



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

RELATÓRIO

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

Maria do Céu Assis Rodrigues

LISBOA, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

RELATÓRIO

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

AUTOR: Maria do Céu Assis Rodrigues

ORIENTAÇÃO: Prof. Georgiana Marques da Gama

LISBOA, Fevereiro de 2011

“With transition viewed as a process, the aim would be to anticipate points at which the person is most likely to reach peaks of vulnerability with respect to health.

Efforts could then be directed toward establishing and reinforcing defenses as well as modifying hazards. As knowledge accumulates concerning the likely course or trajectory of different type of transition, it will become increasingly possible to plan interventions according to the optimum moment and manner”.

MELEIS, Afaf (2010:31)

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, do ICS da UCP. Este trabalho permite reflectir sobre o percurso efectuado durante a prática clínica nos estágios em Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. Faz referência à metodologia aplicada na implementação do projecto predefinido, realça os aspectos positivos e negativos relacionados com cada serviço. Coloca em destaque as competências adquiridas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica bem como quais as dificuldades sentidas na implementação das actividades delineadas para cada campo de estágio. Será também fundamentada a creditação atribuída ao módulo opcional referente ao perioperatório, realçando as competências adquiridas na prática profissional.

Promover um cuidado de Enfermagem centrado à pessoa na sua vertente multidimensional, física, psicológica, social e espiritual foi o grande objectivo a atingir nos dois campos de estágio. O respeito pelo doente crítico e família é o “CORE” do cuidado humanizado no qual é estabelecida uma relação de confiança que segundo OLIVEIRA e LOPES (2010) consiste na atenção dispensada pela enfermeira à promoção do conforto do cliente.

As áreas temáticas seleccionadas para análise, planeamento de actividades e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista incluíram a Humanização, Gestão de Risco e Controlo de Infecção.

A intervenção de Enfermagem no âmbito da especialidade teve um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas nas áreas temáticas, tendo por base evidência científica. Foi dado ênfase ao conforto e a actuação de Enfermagem incidiu essencialmente nas fases de transição do doente e família promovendo a adaptação à nova realidade. Para este trabalho foi fundamental mobilizar os recursos do doente e capacitá-lo na resposta às situações stressantes desenvolvendo estratégias de coping eficazes. A partilha de conhecimentos e o desenvolvimento estratégico colocaram em destaque a optimização da qualidade de cuidados e a satisfação das equipas de Enfermagem.

As competências adquiridas incluem naturalmente a análise de situações complexas identificando problemas na prática, e desenvolvimento de objectivos face a situações problema para as quais são realizadas actividades fundamentadas por estudos nas áreas citadas.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização, Conforto, Gestão do Risco, Doente Crítico, Transição, Adaptação, Controlo de Infecção.

ABSTRACT

This report comes under the Master Course in Medical Surgical Nursing, ICS UCP. This work allows us to reflect on the journey made during clinical practice placements in Emergency and Intensive Care Unit. It refers to the methodology applied in implementing the default project, emphasizes the positive and negative aspects related to each service. The work highlights the skills acquired as a Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing and what are the difficulties encountered in implementing the activities outlined for each training field. It will also be substantiated the accreditation given to referring to the perioperative optional module, enhancing the skills acquired in professional practice.

Promote a centered nursing care to the person in their multidimensional aspects, physical, psychological, social and spiritual was the major objective to be achieved in two fields of training. Respect for the critically ill patient and family is the "CORE" of humanized care which establishes a relationship of trust that the second and OLIVEIRA LOPES (2010) is the attention given by nurses to promote client comfort.

The thematic areas selected for analysis, planning activities and development of skills such as Specialist Nurse included Humanization, Risk Management and Infection Control. The nursing intervention within the specialty had a leading role in developing and supporting strategic initiatives in the thematic areas based on scientific evidence. Emphasis was given to the comfort and performance of nursing focused mainly on the transitional stages of the patient and family by promoting adaptation to the new reality. For this work was essential to mobilize the resources of the patient and enable him in response to stressful situations by developing effective coping strategies. Knowledge sharing and strategic development put in focus the optimizing quality of care and satisfaction of nursing teams.

The skills acquired naturally include the analysis of complex situations, identifying problems in practice, and development objectives in the face of problem situations for which activities are undertaken substantiated by studies in the areas cited.

KEYWORDS: Humanization, Comfort, Risk Management, Critical Patient, Transition, Adaptation, Infection Control.

AGRADECIMENTOS

Foram vários os intervenientes que deram o seu contributo no percurso efectuado durante a frequência do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Um agradecimento especial à minha Mãe, grande dinamizadora que me incentivou a prosseguir apesar de todas as dificuldades, a sua palavra de encorajamento e a sua confiança foi essencial para concretização deste desafio.

À Professora Marques da Gama agradeço a confiança depositada no meu trabalho, o grande auxílio na mobilização de saberes transversais à Enfermagem e a disponibilidade e alegria contagiante evidenciada na orientação de alunos.

Aos meus orientadores de estágio, Enfermeiros Dina e Licínio que partilharam comigo as realidades dos serviços que integram contribuindo em larga medida para o processo de aquisição de competências no âmbito da Especialidade.

A todos os intervenientes que de forma directa e indirecta influenciaram o processo de aprendizagem o meu **MUITO OBRIGADA**

LISTA DE ABREVIATURAS

BO	Bloco Operatório
BPS	Behavioral Pain Scale
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
DGS	Direcção Geral de Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
HCD	Hospital Cuf Descobertas
HICPAC	Healthcare Infection Control Practice Advisory Committee
HPV	Hospital Pulido Valente
HSM	Hospital Santa Maria
IACS	Infecção Associada aos cuidados de saúde
ICN	International Council of Nursing
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
JCAHCO	Joint Commition Accreditation Health Care Organization
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NVPS	Non Verbal Pain Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Paragem Cardio Respiratória
REPE	Regulamento do Exercício para a Pratica de Enfermagem
SABA	Solução Antisséptica de base Alcoólica
SAV	Suporte Avançado de Vida
SAVT	Suporte Avançado de Vida em Trauma

SBV	Suporte Básico de Vida
SO	Sala de Observação
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
TA	Tensão Arterial
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VA	Via Aérea
VAD	Via Aérea Difícil
VPO	Visita Pré-Operatória

INDICE

1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	1
2 – <u>RELATÓRIO</u>	5
2.1 – CAPITULO I – ESTÁGIO EM URGÊNCIA	6
2.1.1 – Objectivos de estágio e actividades desenvolvidas	8
2.1.2 – Aspectos positivos e negativos do estágio em Urgência	33
2.2 – CAPÍTULO II – ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS	34
2.2.1 - Objectivos de estágio e actividades desenvolvidas	35
2.2.2 - Aspectos positivos e negativos do estágio em Cuidados Intensivos	46
2.3 – CAPÍTULO III EQUIVALENCIA AO ESTAGIO OPCIONAL PERIOPERATÓRIO	47
3 – <u>CONCLUSÃO</u>	52
4 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	54
5 – <u>ANEXOS</u>	
ANEXO I	Constituição e Responsabilidades Profissionais em Equipas Multidisciplinares de Trauma.
ANEXO II	Guião de Observação de Comportamentos e Interações entre Familiares e Doentes em Sala de Observação e Reanimação.
ANEXO III	Poster intitulado “Humanização dos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.
ANEXO IV	Folheto Informativo sobre Humanização dos Cuidados de Enfermagem.
ANEXO V	Escala Numérica da Dor e Escada Analgésica.
ANEXO VI	Instrumento de Calculo de Taxa de Adesão à Lavagem das Mãos.
ANEXO VII	Instrumento de Avaliação das Estruturas de Apoio para Lavagem das Mãos.
ANEXO VIII	Cartaz ilustrativo dos 5 momentos da lavagem das mãos.
ANEXO IX	Certificado de Participação no Curso de Via Aérea de Santarém.

ANEXO X	Impresso de Registo de Eventos Adversos relacionados com a Abordagem da Via Aérea Difícil
ANEXO XI	Sessão Formativa sobre Abordagem da Via Aérea no serviço de Urgência.
ANEXO XII	Reflexões sobre Episódios em Urgência Hospitalar.
ANEXO XIII	Escalas Comportamentais da Dor.
ANEXO XIV	Norma de Aplicação da Behavioral Pain Scale em Cuidados Intensivos.
ANEXO XV	Manual de Comunicação.
ANEXO XVI	Norma de Procedimentos para Abordagem da Via Aérea Difícil.
ANEXO XVII	Sessão formativa de Apresentação de Objectivos de Estágio em Cuidados Intensivos.
ANEXO XVIII	Reflexões em estágio de Unidade de Cuidados Intensivos.

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde OMS	23
--	----

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Taxa de Adesão da Lavagem das Mãos na Equipa Multidisciplinar	28
--	----

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO I	Familiares que visitam doente na urgência	17
GRAFICO II	Profissionais que dão informação	17
GRAFICO III	Dúvidas verbalizadas pelos familiares	18
GRAFICO IV	Informação adicional fornecida pelos familiares	18
GRAFICO V	Tipos de Comunicação Observados	19
GRAFICO VI	Taxa de Adesão da Lavagem das Mãos na Equipa de Enfermagem	28
GRAFICO VII	Taxa de Adesão da Lavagem das Mãos na Equipa Médica	28
GRAFICO VIII	Taxa de Adesão da Lavagem das Mãos nos Assistentes Operacionais	28

1 - INTRODUÇÃO

O percurso de aquisição de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica traduz-se num processo de reflexão e amadurecimento como pessoa e profissional em interacção com utentes/família/ambiente. Contribuir para o desenvolvimento do potencial dos doentes e suas famílias, durante os períodos de transição capacitando-os para a adaptação a novas realidades foi o grande desafio da formação pós-graduada. A prática de cuidados onde foi desenvolvida a capacidade de mobilização conceptual para a prática baseada em evidência científica enquadrou-se numa prática de Enfermagem Avançada. Concordando com o regulamento da OE nº122 de 2011¹ o perfil de competências do Enfermeiro Especialista decorre do *“...aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se, em competências comuns e específicas (...) assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção”*.

A mobilização destas competências para a obtenção de ganhos em saúde melhorando a qualidade de vida das pessoas ao longo do seu ciclo vital, nas diversas fases de transição constitui uma abordagem centrada na pessoa, em prol da humanização dos cuidados. A adopção de uma nova metodologia de exercício profissional que mobilize saberes e contagie a equipa de saúde na adopção de práticas que garantam a qualidade dos cuidados é um dos objectivos da prática de Enfermagem mais Enfermagem. A responsabilidade pela Humanização dos Cuidados atendendo à totalidade unida da pessoa cuidada, criando um ambiente propício ao desenvolvimento de potencialidades, CDE Art.89º, foram princípios integrantes para a construção de objectivos promotores de conforto e bem-estar para o doente e família.

O presente relatório permite desconstruir conceitos inerentes aos modelos teóricos seguidos e construir a ponte entre várias concepções teóricas e a prática de cuidados que foi desenvolvida em campo de estágio. Assim será apresentada a análise da evolução de conhecimento, da sua integração na prática, em urgência hospitalar e unidade de cuidados intensivos e também avaliar o impacto das actividades desenvolvidas na prática profissional dos enfermeiros.

A transversalidade da disciplina de Enfermagem traduz-se em uma abrangência teórica aliciante, sendo possível credibilizar o Processo de Enfermagem delineado para o cuidado ao doente/família segundo várias áreas do conhecimento inerentes às ciências da saúde. Transformar o agir em agir profissional ou seja, ter a capacidade de aglutinar os vários saberes

¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

(saber mobilizar, saber fazer, saber transferir e saber integrar) é uma das competências do Enfermeiro Especialista.

Com a finalidade de corresponder ao objectivo principal delineado que consiste em **Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, ao doente de médio e alto risco/família/pessoa significativa**, foram seleccionados campos de estágio adequados aos objectivos traçados no projecto desenhado. Assim para melhor compreender a selecção, é feita uma breve caracterização de cada serviço, justificando o porquê da sua escolha. Também será caracterizado o serviço onde desempenho funções enumerando as principais actividades desenvolvidas, bem como quais os projectos em curso, justificando assim a creditação ao estágio opcional.

