médio da unidade, através do qual justificava a presença de um maior ou menor número de enfermeiros. Quanto às actividades que cada um desempenha, estas encontram-se bem definidas e cada um sabe o que tem a fazer, funcionando o sistema quase sempre de uma forma harmoniosa.

Por último, gostaria de salientar a minha participação no XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva, realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Este foi um momento de aprendizagem, que surgiu em virtude do interesse demonstrado por esta área, nas minhas várias discussões/reflexões com vários elementos da equipa, mais especificamente com um deles, que vim a saber à posteriori fazer parte da SPCI. Assim, este elemento convidou-me a participar no referido congresso, bem como a colaborar na realização de um Workshop sobre Ecocardiografia para intensivistas. Dada a natureza e destinatários da formação, a minha participação passaria por auxiliar na organização da estrutura física e como modelo para a realização dos exames. O programa detalhado do congresso, assim como o certificado de participação, poderá ser visto, respetivamente, no anexo I e II deste trabalho.

Neste congresso pude assistir a várias palestras, contactando com o que se define como estado da arte para cuidados intensivos, ou seja, o que de mais recente existe em termos de conhecimento científico nesta área. Além disso, tive a oportunidade de conhecer e falar com algumas pessoas que são uma referência em áreas de interesse para a Enfermagem e cuja aplicação dos temas tratados, não se limita à área de cuidados intensivos. Alguns desses exemplos foram a abordagem da nova especialidade: a pessoa em situação crítica, e a formação em contexto profissional – competências dos enfermeiros. Deste modo, pude discutir a pertinência de alguns temas, explorando os seus conteúdos, partilhando conhecimentos e experiências, trocando ideias e abordando as dificuldades e os desafios que se colocam à Enfermagem atualmente.

A colaboração na realização do Workshop sobre Ecocardiografia para intensivistas foi um experiência proveitosa, permitindo-me perceber a mecânica de organização de um workshop e como se processa aquele trabalho de bastidor que é menos visível para quem apenas é destinatário do mesmo.

Esta experiência acabou por ser muito enriquecedora para mim a variadíssimos níveis, ou seja, foi significativamente relevante em termos pessoais, académicos, profissionais e sociais, promovendo o meu desenvolvimento e maturação aos vários níveis referidos. Além disso, permitiu-me trazer para o estágio novos temas de interesse para discutir com os elementos da equipa, inclusive a enfermeira especialista e o enfermeiro chefe, quanto à sua pertinência e possível aplicação no serviço. Destes temas, gostaria de salientar a manutenção nutricional do traumatizado, cujo evidência científica apontava para uma abordagem diferente da praticada na UCIPU; e o choque e disfunção múltipla de órgãos, com a abordagem das medidas de controlo na infecção hospitalar e como controlar as infeções nas unidades de cuidados intensivos, cujo interesse estava relacionado com o facto de existir um número elevado de doentes infetados na UCIPU, inclusive por IACS.

2 – SITUAÇÕES PROBLEMA IDENTIFICADAS

Uma situação problema é toda e qualquer situação para a qual desejamos obter uma solução. A sua resolução exige a construção de um raciocínio bem elaborado, colocando à prova todos os nossos conhecimentos e capacidades.

Segundo Polya (1986), a resolução de um problema é na verdade um desafio e um pouco de descobrimento, uma vez que não existe um método rígido que o formando possa sempre seguir para solucionar uma situação problema. Contudo, o autor afirma a existência de passos de pensamento, mais especificamente os de resolução, que podem ajudar o aluno neste processo. Segundo este, existem quatro passos de resolução: compreender o problema, estabelecimento de um plano, execução do plano e o retrospecto.

Assim, ao identificar as situações problema com que me deparei durante o estágio, pretendo demonstrar que possuo uma atitude crítico-reflexiva ao nível da prática clínica e do contexto em que esta decorre. Por outro lado, ao descrever as estratégias sugeridas/implementadas e os trabalhos desenvolvidos para solucionar essas situações, desejo comprovar ser capaz de lidar com questões complexas, articulando a teoria com a prática, com o intuito de produzir soluções e/ou emitir juízos, de forma clara e sem ambiguidades.

2.1 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

Aquando da realização do meu estágio no SU do CHVNGE, identifiquei algumas situações que necessitavam de ser corrigidas ou melhoradas. No entanto, estas eram sobretudo de natureza estrutural e organizativa, cuja margem de manobra para a minha actuação era praticamente nula. Pois a implementação de mudanças a este nível, estariam dependentes dos órgãos administrativos, da política e estratégia por estes definidas para a instituição e da existência de uma certa elasticidade no plano orçamental.

Deste modo, a minha intervenção a este nível foi pautada pela identificação dessas situações e posterior discussão/reflexão com a minha tutora e o enfermeiro chefe do serviço sobre o assunto. Aliás, o Código Deontológico diz, na alínea d) do artigo 88.º, que o enfermeiro deve “Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”.

Uma das situações problema era a própria estrutura física do serviço de urgência, desproporcionada à procura de cuidados de que é alvo e desapropriada em alguns aspectos,

dos quais realço a falta de recursos materiais. Por vezes, esses aspectos conduziam ao aumentando do risco de infecção e à diminuição da privacidade e pessoalidade no acto de cuidar. De acordo com Coelho et al. (2010, p. 3), “ A demanda ampliada para serviços de urgência e emergência gera desorganização da própria unidade, baixa a qualidade de atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso pouco apropriado dos recursos disponíveis. Também repercute na garantia dos direitos de cidadania, particularmente, no acesso aos serviços de saúde”. Sobre este último aspeto, o Código Deontológico refere, na alínea a) do artigo 83.º, que o enfermeiro deve “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”.

Outro situação problema, era a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, a qual condicionava a prestação de cuidados de forma eficientes, comprometendo a qualidade e expondo os profissionais ao stresse. Esta situação devia-se ao número reduzido de elementos por equipa, a grande afluência de doentes à urgência e a necessidade de prestação de cuidados em tempo reduzido. De acordo com Garlet et al. (2009, p. 2), os enfermeiros do serviço de urgência “(...) são interpelados por uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para reconhecer e intervir. Tal organização não se restringe às condições materiais, tecnológicas e de pessoal, mas engloba igualmente a forma de organização e gestão dos processos de trabalho empregados nesses serviços”. Assim, se pretendermos melhorar a qualidade dos cuidados prestados, devemos otimizar o ambiente em que estes ocorrem, assim como as qualificações dos enfermeiros (Aiken et al., 2008) e o seu rácio, face à necessidade de cuidados por eles prestados.

Ao aprofundar a questão do stresse, pude constatar que os enfermeiros, por inerência das suas funções, estão entre os profissionais que mais se encontram expostos a este. De acordo com Harbs et al. (2008, p. 43) “Vários autores consideraram a Enfermagem como uma profissão stressante, devido à vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença”. Aliás, Batista et al. (2006, p 535) refere que “O enfermeiro presta assistência em sectores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e nesse panorama, encontra-se a unidade de emergência e os enfermeiros que lá trabalham”. Segundo este autor, o stressor mais proeminente na atividade do enfermeiro é a carga excessiva de trabalho. Para McIntyre et al. (1999) a exposição ao stresse pode levar os enfermeiros a manifestarem alguns problemas, tais como: cansaço constante, gastrite, hipertensão, herpes, irritabilidade, desmotivação, depressão, entre outros. O que por sua vez pode conduzir a uma diminuição da produtividade, aumento do absentismo, acidentes de trabalho, etc.

Após abordar alguns enfermeiros do serviço acerca do stress, constatei que estes estavam pouco sensibilizados para esta temática, sobretudo ao nível das estratégias para lidar com este tipo de situações. Assim, identifiquei como situações problema, a exposição dos enfermeiros a um elevado nível de stresse. Depois de falar com a minha tutora, o enfermeiro responsável pela formação e o enfermeiro chefe acerca do assunto, ficou acordado que faria um trabalho sobre o stresse no contexto de um serviço de urgência. Deste modo, a realização deste trabalho, permitiria sensibilizar os enfermeiros do serviço para esta temática, bem como dar resposta a uma solicitação do enfermeiro responsável pela formação e do enfermeiro chefe, ou seja, contribuir com um trabalho para a biblioteca “em linha” do serviço.

A biblioteca fazia parte de um projeto do serviço e estava na fase inicial de construção. O enfermeiro chefe pretendia que ela servisse de apoio à formação em serviço e tivesse os seus conteúdos disponíveis “em linha”, de forma a estimular os enfermeiros à sua utilização, uma vez que seria de mais fácil acesso e sem necessidade de deslocação ao local. Por este motivo, além de entregar o trabalho em suporte de papel, disponibilizei o mesmo em formato digital.

O trabalho foi realizado com a designação de “Implicações do Stresse no desempenho dos Enfermeiros no Serviço de Urgência” (Anexo III) e apresenta as principais fontes de stresse inerentes ao exercício da enfermagem num serviço de urgência, as implicações do stresse no desempenho dos enfermeiros e as respetivas consequências para a instituição, referindo ainda as estratégias mais eficazes para lidar com o stresse. A análise e posterior implementação das medidas possíveis, sugeridas por este trabalho, deverão ser passíveis de trazer melhorias ao desempenho e bem estar dos profissionais, ao serviço e à instituição.

A realização deste trabalho teve vários objetivos, tais como:

- Dar resposta a uma situação problema detetada;
- Identificar os principais fatores de stresse no local;
- Determinar as implicações do stresse no desempenho dos enfermeiros;
- Sugerir estratégias para lidar com o stresse;
- Contribuir com um trabalho para a biblioteca “em linha” do serviço;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Com a sua realização, penso ter conseguido demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, através da identificação destas situações problema. Além disso, soube aplicar os conhecimentos adquiridos, à resolução de problemas, num contexto que não me era familiar, construindo um trabalho original e direcionado às necessidades do serviço. Por último,

fui capaz de comunicar o trabalho desenvolvido aos meus pares, de forma clara e sem ambiguidades, pelo que este passou a integrar a biblioteca “em linha” do serviço.

2.2 – MÓDULO II - CUIDADOS INTENSIVOS

Durante o meu período de estágio na UCIPU do HSJ, constatei que os registos de enfermagem eram feitos em papel e em duas modalidades diferentes. Assim, o registo dos diagnósticos de enfermagem e intervenções associadas, fazendo uso da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), eram feitas em folha própria no processo do doente. Enquanto que o registo das vigilâncias e monitorizações, entre outros, eram feitos numa folha padrão que se encontrava normalmente perto da unidade do doente.

Este método de registo apresentava várias desvantagens, tais como: ser um sistema confuso e desmotivante, levar à duplicação de informação ou omissão da mesma em um dos registos, ser dispendioso (gasto desnecessário de maior quantidade de papel), originar perda de informação (o facto de existirem várias folhas independentes facilitava a sua perda) e dificuldade em aceder com brevidade aos dados clínicos.

De acordo com Cunha et al. (2010, p.8), vários autores apontam benefícios na utilização dos sistemas informatizados, em alternativa aos registos em suporte de papel, tais como: “(...) a obtenção de informação organizada mais acessível que facilite o processo de comunicação; a promoção da eficiência e produtividade (facilitar o desempenho, diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas, maior disponibilidade para o cuidado direto ao doente); a promoção da eficácia do cuidado, pois auxiliam os enfermeiros na tomada de decisão (registos padronizados que facilitam a avaliação e pesquisa científica com conseqüente produção do “saber”)”. Concluindo que, os enfermeiros integram de forma positiva os novos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) “(...) nos seus processos de trabalho, considerando-os úteis e atribuindo-lhe vantagens a nível da qualidade da informação (qualidade dos registos, mais informação registada, acesso rápido à informação), da qualidade dos cuidados (cumprimento de todas as etapas do processo de enfermagem, prática baseada na evidência, continuidade e integração de cuidados) e da visibilidade dos cuidados de enfermagem” (Ibidem, p. 10).

A Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 1) também denota, no seu documento que estabelece as normas mínimas para o desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem, preocupação em relação aos registos de enfermagem, considerando-os cruciais para a governação na saúde, dada a “(...) sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspectiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão”. Referindo no entanto,

que “(...) a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente”, sendo necessário “(...) um conjunto de iniciativas visando estimular os responsáveis das organizações e os profissionais, por um lado, e as empresas do sector, por outro, a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem” (Ibidem), para alterar esta situação.

Por outro lado, era frequente encontrar no processo do doente, registos com itens por preencher, sobretudo na folha em que os registos eram feitos usando a CIPE. Por vezes, havia disparidade entre o que era registado numa folha e outra. Além disso, alguns colegas referiram não se sentirem motivados para o uso da CIPE nos registos, manifestando pouco à vontade na sua utilização.

Para Cunha et al. (2010, p.14), “Investir em formação e envolver os colaboradores na elaboração do seu padrão de documentação por parte das organizações de saúde parece também ser uma boa estratégia no favorecimento dessa atitude dado que um maior grau de formação sobre CIPE parece favorecer a atitude dos enfermeiros face aos SIE”.

Convém ainda lembrar, que a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.2), considera que “Tendo em vista maximizar o potencial dos registos electrónicos de saúde, (...) o sistema de informação e os registos electrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)”.

Atendendo à evidência científica, ao estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros e à forma como os registos eram feitos no serviço, identifiquei como situação problema, os registos de enfermagem naquela unidade.

O primeiro passo para a resolução deste problema, consistiu em relatar a situação anteriormente descrita ao enfermeiro chefe e à enfermeira especialista, que era responsável pela formação. De acordo com estes, foi definido que eu iria realizar um trabalho, no qual faria um levantamento dos diagnósticos de enfermagem frequentes na unidade, usando a CIPE.

Assim, designei o trabalho de “Diagnósticos de Enfermagem frequentes em Unidades de Cuidados Intensivos” (Anexo IV). Estes foram apresentados segundo a função, tendo sido abordados aqueles que estavam presentes ao nível da respiração, circulação e temperatura corporal. Além disso, identifiquei factores concorrentes para o estado clínico apresentado pelos doentes e sugeri possíveis intervenções. Como é óbvio haveriam muitos mais diagnósticos de enfermagem para trabalhar, mas dada a morosidade deste tipo de trabalho e a minha limitação temporal para a sua realização, optei por escolher aqueles que me pareceram ser mais frequentes e transversais a todo o tipo de doentes presentes naquela unidade. O trabalho desenvolvido pretende servir de base, para posterior parametrização dos diagnósticos e

intervenções de enfermagem, aquando da passagem dos registos do papel para suporte informático. Além disso, serviu de mote à discussão com os elementos sobre o uso da CIPE, aquando da sua apresentação a estes. Procurando através desta, motivá-los para efectuar os registos de acordo com CIPE.