O Estágio em Urgência Hospitalar – Módulo I – decorreu no Serviço de Urgência Geral e Polivalente do HSM, CHLN, entre os dias 19 de Abril e 19 de Junho de 2010, com a duração de 180 horas. A urgência do Hospital de Santa Maria é a porta de entrada para o doente em situação crítica, abrangendo uma área de influência que compreende os concelhos de Loures, Lisboa, Amadora e Odivelas. O facto de se tratar de uma urgência polivalente na área de Lisboa e possibilitar a oportunidade de vivenciar uma multiplicidade de experiências críticas, foram factores que condicionaram a escolha do campo de estágio.

O Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos – Módulo II – compreendeu o período de tempo entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010, também com a duração de 180 horas. Esta Unidade de Cuidados Intensivos por se enquadrar numa instituição de saúde privada constituiu um desafio ao conhecimento da sua cultura organizacional. Conhecer a sua missão, que objectivos se encontram delineados e como se desenvolve a prática de Enfermagem neste contexto foram os motivos para a selecção deste local de estágio. Como os enfermeiros planeiam os cuidados num ambiente economicista que tem nos pratos da balança a qualidade e a rentabilização de recursos, demonstrou ser um exercício de compreensão aliciante.

O módulo Opcional que corresponde ao estágio em Bloco Operatório foi creditado ao Abrigo do Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março no artigo 45º alínea c) na qual é efectuada uma atribuição de créditos à experiência profissional, que neste caso corresponde a treze anos de exercício no Bloco Operatório do HPV, CHLN. Ao referir o Módulo de Opção onde foi obtida equivalência em virtude do percurso curricular desenvolvido, torna-se importante dar a conhecer que competências foram adquiridas pela experiência profissional, e quais as actividades e projectos desenvolvidos.

O presente relatório fará uma descrição dos factos ocorridos, a análise fundamentada dos objectivos propostos para cada estágio bem como para o bloco operatório. A revisão das actividades desenvolvidas, das estratégias escolhidas bem como dos resultados encontrados serão pontos de análise em cada objectivo traçado. Será importante evidenciar quais as

reformulações metodológicas e a avaliação do impacto da actividade junto dos profissionais de Enfermagem, no doente/família/ambiente e seus processos de adaptação e transição.

São várias as transições observadas nos doentes que surgem nos serviços de saúde; os desequilíbrios que ocorrem face aquelas transições podem traduzir-se em necessidades de cuidados de Enfermagem². É com base nesta Enfermagem Mais Enfermagem que dá resposta às necessidades, que tem capacidade para justificar a sua actuação com base na evidência científica, promovendo a adaptação às novas realidades que se podem basear os processos de Enfermagem mais vocacionados para as pessoas, descentrando-se da doença e do corpo e envolvendo o todo, físico, espiritual, social, psicológico e cultural.

Os objectivos transversais aos dois campos de estágio incluem-se no âmbito da **Humanização** de cuidados de Enfermagem. A incluir a adequação de estratégias comunicacionais eficazes entre enfermeiro/doente/família, e a monitorização e registo da Dor. Desenvolver práticas de Enfermagem que promovam a manutenção do equilíbrio sensorial e padrões adequados do sono foi objectivo delineado para operacionalização na UCIP.

A área da **Gestão de risco** desenvolve grupos de trabalho que estudam a dinâmica grupal e os procedimentos da responsabilidade das equipas multidisciplinares. Ao abordar o impacto do erro nas organizações, GONÇALVES (1998) diz que é importante que as organizações utilizem o registo de eventos como utensílio fulcral, na organização das oportunidades de aprendizagem, para aumentar a performance, a eficiência e a efectividade do desempenho. Assim foi pertinente o estudo das áreas da Tomada de decisão e Liderança em Urgência bem como a Gestão de Risco. Nesta área foi possível desenvolver actividades nos dois contextos clínicos sobre abordagem da via aérea difícil.

O **Controlo de infecção** mereceu destaque no desenvolvimento de medidas de prevenção, com o objectivo de minimizar o potencial das IACS na saúde das populações. Neste sentido foi efectuada avaliação do impacto na prática de Enfermagem na Urgência da formação anterior sobre Lavagem das Mãos inserida na Campanha de 2009.

Uma vez que o cuidado é contínuo não se circunscrevendo ao espaço temporal de um estágio serão deixadas sugestões para dar continuidade às áreas de intervenção escolhidas para cada estágio, para que as temáticas continuem a ser debatidas e trabalhadas pelo maior número de profissionais possível, permitindo a concertação de esforços na continuidade de cuidados promovendo a qualidade quer dos procedimentos quer das interacções enfermeiro/doente/família.

² Para MELEIS transições constituem as experiências de desequilíbrio, necessidades não satisfeitas, ou respostas não adaptadas. As Intervenções de Enfermagem desenvolvem-se a três níveis a sublinhar o papel promotor, preventivo e interventivo. Ideias extraídas de “**Life Transitions**” em **Aging-Concepts and Controversies**.

O papel do Enfermeiro Especialista envolve ainda a dimensão formativa ou de educação para a saúde dos doentes e pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem (OE, Regulamento 122/2011). Neste âmbito também foi desenvolvida pesquisa sobre as interações desenvolvidas entre familiares e doentes e também sobre a lavagem das mãos. Estas actividades representaram um pequeno exercício de promoção de investigação nas áreas da Comunicação e Controlo de Infecção Hospitalar.

O recurso ao referencial teórico que serviu de suporte à actividade em estágio será relevante para uma clara e consistente fundamentação ao longo de todo o corpo de desenvolvimento deste documento.

2 – RELATÓRIO

O desenvolvimento de iniciativas para a interpretação e resolução de situações problema bem como o aprofundar de conhecimentos na área de especialização e a sua divulgação são os grandes objectivos a atingir com a realização dos estágios de urgência e cuidados intensivos.

O Enfermeiro Especialista detém um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando especificamente junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco.

Segundo o que se encontra definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996, o título de Enfermeiro Especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem Especializados, na sua área de especialidade. Para poder atingir este patamar é fundamental demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com utente e família que passam por fases de transição. A família também é alvo dos cuidados de enfermagem sendo considerada como um aliado essencial ao sucesso e qualidade de cuidados.

Tendo por base a conceptualização teórica de MELEIS, citada por Gladys *et al* (2007;p3), *“...uma transição é a passagem entre dois períodos de tempo estáveis, neste percurso a pessoa movimenta-se de uma fase, situação ou estado de vida, para outra”*.

O doente crítico em SU e Cuidados Intensivos vivencia processos de transição que ocorrem no tempo adquirindo um significado de fluxo e movimento. Durante a transição a pessoa passa por mudanças profundas no seu mundo externo alterando a percepção da realidade; estas mudanças têm repercussões importantes na vida e na saúde da pessoa e família. O cuidar em Enfermagem consiste em *“...tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas.”* WATSON (2002;p96). Se entendermos a pessoa como sistema adaptativo, o papel do Enfermeiro centrar-se-á no estabelecimento de actividades que promovam a adaptação, a gestão de estímulos melhorando a interação do doente com a sua envolvente. Porém outras correntes defendem o cuidado de Enfermagem promotor de conforto. Conforto entendido como *“... a condição experimentada pela pessoa que recebe as medidas de conforto.”* TOMEY (2004;p484). Numa visão mais abrangente poder-se-á pensar na articulação teórica e conceptual adequada à fase vivenciada. O conforto físico experienciado por alívio de sintomas como a dor, poderá conduzir ao desenvolvimento de actividades como a actividade física que é uma resposta adaptativa à imobilidade.

Estes pressupostos foram a base para a elaboração do projecto de estágio. O projecto surge antes de conhecer os serviços onde se realizariam os estágios. Antes de iniciar a prática clínica foi efectuado o diagnóstico da situação de cada campo de estágio. Deste modo foram realizadas entrevistas informais, com os enfermeiros chefes e equipa de enfermagem de cada unidade hospitalar. Estas entrevistas decorreram durante o mês de Abril de 2010 e tiveram como objectivo conhecer o espaço físico, bem como o tipo de doentes recebidos por cada serviço, a dotação de recursos de Enfermagem e ainda validar um pouco da história da instituição e mais especificamente de cada serviço. Estas actividades tiveram como objectivo facilitar o processo de socialização e a integração na equipa de saúde.

Posteriormente verificou-se a necessidade de reformular alguns objectivos ajustando aqueles às necessidades observadas e verbalizadas pela equipa de Enfermagem. Apesar deste reajuste as grandes áreas temáticas foram mantidas, entre elas realço a Monitorização da Dor ao doente Crítico, o Desenvolvimento de Alternativas à comunicação verbal em doentes com limitações comunicacionais ou com alterações do estado de consciência e Gestão do Risco na Permeabilização da Via Aérea Difícil. Estas áreas foram transversais aos dois estágios. Os temas Tomada de Decisão de Enfermagem em Reanimação e Monitorização da Lavagem das Mãos foram abordados no serviço de Urgência. A criação de Estratégias para diminuir o Ruído promovendo o equilíbrio proprioceptivo foi uma das temáticas tratada no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos.

2.1 - ESTAGIO EM URGÊNCIA

A população produtiva representa no nosso País apenas 15% do total, esta imagem associada às condições socioeconómicas, revela-nos um quadro assustador e que de forma alguma pode dar resposta às necessidades que os nossos idosos carecem em termos de equipamentos. A esperança de vida à nascença no nosso País, é de **80,3** anos para mulheres e ronda os **73,5** anos para os homens (DGS, [2004]). Os dados do INE referidos na revista de estudos demográficos refere que o número de pessoas com 65 ou mais anos, ou seja, o número de pessoas idosas ronda os 17,7% em 2010 e o INE revela uma tendência de crescimento para cerca de 31,8% em 2050. O índice de dependência de idosos situa-se actualmente em 26 idosos por cada 100 indivíduos. O Índice de envelhecimento (IE) ronda os 115 idosos por cada 100 jovens em 2010, GONÇALVES (2007:24).

O envelhecimento demográfico, apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade e pelo alongamento das suas vidas para além do período de actividade e da diminuição da proporção com menos de 15 ou 19 anos de idade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados onde Portugal se encontra incluído. A falta de equipamentos de apoio aos mais

idosos e famílias assim como ao elevado predomínio de doenças cardiovasculares altamente incapacitantes conduzem muitos dos idosos à urgência hospitalar. A carência de cuidados de saúde primários, a falta de médico de família e um sector privado da saúde ainda inacessível à maioria da população portuguesa condicionam a afluência de situações não urgentes ao hospital que bloqueiam o adequado funcionamento das estruturas. A urgência hospitalar revelou-se um local onde predominam doentes de faixa etária superior a 65 anos. Estes indivíduos em fase de transição, muitos com elevados níveis de incapacidade e dependência ilustram claramente a inadequação das estruturas físicas e a dificuldade no acompanhamento destes doentes devido ao grande número de solicitações naquele serviço. Este revelou-se um constrangimento para o qual se revelou fundamental o apoio da família, quer na promoção de conforto e na adequação da envolvente garantindo a qualidade de cuidados.

O estágio na Urgência Central Polivalente foi um período altamente enriquecedor no que se refere à diversidade de episódios clínicos, ao contacto com indivíduos provenientes de culturas diferentes e à percepção das expectativas e histórias de vida das famílias que acorreram aquele serviço.

Trata-se de uma urgência polivalente³ incluindo todas as valências médico-cirúrgicas, pediatria e ginecologia. Estas últimas situando-se a recepção de doentes em edifícios distintos. Detêm nível elevado de diferenciação técnica, necessária ao acolhimento de doentes em situação de Urgência/Emergência referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica. A afluência de doentes ronda os seiscentos em ocasiões críticas. A triagem de doentes é realizada pela equipa de Enfermagem utilizando para o efeito, desde 2003, o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este sistema permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso. Todos os sectores do serviço de urgência encontram-se munidos do sistema de informação ALERT ER (Emergency Room) implementado em 2006 naquele serviço. Trata-se de uma ferramenta de gestão clínica que permite a aplicação dos fluxogramas de triagem, seguir o doente em todo o seu percurso de urgência, efectuar prescrição médica, registo de consulta, inserir exames auxiliares e efectuar registos médicos e de enfermagem. Para a administração de terapêutica o serviço dispõe de equipamentos de distribuição automatizada, as denominadas PYXIS. Estes carros ou armários são diariamente repostos com os fármacos mais utilizados em cada área da urgência e são removidos após validação da prescrição para o doente, bem como após a validação digital do Enfermeiro.

A urgência é composta por secretariado ou recepção, sala de triagem, segurança, sala de espera, duas salas de reanimação, uma sala de tratamentos para doentes triados a vermelho ou laranja, sala de tratamentos para triados a cor verde e amarela, gabinetes médicos, balcão, sala de pequena cirurgia, bloco operatório da urgência e SO.

³ Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p. ISBN 972-9425-99-X de 2001

Este serviço apresenta uma estrutura física desajustada. As salas de tratamento não permitem uma adequada prestação de cuidados ou a presença de familiar em virtude do espaço reduzido. As sucessivas obras de melhoramento e adaptação observadas ao longo dos últimos 30 anos conferiram à urgência o carácter de provisório tornando-a assim um serviço desumanizante quer para os profissionais quer para os doentes. O elevado número de profissionais pertencentes à equipa de saúde multidisciplinar, associado às condições físicas desajustadas condicionam o comportamento dos profissionais, no que se refere ao relacionamento interprofissional. Por outro lado torna-se difícil adequar os cuidados aos doentes e famílias pois a enorme afluência e as más condições físicas bem como a disposição dos serviços de apoio criam barreiras ao processo comunicacional. Face a estas e outras situações condicionantes a um bom desempenho profissional foram cinco os objectivos definidos para este estágio que serão analisados pormenorizadamente, revendo as acções desenvolvidas e sublinhando o impacto destas nas equipas de Enfermagem e no meu desenvolvimento profissional.

2.1.1 – Objectivos de estágio e actividades desenvolvidas

OBJECTIVO I Compreender o processo de tomada de decisão de Enfermagem na abordagem ao doente crítico na sala de Reanimação.

A equipa de Enfermagem da Urgência tem uma grande dimensão. Apesar de ser bastante jovem e de recentemente ter sofrido remodelações, manifesta grande capacidade de cooperação e interdependência. O processo de tomada de decisão muda de acordo com o nível de experiência de cada enfermeiro, com as situações vividas ou com base no conhecimento adquirido pela formação. As influências da Intuição, Informação ou Cognição são determinantes no sucesso das decisões tomadas.

Existem várias equipas de Enfermagem em que um elemento tem as funções de chefe de equipa. Este elemento, naturalmente um enfermeiro com mais experiência profissional em urgência, tem a responsabilidade de distribuir a equipa pelos vários sectores do serviço. Tem ainda a responsabilidade de promover a articulação entre a equipa multidisciplinar, a partilha da informação e assegura a continuidade de cuidados ao doente supervisionando as transferências interhospitalares. O método de trabalho é o de equipa, sendo cada enfermeiro responsável pelos pacientes em cada local/sector durante o período de tempo em que aí permanecer. Para a tomada de decisão em cada posto de trabalho no SU, poderá ser solicitada a colaboração do chefe de equipa para deliberar sobre assuntos em que não exista consenso ou onde seja necessária uma sincronia para tomar a melhor decisão possível. A

organização da Enfermagem por equipa está associada segundo TEIXEIRA (1998; p204) a *“...uma liderança democrática. Os membros do grupo possuem toda a autonomia possível ao realizarem as tarefas designadas, embora a responsabilidade e o compromisso sejam repartidos colectivamente.”*

Todavia a tomada de decisão de Enfermagem em urgência é um processo mais complexo que vai depender da autonomia ou interdependência dos cuidados. Quando se trata da tomada de decisão na abordagem ao doente ventilado na sala de reanimação é importante entender a tomada de decisão tendo por base a equipa multidisciplinar. Sobre os deveres para com as outras profissões o CDE Artº91 c) diz-nos que o enfermeiro assume o dever de *“integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço (...) colaborando com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre a promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade de cuidados.”* O REPE refere sobre exercício e intervenção dos enfermeiros no capítulo V que estes têm uma actuação de *“complementaridade funcional (...) dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício.”* O exercício profissional de Enfermagem inserido em grupos multidisciplinares evidencia alguns constrangimentos que foram observados durante a prática clínica, nomeadamente no cuidado ao doente crítico em sala de reanimação. Foi possível constatar a falta de apoio da equipa médica à sala de reanimação quando aí chegam ou permanecem doentes instáveis. Doentes com ventilação inadaptada ou hemodinamicamente instáveis aguardam observação médica, por longos períodos, permitindo que os enfermeiros enfrentem o dilema de tomada de decisão em domínios profissionais que não o seu. Ao rever a bibliografia sobre organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, é possível verificar que devem existir equipas multidisciplinares de trauma no caso de urgências polivalentes com dois enfermeiros na sua composição⁴. Ainda sobre a composição das equipas é referido que uma equipa de trauma deve incluir vários profissionais de saúde, onde há lugar a um coordenador da equipa nomeado para o efeito. Esta equipa deve possuir formação e experiência em trauma e integrar os profissionais da Urgência Polivalente. Está assim preconizado que existam dois Enfermeiros com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma e se necessário Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico. Fazendo um paralelismo com a equipa existente na urgência verifica-se que não existe equipa de Trauma com formação e experiência necessárias à abordagem do doente traumatizado. Como se pode observar a equipa é bastante jovem e não detém experiência profissional, nem académica em trauma.

A inadequada dotação das equipas médicas e de enfermagem para cuidados urgentes fragiliza o processo de tomada de decisão. A constituição das equipas no caso de ocorrer uma PCR, é aleatória. Existe um código de chamada sonoro ao qual surgem profissionais independentemente do nível de experiência. Neste caso é frequente observar estilos de liderança diferentes de acordo com a experiência profissional de cada um dos intervenientes.

⁴ Circular normativa nº7 de Março de 2010 da DGS

Comprovando esta questão KLEIN⁵ no seu estudo sobre Liderança em Emergência realizado no Hospital de Baltimore refere que a composição das equipas de emergência altera constantemente de doente para doente, a vida da equipa é breve. A liderança não pertence apenas a um elemento da equipa e não é exclusiva de um único grupo profissional. Outra questão da investigadora diz respeito à baixa percentagem de erros. Segundo o estudo esta está relacionada com a existência de condições capacitadoras como a especialização dos intervenientes e a existência de normas e protocolos de actuação.

No serviço de urgência foram questionados os responsáveis de Enfermagem sobre a existência de normas e protocolos de actuação em emergência. As normas existentes são as protocoladas pelo conselho europeu de Ressuscitação, não se verificando a descrição de procedimentos adaptados às circunstâncias ambientais do serviço do HSM. Curiosamente o Hospital de São João no Porto onde também existe uma urgência geral e polivalente tem um grupo de trauma⁶, coordenado pelo director de anestesia, Dr. ROCHA MASSADA (2002) que em colaboração com o referido grupo elaborou documento de normas de orientação clínica e administrativa para a avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave. A importância da existência deste tipo de documentos é fulcral para a designação de competências e responsabilidades que auxiliam a tomada de decisão e promovem a coordenação das equipas e a interdisciplinaridade (Ver anexo I).

De acordo com entrevistas informais com alguns enfermeiros é unânime que em caso de emergência os elementos que por exemplo estão na triagem, sala de tratamentos ou até mesmo SO podem ser mobilizados para a sala de Reanimação. É nesse momento que é definida a sua responsabilidade. Por vezes essa distribuição por função não acontece e verifica-se duplicação de funções e até mesmo descoordenação na equipa de enfermagem. Foi ainda referido que o número de profissionais que permanece na sala é francamente acima do necessário não existindo qualquer regulação neste aspecto.

Sobre a relação entre dotação segura e tomada de decisão foi questionado se já tinha sido efectuada alguma acção de sensibilização sobre a tomada de decisão em emergência bem como se existia distribuição de funções na equipa de enfermagem. Anteriormente foi efectuada por alunos da Especialidade Médico Cirúrgica, acção de sensibilização sobre a tomada de decisão em emergência. Foi também colocado um poster à entrada das salas de reanimação com a definição de papéis e responsabilidades dos vários intervenientes da equipa. Dentro das salas estão afixados alguns algoritmos de reanimação, relacionados com SAV.

Seguindo os princípios de supervisão clínica de Enfermagem que promovem a transição educacional para uma prática reflexiva a temática da liderança em urgência foi abordada

⁵ KLEIN, Katherine - professora de Administração da Wharton, Universidade da Pennsylvania, passou dez meses a estudar equipas multidisciplinares na Unidade de Trauma do hospital de Baltimore, Maryland.

⁶ GRUPO DE TRAUMA Hospital de São João do Porto - Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave É um instrumento de apoio que fornece informação necessária à Activação, Responsabilidades e Operacionalidade p.75-79.

segundo o modelo de ALARCÃO e TAVARES (2007) segundo o qual existem quatro fases no ciclo da supervisão: a pré-observação; a observação a análise dos dados e os encontros pós observação onde é avaliado o processo e o seu impacto na prática. Assim incluída na quarta fase foram incluídas as reuniões com o chefe de Enfermagem e 2º responsável do serviço. A temática não é consensual, a decisão de criar uma equipa de trauma deve nascer da equipa multidisciplinar. Por outro lado é necessário que se desenvolva uma consciência crítica da actividade multidisciplinar e para que isso aconteça é importante, em primeiro lugar e no âmbito de uma política de qualidade, registar eventos, analisar o que aconteceu em cada situação crítica, enfim fazer um balanço entre aspectos positivos e negativos. Em segundo lugar seria importante formar as equipas e fundamentalmente simular situações. O treino da tomada de decisão é tão ou mais importante que o conhecimento das guidelines.

LUCÍLIA NUNES⁷ (2006) na comunicação sobre autonomia e responsabilidade de decisão clínica em Enfermagem, vem fundamentar esta posição ao referir que para promover um ambiente seguro será necessário que a área de Gestão do Risco desenvolva um trabalho concertado que englobe a dotação de pessoal, a qualidade do treino, medidas de controlo de infecção e inclusivamente a tomada de decisão, relato de erro e implementação de medidas de segurança. Revendo a posição da Federação Americana de Professores de 1995⁸, dotações seguras significam “...está disponível em todas as alturas, quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de risco.” Ainda sobre dotações verifica-se alguma discordância. A RCH⁹ defende a existência de três enfermeiros nomeadamente Enf.º da Via Aérea, da Circulação e Supervisor, cada um com a sua função definida.

Quanto à permanência dos doentes críticos na sala de reanimação, a difícil articulação entre as especialidades médicas e médicas e cirúrgicas surge como uma das causas da dificuldade na gestão do tempo dispendido para formulação de um diagnóstico definitivo. A realização de exames e procedimentos para monitorização, diagnóstico ou alívio da sintomatologia, também condiciona o atraso no encaminhamento do doente para uma unidade. A reduzida capacidade das unidades de cuidados intensivos que recebem doentes ventilados e/ou a inexistência de ventiladores no SO¹⁰ condiciona a permanência prolongada de doentes nas salas de Reanimação, fazendo com que as condições para acolhimento e prestação de cuidados (condições físicas, privacidade, medidas de controle de infecção, presença ou visita dos familiares) sejam deficitárias.

⁷ Lucília Nunes – professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e coordenadora da área disciplinar de Enfermagem.

⁸ American Federation of Teachers – federação americana de vários profissionais, desde a educação, cuidados de saúde e serviços públicos.

⁹ Equipa preconizada pela RCH (Royal Children's Hospital).

¹⁰ SO – Sala de Observação

Esta é uma situação problema uma vez que face a uma afluência repentina de doentes críticos, muito embora a equipa tenha conhecimento prévio da sua chegada, o encaminhamento dos doentes residentes pode não ser imediato. Pode não existir local adequado para estabilização dos doentes. A resolução depende de vários factores, a existência de equipamento na sala de SO que permita a abordagem e manutenção da via aérea, uma maior articulação da equipa médica e principalmente o surgimento de uma consciência crítica para esta questão.