Outra situação problema, surgiu após conversar com uma das coordenadoras de equipa, através da qual fiquei a saber que vários colegas não estavam sensibilizados para o uso da Escala do Índice Bispectral, mais conhecida pelo acrónimo BIS (Bispectral Index Scale). Também constatei que esta estava ausente do protocolo de sedação e analgesia, adoptado recentemente pelo serviço, e para o qual seria uma mais valia.

De acordo com Olson et al. (2003), até recentemente, a sedação era avaliada de forma indireta, recorrendo essencialmente aos sinais vitais e menos comumente a escalas de sedação subjetivas, tornando o controlo da sedação um desafio para os enfermeiros de cuidados intensivos. Além disso, salienta que o BIS fornece informação clinicamente relevante e objetiva, permitindo ajustar a sedação. De igual modo, Luebbehusen (2005) refere que, o BIS permite medir o efeito hipnótico de anestésicos e sedativos no cérebro, de forma objetiva, contribuindo em combinação com outros parâmetros de monitorização e sinais clínicos, para auxiliar os médicos e os enfermeiros a personalizar a sedação de forma eficiente, atendendo às necessidades dos doentes.

Assim, ao contrapor o que está descrito na literatura, com a situação vivida no serviço, constatei que o BIS não estava a ser aproveitado em todo o seu potencial, perdendo-se alguns dos eventuais ganhos. Deste modo, identifiquei como uma situação problema, o subaproveitamento do BIS.

Após conhecimento dos factos, pelo enfermeiro chefe e a enfermeira especialista, ficou definido que eu iria realizar um trabalho de revisão bibliográfica sobre o uso do BIS em unidades de cuidados intensivos. Este teria como objetivos sensibilizar os enfermeiros para o uso do BIS e discutir a pertinência da sua inclusão, no protocolo de sedação e analgesia adoptado pelo serviço.

Deste modo, construí o trabalho com a designação "O uso da Escala do Índice Bispectral em Unidades de Cuidados Intensivos" (Anexo V). Este permite descrever as características do BIS, as interpretações a retirar da informação que este nos disponibiliza, realçar as vantagens do seu uso e as suas limitações. Além disso, são apresentados dados retirados de alguns estudos, que enfatizam a importância do BIS para um eficaz controlo da sedação e analgesia, traduzindo em valores percentuais o estado de sedação apresentado por doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

O trabalho foi bem recebido pelos enfermeiros, que se mostraram bastante interessados pelo tema, colocando várias questões que tentei esclarecer. A implementação do protocolo de sedação e analgesia contribuiu para aumentar a curiosidade sobre o trabalho realizado, levando vários elementos da equipa a lerem-no e discutirem a sua pertinência.

Durante o estágio constatei que apenas dois, dos cinco locais para lavagem das mãos, possuíam um sensor para accionar a abertura da água e a libertação do sabão. Enquanto que os restantes, possuíam torneiras para a abertura da água e um botão para a libertação de sabão. Em ambos os casos o seu acionamento tinha que ser efectuado com as mãos.

De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2002), não está demonstrado que as máquinas automáticas para lavagem das mãos melhorem a qualidade ou a frequência das mesmas, embora um pequeno número de estudos publicados demonstrem que o uso de tais dispositivos, resulta em melhorias duradouras na higienização das mãos dos profissionais de saúde. Esta entidade refere ainda que, segundo um estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos, os enfermeiros demoraram em média, mais 62 segundos para deixar a cabeceira de um doente, caminhar até uma pia, lavar as mãos e retornar ao atendimento ao doente, comparativamente com o tempo necessário para lavar as mãos com uma base alcoólica colocada na unidade do doente.

Também pude aferir que a solução antisséptica para fricção das mãos se encontrava aos pés da cama do doente e não possuía nenhum sistema que permitisse a sua libertação usando o cotovelo, obrigando ao seu acionamento com a mão. Além disso, sempre que estivéssemos a trabalhar na unidade do doente e precisássemos realizar a fricção antisséptica das mãos, teríamos que nos deslocar aos pés da sua cama.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2009) e o CDC (2002), vários estudos sugerem que a frequência de higienização das mãos é determinada pela acessibilidade nas instalações aos meios para higienizar as mãos. De acordo com a WHO (2009), o fácil acesso à higienização das mãos junto à unidade do doente, em especial através de uma base alcoólica, poderia ajudar a melhorar a adesão a este procedimento. Acrescentando que, é frequente os dispensadores permitirem ao usuário aplicar loção sem usar as mãos contaminadas para tocar o distribuidor (cotovelo – ativado).

Atendendo ao facto de muitos doentes nesta unidade estarem com algum tipo de infeção e ser preconizado isolamento de contato para todos sem excepção, não se compreende esta situação. Um ato que deveria contribuir para prevenir infeções cruzadas e salvar vidas, pode estar de facto a comprometê-las. Assim, identifiquei como uma situação problema o risco de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

Neste caso, a minha intervenção passou por alertar o enfermeiro chefe e a enfermeira especialista para esta problemática, uma vez que as medidas necessárias à sua resolução passam por mudanças na estrutura física e gastos financeiros, que obrigatoriamente têm que ser aprovados pela instituição em causa. Contudo, consegui ter alguns resultados com a minha ação, dado que duas semanas após ter comunicado o problema, foi colocado na unidade de trabalho dos doentes uma solução antisséptica, com um mecanismo que permitia a sua libertação usando o cotovelo em vez da mão.

Através da identificação de todas estas situações problema, penso ter demonstrado espírito crítico para os problemas da prática profissional e o contexto em que esta decorre. Com a realização dos trabalhos sobre o BIS e a CIPE, e a atuação face à prevenção das IACS, comprovei possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da enfermagem médico cirúrgica, que consegui direcionar às necessidades do serviço. Também evidenciei ser capaz de comunicar os trabalhos desenvolvidos, aos enfermeiros, de forma clara e sem ambiguidades, pelo que estes foram alvo de consulta, geradores de discussões e passaram a integrar o arquivo de trabalhos do serviço. Atendendo a todos estes factores, creio ter provado ser capaz de me adaptar a diferentes realidades, desenvolver um processo de atuação eficaz em contextos complexos e de aprendizagem ao longo da vida.

CONCLUSÃO

O estágio é um momento de aprendizagem por excelência, permitindo ao formando através da observação, da reflexão, da avaliação e do trabalho desempenhado, consolidar saberes e demonstrar ser capaz de articular o conhecimento teórico com a prática clínica, mobilizando o conhecimento adquirido em ações fundamentadas e direcionadas a objetivos. A formação em contexto clínico não pressupõe apenas a aquisição de competências, não se limita a um mero agir, nem se centra exclusivamente no conhecimento, mas antes uma transformação pessoal do formando, permitindo-lhe desenvolver uma capacidade crítico-reflexiva, capaz de o preparar para prestar cuidados especializados, mesmo em diferentes contextos.

A realização do estágio revelou-se essencial para o meu desenvolvimento profissional e prática clínica, ao proporcionar-me experiências significativas que contribuíram para a minha aprendizagem, através das intervenções e reflexões efectuadas. Graças a ele, consegui adquirir e desenvolver competências na área da enfermagem médico-cirúrgica, as quais posso perfeitamente aplicar no meu local de trabalho, ou em outros contextos.

A construção do relatório permitiu apresentar de forma coerente, reflexiva, organizada e contextualizada, o percurso traçado ao longo do estágio, dando visibilidade ao processo de aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências. A estrutura adoptada facilitou a descrição das experiências relevantes, a identificação das situação problema e as estratégias sugeridas/implementadas. Por último, contribuiu para a minha formação através do processo reflexivo subjacente à elaboração do mesmo, permitindo-me aperfeiçoar esta capacidade. Deste modo, posso dizer que os objectivos propostos com a sua realização foram atingidos, repercutindo-se como uma mais valia na minha formação.

Os módulos de estágio foram, sem dúvida, locais fecundos em oportunidades de aprendizagem, propícias à aquisição de competências inerentes à especialização em enfermagem médico-cirúrgica e a um crescimento pessoal e profissional. Um dos aspetos positivos na realização destes módulos, foi o facto de estes terem lugar em hospitais diferentes, permitindo-me conhecer a realidade hospitalar de outras instituições, confrontando-me com diferentes métodos de trabalho, organização e estruturação. Esta experiência potenciou a minha capacidade de atuar face ao doente adulto e idoso, com doença grave e em estado crítico, em situações novas e/ou em diferentes contextos, individualmente e/ou inserido numa equipa multidisciplinar. Outro aspeto positivo, foi o facto de, em ambos os locais de estágio, ter contribuído para a resolução de situações problema que identifiquei, quer fosse através das estratégias sugeridas/implementadas, ou dos trabalhos desenvolvidos para esses serviços.

As principais dificuldades sentidas relacionaram-se com a gestão do tempo e a vontade de querer fazer mais e melhor. Com uma carga de 40 horas de trabalho semanal, ter que realizar um estágio em que cada módulo tem 250 horas e arranjar tempo para pesquisar, investigar e desenvolver trabalhos, torna-se complicado. Se ainda quiser acrescentar um tempo para a família, namorar ou vida social, torna-se uma tarefa praticamente impossível. Acredito que se a Ordem dos Enfermeiros, à semelhança do que acontece em outras áreas profissionais, conseguisse que a especialização dos seus membros se enquadrasse no seu horário de trabalho e não acrescendo a este, que a especialização seria ainda mais proveitosa, prazerosa, motivadora e apetecível.

Face a todas as mudanças que sofri, enquanto enfermeiro e enquanto pessoa, ao percorrer todo este trajeto, posso dizer que a especialização em enfermagem valeu a pena e faz sentido. Esta permite que os enfermeiros desenvolvam não só as suas competências de base, bem como adquiram outras na área da enfermagem médico-cirúrgica. Melhora o desempenho do enfermeiros, sobretudo, no que diz respeito, à assistência e prestação de cuidados especializados, ao doente adulto e idoso com doença grave e em estado crítico. Deste modo, a especialização em enfermagem é uma mais valia, não só para os enfermeiros portadores desse título, mas também para as instituições, que passam a estar dotadas de profissionais mais capazes e para os doentes, que vão ser alvo de cuidados mais diferenciados.

Por último, gostaria de referir que, a realização deste curso, além da aquisição e desenvolvimento das competências inerentes à especialização em enfermagem médico-cirúrgica, contribuiu para que me sentisse um profissional mais realizado e motivado, bem como promoveu o meu desenvolvimento pessoal, académico, profissional e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIKEN, L. ET AL. – “**Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes**”; The Journal of Nursing Administration; 2008; 38(5):223-29 [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.NURSINGCENTER.COM/PDF.ASP?AID=930080](http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?aid=930080)

ALARCÃO, ISABEL E TAVARES, JOSÉ – “**Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**”; Coimbra: Livraria Almedina, 2003.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. – “**ALERT – Descrição Sumária**”; 2008; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

http://www.presidencia.pt/archive/doc/ALERT_-_Descricao_Sumaria.pdf

ALLEGRO, S. ET AL. – “**Protocolo de Manchester no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António**”; Norte Médico; 2002; 4(3):42-51 [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

www.nortemedico.pt/download.php?path%3Dpdf%26filename%3DNMC_2002_12_42_nm_12_p42-51.pdf+allegro+cor+branca+triagem+manchester&hl=pt-PT&pid=bl&srcid=ADGEESipZHJkaXk55bhue7KxanQIjPdJOpHnaR9eKrGRrJohBmQDnUdbdSpGlpWCIRH0kprHvIKKICInrIj_itChEiHiPrLkqMAiz_gSHrdihFO6rqfeVAR7VbPeAoUTqH5_l8sRF91&sig=AHIEtbT-qcRyT60wxusE3kSRDctwpk8d-Q

ATKINSON, LESLIE E MURRAY, MARY - “**Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**”; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AZEVEDO, CARLOS E AZEVEDO, ANA - “**Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**”; 6ª Edição; Lisboa: UCE, 2003.

BARBIERI, M. - “**Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros**”; Sinais Vitais; 1997; (10):19-22.

BATISTA, K. E BIANCHI, E. - “**Estresse do enfermeiro em unidade de emergência**”; Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2006; 14(4):534-39; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/RLAE/V14N4/V14N4A10.PDF](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf)

BURR ET AL. - "**OLSON'S CIRCUMPLEX MODEL: A REVIEW AND EXTENSION**"; Family Science Review; 1987; 1:5-22; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://FAMILYSCIENCEASSOCIATION.ORG/ARCHIVED%20JOURNAL%20ARTICLES/VOLUME1/FSR--VOLUME%201%20NUMBER%201/VOL%201%20No%201%20ARTICLE%201.PDF](http://familyscienceassociation.org/archived%20journal%20articles/volume1/fsr--vOLUME%201%20NUMBER%201/VOL%201%20No%201%20ARTICLE%201.PDF)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - "**GUIDELINE FOR HAND HYGIENE IN HEALTH-CARE SETTINGS**"; MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT; 2002; 51(16); [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>

COELHO, M. ET AL. - "**Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil**"; Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2009; 18(4):1-9 [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO - "**Um ano de reflexão e mudança!**"; Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., 2009; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – "**CAMPANHA NACIONAL: MINISTÉRIO DA SAÚDE ALERTA PARA FREQUÊNCIA DE ENFARTE E AVC NOS MESES DE DEZEMBRO E JANEIRO**"; 2009; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

<http://www.jasfarma.pt/noticia.php?id=2757>

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – "**DOCUMENTO ORIENTADOR SOBRE VIAS VERDES DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**"; 2007; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>

CUNHA ET AL. - "**ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE AO SISTEMA INFORMATIZADO DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**"; Revista de Enfermagem Referência; 2010; (1):7-16; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIELO.OCES.MCTES.PT/PDF/REF/V3N1/V3N1A02.PDF](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n1/v3n1a02.pdf)

DECRETO-LEI N.º 161/96, DE 4 DE SETEMBRO, ALTERADO PELO DECRETO-LEI N.º 104/98, DE 21 DE ABRIL – **"Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros"**; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legislação/REPE.pdf>

DOMENICO, EDVANE E IDE, CILENE - **"ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS: PRINCÍPIOS E APLICABILIDADES"**; Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2003; 11(1):115-18; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-11692003000100017&LNG=PT&NRM=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100017&lng=pt&nrm=iso)

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES PÚBLICAS DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE - **"Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO)"**; 2011; [Em linha]. [Consult. 2011-07-01]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.HSM.MIN-SAUDE.PT/CONTENTS/PDFS/DESTAQUES/ECMO.PDF](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/destaques/ecmo.pdf)

GAMEIRO, AIRES - **"NOÇÕES DE PSICOLOGIA E RELAÇÕES HUMANAS"**; Porto: saleseanas; 1986.