A humanização no acolhimento ao doente crítico é assim posta em causa comprometendo o acompanhamento pelos familiares e pessoas significativas nesta fase de transição saúde – doença. Esta situação problema levanta algumas questões como por exemplo como se processa a visita da família, ou no caso de surgirem várias emergências em simultâneo como se processa a transferência do doente estabilizado.

Assim como actividades desenvolvidas e dado o tempo escasso para uma abordagem mais aprofundada foi realizada uma selecção de artigos sobre Tomada de Decisão de LUCILIA NUNES (2006), Supervisão clínica em Enfermagem de ALARCÃO (2003), Gestão de Risco e composição e responsabilidade de cada profissional na sala de reanimação de MACIEL (2007) e MASSADA (2002). Este conjunto de artigos foi entregue à equipa de Enfermagem do SU constituindo uma iniciativa que fomentará a reflexão do grupo sobre a importância da criação de equipas de trauma, devidamente habilitadas no cuidado ao doente crítico.

Estes problemas evidenciam a necessidade da realização de simulações, com o objectivo de proporcionar o treino das equipas para as situações de abordagem ao doente crítico, incluindo vários cenários. Concordando com esta posição surge FRAGATA (2008;p94) afirmando que *“...numa actividade que decorre usualmente sem incidentes, o treino se torna fundamental, particularmente na simulação de quadros de emergência.”* Nas estruturas Burocráticas Profissionais de MINTZBERG (2004;p148), como o são os hospitais, o Ajustamento Mútuo surge como forma de coordenação do trabalho. Isto significa que a comunicação informal ou seja a qualidade das relações que se estabelecem entre os responsáveis dos vários grupos é o mecanismo de coordenação privilegiado. Esta forma de adaptação às circunstâncias, onde os profissionais se articulam e coordenam por sua iniciativa em função das situações com que se confrontam pode constituir um factor crítico de ineficiência organizacional.

Em síntese a criação de um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem é essencial para a qualidade dos cuidados e satisfação profissional. Estes factores condicionam a motivação e envolvimento dos grupos conferindo um sentimento de envolvimento organizacional. Desenvolver conhecimentos, competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, assegura a protecção dos utentes, e assim aumenta a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. Porque adquirir competências não se resume só a possuir conhecimento, é fundamental ter a capacidade de julgamento, energia, motivação essenciais para responder às exigências de cada uma das responsabilidades da profissão.

OBJECTIVO II - Criar medidas facilitadoras na interacção doente/família em S.O. e Sala de Reanimação no serviço de urgência.

Reflectindo sobre a temática da humanização dos cuidados, outra situação problema observada consiste no pouco suporte fornecido pela equipa de Enfermagem aos familiares durante a visita no SO e Sala de Reanimação. Cada Enfermeiro nestas unidades fica responsável por um determinado número de doentes, chegando a perfazer um número de 4 (quatro) no SO e 2 (dois) na sala de reanimação. Os doentes permanecem nestas unidades quando a sua situação clínica é grave, se encontram hemodinamicamente instáveis, tem necessidade de intervenção cirúrgica de urgência, necessitam de ventilação mecânica, no caso da sala de reanimação, e/ou aguardam vaga em unidade de cuidados intensivos.

A presença de um familiar a acompanhar o doente na urgência encontra-se legislada¹¹ desde 2009. A CARTA DE DIREITOS DOS UTENTES¹² dá enfoque ao papel da organização de saúde no acolhimento dos familiares referindo que *“O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos (...) As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente (...) Os horários para as visitas deverão ter em conta as necessidades dos serviços e doentes”*.

Para a família que se encontra junto do doente em estado crítico, na urgência, significa estar num dos mais difíceis períodos de crise, encontrando-se perante situações de ambiguidade de sentimentos e emoções. Por esse motivo, o acompanhante neste cenário stressante e conflituoso dos serviços de atendimento de urgência e emergência necessita de apoio e solidariedade da equipa multidisciplinar para poder encontrar energia para viver este momento. Sabe-se que a dimensão interacional traduzida na forma de atenção, cortesia, delicadeza, rapidez de atendimento e comunicação efectiva, é determinante da satisfação e da qualidade do atendimento. A necessidade de proximidade entre as pessoas, no contexto da humanização, requer uma postura de valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural e/ou técnico-científico, para que de facto se constitua em uma acção efectiva de humanização. Esse processo exige que sejam estabelecidos laços de comunicação entre o doente/família e o profissional de saúde, de forma a favorecer a compreensão da realidade. Nesse contexto, é preciso ter em conta a condição dos doentes à espera de atendimento de emergência, pois, por se encontrarem em estado de bastante ansiedade e stress, quase sempre em situação crítica, num ambiente desconhecido e temido, requerem mais atenção no que se refere aos aspectos relacionados com interacção e comunicação. Sobressai, ainda, a necessidade de expandir o olhar para as pessoas de quem se cuida e entender que esse ser faz parte de uma família, a qual também precisa de atenção. Como foi observado, a prática

¹¹ Diário da República – Direito de Acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Artº1,2,3,4,5 e 6º Lei nº 33/2009 de 14 de Julho

¹² Ministério da Saúde – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

mecanizada e as decisões unilaterais ainda prevalecem nas instituições de saúde e em particular em ambientes como a Urgência. Estes factores são, sem dúvida, indutores de stresse, desgaste físico e psicológico. O SU devido à sua grande dimensão física e possibilidade de intervenção e interacção humana, condiciona a capacidade de resposta dos seus utilizadores para com os utentes e familiares. Frequentemente os familiares (doente/família/pessoa significativa) ao acorrerem a um serviço de urgência são invadidos por um sentimento de impotência, pela incapacidade de resolverem o seu problema, pela espera condicionada pela afluência ao serviço sentindo-se assim incompreendidos, pois para além da doença, dos sinais e sintomas, da gravidade da patologia ou acidente verificados, existem histórias de vida que os profissionais de saúde não conhecem e que não podem ser dissociadas dos indivíduos (ex: familiares dependentes em casa, emprego, crianças etc.).

A comunicação, o compromisso profissional, a qualificação técnico/científica e estrutura física são factores determinantes para o cuidado humanizante, de acordo com a percepção da família sobre a assistência na urgência validado pelo estudo de ANDRADE (2006).

Na urgência do HSM os doentes têm sempre a presença de um familiar/acompanhante durante o período de tempo que aí permaneçam. No entanto quando o doente se encontra em situação crítica necessitando de cuidados personalizados em ambiente de reanimação ou sala de observação, a família apenas poderá estar presente em horário de visita. Existe um horário definido para a visita que acontece no período da tarde. Apenas é permitida a entrada a um familiar no SO ou na Reanimação. Muitas vezes esta regra é quebrada pelos enfermeiros, acontecendo essa visita fora do horário estipulado. O horário da visita tem-se revelado inadequado uma vez que se trata de um serviço com dinâmica própria, flexível, influenciada pela entrada ou presença de doentes instáveis, elevada movimentação de profissionais (médicos, assistentes operacionais, enfermeiros, bombeiros, etc. Embora não se trate de um serviço de internamento o horário da visita está preconizado segundo esse princípio. Por vezes os doentes não chegam a permanecer vinte e quatro horas, sendo transferidos para outros serviços intra ou interhospitalares¹³, (internamento, bloco operatório, imagiologia, etc.) ou até tendo alta hospitalar para domicílio. A duração da visita é de apenas alguns minutos, no período da tarde entre as dezassete e dezoito horas, sendo muito frequente o adiamento daquele horário ou a inviabilidade da visita em virtude de se encontrarem doentes muito instáveis ou se realizarem técnicas ou exames de diagnóstico e tratamento (ex: Endoscopia, Reanimações e Pequena Cirurgia) naquelas unidades.

Não é apenas o doente que é institucionalizado quando entra num hospital, neste caso no SU a própria família que vivencia a crise também sente esta institucionalização. Para MACHADO (2008; p2-3) de acordo com o nível de coesão, adaptabilidade e comunicação familiar existente, também variará a capacidade de mobilização de recursos de que a família dispõe

¹³ CHLN – inclui os hospitais de Santa Maria e Hospital Pulido Valente

para enfrentar as vicissitudes da vida, neste caso as condições que conduzem um indivíduo à urgência.

Concordando com NAVE (2005; p.1) a “*família é o princípio e o fim da vida relacional (afectiva e social) do ser humano, é constituída por um grupo de pessoas que partilham determinadas funções e papéis, com vista a objectivos comuns de equilíbrio e desenvolvimento. É um sistema social em rede, com estrutura, organização e cultura própria, regido por um conjunto de regras, valor e crenças, que lhe conferem identidade própria*”. Reflectir sobre o papel da família, implica considerar as interações internas ao longo das diversas fases do ciclo vital individual e familiar, em permanente relação com o exterior.

Segundo o Modelo de OLSON¹⁴ (1998) a coesão familiar é definida segundo duas componentes, a primeira consiste no vínculo emocional existente entre os membros da família e a segunda componente compreende o nível de autonomia individual que cada membro experimenta no seio da sua própria família. A adaptabilidade familiar analisa como cada membro se adapta quando tem um dos seus familiares doentes ou seja como a família mantém o equilíbrio ou se resiste a uma situação de doença o que inevitavelmente conduz ao desequilíbrio, exaustão ou Burden¹⁵.

Tendo em consideração o Modelo Circumplexo de OLSON (1998) de acordo com o tipo de família, coesão e adaptabilidade, também varia o tipo de comunicação familiar, revelando-se uma dimensão de análise importante. O tipo de comunicação também pode modificar a coesão e adaptabilidade familiar. Para que tal aconteça basta que sejam alteradas as estratégias de comunicação. Assim podemos dividir essas estratégias em positivas e negativas.

As estratégias positivas são a empatia, os comentários de apoio e a escuta activa, estas permitem à família expor as suas necessidades e preferências, que ao serem satisfeitas permitem o funcionamento familiar. As estratégias negativas consistem em mensagens dúbias, múltiplos vínculos, mensagens destrutivas que minimizam a capacidade de adaptabilidade e coesão familiar.

Este conhecimento sobre dinâmica familiar é imprescindível para compreender a comunicação familiar em situação de crise ou transição. Quando o doente crítico permanece no serviço de urgência quer em sala de reanimação ou SO, o profissional de Enfermagem pode observar a partir da análise quer da comunicação verbal quer da não verbal indícios sobre o tipo de coesão e adaptabilidade. A intervenção dos enfermeiros deverá incidir sobre a capacitação dos familiares e doentes para as transições que se estão a verificar potenciando estratégias positivas na interação familiar. Essa capacitação pode passar pelo fornecimento de informação clara, precisa e objectiva.

¹⁴ Modelo Circumplexo de Olson que permite identificar e descrever as principais dimensões do funcionamento familiar na cultura ocidental: coesão e adaptabilidade.

¹⁵ Burden – Sobrecarga física, psicológica e social.

As actividades delineadas para dar resposta ao objectivo proposto de criar medidas facilitadoras na interacção doente/família em S.O. e sala de reanimação, no serviço de urgência, compreenderam o acompanhamento aos familiares/pessoa significativa para partilha de experiências emocionais, estabelecendo um clima de confiança, promovendo a escuta activa. Estes momentos de interacção aconteceram no SU, tendo sido utilizados locais calmos, minimamente confortáveis e que respeitassem a privacidade dos familiares e doentes. Face a esta actividade foi possível verificar que eram estabelecidas relações de confiança na construção de um processo terapêutico adaptado à fase transitória vivenciada pelo doente e familiares. A partilha das preferências do doente, dos seus hábitos de vida como por exemplo os alimentos de que não gosta, o nome pelo qual gosta de ser chamado, o horário da medicação ou se gosta de ler o jornal, são aspectos que habitualmente não são valorizados mas que para a pessoa fazem a diferença.

A construção de laços de confiança com alguém, com o objectivo de promover conforto a essa pessoa, é uma forma de humanização de cuidados. Segundo OLIVEIRA e LOPES (2010) a relação de confiança consiste na atenção dispensada pela enfermeira à promoção do conforto do cliente. KOLCABA¹⁶ perspectiva o conforto como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico do doente. A relação de confiança permite obter um conhecimento aprofundado, uma recolha das necessidades fundamentais ao cuidado à pessoa, tendo em atenção a sua história de vida, os hábitos e costumes enfim a sua envolvente familiar e social. Este conhecimento capacita o enfermeiro para a percepção do período de transição e para o planeamento na adaptação à nova situação. Com o objectivo de perceber a interacção familiar no SU, nomeadamente nas unidades referidas, foi elaborado um guião de observação da interacção familiar/doente que incluía itens destinados à observação (anexo II) de comportamentos e atitudes entre profissionais de saúde e familiares. Pretendia-se também observar a interacção entre familiares e doentes sendo efectuado o registo de necessidades verbalizadas pelos familiares. Foram observadas e registadas 20 (vinte) interacções. Embora seja impossível generalizar os dados obtidos para a população é no entanto possível identificar que tipo de comportamentos são mais observados, quais as necessidades mais verbalizadas e também os factores facilitadores e inibidores da comunicação.

A aplicação deste instrumento seguiu os princípios do anonimato e confidencialidade, no acompanhamento de forma aleatória, aos familiares dos doentes internados nas unidades referidas. Para capacitar os intervenientes (doente/familiares) é essencial deter a informação de suporte para minimizar a ansiedade ajudando os familiares para a interacção com o doente.

As estratégias para a abordagem aos familiares/ pessoa significativa foram a criação de um ambiente calmo, que facilitasse o diálogo, mostrando disponibilidade e estabelecendo um clima

¹⁶ KOLCABA – Teórica que desenvolveu teoria de Médio alcance denominada Teoria do Conforto

de confiança promotor de partilha de ideias. Esta abordagem acontecia sempre que o familiar se dirigia à urgência com a intenção de visitar o seu familiar doente.

Dos resultados obtidos salienta-se que são os familiares directos aqueles que preferencialmente se dirigem à urgência. Verifica-se que são os cônjuges os familiares que mais estão presentes na hora de visitar os familiares, em virtude da idade da maior parte dos doentes ascender os 45 (quarenta e cinco anos). Os filhos embora também estejam presentes têm maior dificuldade em comparecer nos horários definidos pela organização.

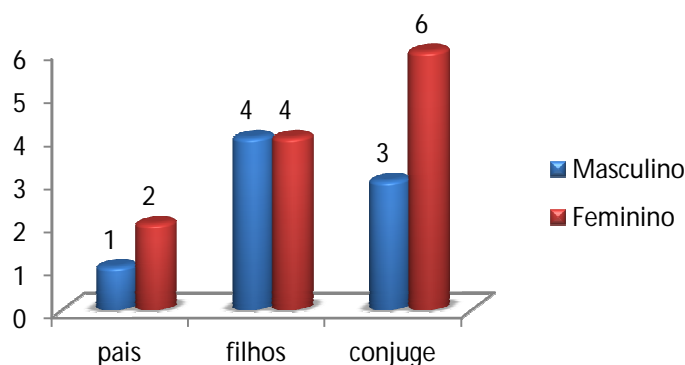


Gráfico 1 - Familiares que visitam doente na urgência

Quanto aos profissionais que fornecem a informação sobre o estado de saúde dos doentes são os enfermeiros que mais sobressaem nesta pequena amostra, seguidos curiosamente pelos auxiliares. A presença e disponibilidade dos assistentes operacionais enquanto os enfermeiros estão mais preocupados com a tarefa, deixa em aberto este espaço à interação, que é aglutinado por aquele grupo profissional.

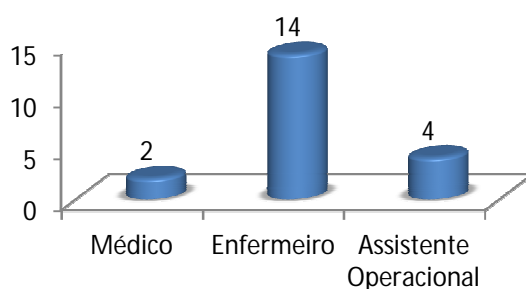


Gráfico 2 - Profissionais que dão informação

Sobre as dúvidas verbalizadas pelos familiares ao visitarem o doente sobressaem as de ordem logística, como por exemplo, quem podem contactar para obter informação, para onde ligar, onde estão os objectos pessoais, para que servem tantos equipamentos e porque o seu familiar se encontra nesta unidade.

Assim as dúvidas mais frequentes fazem referência ao futuro do doente, duração do internamento ou ao circuito do doente no serviço de urgência. Salienta-se ainda a referência a preocupação com a localização de pertences, qual o horário da visita, qual a localização de serviços de apoio ou de futuro internamento do doente. Sentem ainda necessidade de informação sobre o diagnóstico e prognóstico, quem poderá dar informação a também para que serve o equipamento na unidade do doente.

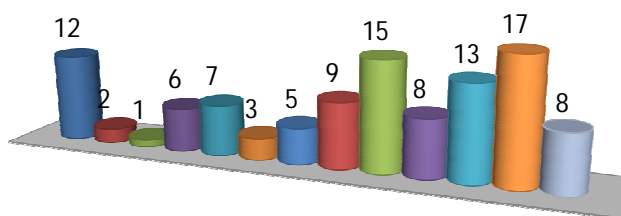
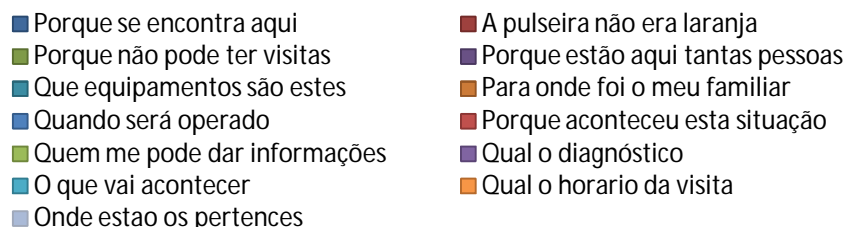


Gráfico 3 - Dúvidas Verbalizadas pelos Familiares

Quanto aos receios estes variam de acordo com a localização do doente. Assim os familiares dos doentes em sala de reanimação verbalizam medo da morte, que o doente tenha dor ou sofra e da incapacidade física. Os familiares dos doentes em SO receiam que o seu familiar tenha dificuldade em repousar e preocupam-se com a incerteza do prognóstico. A informação adicional fornecida relaciona-se essencialmente com os hábitos de vida, patologia associada e com a medicação que fazem no domicílio.

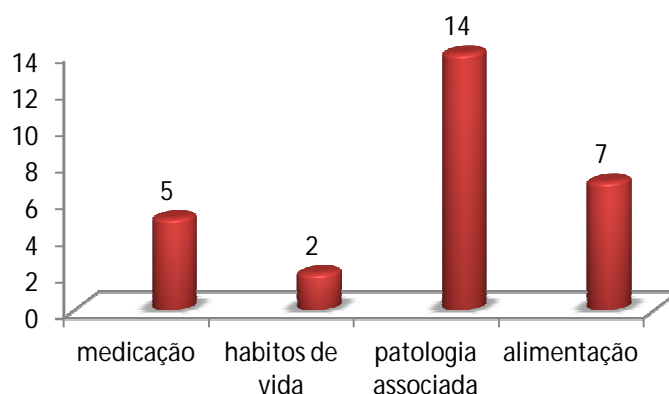


Gráfico 4 - Informação Adicional fornecida pelos Familiares

Foram também observados comportamentos e tipos de comunicação estabelecidos entre os familiares no processo de interação com o doente.

Os estilos comunicacionais adoptados poderão ser facilitadores ou inibidores dependendo da coesão familiar, do estado do doente e do stress experienciado por cada um dos intervenientes do processo. O tipo de comunicação estabelecida varia de acordo com o grau de consciência e orientação temporo-espacial do doente. A envolvente ambiental, equipamento, o ruído, a falta de privacidade e percepção sobre a situação e principalmente o stress e emoções são factores inibidores a uma comunicação adequada. A percepção da situação gera emoções que poderão gerar stress, DAMÁSIO (2000:p62) diz que o termo emoção é utilizado “ *para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais publicamente observáveis.*”. Efectivamente a emoção vivida pode bloquear o processo comunicacional inadequando-o.

Os estilos comunicacionais variam entre comunicação não verbal, utilizando o silêncio, o toque e a postura física adoptada e a comunicação verbal sendo utilizados comentários de apoio, informações sobre a família ou trabalho ou críticas culpabilizadoras habitualmente relacionadas com os hábitos e estilos de vida.

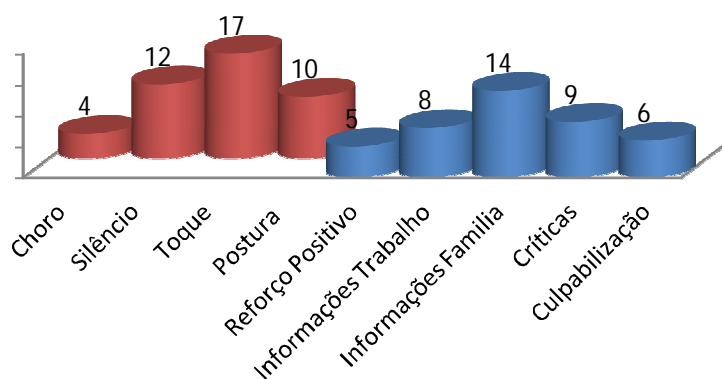


Gráfico 5 - Tipos de Comunicação observados

Face a esta lacuna e ao pouco tempo disponível pelo familiar para estar com o seu doente elaborei com a supervisão da tutora, orientadora de estágio e Enf.º chefe um poster (anexo III) a colocar na entrada do SO, local onde se encontram os familiares que aguardam a visita. Esta actividade tem como objectivo fornecer informação sobre aquela Unidade no serviço de urgência, equipamentos existentes, medidas de prevenção da infecção, e medidas facilitadoras da comunicação com o familiar doente. Pretende-se com este poster promover a comunicação entre familiares e profissionais de saúde, bem como minimizar os índices de stress, capacitando-os para a interacção com o familiar doente e desmistificar o ambiente tecnicista que o envolve.

A promoção de medidas facilitadoras da comunicação está relacionada com a adequação do espaço para a visita, ou estar disponível para o esclarecimento de dúvidas fornecendo suporte à família.

Para além do poster foi elaborado um folheto informativo (anexo IV) que os familiares poderão consultar com o objectivo de esclarecer as dúvidas emergentes e poder partilhar com outros familiares que desejem visitar o doente em SO. Estes instrumentos funcionam como ensino dirigido às necessidades e formativo na capacitação da interação com doente e profissionais de saúde.

O desconhecimento da situação clínica, da sua evolução, as longas horas sem que nada se passe em seu redor senão a intervenção da equipa de Enfermagem gera incompreensão e impotência no doente, esses sentimentos passam inevitavelmente para a família. O que os familiares esperam do profissional de Enfermagem é o esclarecimento de dúvidas, compreensão da situação, desmistificação do ambiente envolvente e clarificação do futuro.

Pode observar-se frequentemente a ausência de comunicação entre Enfermeiros e familiares, a ausência de apoio emocional, alguma frieza na relação em virtude da necessidade de distanciamento por parte de quem trabalha neste serviço segundo alguns relatos dos enfermeiros. Também a este nível foi possível intervir identificando quais as necessidades de formação dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes operacionais) sobre comunicação com utentes e familiares. Quando a equipa de profissionais recebe uma família na urgência não a pode dissociar, esta família dispõe de mecanismos próprios de suporte e auto-regulação que lhe confere um carácter nuclear de unicidade singular. Assim e perante algumas situações de cuidado foi possível reflectir com os enfermeiros e assistentes operacionais tendo a atenção de fornecer informação necessária para minimizar a situação stressante, confortando e encorajando quer o doente quer a sua família. A presença dos familiares em urgência nunca poderá ser encarada como entrave ao cuidado, mas sim como a possibilidade de estar na presença de um parceiro de cuidados, dado tratar-se de indivíduos com maior conhecimento sobre a pessoa (hábitos e preferências) e que têm a capacidade de poder influenciar positivamente na adaptação a estilos de vida saudáveis ou ajudar na transição para uma nova situação à qual terão de encontrar estratégias para se adaptar. Perante esta questão problema, sobre comunicação em serviços de urgência, foi criado um grupo de trabalho no serviço, para tratar o tema, com o qual surgiu a oportunidade de colaborar. Esta colaboração consistiu em discutir a temática, reflectindo sobre algumas situações específicas, relacionadas com o atendimento, informação, prestação de cuidados, visitas, tempo de espera entre outras e a recolha bibliográfica de autores que estudaram estas questões como KRUIJVER (2000) que faz uma revisão da literatura sobre avaliação do treino de comunicação junto dos profissionais de Enfermagem na Irlanda ou PEREIRA¹⁷ (2008) que fala sobre as interações entre utente e enfermeiro em contexto de urgência hospitalar.