GARCIA, S. P. - **"COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE ONCOLÓGICO TERMINAL, EM CONTEXTO HOSPITALAR"**; Nursing; 2002; (165):20-25.

GARLET ET AL. - **"FINALIDADE DO TRABALHO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS"**; Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2009; 17(4); [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?PID=S0104-11692009000400016&SCRIPT=SCI_ARTTEXT&TLNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400016&script=sci_arttext&tlng=pt)

GARRIDO, A., ET AL. - **"Supervisão clínica em Enfermagem: perspectivas práticas"**; Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GELBCKE ET AL. - **"LIDERANÇA EM AMBIENTES DE CUIDADOS CRÍTICOS: REFLEXÕES E DESAFIOS À ENFERMAGEM BRASILEIRA"**; Revista Brasileira de Enfermagem; 2009; 62(1):136-39; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/REBEN/V62N1/21.PDF](http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf)

GONÇALO, MARIA - **“Balão Intra-Aórtico: Cuidados de Enfermagem”**; Comunicar; 2007; 1:20-21; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

<http://www.chne.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7E2F05C5-21F4-4CAE-BB14-059E903CF083/12915/COMUNICARN01.pdf>

HARBS ET AL. – **“Estresse da equipa de enfermagem em um centro de urgência e emergência”**; Boletim de Enfermagem; 2008; 1:41-56; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf

HESBEEN, WALTER - **“Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar ”**; Loures: Lusociência, 2001.

HUDDLESTON, SANDRA E FERGUSON, SONDRÁ - **“Emergências Clínicas: abordagens, intervenções e auto-avaliação”**; 3ª Edição; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LUEBBEHUSEN, MICHAEL - **“TECHNOLOGY TODAY: BISPECTRAL INDEX MONITORING”**; Modern Medicine; 2005; 62(1):136-39; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<HTTP://WWW.MODERNMEDICINE.COM/MODERNMEDICINE/ARTICLE/ARTICLEDETAIL.JSP?ID=178220>

JONES, M. E SHELTON, M. – **“Developing your Portfolio: Enhancing your Learning and Showing your Stuff”**; New York: Routledge, 2006.

MARTINS, H., DAMASCENO, M., ET AL. – **“Pronto-Socorro: diagnóstico e tratamento em emergências”**; 2ª Edição; São Paulo: Manole, 2008.

MCCUBBIN ET AL. – **“TYPOLOGIES OF RESILIENT FAMILIES: EMERGING ROLES OF SOCIAL CLASS AND ETHNICITY”**; Family Relations; 1988; 37:247-54.

MCINTYRE, T. M., ET AL. - **“RESPOSTAS DE STRESS E RECURSOS DE COPING NOS ENFERMEIROS”**; Análise Psicológica; 1999; 3(17):513-27; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<HTTP://WWW.SCIELO.OCES.MCTES.PT/PDF/APS/V17N3/V17N3A08.PDF>

MELEIS, A. E TRANGENSTEIN, P. – **“FACILITATING TRANSITIONS: REDEFINITION OF THE NURSING MISSION”**; Nursing Out-look; 1994; 42(6):255-59.

MELEIS, A. – **“THEORETICAL NURSING: DEVELOPMENT AND PROGRESS”**; 4ª Edição; Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

OLSON ET AL. - "**POTENCIAL BENEFITS OF BISPECTRAL INDEX MONITORING IN CRITICAL CARE: A CASE STUDY**"; Critical Care Nurse; 2003; 23:45-52; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://CCN.AACNJOURNALS.ORG/CONTENT/23/4/45.FULL](http://CCN.AACNJOURNALS.ORG/CONTENT/23/4/45.FULL)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - "**CÓDIGO DEONTOLÓGICO (INSERIDO NO ESTATUTO DA OE REPUBLICADO COMO ANEXO PELA LEI N.º 111/2009 DE 16 DE SETEMBRO)**"; 2009; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/LEGISLACAO/DOCUMENTS/LEGISLACAOOE/CODIGODEONTOLOGICO.PDF](http://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/LEGISLACAO/DOCUMENTS/LEGISLACAOOE/CODIGODEONTOLOGICO.PDF)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - "**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS**"; Divulgar; 2004; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/PUBLICACOES/DOCUMENTS/COMPETENCIASENFCG.PDF](http://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/PUBLICACOES/DOCUMENTS/COMPETENCIASENFCG.PDF)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - "**MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL - FUNDAMENTOS, PROCESSOS E INSTRUMENTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**"; Caderno Temático; 2010; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/DOCUMENTOSOFICIAIS/DOCUMENTS/CADERNOSTEMATICOS1.PDF](http://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/DOCUMENTOSOFICIAIS/DOCUMENTS/CADERNOSTEMATICOS1.PDF)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - "**PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**"; Divulgar; 2002; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/PUBLICACOES/DOCUMENTS/PADROESQUALIDADECUIDADOSENFERMAGEM.PDF](http://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/PUBLICACOES/DOCUMENTS/PADROESQUALIDADECUIDADOSENFERMAGEM.PDF)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - "**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM (SIE) - PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ARQUITECTURA E PRINCIPAIS REQUISITOS TÉCNICO – FUNCIONAIS**"; 2007; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/DOCUMENTOSOFICIAIS/DOCUMENTS/SIE-PRINCIPIOSBASICOSARQ_REQUISITOSTECFUNC-ABRIL2007.PDF](http://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/DOCUMENTOSOFICIAIS/DOCUMENTS/SIE-PRINCIPIOSBASICOSARQ_REQUISITOSTECFUNC-ABRIL2007.PDF)

ORDEM DOS MÉDICOS (COMISSÃO DA COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA) E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - "**TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS RECOMENDAÇÕES**"; 2008; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SPCI.PT/DOCS/GUIATRANSPORTE/9764_MIOLO.PDF](http://www.spci.pt/docs/guiaTransporte/9764_mioLO.pdf)

POLYA, GEORGE - "**A ARTE DE RESOLVER PROBLEMAS**"; 1ª reimpressão; Tradução e adaptação de Heitor Lisboa de Araújo; Rio de Janeiro: Interciências, 1986.

REGULAMENTO N.º 122/2011 - "**REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**"; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

REGULAMENTO N.º 124/2011 - "**REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**"; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

SHEEHY, SUSAN – "**Enfermagem de urgência: da teoria à prática**"; 4ª Edição; Loures: Lusociência, 2001.

SIMON ET AL. - "**UNDERSTANDING AND FOSTERING FAMILY RESILIENCE**"; The family journal; 2005; 13(4):427-36; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://TFJ.SAGEPUB.COM/CONTENT/13/4/427.ABSTRACT](http://tfj.sagepub.com/content/13/4/427.abstract)

URDEN, L. D., KATHLEEN M. S. E MARY E. L. - "**Thelan's Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**"; 5ª Edição; Lusodidata; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – "**WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**"; Who Library Cataloguing-in-Publication Data; 2009; Em linha] [Consult. 2011-07-01].

Disponível em WWW <URL

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

WEHBE, G. E GALVÃO, C. - "**O ENFERMEIRO DE UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PRIVADO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**"; REVISTA LATINO-AMERICANA; 2001; 9(2):86-90; [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

[HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/RLAE/V9N2/11519.PDF](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11519.pdf)

WIKIPÉDIA – "**Aprendizagem**"; 2012; [Em linha] [Consult. 2012-02-20]. Disponível em WWW <URL

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Aprendizagem>

ZAGONEL, I. P. – "**O CUIDADO HUMANO TRANSICIONAL NA TRAJETÓRIA DE ENFERMAGEM**"; Revista Latino-Americana de Enfermagem; 1999; 7(3); Em linha] [Consult. 2011-07-01]. Disponível em WWW <URL

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300005

ZEICHNER, K. – "**A formação reflexiva dos professores: ideias e práticas**"; Lisboa; Educa; 1993.

ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMA CIENTÍFICO DO XIV CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA

INTENSIVA

XIV

CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

CURSOS



Fundamental Critical
Care Support Course



Broncoscopia para
Intensivistas
Advanced Training Course in Intensive
Care – ATIC



Eco cardiografia em
Medicina Intensiva



CTIN
Curso Imersão Terapia
Intensiva Neurológica



Curso Monitorização
Hemodinâmica



Curso de Técnicas de
Substituição Renal

LAGOS
22 a 24 Maio 2011
Hotel Vila Galé



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

Rua Rodrigo de Faria, 204 - 1ª Esq. 3070-345 Lisboa
Teléfono / Fax 351 21 980 82 57
e-mail secretaria@spci.org
www.spci.org

XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva

Presidente: Paulo Maia
Secretário-geral: Álvaro Moreira da Silva
Tesoureiro: João Gouveia

Comissão Executiva

Carlos Glória
Celso Estevens
David Lourenço
João Paulo Almeida e Sousa
José António Pinho
Ricardo Matos

Júri de Comunicações

Antero Fernandes
António Almeida
Celeste Dias
Filipe Pires
José Artur Paiva
José Júlio Nóbrega
Paulo Costa
Pedro Póvoa
Rui Moreno
Silvina Barbosa

Local: Vila Galé Lagos

Estrada da Meia Praia 8600-315 Lagos GPS: 37º 6' 47.8" N; 8º 39' 45.3" W
Tel: (+351) 282 771 400 fax: (+351) 282 771 450
email:lagos@vilagale.pt Reservas: lagos.reservas@vilagale.pt

Boas Vindas

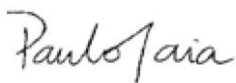
A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos organiza o XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva, em Lagos, regressando assim ao Algarve e mantendo um formato que privilegia os cursos pré-congresso, as comunicações livres e a actualidade das comunicações científicas.

Os cursos pré-congresso escolhidos integram o CITIN, uma mais-valia formativa da responsabilidade da AMIB, que se estabeleceu no nosso calendário científico e que permite a consolidação da estratégia de aproximação aos nossos colegas brasileiros. Merece ainda destaque a realização dos cursos de ecocardiografia (organização conjunta com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia e o módulo de broncofibroscopia ATCIC da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, para além dos cursos FCCS, Monitorização Hemodinâmica e Técnicas de Substituição Renal.

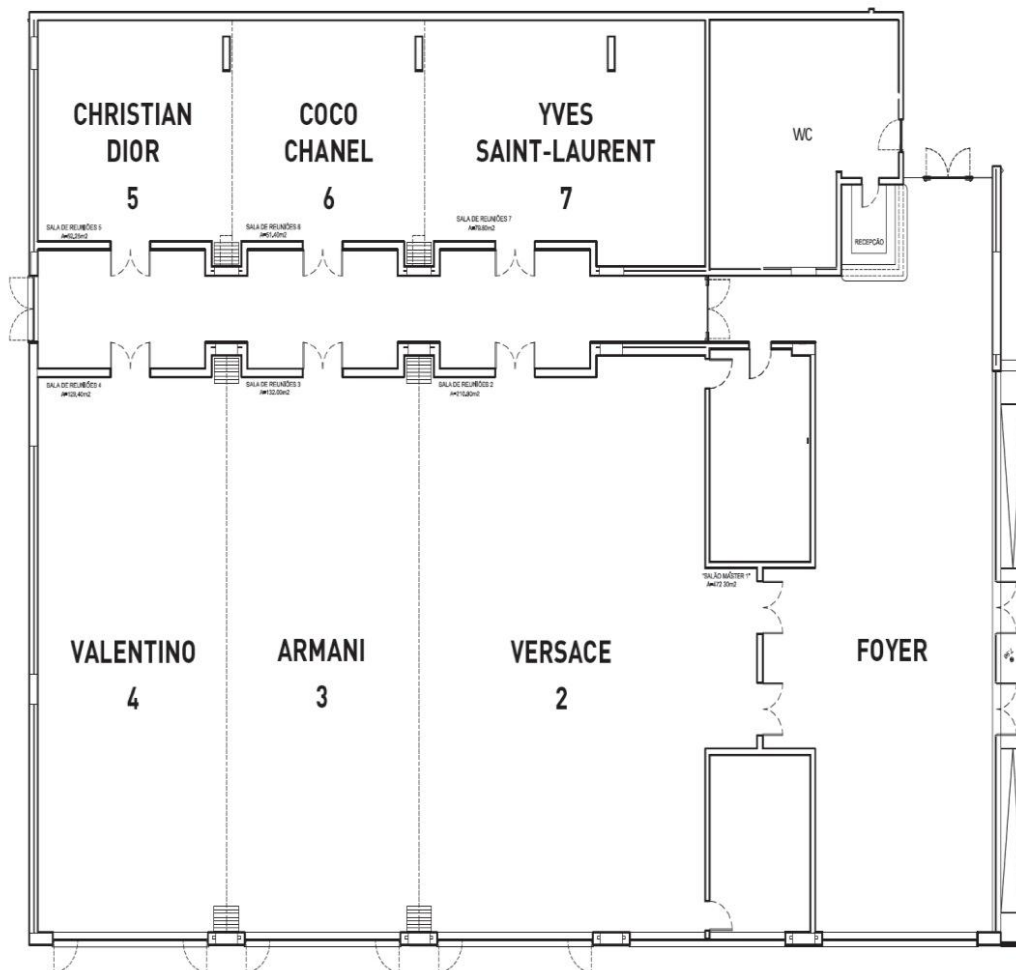
Incluiremos este ano no congresso organizações conjuntas com outras entidades de forma a reforçar a desejável aproximação às mesmas, sob o título de “Simposium SPCI/Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC)” e “Simposium SPCI/Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos”. O primeiro incluirá uma forte vertente científica, reforçando a multidisciplinaridade na prática da Medicina Intensiva; o segundo pretende promover uma plataforma estratégica de entendimento entre ambas as partes para a formação dos futuros Intensivistas em Portugal. No conjunto, pretendemos criar mecanismos duradouros de colaboração da SPCI com outras entidades com fortes responsabilidades na valorização científica dos profissionais que se dedicam à Medicina Intensiva.