Outra lacuna relacionada com este tema prende-se com a inexistência de registos que incluam o cuidado à família ou a influência do familiar no planeamento de cuidados. De referir que a

¹⁷ PEREIRA, Natália – Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta em 2008, defendeu a dissertação intitulada “Comunicação de utente/ enfermeiro em serviço de urgência.

informação obtida a partir daqueles é valorizada mas não registada, bem como a sua intervenção ou interacção junto do doente. A realização de registos evolutivos, globais envolvendo a interacção com a família e a avaliação da mesma no bem-estar do doente constituiu uma das actividades com mais impacto, uma vez que permitiu dar visibilidade dos cuidados e planeamento de Enfermagem.

Em suma o cuidado humanizado, centrado na pessoa como sistema, incluindo a família ainda tem um longo percurso. Primeiro há que desmistificar este conceito, deixar o modelo biomédico e partir para um conceito mais abrangente envolvendo outras áreas do conhecimento (psicologia, sociologia, etc.), para que possamos compreender o papel da família no processo de cuidados, como este foi evoluindo ao longo do tempo e assim decidir para onde ir. O caminho passa por capacitar a família, fornecendo-lhe suporte munindo-a de informação, dando-lhe espaço para exprimir os seus sentimentos, emoções e receios. Este cuidado não pode ser apenas fornecido pelos enfermeiros dos centros de saúde, enfermarias ou cuidados continuados e domiciliários. O enfermeiro de urgência não necessita de perder muito tempo, basta por vezes uma pequena palavra de compreensão e partilha para fazer a diferença e estabelecer a confiança, despoletando uma relação terapêutica consistente.

A concretização deste objectivo permitiu incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização e demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família especialmente no que se refere à comunicação em ambientes tecnicistas, em que os profissionais se centram na tarefa.

O objectivo de humanizar a prática em emergência é uma meta que cada profissional de Enfermagem deve fazer emergir em cada cuidado e em todas as suas interacções. Assim como refere BALLONE (2005) desenvolver o conhecimento científico continuamente, promover o alívio das queixas físicas, apoio emocional e garantir que o doente e família são informados adequadamente são indicadores de qualidade e humanização de cuidados. Mais segundo aquele autor o respeito pela privacidade e promover suporte emocional são direitos fundamentais para qualquer utilizador dos serviços de saúde

A realização de actividades de acompanhamento de familiares no período de visita e o registo do impacto daquela visita em notas de Enfermagem, funcionou como sensibilização e mobilizou os profissionais para uma maior interacção (enfermeiro/utente/família) integrando esta prática no seu planeamento de cuidados.

OBJECTIVO III - Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da monitorização da dor no doente em estado crítico.

A dor é uma experiência multidimensional que engloba aspectos fisiológicos, emocionais, cognitivos e sociais envolvendo na sua avaliação dois intervenientes, o doente que sente dor e o técnico de saúde que avalia a dor sentida CARDOSO (2009;p19). A dor é uma experiência subjectiva que acontece num determinado indivíduo inserido num contexto específico e sujeito a factores que poderão potenciar ou minimizar a dor. Trata-se de um parâmetro que não se poderá comparar com outro indivíduo. A dor aguda de causa bem determinada, continua a ser um problema real e actual, ainda muito longe de ser controlado.

Apenas com uma monitorização eficiente e eficaz deste sinal vital, poder-se-á falar em qualidade de cuidados, promotores de bem-estar.

De salientar que a AMERICAN PAIN SOCIETY introduziu em 1996 a dor como 5º Sinal Vital comparando assim a importância da dor aos restantes sinais vitais. Em 2000 A JCAHCO¹⁸ publicou uma norma comprovando a dor como 5º sinal vital. Em Portugal, o Plano Nacional de Luta contra a Dor foi aprovado por despacho Ministerial em 2001, que estabelecia metas e apresentava orientações para o controlo da dor Aguda. Mas o 5º Sinal Vital só seria implementado por circular normativa da DGS em 2003. Ao efectuar revisão bibliográfica foi possível encontrar uma tese de mestrado sobre monitorização da Dor de CARDOSO (2009) onde refere como causas de abandono da monitorização da dor: a não consulta e desvalorização do seu registo por parte da classe médica, à grande rotatividade dos doentes, a falta de formação e sobrecarga de trabalho. Face a estes pressupostos e no âmbito da prática clínica em SU foi possível realizar um diagnóstico da situação actual no que se refere à monitorização do 5º Sinal Vital.

No acompanhamento de doentes na Urgência, na prestação ou supervisão de cuidados foi possível verificar que apenas na Triagem é efectuada a monitorização e registo da Dor. Na sala de reanimação, salas de tratamentos e SO não é monitorizada e registada a Dor sistematicamente. Segundo os princípios orientadores do Programa Nacional para o Controlo da Dor, esta representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização da patologia. A monitorização deste parâmetro constitui uma norma de boa prática, devendo ser observada pelas unidades de saúde, sendo um direito para todos os indivíduos o seu adequado controlo.

Perante a situação problema da ausência de monitorização da Dor o objectivo delineado consistiu na sensibilização da Equipa de Enfermagem para a importância do controlo da dor no doente em estado crítico.

¹⁸JCAHCO - Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations – Comissão de Acreditação das Organizações de Saúde.

Perante o conhecimento da situação actual na urgência foi efectuado um levantamento das normas e protocolos de actuação existentes naquele serviço para a monitorização e controlo da Dor. Da revisão verificou-se que a escala utilizada em todos os sectores é a Escala Numérica. Na prática apenas se verifica a monitorização e registo na Triagem não existindo registos evolutivos posteriormente. De salientar que o sistema ALERT ER prevê o registo do Parâmetro DOR à semelhança dos restantes sinais vitais que são registados frequentemente.

Para perceber quais os factores determinantes na ausência da monitorização e registo, foram efectuadas entrevistas informais quer com a orientadora de estágio, quer com alguns enfermeiros do SU a respeito da temática. Estes espaços reflexivos serviram para fundamentar a necessidade da monitorização do 5º Sinal Vital e de como esta prática qualifica os cuidados. Foi desenvolvido um trabalho de sensibilização dos profissionais de enfermagem sobre a importância da monitorização e também sobre a aplicação da Escada analgésica da Dor da OMS¹⁹.

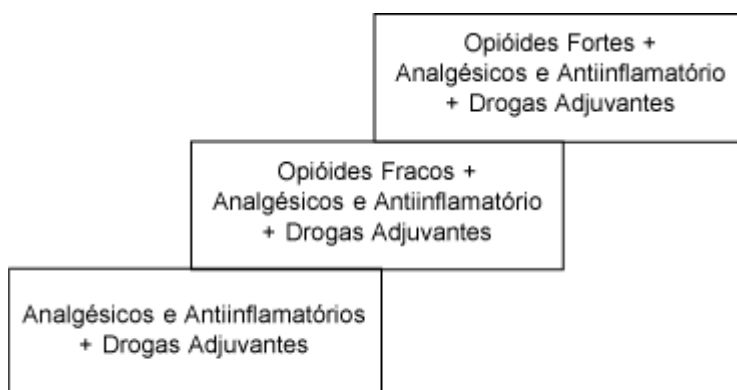


Figura 1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Embora a prescrição farmacológica não esteja no âmbito da prática de Enfermagem, o conhecimento desta orientação no controlo é importante na avaliação da adequação estratégica. A adequação da escala Numérica à escada analgésica permite um melhor controlo sintomático. Assim para uma dor entre 1 e 3 considerada Dor Leve corresponderá na escada analgésica ao primeiro degrau. Para uma Dor Moderada entre 4 e 6 da escala numérica o controlo sintomático situa-se no segundo nível e finalmente para uma Dor Severa entre 7 e 10 a analgesia situar-se-á no terceiro e último degrau, de acordo com a figura 1. O controlo da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma na vida do doente, investigando factores psicossociais que possam influenciar a dor e seu impacto, no bem-estar da pessoa.

Ainda neste âmbito foi também efectuada revisão bibliográfica acerca do tipo de escalas existentes. Assim temos escalas unidimensionais e multidimensionais, do observador e visual

¹⁹ Escada Analgésica da Dor da OMS - A Escada Analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, foi o primeiro guia para sistematizar o tratamento da dor.

análoga. Existem também escalas para doentes sedados (NVPS e BPS)²⁰ que podem ser consultadas em anexo, existindo já uma tentativa anterior para a sua implementação sem grande sucesso. A discussão sobre a Dor foi bem aceite pelo Enf.º Chefe que no entanto referiu, não poder existir uma multiplicidade de escalas para utilização. Este seria mais um factor para dissuadir os profissionais na sua utilização. Sendo consensual que a escala numérica pela sua simplicidade e facilidade na utilização seria a mais indicada para o serviço de urgência, muito embora o seu uso não possa ser generalizado a todos os tipos de doentes, foi essencialmente sobre esta que foi reforçado o ensino e a sua aplicação.

Para além da dimensão sensitiva também existe uma dimensão psicológica relacionada com a experiência ou percepção com que é vivenciada a dor. Este é o caso dos doentes em urgência que pela intensidade das situações vividas podem desencadear reacções de dor intensa, muito embora a causa principal que os tenha levado à urgência não provoque dor intensa. A dimensão reaccional ou comportamental que ilustra o modo como o indivíduo enfrenta a dor tendo por base a sua personalidade, experiências anteriores, o suporte familiar e as suas crenças são factores a ter em conta quando se fala em monitorização da Dor. Promover o conforto ao doente com dor é tão essencial na prática de Enfermagem como a execução de intervenções para estabilizar a pressão arterial, ou a respiração. Trata-se de um parâmetro que não estabilizado pode influenciar outros e desequilibrar a situação clínica do doente.

As estratégias adoptadas para Monitorização e controlo da dor consistiram na elaboração e colocação de réguas que continham escala numérica da Dor e no verso a Escada Analgésica. Estes instrumentos foram colocados em todos os terminais de ALERT ER situados junto aos sectores de trabalho dos enfermeiros e unidades, no SO e Reanimação. Efectuar o registo sistemático a todos os doentes utilizando a escala adaptada ao serviço de urgência, e realizar o registo sistemático resultante da monitorização do 5º sinal vital pela equipa da urgência é um critério de humanização e eficiência dos cuidados de Enfermagem.

A colocação das réguas de monitorização da dor associada à escada da analgesia da OMS vem reforçar a importância da adequação terapêutica proporcionando conforto ao doente com dor. De salientar que a monitorização efectuada já deu os seus frutos, o registo da dor contribuiu para prescrições adequadas ao registo numérico e diversas situações na urgência. A integração da equipa de Enfermagem e alunos da licenciatura a realizar estágio no SU também condicionou o registo sistemático de carácter evolutivo. Verificou-se sensibilização da equipa de Enfermagem sendo inclusivamente um parâmetro referido nas passagens de turno orais junto do doente. A escada analgésica também permitiu a adequação terapêutica, embora os enfermeiros não prescrevam fármacos, é-lhes fornecido o conhecimento necessário para uma fundamentação teórica adequada (anexo V).

²⁰ NVPS – Non Verbal Pain Scale e BPS – Behavioral Pain Scale, escalas comportamentais baseadas em parâmetros fisiológicos e comportamento.

O registo evolutivo no qual são inscritos os scores de dor bem como que actividades de Enfermagem foram desenvolvidas, contribui para a promoção da continuidade de cuidados e ainda para humanizar a fase de transição em curso.

Ainda sobre as actividades desenvolvidas foi proposto no final do estágio aos colegas da especialidade médico cirúrgica a realizar estágio no SU em Setembro de 2010, a avaliação do impacto da sensibilização efectuada para a monitorização e registo do 5º Sinal Vital.

Indo ao encontro de tudo o que foi atrás referido DEODATO (2003; p29) tem uma definição do fenómeno de dor que ilustra claramente a sua multidimensionalidade, classifica a dor como *“fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam.”*. Esta afirmação tradutora do fenómeno multidimensional de Dor vem alargar os horizontes da abordagem terapêutica de Enfermagem trazendo para o cenário novas estratégias que poderão passar pelo envolvimento da família ou uma abordagem multiprofissional concertada dando lugar a novas terapias para além das farmacológicas convencionais.

Os efeitos da Dor não tratada são imensos, de acordo com o autor CAMARGO (2003) no seu artigo “Dor como 5º sinal vital”, refere que *“a dor crónica ou aguda tratada de forma não efectiva tem um efeito prejudicial sobre os pacientes e é frequentemente a principal causa de insatisfação, agravamento das condições clínicas, comprometimento da qualidade de vida e aumento dos custos relacionados com os cuidados médicos.”*

O cuidado de Enfermagem desenvolvido no controlo da Dor é sinónimo de “boas práticas” e procura permanente da excelência no exercício, em contextos de saúde complexos, alargados e no âmbito da interdisciplinaridade.

As competências adquiridas com o processo de desenvolvimento deste objectivo estão relacionadas com desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente zelando pela qualidade dos cuidados prestados. A incorporação na pratica de resultados de investigação relacionados com o controlo da Dor também constituiu uma mais valia no desempenho profissional como enfermeiro especialista.

OBJECTIVO IV - Avaliar o impacto na prática de Enfermagem da Campanha da lavagem das mãos de 2009.

Outra das grandes áreas de enfoque do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica encontra-se relacionada com o controle de infecção hospitalar. O controlo de infecção está integrado em várias áreas da gestão em saúde como a Gestão de Risco, Segurança do doente e Qualidade. Concordando com o CDE Artigo. 79º enquadrado nos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro assume o dever de *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega.”* É da responsabilidade dos enfermeiros cumprir

as normas de boa prática recomendadas pelas comissões de controlo de infecção hospitalar. Estas normas têm por base evidência científica que comprova o benefício da prática em conformidade, para a saúde dos indivíduos e comunidade

Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infecção são definidas competências em vários níveis de decisão, nomeadamente e no que diz respeito à prática, para as várias Unidades de Saúde. Ao nível local, na unidade de saúde, também existem níveis de responsabilidade, desde os órgãos de gestão aos operacionais nas várias fases do plano ou seja no planeamento, implementação e avaliação dos programas.

Uma das áreas de intervenção de eleição do ano de 2009, contemplada no PNCI²¹ foi a Lavagem das Mãos. Foram elaboradas normas de orientação clínica, formação e informação aos profissionais de saúde, utentes, visitas e público e geral. Procedeu-se à vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados. O surto de Gripe A no inverno de 2009 desencadeou uma Campanha Nacional com o envolvimento dos gestores e profissionais de saúde. Esta, veio acentuar as acções de formação e trouxe um incremento na utilização adequada de equipamentos de protecção individual EPI's²². É função da equipa multidisciplinar a prevenção de IACS (infecções adquiridas pelos cuidados de saúde), reduzindo a uma percentagem mínima os factores de risco para a infecção. O aumento contínuo de incidência de IACS causadas por microrganismos multirresistentes, criaram a necessidade de recomendações mais específicas para vigilância e controlo da infecção. A implementação de práticas efectivas nos vários contextos de saúde é no entanto ainda um motivo de preocupação.

Face ao exposto emergiu o interesse em conhecer qual o impacto na prática de cuidados de Enfermagem no SU e saber quais as formações anteriores sobre lavagem das mãos. Saber que medidas foram implementadas, após a campanha e conhecer quais os constrangimentos presentes em urgência sobre a lavagem das mãos, são os objectivos específicos neste âmbito.

Deste modo foram desenvolvidas actividades que permitiram conhecer como foi efectuada a Campanha sobre lavagem das mãos na urgência, saber se decorreu em contexto da prática ou em local exterior aos serviços, quais os conteúdos e por outro lado monitorizar o cumprimento de normas e práticas em contexto de trabalho. Com o objectivo de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde recentemente reformulou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), visando este, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo, contribuindo para a segurança do doente e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007).

²¹ PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção.

²² EPI – Equipamento de protecção individual.

Em Setembro de 2009, desenvolveu-se um estudo nacional de prevalência da Infecção Nosocomial tendo como objectivos, para além de outros, obter uma visão geral do problema da Infecção Nosocomial nos hospitais do país, através do conhecimento da sua taxa de prevalência, do uso de antibióticos e de outros factores que possam ter influência na aquisição da infecção; determinar as localizações mais comuns e suas prevalências; determinar os microrganismos mais comuns envolvidos, identificando os seus padrões de resistência a antibióticos (DGS). Neste estudo a taxa de prevalência de doentes com infecção nosocomial foi de 9,8% e a prevalência de infecção nosocomial foi de 11,0%. Resultados que são semelhantes à maioria dos estudos internacionais.

Sabe-se que a transmissão por contacto indirecto envolve a transferência de um agente infeccioso através de um objecto intermédio contaminado ou pessoa. As mãos dos profissionais de saúde podem transmitir agentes patogénicos, depois de tocar num local do corpo de um doente, colonizado ou infectado, para outra pessoa ou equipamento. O cumprimento dos princípios orientadores das precauções universais definidas em 1988 pelo Center of Disease Control ajudam na prevenção deste tipo de transmissão por contacto.

Uma das precauções pré-estabelecidas é a higiene das mãos. Segundo as recomendações emanadas aquela deve ter lugar após contacto com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e artigos contaminados. A higiene das mãos deve acontecer sempre após a remoção de luvas, antes e depois do contacto com os doentes.

A existência de um manual para os observadores no âmbito da vigilância epidemiológica constituiu uma mais-valia, na identificação das áreas sensíveis em contexto de urgência hospitalar. Este Manual adaptado da World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care, fornece um conjunto de instrumentos que permitiram validar quais os momentos em que os profissionais lavavam as mãos e também ter acesso ao cálculo da taxa de adesão à lavagem das mãos (ver anexo VI).

Quanto à metodologia foi utilizada a observação directa das práticas segundo as instruções presentes no manual. A observação ocorreu durante várias sessões não superiores a 30mn durante 2 (dois) dias, em vários locais na urgência, nomeadamente no SO, Salas de Reanimação e de Tratamentos. Foi realizada também uma pequena entrevista informal com os responsáveis de Enfermagem do serviço onde foi possível constatar que a campanha da lavagem das mãos de 2009 efectuada no hospital, não desenvolveu sensibilização em contexto da prática.

Com a aplicação do instrumento de observação (anexo VI) foi possível calcular a taxa de adesão ao procedimento lavagem das mãos. Identificando quais os momentos onde se verificava maior adesão e em que grupos profissionais. Em seguida pode verificar-se os resultados obtidos, que nos permitem fazer um cálculo comparativo entre a actuação dos diferentes grupos profissionais.

5 MOMENTOS	GRUPOS	ENFERMEIROS	MEDICOS	ASSISTENTES OPERACIONAIS	TOTAL
	PROFISSIONAIS				
1 – Antes de contacto com o paciente		18,18%	0%	26%	14,20%
2 – Antes da realização de procedimento asséptico		31,57%	22%	0%	30,35%
3 – Após a exposição a fluidos corporais		60%	88,80%	72,72%	73,70%
4 – Após o contacto com o paciente		60%	29%	50%	55%
5 – Após contacto com o ambiente próximo ao paciente		44%	0%	0%	14,60%

Tabela 1 - Taxa de Adesão da Lavagem das mãos na equipa multidisciplinar.

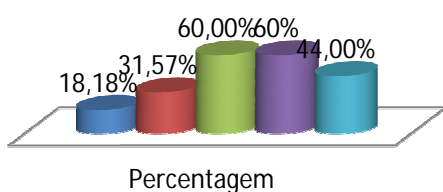


Gráfico 6 - Taxa de adesão da lavagem das mãos da Equipa de Enfermagem

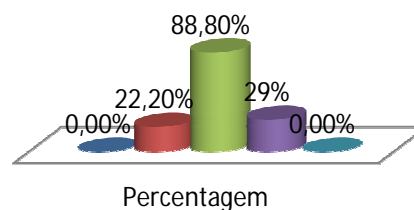


Gráfico 7 - Taxa de adesão à lavagem das mãos da Equipa Médica

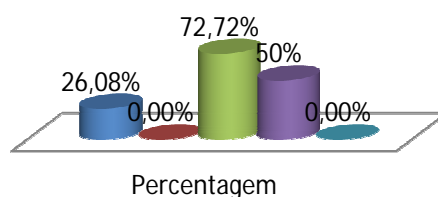


Gráfico 8 - Taxa de adesão à lavagem das mãos nos Assistentes Operacionais

Como principais conclusões temos que o momento onde a taxa de adesão é superior para todos os grupos profissionais é após o risco de exposição a fluidos corporais. Compreende-se que, o facto dos enfermeiros exercerem a sua actuação com maior proximidade do doente reflecte-se na maior taxa de adesão nos 5 momentos. O valor de 0% de adesão dos assistentes antes dos procedimentos assépticos justifica-se em virtude de os mesmos não serem executados por aquele grupo.

A baixa adesão no momento após exposição a fluidos pelos enfermeiros é por estes explicado que se fica a dever ao enorme volume de trabalho que tem, minimizando esta exposição.

Segundo a circular normativa da DGS de 14 de Junho de 2010 “A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.” A avaliação diagnóstica da Campanha de 2009 foi de aproximadamente 46%. O estudo de BREVIDELLI (2006) vem corroborar as baixas taxas de adesão dos médicos comparativamente aos enfermeiros. Esta também é comprovada pelo estudo publicado pela Acta Médica Portuguesa que revela níveis de adesão de cerca de 20%, os inquiridos referiram não conhecer as alternativas à lavagem das mãos, enquanto apenas 10% afirmaram não conhecer o protocolo de lavagem/desinfecção das mãos.

É importante validar que a adequação de estruturas e os cinco momentos preconizados para a lavagem das mãos encontra-se fundamentada pela evidência científica como se pode observar pelo *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) / Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*.

Disponibilizar aos profissionais de saúde estruturas e equipamentos de acesso fácil e seguro em todos os locais de prestação de cuidados para a prática de higiene das mãos. (IB)

Os cinco momentos também se encontram devidamente fundamentados:

- ✓ *Antes e após contacto directo com o doente. (IB)*
- ✓ *Antes de manusear dispositivos invasivos nos cuidados ao doente, independentemente de usar ou não luvas. (IB)*
- ✓ *Após contacto com fluidos orgânicos ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta, ou pensos de feridas. (IA)*
- ✓ *Ao passar de um local do corpo contaminado para outro local não contaminado, durante a prestação de cuidados no mesmo doente. (IB)*
- ✓ *Após contacto com objectos inanimados (incluindo equipamento médico) e ambiente envolvente do doente. (IB)*
- ✓ *Após remover as luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB).*
- ✓ *Antes de manusear a medicação ou preparar alimentos proceder à higiene das mãos utilizando solução alcoólica ou água e sabão ou água e sabão antimicrobiano. (IB)*
- ✓ *Quando se higieniza as mãos por fricção com solução alcoólica, não se deve utilizar sabão antimicrobiano em simultâneo. (II)*

Embora os resultados ainda se encontrem longe do desejável é a equipa de Enfermagem a que apresenta uma adesão mais harmoniosa dos 5 momentos, existindo ainda alguma sensibilização que merece ser efectuada. Com a finalidade de compreender se as estruturas existentes são as adequadas foi ainda efectuada avaliação utilizando o questionário presente no Plano Nacional de Controlo de Infecção (anexo VII).