Para responder aos desafios da Medicina Intensiva, teremos um programa científico com temas actuais e palestrantes de reconhecido mérito. Durante o nosso Congresso, partilhem ideias e experiências, aproveitando a oportunidade de encontro - várias especialidades, várias profissões, várias nacionalidades, que os programas científico e social oferecem.

Bem vindos a Lagos!



Apoios



Cursos Pré Congresso



Fundamentals of Critical Care Support Course

20, 21 e 22 de Maio,

Curso desenhado pela **Society of Critical Care Medicine (SCCM)**, destinado a preparar não intensivistas para as primeiras 24-48 horas de abordagem do doente crítico



Advanced Training Course Intensive Care - ATCIC – Curso de Broncofibroscopia

20, 21 e 22 de Maio,

Curso em colaboração com a **European Society Intensive Care Medicine (ESICM)**, integrado no programa de aquisição de competências pelo Intensivista, destinado à aprendizagem da técnica da broncofibroscopia em cuidados intensivos.



CITIN- Curso de Imersão em Terapia Intensiva Neurológica

21 e 22 de Maio,

Curso desenvolvido pela **Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)**, visa facilitar o diagnóstico, monitorização e a abordagem do doente neurocrítico.



Curso de Ecocardiografia para Intensivistas

21 e 22 de Maio,

Curso padrão de formação básica em ecocardiografia, desenvolvido em parceria com a **Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC)**, visa dar a informação básica para o uso da ecocardiografia em situações de emergência e monitorização hemodinâmica não invasiva básica.



Curso de Monitorização Hemodinâmica

20, 21 e 22 de Maio,

Curso teórico-prático, onde se aborda a monitorização hemodinâmica como um instrumento de diagnóstico, de monitorização e de orientação do tratamento dos diferentes quadros de falência circulatória aguda.



Curso de Técnicas de Substituição Renal

21 e 22 de Maio,

Curso teórico prático de abordagem das técnicas de substituição renal, *problem based*, com forte componente prático, visando a resolução de problemas relacionadas com o doente e/ou a técnica.

DIA 22 DE MAIO, DOMINGO

Sala Versace

14.30	Segurança e Doente Crítico <i>Moderadores: Ana Maria Mota (Porto) e Richard Maul (Funchal)</i>	
14.30 - 15.00	A UCI segura	Álvaro Réa-Neto (Curitiba)
15.00 - 15.30	Evidência e contexto	Rui Moreno (Lisboa)
15.30 - 16.00	O Papel da simulação clínica na segurança do doente crítico	António Quesada (Santander)
16.00 - 16.30	Café/Chá	
16.30	Coração e Doente Crítico <i>Moderadores: Miguel Tavares (Porto) e Luís Reis (Lisboa)</i>	
16.30 - 17.00	Diagnóstico e abordagem da disfunção ventricular direita no doente crítico	Ederlon Rezende (S. Paulo)
17.00 - 17.30	Falência cardio-respiratória na doença hepática	Julia Wendon (Londres)
17.30 - 18.00	Hemodinâmica no peri-operatório e resultados na UCI	Andrew Rhodes (Londres)
18.00 - 18.30	Efeito dos fluídos na microcirculação	Jacques Duranteau (Paris)
18.30	Cerimónia de abertura Convidados: S ^a Ex.cia Sra. Ministra da Saúde Sr. Presidente da ARS de Faro Sra. Bastonária da Ordem dos Enfermeiros Presidente da ESICM Presidente da SPC	Sr. Presidente da Câmara Municipal de Lagos Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos Presidente da AMIB Presidente da SOTIPE Presidente da SPCI
19.00 - 19.30	Uma longa viagem... <i>Moderador: Paulo Maia (Porto)</i>	João Céu e Silva (Lisboa)
19.30	Cocktail de boas vindas	
21.00	Jantar do Congresso	

Sala Armani

Encontro com o perito

14.30 - 15.15	TCE grave: Edema ou Inchaço? Como trato <i>Moderador: Álvaro Moreira da Silva (Porto)</i>	Jorge Paranhos (S. João Del Rey)
15.15 - 16.00	Como evito a insuficiência renal aguda no trauma <i>Moderador: Armindo Ramos (Cascais)</i>	Alberto Barros (Recife)
16.00	Café/Chá	
Encontro com o perito		
16.30 - 17.15	Como ventilo um doente com traumatismo torácico <i>Moderador: Fernando Rua (Porto)</i>	Piedade Amaro (Sta. Maria da Feira)
17.15 - 18.00	Como uso corticosteróides no trauma <i>Moderador: Paula Castelões (V.N. de Gaia)</i>	Gustavo Trindade Filho (Recife)

Sala Valentino

14.30-15.30	Gestão de ambientes adversos: Trauma Room <i>Moderadores: José António Pinho (Porto) e António Almeida (Lisboa)</i>	
	Formação em contacto Profissional – Competências Enfermeiro	Lucília Nunes (Lisboa)
	A Pessoa em situação crítica (a nova especialidade)	Colégio da Especialidade da Ordem dos Enfermeiros
	Modelo formativo da Suíça	Leonor Vieira (Lausana)
	Gestão e liderança do capital intelectual na performance equipa	Maria Manuel Varela (Évora)
15.30-16.30	Manutenção Nutricional do traumatizado <i>Moderadores: David Lourenço (Viana do Castelo) e Filipe Pires (Lisboa)</i>	
	Como bem nutrir na UCI – fórmulas nutricionais	Rosa Mendes (Lisboa)
	Controlo glicemia – Monitorização pelo Enfermeiro	Filipa Pimenta (Vila Real)
	Complicações na nutrição - Como resolver	Abílio Teixeira (Porto)
16.30- 17.00	Café	
17.00-17.30	Indicadores de Qualidade, a Segurança do Doente na UCI	Renata Pietro (S. Paulo)

DIA 23 DE MAIO, SEGUNDA-FEIRA

Sala Versace

8.30 - 09.30	Comunicações Livres <i>Moderadores: Silvina Barbosa (Porto), Miguel Castelo Branco (Covilhã)</i>	
09.30 - 11.00	Simposium da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia: traumatizado de tórax <i>Moderadores: Paulo Maia (Porto), Mário G. Lopes (Lisboa)</i>	
	Imagiologia cardíaca	SPC
	Abordagem cirúrgica inicial	António Pais Martins (Lisboa)
	Tratamento cirúrgico das principais complicações cardiovasculares	SPC
11.00	Café/Chá	
11.30 - 13.00	Monitorização no trauma <i>Moderadores: Paulo Freitas (Amadora), Margarida Câmara (Funchal)</i>	
	Hemodinâmica	Ederlon Rezende (S. Paulo)
	Cerebral	Celeste Dias (Porto)
	Ventilação	Alberto Barros (Recife)
13.00 - 14.30	Almoço	
14.30 - 15.30	Controvérsias na terapêutica do trauma (I) <i>Moderadores: Paula Coutinho (Coimbra), António Marques (Porto)</i>	
	Objectivos na reanimação	Jacques Duranteau (Paris)
	Solução salina hipertónica no trauma com TCE grave	Jorge Paranhos (S. João Del Rey)
	Hemoderivados no TCE	Álvaro Réa-Neto (Curitiba)
15.30 - 16.30	Controvérsias na terapêutica do trauma (II) <i>Moderadores: Paula Castelões (Vila Nova de Gaia), Paulo Martins (Coimbra)</i>	
	Abordagem do doente com hemorragia	Jacques Duranteau (Paris)
	Sedo-analgésia no TCE	Odin Barbosa (Recife)
	Nutrição artificial	Alberto Barros (Recife)
16.30 - 17.00	Café/Chá	
17.00 - 19.00	Simposium da SPCI e do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos: Formação em Medicina Intensiva <i>Moderadores: Paulo Maia (Porto), Rui Moreno (Lisboa)</i>	
	Medicina Intensiva em Portugal	Rui Moreno (Lisboa)
	Acreditação europeia e educação médica contínua	Andrew Rhodes (Londres)
	Cobatrice e Cobafolio	Jorge Pimentel (Coimbra)
	Proposta de plano integrado de formação :	
	Componente teórica	Ricardo Matos (Lisboa)
	Componente prática	João Gouveia (Lisboa)
	Painel: Francisco George (Lisboa), José Manuel Silva (Coimbra) e Manuel Teixeira (Lisboa)	

DIA 23 DE MAIO, SEGUNDA-FEIRA

Sala Armani		
8.30 - 09.30	Comunicações Livres	
	<i>Moderadores: José Júlio Nóbrega (Funchal), Marta Guinot (Angra do Heroísmo)</i>	
Encontro com o perito		
09.30 - 10.15	Como administro fluidos a cabeceira do doente	Andrew Rhodes (Londres)
	<i>Moderador: Ricardo Matos (Lisboa)</i>	
10.15	Expansão de volume e vasopressores no choque	Jacques Duranteau (Paris)
	<i>Moderador: Pedro Póvoa (Lisboa)</i>	
11.00	Café/Chá	
11.30 - 12.15	Quando interno na UCI um doente com cirrose hepática descompensada?	Julia Wendon (Londres)
	<i>Moderador: Álvaro Moreira da Silva (Porto)</i>	
12.15 - 13.15	Devemos instituir precocemente terapêutica antifúngica nos doentes de cuidados intensivos?	*Patrocínio GILEAD
	<i>Moderador: Luís Pereira (Faro)</i>	
	Pró	Filomena Faria (Porto)
	Contra	Pedro Póvoa (Lisboa)
13.15 - 14.30	Almoço	
Encontro com o perito		
14.30 - 15.15	Como gerir a ressuscitação com fluídos no doente séptico	Andrew Rhodes (Londres)
	<i>Moderador: Miguel Tavares (Porto)</i>	
15.15 - 16.00	Como uso os biomarcadores no diagnóstico da disfunção cardíaca	Ederlon Rezende (S. Paulo)
	<i>Moderador: Carlos França (Lisboa)</i>	
16.00	Café/Chá	
16.30 - 17.15	Como ventilo na doença pulmonar obstrutiva	Pedro Póvoa (Lisboa)
	<i>Moderador: Carlos Glória (Portimão)</i>	
17.15 - 18.00	Como e quando uso drogas vasoactivas no TCE grave	Jorge Paranhos (S. João Del Rey)
	<i>Moderador: Celeste Dias (Porto)</i>	
18.00 - 19.00	Comunicações Livres	
	<i>Moderadores: Antero Fernandes (Almada), Próspero Luís (Vila Real)</i>	

DIA 23 DE MAIO, SEGUNDA-FEIRA

Sala Valentino		
8.30	Comunicações Livres. <i>Moderadores: Alice Coelho (Porto) e Paulo Costa (Porto)</i>	
9.30-10.30	A Abordagem do Doente Traumatizado <i>Moderadores: Fernando Alves (Vila Nova de Gaia) e Sónia Rocha (Matosinhos)</i>	
	Via Verde do Trauma	Jorge Silva (Lagos)
	Guidelines em reanimação cardio-respiratória	Manuel Pedreira (Évora)
	Abordagem no atendimento pré-hospitalar	Rui Campos (Porto)
10.30 -11.00	Como avaliar a dor <i>Moderadores: Helena Carneiro (Viseu) e Jandira Carneiro (Vila Real)</i>	Nacho Latorre (Madrid)
11.00	Café	
11.30-12.30	Choque e Disfunção Múltipla de Órgãos <i>Moderadores: Leonor Feijó (Porto) e Ricardo Coxo (Cascais)</i>	
	Via Verde da Sépsis – Triagem	Alexandre Azevedo (Porto)
	Choque - Intervenções de Enfermagem	Joaquim Nércio (Guarda)
	Medidas de Controlo na Infecção Hospitalar	Salomé Coutinho (Portimão)
	As infeções na UCI – Como Controlar	Rui Pereira (Porto)
12.30-13.00	Sedação e Analgesia na UCI – Autonomia da Enfermagem <i>Moderadores: José António Pinho (Porto) e Nacho Latorre (Madrid)</i>	Renata Pietro (S. Paulo)
13.00	Almoço.	
14.30-15.30	O Politraumatizado: intervenções de Enfermagem <i>Moderadores: Joaquim Nércio (Guarda) e Rui Pereira (Porto)</i>	
	Trauma Abdominal	Victor Inácio (Lisboa)
	Trauma Torácico	Fernando Alves (Vila Nova de Gaia)
	Lesões renais e Rabdomiólise	Sónia Rocha (Matosinhos)
16.00-16.30	Como avalio a Dor – BPS <i>Moderadores: António Almeida (Lisboa) e David Lourenço (Viana do Castelo)</i>	Jean-Francois Payen (Lyon)
16.30	Café	
17.00-18.00	Aspectos neurocríticos em contexto intensivo <i>Moderadores: Renata Pietro (S. Paulo) e Rui Pereira (Porto)</i>	
	Traumatismos Crâneo-Encefálicos	Leonor Feijó (Porto)
	Sépsis como complicação tardia do trauma	Joana Couto (Portimão)
	Monitorização multimodal	Ricardo Coxo (Cascais)
18.00-18.30	Delírium e Alucinações - Efeitos ou consequências das UCI <i>Moderadores: Carla Sampaio (Vila Nova de Gaia) e Leonor Vieira (Lausana)</i>	Carla Teixeira (Vila Real)

DIA 24 DE MAIO, TERÇA- FEIRA

Sala Versace

8.30 - 09.30	Comunicações Livres <i>Moderadores: Francisco Esteves (Vila Real), José Pedro Saraiva (Viseu)</i>	
09.30 - 11.00	A infecção no trauma <i>Moderadores: Carlos França (Lisboa), José Artur Paiva (Porto)</i>	
	Profilaxia Antibiótica	Gustavo Trindade Filho (Recife)
	Implicações do trauma na farmacocinética	João Gonçalves Pereira (Lisboa)
	Sépsis	Álvaro Réa-Neto (Curitiba)
11.00 - 11.30	Café/Chá	
11.30 - 13.00	Técnicas de circulação extra corporal: o que há de novo? <i>Moderadores: João Gouveia (Lisboa), Júlio Nóbrega (Funchal)</i>	
	Suporte hepático	Julia Wendon (Londres)
	ECMO	Roberto Roncon (Porto)
	TSR	Armindo Ramos (Cascais)
13.00 - 14.00	Almoço	
14.00 - 14.30	Conferência com patrocínio (Gambro)	
14.30 - 15.30	Estratégias em ventilação mecânica <i>Moderadores: Piedade Amaro (Sta Maria da Feira), Antero Fernandes (Almada)</i>	
	O recrutamento alveolar revisitado	Fernando Rua (Porto)
	Precisamos de <i>bundles</i> na ventilação!	Carlos Glória (Portimão)
15.30 - 16.30	Infecção no politraumatizado <i>Moderadores: Richard Maul (Funchal), Paula Coutinho (Coimbra)</i>	
	Sistema nervoso central	José Artur Paiva (Porto)
	Pneumonia associada ao ventilador	João Gonçalves Pereira (Lisboa)
	Infecção intra-abdominal	Próspero Luís (Vila Real)
16.30	Cerimónia de Encerramento	

Sala Armani

8.30 - 09.30	Comunicações Livres <i>Moderadores: Celso Estevens (Faro) e Margarida Câmara (Funchal)</i>	
	Encontro com o perito	
09.30 - 10.15	Como gerir o doente com encefalopatia hepática <i>Moderador: Paulo Freitas (Amadora)</i>	Julia Wendon (Londres)
10.15	Avaliação inicial do doente traumatizado grave: tomada de decisões, análise e discussão de casos clínicos <i>Moderador: João Almeida Sousa (Coimbra)</i>	António Quesada (Santander)
11.00 - 11.30	Café/Chá	
11.30 - 12.15	Como abordar a coagulopatia no trauma <i>Moderador: Marta Guinot (Angra do Heroísmo)</i>	Odin Barbosa (Recife)
12.15 - 13.00	Como abordar a lesão medular aguda <i>Moderador: Francisco Esteves (Vila Real)</i>	Gustavo Trindade Filho (Recife)
13.00 - 14.30	Almoço	

DIA 24 DE MAIO, TERÇA- FEIRA

Sala Valentino	
8.30	Comunicações Livres. <i>Moderadores: Zita Bastos (Porto) e Paulo Costa (Porto)</i>
9.30-10.30	O Trauma em doentes específicos: o que têm em comum <i>Moderadores: Abílio Teixeira (Porto), David Lourenço (Viana do Castelo)</i>
	A Grávida Wilson Moleiro (Caldas da Rainha)
	O idoso Jandira Carneiro (Vila Real)
	O Queimado Mário Lopes (Porto)
	A Criança Cândida Durão (Lisboa)
10.30 -11.00	Evolução do PNAD (Plano Nacional da Avaliação da Dor) Helena Carneiro (Viseu) <i>Moderadores: José António Pinho (Porto) e Jandira Carneiro (Vila Real)</i>
11.00 –	Café
11.30-12.30	Como dar uma Má Notícia <i>Moderadores: Salomé Coutinho (Portimão), Catarina Vaz (Cascais)</i>
	Técnicas efectivas de comunicação e gestão de conflitos Márcio Pereira (Lisboa)
	Cuidados no final da vida – Dor e Luto Leonor Vieira (Lausana)
	Relação de Ajuda em situações Críticas Sónia Coelho (Lisboa)
	Stress Pós-Traumático Carla Sampaio (Vila Nova de Gaia)
12.30-13.30	Transplante e Doação de Órgãos <i>Moderadores: António Almeida (Lisboa) e José António (Porto)</i>
	Situação actual em Portugal – como melhorar? Rosário Caetano (Porto)
	Diagnóstico de morte encefálica – aspectos clínicos Helena Carneiro (Viseu)
	Manutenção do dador – papel do enfermeiro Marco Martins (Lisboa)
13.30-	Almoço
14.30-15.30	Prevenir e reabilitar duas realidades duas visões <i>Moderadores Filipe Pires (Lisboa) e Rosário Caetano (Porto)</i>
	Mobilização e Reabilitação Vértebro-medular Ana Luísa (Lisboa)
	A reabilitação nas UCIs Brasileiras Renata Pietro (S. Paulo)
	Prevenção de Úlceras de Pressão: viabilidade tecidular Catarina Vaz (Cascais)
	Reabilitação Familiar – Consulta de <i>follow-Up</i> Carla Sampaio (Vila Nova de Gaia)



Cursos:

FCCS - Fundamentals of Critical Care Support

FDM - Fundamentals of Disaster Management

ATCIC – Broncofibroscopia

ATCIC – Hemodinâmica

ETPOD - European Training Program Organ Donation

Organização:



**ANEXO II – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO XIV CONGRESSO NACIONAL DE
MEDICINA INTENSIVA**



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva

22 a 24 de Maio de 2011

CERTIFICADO

Certifica-se que este presente Jorge António Pinto Moreira
no XIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva da Sociedade Portuguesa de
Cuidados Intensivos, que se realizou no Hotel Vila Galé - em Lagos.

Lagos, 24 de Maio de 2011

Paulo Jaia

Presidente da Sociedade
Portuguesa de Cuidados Intensivos

**ANEXO III – IMPLICAÇÕES DO STRESSE NO DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA**



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**IMPLICAÇÕES DO STRESSE NO DESEMPENHO DOS
ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

por Jorge Moreira

Porto, 18 de Novembro de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**IMPLICAÇÕES DO STRESSE NO DESEMPENHO DOS
ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

por Jorge Moreira

Sob orientação de: Prof^a Lúcia Rocha

Porto, 18 de Novembro de 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
O STRESSE E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA	7
I. Fontes de Stresse inerentes ao exercício da Enfermagem num Serviço de Urgência	7
II. Implicações do Stresse sobre o Enfermeiro do Serviço de Urgência	8
III. Estratégias para lidar com o Stresse	9
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surgiu no decorrer do meu estágio no serviço de urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho, no contexto do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A escolha deste tema, deve-se ao facto de constatar, aquando da realização do meu estágio, que os enfermeiros daquele serviço estavam bastante expostos ao stresse, o que por vezes constituía um problema ao desempenho das suas funções.

Por outro lado, verifiquei que a formação destes profissionais sobre esta temática era reduzida, sobretudo no que respeitava às estratégias para lidar com o stresse. Isto traduzia-se numa diminuição da eficácia e efetividade das respostas por estes apresentadas, face aos problemas com os quais se deparavam.

Assim sendo e com o objetivo de contribuir para a resolução desta situação, resolvi fazer um trabalho de revisão bibliográfica sobre esta temática, procurando a obtenção de resultados da investigação válidos e relevantes.

A análise e posterior implementação das medidas possíveis, sugeridas por este trabalho, deverão ser passíveis de trazer melhorias ao desempenho e bem estar dos profissionais, ao serviço e à instituição.

Por outro lado, este trabalho também pretende ser um contributo para o recente projeto do serviço, que consiste na criação de uma biblioteca, com disponibilização “em linha” para os enfermeiros, servindo de apoio à formação e investigação.

Neste trabalho vou utilizar o método descritivo, de forma a apresentar as principais fontes de stresse, inerentes ao exercício da enfermagem num serviço de urgência, as implicações do stresse no desempenho dos enfermeiros e respetivas consequências para a instituição, e por último, as estratégias mais eficazes para lidar com o stresse.

O STRESSE E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

O stresse é algo que está presente na vida do Homem, desde os primórdios da civilização. Porém, este foi sofrendo alterações na mesma medida em que o Homem foi evoluindo, manifestando-se atualmente de diferentes formas e nas mais variadas áreas.

Deste modo, o stresse passou a fazer parte do nosso quotidiano, pelo que passamos a estar em permanente contacto com este⁽¹⁾. De origem multifatorial, varia de indivíduo para indivíduo, sendo susceptível de alterar o estado emocional destes e interferir de forma direta no seu estado físico. Pelo que é considerado uma doença psicossomática⁽³⁾.

No entanto, os efeitos nocivos do stresse não atingem somente a população em geral, extendendo-se aos profissionais de saúde, sobretudo aqueles que trabalham em instituições hospitalares. Isto deve-se ao facto de estas instituições, serem compostas por uma complexidade muito grande, tanto de profissionais, como também da sua própria estrutura organizacional, condicionando um ambiente altamente stressante⁽³⁾.

A principal porta de entrada de doentes nas unidades hospitalares é o serviço de urgência. Um local de atividade muito intensa e alvo de várias reformas nos últimos anos.

Aqui os profissionais de saúde têm que lidar com pessoas debilitadas física e emocionalmente, com alterações no seu estado de saúde e em risco de vida, o que contribui para a ocorrência de situações de ansiedade e tensão no seio das equipas de urgência⁽³⁾.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2002), 90% da população mundial é afetada pelo stresse, o que lhe confere aspetos de uma epidemia global⁽¹⁾.

I. FONTES DE STRESSE INERENTES AO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os enfermeiros, por inerência das suas funções, prestam assistência em áreas consideradas desgastantes, quer seja pela carga de trabalho, como pelas especificidades dos cuidados a prestar.

Um dos locais que se destaca nesta conjetura, é o Serviço de Urgência, com enfoque na área da emergência⁽¹⁾.

Dado o crescente interesse da comunidade científica sobre esta temática, podemos encontrar presentemente vários artigos sobre a mesma. Aliás, vários deles centram-se especificamente no estudo do stresse em enfermeiros a trabalhar em serviços de urgência.

Destes artigos^(1,2,3,5,7), sobressaem como principais fontes de stresse, os seguintes factores:

- Nº reduzido de elementos nas equipas de enfermagem;
- Elevada carga de trabalho;
- Necessidade de prestar cuidados em tempo reduzido;
- Condições do ambiente físico da unidade;
- Falta de reconhecimento profissional e institucional;
- Indefinição do papel do Enfermeiro;
- Assistência ao utente e relacionamento com os familiares.

Convém ainda realçar o facto de muitos enfermeiros terem mais de um vínculo profissional e trabalharem por turnos, o que prejudica o tempo destinado ao lazer, família, trabalhos domésticos e vida social. O facto de a maioria dos enfermeiros serem mulheres, contribui para o agravamento da situação mencionada anteriormente^(3,5).

II. IMPLICAÇÕES DO STRESSE SOBRE O ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

É do conhecimento geral, que cada pessoa reage de forma individual aos estímulos que é alvo no seu dia a dia, ou seja, existe uma certa unicidade na forma como cada indivíduo percepção estes estímulos, lhes atribui significado e aciona os mecanismos necessários à sua resolução⁽³⁾. Aliás, é este processo que determinará uma transição saudável ou não destes momentos, criando limiares de esgotamento por stresse, diferentes de pessoa para pessoa.

Os estudos realizados sobre esta temática permitem, ainda, apontar no sentido de existir uma relação entre o stresse e o aumento da incidência de problemas físicos e psicológicos, tais como cansaço constante, gastrite, hipertensão, herpes, irritabilidade, crises de pânico, exaustão, desmotivação e depressão, entre outros^(3,8). Além disso, esses problemas podem também conduzir a uma diminuição da produtividade, aumento do absentismo, acidentes de trabalho, erros de desempenho, invalidez, problemas familiares e ideação suicida^(3,8).

Quando o indivíduo está constantemente exposto ao stresse, como é o caso dos enfermeiros do serviço de urgência, e não consegue uma resolução saudável para o mesmo, pode surgir o chamado síndrome de Burnout.

Segundo a Health Education Authority (2008), a Enfermagem é a quarta profissão mais stressante no sector público ⁽⁵⁾.

III. ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESSE

Existe a crença errónea, de que os profissionais de saúde estão imunes à doença, pelo facto de possuírem conhecimentos nessa área. Mas o que as pessoas se esquecem, é que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, sobretudo no que diz respeito a lidar com emoções, sofrimento e inclusive a morte ⁽⁵⁾.

No caso dos enfermeiros do serviço de urgência, em que o ritmo de trabalho é intenso e exigente do ponto de vista físico e mental, convém que lhes sejam proporcionadas as condições necessárias ao desempenho das suas funções e que aprendam a trabalhar os seus mecanismos de *coping* ⁽⁵⁾.

O coping consiste na forma como o indivíduo procura mudar as circunstâncias, ou as interpretações que faz das mesmas, com o intuito de as tornar menos ameaçadoras. Se este for eficaz, o indivíduo adapta-se à situação e o stresse é reduzido. Por outro lado, se este for ineficaz, o nível de stresse aumenta, podendo-se tornar patogénico ⁽³⁾.

Algumas das estratégias de coping usadas pelos enfermeiros são ⁽⁸⁾:

- Apoio Social;
- Estruturação – capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e a energia;
- Liberdade Financeira – liberdade de preocupações financeiras;
- Monitorização do stresse – consciência do stress pessoal, do desenvolvimento de tensão e de situações de stress;
- Sociabilidade;
- Confiança - confiança na capacidade da pessoa estar apta a enfrentar com êxito uma situação de stress

Outros recursos de *Coping* considerados desejáveis para lidar com o stresse são ⁽⁸⁾ :

- Tempo de Lazer;
- Manter um bom relacionamento com os doentes;
- Melhorar os conhecimentos clínicos/práticos;
- Grupos de discussão;
- Fazer pausas no trabalho;
- Reservar tempo livre para si próprio.

Segundo Twycross (2003), a resolução do stresse nos enfermeiros passa pelas seguintes medidas ⁽⁶⁾ :

- Trabalhar em equipa:
 - Partilha de decisões e responsabilidades;
 - Apoio e respeito mútuos;
- Boa comunicação dentro da equipa multidisciplinar;
- Recursos e serviços de apoio adequados;
- Metas realistas;
- Manter-se aberto para receber apoio dos doentes;
- Folgas, alimentação e repouso adequados;
- Tempo disponível para recreação:
 - *Hobbies*;
 - Restauração espiritual.

CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho consegui dar resposta a uma situação problema identificada por mim, ao efetuar uma avaliação crítica do serviço de urgência e que consistia, na presença de um elevado nível de stresse nos enfermeiros que lá trabalhavam.

Por outro lado, ao elaborar este trabalho e entregando-o ao serviço, contribuí para um dos seus projetos. Neste caso, a criação de uma biblioteca para colocação de artigos científicos e outro material de interesse, com disponibilização “em linha” para os enfermeiros, servindo de apoio à formação e investigação.

A execução deste trabalho, também permitiu concluir que, por vezes, os níveis de stresse se elevam de tal forma, que este se torna nocivo. Nestes casos, o desempenho da equipa de enfermagem vai ser afetado, havendo uma diminuição da eficiência e da qualidade dos cuidados prestados.

Através da revisão bibliográfica por mim efetivada, consegui apresentar as principais fontes de stresse, inerentes ao exercício da enfermagem num serviço de urgência, as implicações do stresse no desempenho dos enfermeiros e respetivas consequências para a instituição, e por último, as estratégias mais eficazes para lidar com o stresse.

Deste modo, através da leitura deste trabalho, torna-se possível aos profissionais de saúde colmatarem eventuais necessidades formativas nesta área, bem como identificarem as estratégias mais eficazes para lidarem com o stresse.

Por outro lado, a implementação das medidas sugeridas neste trabalho, deverão ser passíveis de trazer melhorias ao desempenho e bem-estar dos profissionais, ao serviço e à instituição, tal como é apontado pelos estudos que o suportam.

Gostaria de realçar que, para que os enfermeiros consigam fazer face ao stresse e proporcionem aos utentes e acompanhantes um atendimento efetivo e eficaz, torna-se necessário melhorar a formação profissional destes e providenciar o seu acompanhamento psicológico, promovendo o recurso a mecanismos de coping de forma adequada.

A estrutura física da urgência deve ser adequada à prestação dos cuidados que lá são praticados e dimensionada para a realidade à qual dá resposta. De igual modo, também os recursos humanos e materiais devem contemplar essa mesma realidade e procura.

Deste modo, as instituições hospitalares ao proporcionarem os meios e implementarem as medidas necessárias ao desempenho das funções por parte dos enfermeiros do serviço de urgência, contribuem para que estes sejam capazes de reduzir os seus níveis de stresse e

consequentemente melhorem a qualidade e quantidade do trabalho produzido. Assim, o aumento dos índices de produtividade, qualidade e satisfação por parte dos utentes em relação ao serviço de urgência será um facto e contribuirá para o aumento do prestígio e classificação da instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista, K. M., Bianchi, E. R. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006; 14(4):534-9. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf>

2. Bozza, M. S., Fontanela, G. A. Os factores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência. Nursing. 2008. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.nursing.com.br/paper.php?p=423>

3. Carneiro, M. C., Avaliação do estresse do enfermeiro em unidade de emergência hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – Cescage. Ponta Grossa. 2010. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://monografias.brasilecola.com/enfermagem/avaliacao-estresse-enfermeiro-unidade-emergencia-hospitalar.htm>

4. Da Costa, J. R., De Lima, J. V., et al. Stress no trabalho do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2003; 37(3):63-71. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf>

5. Harbs, T. C., Rodrigues, S. T., et al. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. Boletim de Enfermagem. 2008; 1:41-56. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf

6. Lourenço, S., Cunha, T. Cuidar em Fim de Vida - Impacto nos Profissionais. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica). Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Lisboa 2006. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://pt.scribd.com/doc/2454684/Cuidar-em-Fim-de-Vida-Impacto-nos-Profissionais>

7. Mangolin, E. G., Nunes, N. A., et al. Avaliação do nível de estresse emocional na equipe de enfermagem de hospitais de Lins/SP. Saúde em Revista. 2003; 5(10):21-8. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude10.pdf>

8. McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., et al. Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. Análise Psicológica. 1999; 3(17):513-27. [Em linha]. [Consult. 2011-11-18]. Disponível em WWW <URL

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a08.pdf>

**ANEXO IV – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FREQUENTES EM UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS**



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FREQUENTES

EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

por Jorge Moreira

Porto, 21 de Junho de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FREQUENTES

EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

por Jorge Moreira

Sob orientação de: Prof^a Lúcia Rocha

Porto, 21 de Junho de 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A FUNÇÃO	7
I. Respiração	7
II. Circulação	15
III. Temperatura Corporal	23
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surgiu no decorrer do meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) do Hospital de São João (HSJ), no contexto do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A escolha deste tema, deve-se ao facto de constatar, aquando da realização do meu estágio, que os registos de enfermagem eram feitos em papel e em duas modalidades diferentes. Ou seja, existiam folhas para o registo dos diagnósticos de enfermagem e as suas intervenções, fazendo uso da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e outras folhas para o registo das vigilâncias e monitorizações, entre outros.

Este sistema de registos apresentava como desvantagens, o facto de se tornar confuso, levar à duplicação de informação ou omissão da mesma em um dos registos, dispendioso (gasto desnecessário de maior quantidade de papel), perda de informação (o facto de existirem várias folhas independentes facilita a sua perda) e morosidade na consulta dos dados clínicos.

Por outro lado, verifiquei que alguns elementos da equipa não se sentiam à vontade com o uso da CIPE, apresentando algumas dificuldades no uso da sua linguagem e registos.

De forma a contribuir para a melhoria desta situação, decidi realizar este trabalho no qual procederei ao levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UCIPU, segundo a CIPE, identificando fatores concorrentes e possíveis intervenções.

Este trabalho também pretende servir de mote à discussão com os elementos da equipa sobre o uso da CIPE, estimulando-os a pensar os cuidados e a efetuar os registos de acordo com esta.

Além disso, poderá ser utilizado como base para a posterior parametrização dos diagnósticos de enfermagem daquele serviço, aquando da passagem dos registos em papel para suporte informático.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A FUNÇÃO

I. RESPIRAÇÃO

HIPERVENTILAÇÃO
<p>É um tipo de Ventilação com as características específicas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ aumento da frequência respiratória,▪ aumento da profundidade da inspiração e do volume da expiração,▪ aumento do volume corrente com hipocápnia e▪ alcalose respiratória, acompanhada de vertigens, desfalecimento, entorpecimento dos dedos das mãos e dos pés. <p>(ICN, 2002)</p>
<p><u>Fatores concorrentes:</u></p> <p>Ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hipóxia▪ Choque▪ Febre▪ Intoxicação por salicilatos▪ Intoxicação por anfetaminas▪ Desequilíbrio ácido-base (acidose).
<p><u>Diagnósticos de Enfermagem: Hiperventilação</u></p> <p>Risco de Hiperventilação</p>
<p><u>Intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vigiar respiração▪ Monitorizar respiração▪ Monitorizar frequência cardíaca▪ Monitorizar tensão arterial▪ Monitorizar consciência▪ Monitorizar SaO2▪ Instruir exercícios respiratórios▪ Otimizar Ventilação:<ul style="list-style-type: none">- gestão da atividade física- gestão do repouso- posicionamento▪ Referir hiperventilação ao médico

HIPOVENTILAÇÃO

É um tipo de Ventilação com as seguintes características específicas:

- diminuição da frequência respiratória,
- diminuição da profundidade da inspiração e do volume da expiração, acompanhada de cianose e
- aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO₂).

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- Intoxicação alcoólica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Comprometimento de movimentos diafragmáticos
- Doenças do sistema nervoso
- Supressão do estímulo hipóxico em doentes com DPCO.
- Desequilíbrio ácido-base (alcalose).

Diagnósticos de Enfermagem: Hipoventilação

Risco de Hipoventilação

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar respiração (amplitude, ritmo, tipo de músculos utilizados, simetria da expansão torácica, sons respiratórios/ruídos adventícios)
- Monitorizar respiração
- Monitorizar consciência
- Monitorizar Sat.O₂
- Vigiar pele e mucosas
- Instruir exercícios respiratórios
- Otimizar ventilação:
 - gestão da atividade física
 - gestão do repouso
 - posicionamento
- Referir hipoventilação ao médico

DISPNEIA

É um tipo de Respiração com as características específicas:

movimento laborioso da entrada e saída do ar nos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratório, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessório, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.

(ICN, 2002)

Fatores Concorrentes:

- alterações da ventilação
- alterações na relação ventilação/ perfusão
- alterações metabólicas
- perturbações do sistema nervoso
- alterações imunológicas / ambientais
- doença cardíaca
- causa psicogénica

DISPNEIA FUNCIONAL

É um tipo de Dispneia com as seguintes características específicas:

falta de ar associada com a atividade física, tal como a ginástica e a marcha.

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- Alterações da ventilação
- Alteração da V/Q
- ↓ PaO₂ ↑ PaCO₂
- Hipóxia

DISPNEIA EM REPOUSO

É um tipo de Dispneia com as características específicas:

Falta de ar quando em repouso em posição confortável.

(ICN, 2002)

Fatores Concorrentes:

- Alteração da V/Q descompensada
- Alterações metabólicas (resp-Kussmaul)

ORTOPNEIA

É um tipo de Dispneia em Repouso com as características específicas:

falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou de supina.

Fatores Concorrentes:

- Alteração da V/Q descompensada
- Doença cardíaca, ICC
- Hipertensão pulmonar

Diagnósticos de Enfermagem:

Dispneia

Dispneia Funcional

Dispneia em Repouso (Aguda/Crónica)

Risco de Dispneia

Conhecimento sobre Dispneia

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar:
 - Respiração
 - Sat. O2
- Vigiar respiração
- Auscultar pulmões
- Iniciar/manter repouso
- Iniciar/manter Oxigenoterapia
- Otimizar ventilação através de posicionamento
- Posicionar pessoa
- Instruir exercícios respiratórios
- Motivar exercícios respiratórios
- Gerir ambiente físico
- Planear refeições
- Instruir técnica de relaxamento

HIPÓXIA

É um tipo de Trocas Gasosas com as seguintes características específicas:

redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstricção periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.

(ICN, 2002)

Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Hipóxia

Hipóxia

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar respiração
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar consciência
- Monitorizar Sat. O2
- Auscultar sons respiratórios
- Vigiar pele e mucosas
- Otimizar respiração:
 - gestão da atividade física
 - gestão do repouso
 - posicionamento
- Ventilar com ambu + O2
- Iniciar/manter oxigenoterapia

LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

Limpeza das vias aéreas é um tipo de respiração com as características específicas:

processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões, capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas.

(ICN, 2002)

EXPETORAR

Expetorar é um tipo de limpeza das vias aéreas com as características específicas:

Expulsão de muco, material mucopurulento ou líquidos, da traqueia, brônquios e pulmões por meio da tosse ou escarro.

(ICN, 2002)

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar respiração
- Vigiar respiração
- Monitorizar Sat. O₂
- Vigiar pele e mucosas
- Auscultar pulmões
- Motivar a Expetorar
- Assistir a Expetorar
- Instruir técnica de tosse
- Incentivar técnica de tosse
- Vigiar secreções (quantificação, características, fluidez)

TOSSIR

Tossir é um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas:

expulsão súbita do ar dos pulmões após uma inspiração profunda e encerramento da glote; reflexo de protecção para limpar as vias aéreas associado a irritação das mesmas.

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- Infeções respiratórias
- Neoplasia pulmonar
- Traumatismos (Orofaringeos, Torácicos)
- Doenças alérgicas
- Doença cardiopulmonares (insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão...)

Diagnósticos de Enfermagem: Tossir excessivo

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar tosse
- Incentivar Hidratação
- Gerir ambiente
- Referir tosse ao médico

ASFIXIA

Intervenções de Enfermagem:

- Posicionar a pessoa em decúbito lateral (posição lateral de segurança)
- Remover corpo estranho (varredura com dedo, usar pinça apropriada ou dedo em garra)
- Executar manobra de Heimlich
- Aspirar Laringe/Traqueia
- Executar Traqueotomia
- Abertura a nível do 2º e 3º anel da traqueia
- Executar cricotiroidectomia
- Referir asfixia ao médico

ASPIRAÇÃO

É um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas:

inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- Mastigação comprometida / Deglutição comprometida / Vômito
- Malformações congénitas
- Efeito secundário de medicamento
- Alterações neurológicas e de consciência
- Alterações neuromusculares
- Dispneia
- Fístula traqueoesofágica
- Cirurgia da cabeça e pescoço
- Presença de SNG
- Presença de cânula de traqueostomia
- Presença de tubo endotraqueal (...)
- (...) todas as situações em que se verifique diminuição ou ausência dos reflexos: sucção, tosse, deglutição, da glote e da laringe.

Diagnósticos de enfermagem: Aspiração

Risco de Aspiração

Intervenções de Enfermagem:

- Posicionar (decúbito lateral)
- Aspirar Traqueia
- Referir aspiração ao médico

II. CIRCULAÇÃO

DÉBITO CARDÍACO

É um tipo de função cardíaca com as características específicas:

Quantidade de sangue ejetada por minuto do ventrículo esquerdo de modo a suportar uma pressão de perfusão sistêmica, pulsos periféricos normais, ritmo e sons cardíacos normais e preenchimento das veias jugulares, associada à tolerância à atividade e ao nível de atividade.

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Doença da válvula aórtica e mitral;
- Cardiomiopatia (Dilatada, Hipertrófica, Restritiva)
- Tamponamento cardíaco;
- Hipotermia;
- Arritmia;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- Doença Cardíaca congênita;
- Hemorragia;
- Queimadura;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Choque Cardiogénico;
- Hipertensão (...)

Diagnóstico de enfermagem: Débito Cardíaco Diminuído

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar temperatura
- Vigiar temperatura (extremidades)
- Monitorizar pulso (radial/ apical/ periféricos)
- Vigiar pulso (radial/ apical/ periféricos)
- Monitorizar ritmo cardíaco (traçado ECG)
- Monitorizar respiração
- Vigiar respiração
- Monitorizar consciência
- Vigiar pele
- Monitorizar TA
- Monitorizar entradas e saídas de líquidos
- Monitorizar preenchimento capilar
- Monitorizar Sat. O2
- Iniciar / manter oxigenoterapia
- Promover repouso

Diagnósticos de enfermagem associados: Dispneia Funcional/Dispneia em Repouso

ARRITMIA

É um tipo de função cardíaca com as características específicas:

Variação do ritmo normal da contração auricular e ventricular do miocárdio associada à função “pacemaker” do nódulo sino-auricular.

(ICN, 2002)

Fatores concorrentes:

- EAM
- Insuficiência cardíaca Congénita
- Alterações endócrinas
- Alterações eletrolíticas (cálcio, potássio, magnésio)
- Cardiomiopatia
- Doença cardíaca valvular
- Cirurgia cardíaca
- Ação colateral de medicamentos (efeito colateral: aminofilina, dopamina, estimulantes, digoxina, beta-bloqueadores, dobutamina, lidocaína, diuréticos...)

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar ritmo cardíaco (traçado ECG)
- Avisar emergência
- Otimizar pacemaker temporário
- Otimizar pacemaker definitivo
- Otimizar cardioversor/disfibrilhador interno (CDI)

Função Vascolar – é um tipo de circulação com as características específicas: fluxo de sangue através das artérias e veias centrais e dos vasos sanguíneos capilares periféricos.

Pressão sanguínea – é um tipo de função vascular com as características específicas: força exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração e das circulações sistémicas e pulmonar.

Hipertensão – é um tipo de pressão Sanguínea com as características específicas: bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal.

Hipotensão – é um tipo de pressão sanguínea com as características específicas: bombagem de sangue através dos vasos sanguíneos com pressão inferior ao normal.

(ICN, 2002)

PERFUSÃO DOS TECIDOS

Perfusão dos tecidos é um tipo de função vascular com as características específicas: movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento de pêlos.

(ICN, 2002)

Caraterísticas definidoras:

- Dor intensa e continua (com o andar e em repouso)
- Extremidades frias e pálidas
- Pele brilhante
- Sensação tátil diminuída (formigues e dormência)
- Enchimento capilar superior a 3 segundos
- Pulsos arteriais distais diminuídos ou ausentes
- Atividade motora (força muscular) diminuída ou ausente
- Úlcera no calcanhar, maléolos ou dedos dos pés
- Unhas duras e grossas
- Crescimento de pêlos diminuído
- Cicatrização de feridas diminuída

Fatores concorrentes:

- Dispositivos de imobilização (ex. aparelhos e talas gessadas, ligaduras)
- Procedimentos invasivos
- Abdómen volumoso
- Hipovolémia / Desidratação
- Edemas
- Hipotermia
- Doenças arteriais (arteriosclerose, aterosclerose, arteriosclerose obliterante, tromboangeite obliterante ou doença de Buerger, doença de Raynaud, embolia arterial, aneurisma e fistula arteriovenosa nas extremidades)
- Diabetes Mellitus
- Hábitos /estilos de vida inadequados
- (...)

Diagnósticos de Enfermagem: Risco de perfusão dos tecidos diminuída

Perfusão dos tecidos diminuída

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar pulso (periférico)
- Vigiar Pulso(periférico)
- Monitorizar Sat. O2
- Monitorizar TA
- Vigiar pele
- Vigiar temperatura
- Vigiar sensação tátil
- Monitorizar enchimento capilar
- Manter membros pendentes
- Manter mãos agasalhados
- Manter pés agasalhados
- Promover repouso na cama (fase aguda)

CHOQUE

É um tipo de perfusão dos tecidos com as características específicas:

Insuficiência circulatória que se caracteriza por um deficiente retorno venoso ao coração com a conseqüente redução do débito cardíaco, fluxo sanguíneo inadequado, perda do volume circulatório, e por disfunção celular com risco de vida, associado a ansiedade intensa, falta de forças, suores, falta de ar, hipotensão, arritmia, edema da laringe, náuseas e vômitos e diarreia, descida súbita e acentuada da pressão sanguínea, pele fria, taquicardia e oligúria.

(ICN, 2002)

Diagnósticos de enfermagem: Risco de Choque

Choque

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar TA
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar tempo de preenchimento capilar
- Monitorizar temperatura
- Monitorizar consciência
- Monitorizar Sat. O₂
- Monitorizar Respiração
- Vigiar Respiração
- Vigiar pele
- Vigiar sensação tátil
- Monitorizar entrada e saída de líquidos
- Posicionar em decúbito lateral de segurança
- Posicionar em Trendelenburg modificada
- Iniciar oxigenoterapia
- Gerir ambiente
- Referir choque ao médico
- Avisar emergência

PERDA SANGUÍNEA

É um tipo de função vascular com as seguintes características específicas: perda sanguínea a partir do sistema vascular associado a lesão de um ou mais vasos sanguíneos, fluxo de sangue através de um orifício ou de uma solução de continuidade da pele ou de uma cavidade, órgão ou espaço entre os tecidos.

(ICN, 2002)

HEMORRAGIA

É um tipo de perda sanguínea com as características específicas:

perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar. (ICN, 2002)

HEMATOMA

É um tipo de perda sanguínea com as características específicas:

colecção e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associados a traumatismos ou hemostase incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa, com coloração azul, esverdeado escuro ou amarela.

(ICN, 2002)

PERDA SANGUÍNEA/HEMORRAGIA/HEMATOMA

Fatores concorrentes:

- Procedimentos invasivos
- Procedimentos cirúrgicos / Intervenção cirúrgica
- Traumatismo
- Terapêutica anti-coagulante
- Discrasias Sanguíneas (...)

Diagnósticos de Enfermagem: Perda sanguínea

Hemorragia

Risco de hemorragia

Risco de Perda sanguínea

Diagnóstico associado: Risco de choque

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar TA
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar temperatura
- Monitorizar consciência
- Monitorizar Respiração
- Vigiar Respiração
- Vigiar pele
- Monitorizar entrada e saída de líquidos
- Monitorizar preenchimento capilar
- Manter repouso no leito
- Posicionar pessoa:

- Semi-fowler (Hemorragia cerebral)

- Decúbito dorsal com membro inferior elevado (sangramento arterial)

- Elevar parte do corpo com perda sanguínea ou hemorragia (arterial)
- Cobrir parte do corpo com penso compressivo
- Clampar vaso com garrote
- Comprimir parte do corpo (com perda sanguínea ou hemorragia)
- Comprimir artéria (ou pontos de pressão com os dedos ou palma da mão)
- Comprimir capilar
- Comprimir veia
- Ensinar sobre auto-vigilância: perda sanguínea
- Observar presença de sangue (fezes, urina, nariz, boca...)
- Recorrer aos profissionais de saúde se: cefaleias intensas; hematúria; hematemeses; hemoptises; epistáxis; gengivorragias ou outras perdas sanguíneas.

Diagnóstico de enfermagem: Hematoma

Intervenções de Enfermagem:

- Manter parte do corpo em repouso
- Aplicar frio - 1º fase:

Colocar saco de gelo

Colocar compressa com álcool

Colocar bolsa de gel gelada

- Aplicar calor - 2ª fase:

Colocar invólucro quente

Colocar saco de água quente

Colocar parte do corpo em água quente (40-43º)

III. TEMPERATURA CORPORAL

HIPERTERMIA

É um tipo de termorregulação com as características específicas:

diminuição da capacidade de regular o termostato interno acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada a disfunção do sistema nervoso central ou endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.

(ICN, 2002)

Diagnóstico de enfermagem: Hipertermia

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar temperatura
- Monitorizar pulso
- Vigiar Pulso
- Monitorizar Respiração
- Vigiar Respiração
- Monitorizar Consciência
- Vigiar pele
- Monitorizar tensão arterial
- Remover roupas / cobertor
- Aplicar toalhas molhadas na face, axilas e virilhas
- Aconselhar a ingestão de líquidos frios
- Gerir o ambiente

HIPOTERMIA

É um tipo de termorregulação com as características específicas:

diminuição da capacidade de regular o termóstato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disjunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.

(ICN, 2002)

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar temperatura
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar respiração
- Vigiar a respiração
- Monitorizar pressão arterial
- Vigiar pele
- Agasalhar a pessoa
- Colocar manta de aquecimento
- Gerir o ambiente (temperatura ambiente entre 20 e 25°C)
- Dar banho de água quente

FEBRE

É um tipo de temperatura corporal com as características específicas:

elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termóstato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltos, agitação, cefaleias ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada de pele quente e ruborizada e sudação.

(ICN, 2002)

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar temperatura
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar respiração
- Vigiar respiração
- Monitorizar consciência
- Vigiar pele
- Remover roupas
- Dar banho com água tépida,
- Aplicar "parches" de água tépida.
- Iniciar a ingestão de líquidos frios
- Gerir antipirético

CONSTRIÇÃO PELO FRIO

Constrição pelo frio é um tipo de temperatura corporal com as características específicas:

temperatura corporal anormalmente baixa devida a exposição prolongada a ambiente muito frio por razões terapêuticas ou exposição prolongada a um ambiente muito frio com sensação de frio, pele pálida e extremamente fria, cianose, rigidez muscular, respiração lenta e superficial, discurso lentificado, introversão, amnésia, desmaio e frequência cardíaca lenta, arritmia, confusão, acompanhada de andar aos tropeços ou desorientação.

(ICN, 2002)

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar temperatura
- Monitorizar pulso
- Vigiar pulso
- Monitorizar respiração
- Vigiar respiração
- Monitorizar pressão arterial
- Vigiar pele
- Vigiar rigidez muscular
- Agasalhar a pessoa (colocar manta de aquecimento, roupa interior, luvas, meias, touca)
- Colocar manta de aquecimento
- Gerir o ambiente (manter temperatura ambiente entre 20 e 25°C)
- Dar banho de água quente

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho surgiu após efetuar uma avaliação crítica da UCIPU e identificar algumas lacunas nos registos de enfermagem. Estas tornavam os registos confusos, o processo dispendioso, moroso, desmotivante e propenso a perda de informação.

Além disso, alguns elementos da equipa não se sentiam à vontade com o uso da CIPE, apresentando algumas dificuldades no uso da sua linguagem e registos.

Ao elaborar este trabalho sobre diagnósticos frequentes naquela unidade e entregando-o ao serviço, pretendi contribuir para o melhor conhecimento destes por parte dos enfermeiros, bem como melhorar a interpretação e utilização da CIPE por parte destes, favorecendo um processo de transição em termos de registos que está em marcha no hospital, mas que se encontra atrasado nesta unidade.

Por outro lado, este trabalho poderá ainda servir de base à posterior parametrização dos diagnósticos de enfermagem daquele serviço, aquando da passagem dos registos em papel para suporte informático, revelando-se uma mais valia, não só para os enfermeiros, mas também para o serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE). [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>

**ANEXO V – O USO DA ESCALA DO ÍNDICE BISPECTRAL EM UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS**



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**O USO DA ESCALA DO ÍNDICE BISPECTRAL EM
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

por Jorge Moreira

Porto, 21 de Junho de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O USO DA ESCALA DO ÍNDICE BISPECTRAL EM

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

por Jorge Moreira

Sob orientação de: Prof^a Lúcia Rocha

Porto, 21 de Junho de 2011

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
O USO DA ESCALA DO ÍNDICE BISPECTRAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	7
I. Características do monitor de BIS	8
II. Interpretação das mudanças no padrão geral do Eletroencefalograma	9
III. Limitações do BIS	10
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surgiu no decorrer do meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) do Hospital de São João (HSJ), no contexto do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A escolha deste tema, deve-se ao facto de constatar, aquando da realização do meu estágio, que vários colegas não estavam sensibilizados para o uso da Escala do Índice Bispectral, mais conhecida pelo acrónimo BIS (Bispectral Index Scale). Além disso, também verifiquei que esta estava ausente do protocolo de sedação e analgesia, adotado recentemente pelo serviço, e para o qual seria uma mais valia.

O BIS surgiu em 1992 tendo sido aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos da América em 1996^(3,16), para monitorizar a hipnose e em 2003 como indicador da profundidade anestésica^(9,17). O reconhecimento das vantagens, segurança e fiabilidade do BIS, levaram a que outras entidades, tais como: a Joint Commission, a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) e a Federação Europeia para o Ensino da Anestesia (FEEA), procedessem também elas à sua aprovação⁽⁹⁾.

Apesar do BIS ter sido inicialmente usado no bloco operatório, para monitorizar o nível de consciência de forma objetiva em doentes submetidos a anestesia geral, rapidamente foram percebidas as suas potencialidades para ser usado noutras áreas, entre as quais as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)^(6,8).

Assim, de forma a contribuir para um melhor aproveitamento de todas as potencialidades do BIS e sensibilizar os enfermeiros para o uso deste, realizei este trabalho no qual abordo as características do monitor, a interpretação das mudanças no padrão geral do eletroencefalograma e as limitações deste aparelho. Além disso, também pretendo que este trabalho sirva de mote à discussão entre os elementos do serviço, da pertinência da inclusão do BIS no protocolo de sedação e analgesia adotado pela unidade.

O USO DA ESCALA DO ÍNDICE BISPECTRAL EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

O uso do BIS nas UCI deve-se à presença nestas unidades de vários doentes sedados e analgésicos, os quais poderiam beneficiar deste tipo de monitorização ^(6,8).

O BIS tem a vantagem de ser um dispositivo não invasivo, que reflete um sinal processado do eletroencefalograma (EEG) e fornece um índice do grau de sedação, traduzindo o efeito hipnótico dos sedativos e/ou analgésicos e anestésicos sobre o cérebro ^(1,3,8). Segundo alguns autores, a informação dada pelo BIS tem significado clínico relevante para proceder a ajustes na sedação e analgesia, dada a natureza objetiva da monitorização da consciência que proporciona ^(1,2,5,6,7,8).

Este facto levou os profissionais de saúde a mudarem a sua atuação, deixando de se pautar exclusivamente por uma avaliação subjetiva, em que a sedação era guiada pela experiência clínica dos profissionais e avaliada indiretamente, através da monitorização dos sinais vitais e, menos comumente, usando escalas de sedação subjetivas, passando a incorporar informações objetivas provenientes dos dados do BIS ^(6,8,11).

Alguns estudos apontam o controlo ineficaz da sedação e analgesia, como possíveis geradores de resultados adversos e complicações ^(5,6,8,11,15). De facto, segundo um estudo, mais de 69% dos doentes presentes em UCI estariam inapropriadamente sedados. Sendo que, 54% estariam sobressedados, 15,4% sub-sedados e apenas 30,6% estariam adequadamente sedados ^(6,15).

O mesmo estudo, considera como consequências da sobressedação:

- ✓ Aumento do tempo de ventilação mecânica;
- ✓ Aumento do tempo de permanência em UCI;
- ✓ Custos adicionais com os cuidados;
- ✓ Aumento do risco de delírio;
- ✓ Necessidade de testes adicionais de diagnóstico;
- ✓ Diminuição da capacidade de cicatrização de feridas;
- ✓ Diminuição da motilidade gastro-intestinal;
- ✓ Comprometimento da fiabilidade de exames neurológicos.

E como consequências da subsedação:

- ✓ Medo, ansiedade e agitação manifestada pelo doente;
- ✓ Maior necessidade de cuidados de enfermagem;
- ✓ Custos adicionais;
- ✓ Remoção de dispositivos médicos;
- ✓ “Recordações” desagradáveis.

CARACTERÍSTICAS DO MONITOR DE BIS

Deste modo, é crucial que os profissionais de saúde se encontrem familiarizados com o monitor BIS, os seus componentes e a sua interpretação. O monitor de BIS encontra-se representado na Figura 1, onde podemos visualizar os seus vários componentes-chave.

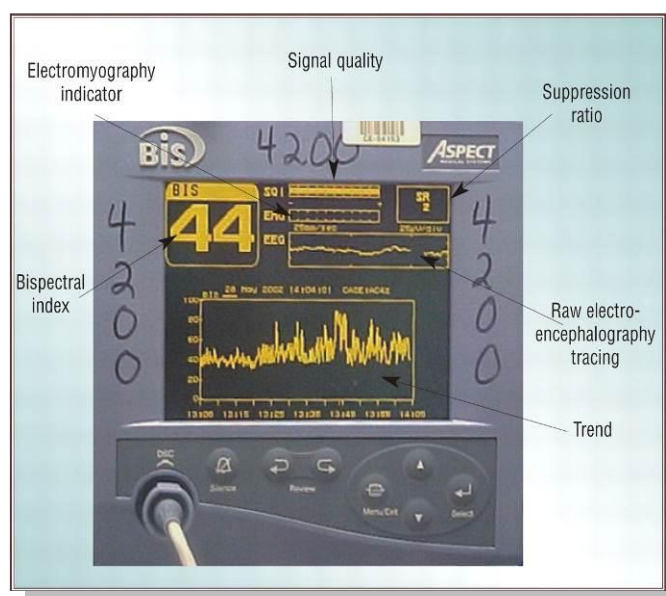


Figura 1 - Monitor de Bis (8)

O valor do BIS é exibido no canto superior esquerdo do monitor e a sua pontuação pode variar entre 0 (ausência de atividade eléctrica cerebral) e 100 (doente acordado), traduzindo um decréscimo do nível de consciência à medida que o seu valor diminui. A variação do nível de consciência de acordo com o valor do BIS, encontra-se esquematiza de uma forma simples na Figura 2.

Existe um canal com o traçado em bruto do EEG, que pode ser exibido de forma contínua. A qualidade do sinal é dada pelo signal-quality-index (SQI), sendo a sua fiabilidade diretamente

proporcional ao seu valor. A barra de eletromiografia (EMG) reflete a estimulação muscular, que pode ser causada pelo aumento do tônus muscular ou movimento muscular. Algumas das principais causas do aumento da EMG são a atividade motora, a dor, o movimento dos olhos e o mau contacto do eléctrodo⁽⁸⁾. A fiabilidade do BIS é inversamente proporcional ao aumento da EMG. A taxa de supressão (SR – Suppression Ratio) indica a percentagem de traçado isométrico do EEG. A parte da tendência (Trend) presente no monitor, exibe a história de vários parâmetros.

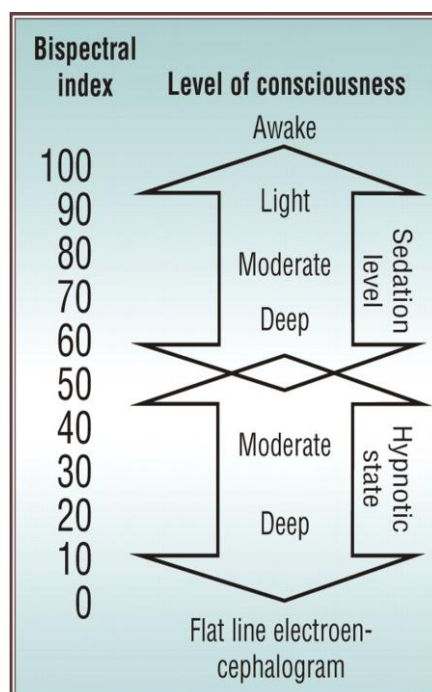


Figura 2 - Nível de consciência em relação ao índice bispectral⁽⁸⁾

INTERPRETAÇÃO DAS MUDANÇAS NO PADRÃO GERAL DO

ELECTROENCEFALOGRAMA

É do conhecimento dos profissionais de saúde que o uso de agentes anestésicos e sedativos/hipnóticos, devido aos seus efeitos sobre o sistema nervoso central, provoca alterações do Electroencefalograma (EEG). Embora existam alguns agentes com efeitos únicos, o padrão geral das mudanças é bastante semelhante para muitos deles. Na Figura 2, podemos observar de que forma o padrão do EEG muda, com o aumento da dose de anestésico⁽¹⁾. De um modo geral, verifica-se um aumento na amplitude média (potência) e uma diminuição da frequência média.

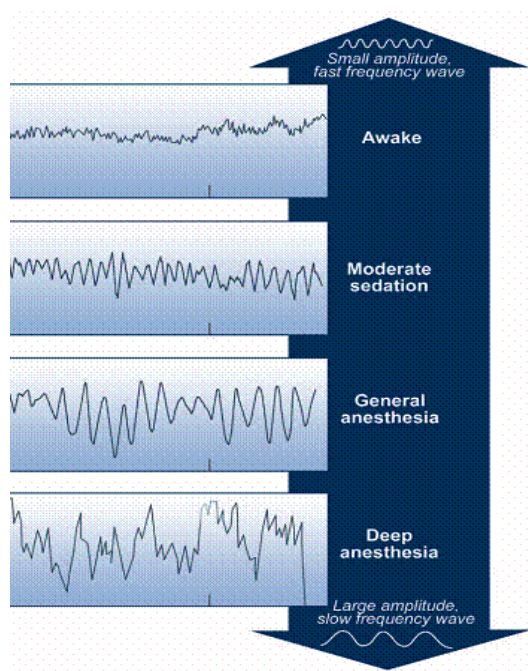


Figura 3 - Mudanças observadas no padrão geral do EEG a doses crescentes de anestesia⁽¹⁾

LIMITAÇÕES DO BIS

Convém realçar que nem sempre o BIS reflete com precisão o nível de sedação dos doentes. De um modo geral, esta imprecisão está relacionada com a existência de artefactos com origem na atividade muscular⁽¹²⁾, nomeadamente dos músculos da testa e rosto^(3,6). Deste modo, se um doente apresentar um nível elevado de EMG (superior a 50 decibéis), este poderá estar mais profundamente sedado do que o valor de BIS indica^(3,6,12). Outro fator mencionado como suscetível de elevar a EMG é a presença de dor, embora não exista evidência científica que o comprove de forma inequívoca⁽⁶⁾.

Existem ainda dispositivos médicos que por serem geradores de atividade de alta frequência, podem conduzir a valores inadequadamente altos de BIS. É o caso das mantas de aquecimento, sistemas de suporte circulatório, ventiladores de alta frequência, dispositivos de sucção, instrumentos cirúrgicos, marca-passos e desfibrilhadores⁽⁶⁾. Desta forma, quanto mais próximo estes dispositivos estiverem do sensor ou equipamento de BIS, maior é a probabilidade de gerarem artefactos.

Também a ketamina e o etomidato são dois anestésicos que podem ser usados por via intravenosa (IV) e cujos perfis farmacológicos podem afetar os valores de BIS. No caso da ketamina, esta provoca um aumento na atividade de alta frequência do EEG⁽⁶⁾. Como tal, os

valores de BIS podem permanecer elevados, apesar do doente se encontrar sedado^(3,6). No caso do etomidato, o aumento na atividade de alta frequência do EEG, deve-se à excitação do músculo esquelético, que este muitas vezes provoca.

Segundo alguns profissionais de saúde, a fiabilidade do BIS pode ainda ser afetada por condições inerentes ao próprio doente. Apontando a existência de mal formação da estrutura cerebral ou da sua função, como geradores de falsos resultados^(3,6). No entanto, não existe ainda evidência científica suficiente que o justifique ou refute.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho pretendeu dar resposta a uma situação problema identificada por mim, ao efetuar uma avaliação crítica da UCIPU e que consistia, num subaproveitamento do BIS.

Por outro lado, ao elaborar este trabalho pretendi sensibilizar os enfermeiros para o uso do BIS, fomentando a discussão em torno da sua inclusão, no protocolo de sedação e analgesia adotado pelo serviço.

Através da revisão bibliográfica por mim efetuada, consegui encontrar evidência científica que enfatiza a importância do BIS para um eficaz controlo da sedação e analgesia. Sendo para tal necessário que os profissionais de saúde estejam perfeitamente familiarizados com as características do monitor, saibam interpretar as alterações no padrão geral do eletroencefalograma e quais as limitações do aparelho. Deste modo, foquei cada uma destas áreas no trabalho, sustentando sempre o conteúdo destas em estudos científicos.

Assim, o que se pode ressaltar da análise deste trabalho, à luz do que a evidência científica atualmente nos aponta, é que a monitorização do BIS é uma ferramenta valiosa dado o seu custo-benefício, a segurança na sua utilização e a pertinência da informação clínica fornecida. No entanto, o seu uso deverá ser ponderado, caso a caso, e a interpretação dos seus dados analisada com precaução, em complementaridade com outros métodos de avaliação e fazendo uso do julgamento clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnesano, C. Intraoperative Detection of Awareness. BME 240. 2009. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

http://bme240.eng.uci.edu/students/09s/arnesanc/bispectral_analysis.html

2. De Wit, M., Epstein, S. K. Administration of Sedatives and Level of Sedation: Comparative Evaluation via the Sedation-Agitation Scale and the Bispectral Index. American Journal of Critical Care. 2003;12:343-348. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://ajcc.aacnjournals.org/content/12/4/343.full.pdf>

3. Johansen, J. W., Sebel, P. S., et al. Development and Clinical Application of Electroencephalographic Bispectrum Monitoring. Anesthesiology. 2000; 93:1336-44. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2005/12000/Pharmacokinetics_and_Pharmacodynamics_of.42.aspx#P12

4. Kaki, A. M., Almarakbi, W. A. Does Patient Position Influence the Reading of the Bispectral Index Monitor? Anesth Analg. 2009;109:1843–46. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://www.anestesiasegura.com/2011/03/artigo-does-patient-position-influence.html>

5. Kaplan, L. J., Bailey, H. Bispectral index (BIS) monitoring of ICU patients on continuous infusion of sedatives and paralytics reduces sedative drug utilization and cost. Critical Care. 2000; 4:190. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://ccforum.com/content/4/S1/P190>

6. Luebbehusen, Michael. Technology today: Bispectral index monitoring. Modern Medicine (2005). [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/article/articleDetail.jsp?id=178220>

7. Nunes, C. S., Ferreira, D. A., et al. Regular Clinical Use Bispectral Index Monitoring May Result in Lighter Depth of Anesthesia as Reflected in Average Higher Bispectral Index Values. Anesthesiology. 2005; 103:1320-21. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2005/12000/Pharmacokinetics_and_Pharmacodynamics_of.42.aspx#P12

8. Olson, D. M., Chioffi, S. M., et al. Potential benefits of bispectral index monitoring in critical care: A case study. Critical Care Nurse. 2003; 23:45-52. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://ccn.aacnjournals.org/content/23/4/45.full>

9. Regência, Margarida. Despertar intra-operatório - O medo tornado realidade? Medipédia. 2008;70. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=70>

10. Simmons, L. E., Riker, R. R., et al. Assessing sedation during intensive care unit mechanical ventilation with the Bispectral Index and the Sedation-Agitation Scale. Critical Care Medicine. 1999; 27:1499-04. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/1999/08000/Assessing_sedation_during_intensive_care_unit.16.aspx

11. Triltsch, A. E., Nestmann, G., et al. Bispectral index versus COMFORT score to determine the level of sedation in paediatric intensive care unit patients: a prospective study. *Critical Care*. 2004; 9:R9-R17. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

<http://www.springerlink.com/content/11271hun232355t8/>

12. Vivien, B., Di Maria, S., et al. Overestimation of Bispectral Index in Sedated Intensive Care Unit Patients Revealed by Administration of Muscle Relaxant. *Anesthesiology*. 2003; 99:9-17. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2003/07000/Overestimation_of_Bispectral_Index_in_Sedated.6.aspx

13. Zhao, D., Xu, Y., et al. A comparison of bispectral index and sedation agitation scale in guiding sedation therapy: a randomized controlled study in patients undergoing short term mechanical ventilation. *Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2011; 23:220-23. [Em linha]. [Consult. 2011-07-21]. Disponível em WWW <URL

[http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/21473824/full_citation/\[A_comparison_of_bispectral_index_and_sedation_agitation_scale_in_guiding_sedation_therapy:_a_randomized_controlled_study_in_patients_undergoing_short_term_mechanical_ventilation_\]](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/21473824/full_citation/[A_comparison_of_bispectral_index_and_sedation_agitation_scale_in_guiding_sedation_therapy:_a_randomized_controlled_study_in_patients_undergoing_short_term_mechanical_ventilation_])