A ausência de doseadores de SABA²³ e respectivos suportes em cada unidade no SO e nas salas de tratamento e reanimação, a falta de lavatórios e casas de banho em número suficiente e adequadamente situadas são factores indutores à não adesão. Esta situação foi exposta ao Enf^o.Chefe, questionando sobre a inexistência destes dispositivos ao que foi informado que os

²³ SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica utilizada para a higienização das mãos.

suportes para SABA já tinham sido requisitados mas não fornecidos. Quanto à disposição física dos equipamentos também mereciam preocupação, já tinham sido solicitadas obras mas ainda não ocorrera feedback. A introdução de SABA na entrada do SO para uso dos familiares e profissionais que entram e saem daquela unidade, bem como a formação dos auxiliares para colocação da solução em cada unidade no SO, sala de Reanimação e Tratamentos enquadram-se nas actividades de adequação dos recursos existentes e ao mesmo tempo sensibilizando para a mudança nas práticas. Foram afixados no serviço cartazes ilustrativos dos 5 momentos para higienização das mãos (ver anexo VIII). Aqueles foram afixados junto dos lavatórios dos vários sectores, onde já existiam cartazes sobre como lavar as mãos, segundo indicação do Enf.º chefe, como forma de sensibilização dos profissionais para as boas práticas.

O processo de monitorização revelou-se ele próprio condicionante para o procedimento lavagem das mãos. No manual da World Alliance for Patient Safety World preconiza que este tipo de monitorizações deve ele próprio servir de acção sensibilizadora condicionando a realização do procedimento. A divulgação dos resultados da monitorização e a afixação de cartazes mostrou ser um aspecto positivo, uma vez que a grande maioria dos enfermeiros sentiu necessidade de verbalizar as causas para a reduzida taxa de adesão. Estas segundo eles estão relacionadas com o facto de as condições físicas serem desadequadas, existirem apenas dois lavatórios no SO distantes das unidades, as torneiras não terem manípulo, por vezes não existirem embalagens com soluções antissépticas para lavagem das mãos, ou sequer solução alcoólica junto aos doentes.

Como resultado desta acção todas as unidades passaram a ter uma embalagem de solução alcoólica, sendo função dos assistentes operacionais assegurar que existem em quantidade e na localização adequada. Também os familiares que não efectuavam lavagem das mãos antes da visita passaram a fazê-lo uma vez que a informação sobre a sua importância se encontrava disponível antes de se realizar a visita, acontecendo este procedimento sob supervisão dos enfermeiros e assistentes operacionais.

A concretização deste objectivo permitiu validar que a realização de campanhas ou acções de sensibilização fora dos contextos deixa de ser pertinente. Embora os profissionais saibam a importância e necessidade de executarem boas práticas existem factores que condicionam a adesão aos procedimentos. A pressão do tempo ou a desadequação das estruturas poderão deixar de ser condicionantes se existir a criatividade e um trabalho consertado das equipas das comissões de controlo de infecção no estudo e implementação de soluções alternativas. A promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros integrando boas praticas no seu desempenho e tomar decisões, criativo na interpretação e resolução de problemas foram competências adquiridas nesta área de intervenção.

OBJECTIVO V - Colaborar na remodelação das prateleiras da Via Aérea assegurando a abordagem da Via Aérea Difícil no Serviço de Urgência.

Uma das áreas de interesse relacionada com a experiência profissional em bloco operatório e exercendo funções de enfermeira de anestesia é a manipulação da via aérea. Durante o período de estágio foram várias as situações de via aérea difícil observadas na urgência. As principais causas de insucesso na sua abordagem, estão relacionadas com o desconhecimento do Algoritmo da VAD, a falta de preparação dos profissionais de saúde e inexistência de equipamentos e dispositivos médicos fundamentais a uma permeabilização da via aérea difícil segura e eficaz.

A frequência do curso teórico prático de VAD organizado pela associação AEVAS²⁴ realizado em Santarém a 27 de Maio (anexo IX) trouxe conhecimentos sobre novos dispositivos médicos que em associação com os conhecimentos adquiridos pela experiência profissional em enfermagem perioperatória são uma mais-valia para a formação da equipa de Enfermagem na urgência.

Para garantir qualidade nos cuidados prestados é essencial diminuir as necessidades, ser proactivo para prevenir e dar resposta e reunir atributos como a efectividade, a eficiência e a equidade. Para DONABIEN (1980) qualidade em saúde “...é o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperado nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde”. Ainda sobre qualidade o DEPARTMENT OF HEALTH (UK) (1997) define o conceito como “Fazer o que é correcto (o quê?); à pessoa correcta (a quem?); no momento correcto (quando); e bem à primeira. Concluindo que a qualidade é um processo contínuo, de implica constante aprendizagem e aprofundamento das suas características, estando implícita a melhoria dos cuidados foi iniciado um levantamento das necessidades sobre abordagem da via aérea no SU.

No levantamento efectuado, do equipamento e dispositivos médicos, para permeabilização da via aérea nos cinco carros de urgência, existentes no SU, foi possível verificar que faltam dispositivos como máscaras laríngeas que permitam a aspiração gástrica, uma Fastrach²⁵, condutores e fios Guia Bougie, Frova e Eschman²⁶. Uma abordagem adequada da VAD baseada na evidência científica, em associação com a experiência profissional permite economizar recursos materiais, minimizar o stress dos profissionais e proporcionar cuidados de qualidade ao doente crítico.

²⁴ AEVAS – Associação para o estudo da Via Aérea de Santarém

²⁵ Fastrach – Mascara laríngea que permite a entubação orotraqueal.

²⁶ Bougie, Frova e Eschman – Fios Guia que permitem uma primeira abordagem na permeabilização da Via Aérea seguida de Entubação orotraqueal.

Neste sentido foi apresentado, ao Sr. Enf.º Chefe, a proposta de requisição dos materiais atrás referidos que poderiam ser incluídos nas prateleiras da via aérea dos carros de urgência. A resposta não foi positiva uma vez que parte dos dispositivos referidos não se encontram inseridos e codificados pelo serviço de consumo clínico do centro hospitalar. Para que tal acontecesse seria necessário iniciar um processo de compra de determinados equipamentos como os guias e as máscaras laríngeas Fastrach, sendo que as máscaras laríngeas de I-gel já existem no hospital e a sua introdução não seria difícil. A adequada fundamentação para iniciar este processo de compra deve basear-se não só na evidência mas na percentagem de eventos adversos registados neste serviço. Face a esta dificuldade, a sugestão foi a de criar um impresso para registo de eventos adversos (anexo X). Com este registo será possível identificar quais as variáveis que influenciam a adequada abordagem da via aérea. Assim cada episódio de permeabilização da via aérea deverá ser registado, incluindo que recursos materiais foram utilizados, que profissionais foram intervenientes no episódio, quantas foram as tentativas de permeabilização da VA, e qual foi o desfecho da situação. Um registo sistemático do número de ocorrências de via aérea difícil permite gerir o risco em procedimentos associados a este procedimento.

Uma cultura de segurança assenta igualmente numa cultura informada, ou seja, todos aqueles que actuam ao nível da gestão e da operacionalização dos sistemas são detentores de variados conhecimentos, quer ao nível técnico, organizacional ou mesmo de aspectos ambientais, relacionados com o desempenho individual, os quais podem ser determinantes na eficácia da segurança (adaptado de WEICK, SUTCLIFFE, 2001;p128). Assim são adoptadas medidas que incentivam a partilha de informação, principalmente relacionada com falhas, incidentes, erros, *near misses*, assim como com as características básicas da organização. O objectivo será compreender o fenómeno e determinar a forma de o eliminar ou diminuir a sua frequência assim como as consequências que daí advém. É necessário desmistificar a noção de penalização, pois, pelo contrário, esta assenta em quatro características fundamentais: numa cultura justa, flexível, de reporte e de aprendizagem. Uma cultura justa traduz um sentimento de confiança entre todos os profissionais, chegando-se a incentivar o reporte dos erros com o intuito de se obter o máximo de informação possível, no sentido da aprendizagem contínua. Para facilitar a compreensão da temática pela equipa de enfermagem da urgência foi planeada uma sessão formativa (anexo XI) sobre o Papel da Equipa de Enfermagem na Urgência na Abordagem da Via Aérea Difícil. Os objectivos delineados para esta sessão foram que os enfermeiros sejam capazes de:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre VAD;
- ✓ Adquirir competências na identificação de uma VAD;
- ✓ Sensibilizar a Equipa de Enfermagem do SUC para a organização de recursos no âmbito da situação de urgência VAD;

Foi efectuada divulgação junto dos profissionais de enfermagem da sessão formativa, colocando informação sobre conteúdos da sessão e sua localização em locais estratégicos do

serviço como por exemplo salas de tratamentos, SO, junto ao gabinete do Enf.º Chefe e também no Balcão. Este momento de divulgação, revelou-se uma oportunidade de recolha de informação muito rica. Nestes momentos os enfermeiros do serviço verbalizaram algumas dúvidas e partilharam experiências vividas em situações anteriores com via aérea difícil.

O objectivo desta actividade foi sensibilizar os profissionais para a necessidade de conhecer o algoritmo actual para a Via Aérea Difícil (anexo XI) preconizado pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia bem como alguns dispositivos de ventilação e técnicas de permeabilização da via aérea. Como sumário de conteúdos para a sessão inscrevem-se uma breve revisão anatómica da VA; definição de VAD; como se processa o reconhecimento de VAD; que equipamento deve ser utilizado para a adequada abordagem da VAD; que manobras são utilizadas para ventilação, intubação orotraqueal e supraglótica e a importância da organização de recursos materiais nos serviços.

Na sessão formativa os profissionais de enfermagem do SU estiveram presentes em número reduzido (20 Enfermeiros). Estiveram na sessão os responsáveis do SU, a Enfermeira orientadora de estágio, cerca de dez Enfermeiros do serviço, oito alunos de licenciatura em Enfermagem e uma enfermeira do bloco operatório da urgência. Durante a sessão houve possibilidade de interagir com os profissionais, partilhar conhecimentos e esclarecer dúvidas. A inexistência de manequins para treino e aplicação dos dispositivos médicos foi uma das lacunas verificadas e referidas pelos formandos. De um modo geral a formação teve uma avaliação muito boa após análise e quantificação das respostas fornecidas pelo instrumento de avaliação preenchido pelos formandos no final da sessão. Após verificar a dificuldade na concretização do objectivo de reformular as prateleiras de via aérea pela inexistência dos dispositivos médicos necessários, a proposta de trabalho foi criar um grupo multidisciplinar para a abordagem da via aérea difícil. A existência de um grupo de trabalho facilita a fundamentação da necessidade de equipamento mais caro, mas essencial para garantir qualidade aos cuidados e aplicar a evidência científica nesta área.

Como competências adquiridas realço a promoção de formação em serviço demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área de gestão de risco e qualidade de cuidados. A colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros e o envolvimento dos colaboradores na gestão do risco associado à Via Aérea Difícil são indicadores de avaliação que permitem potenciar práticas adequadas às necessidades dos utentes.

2.1.2 – Aspectos positivos e negativos do estágio em Urgência

O serviço de urgência do Hospital de Santa Maria, revelou-se um óptimo campo de estágio pela variedade de situações clínicas, a oportunidade de observar a articulação dos vários níveis de intervenção em emergência (pré-hospitalar e hospitalar) e ainda a cooperação

multiprofissional no terreno (anexo XII). Esta Urgência Polivalente, também funciona como Urgência Médico-Cirúrgica para as respectivas áreas de influência. Considerado o segundo nível de abordagem emergente com maior grau de diferenciação técnica, no acolhimento de situações críticas, torna-se essencial realçar que aspectos positivos e negativos existem para a realização do estágio de especialização nesta unidade. Como aspectos positivos são de realçar a elevada diferenciação técnico-científica dos profissionais de Enfermagem em associação com a grande disponibilidade para a recepção e orientação dos alunos no âmbito da Especialização Médico Cirúrgica. A destacar também o apoio sentido dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, que aí exercem funções, para a concretização e adaptação ao contexto de trabalho dos objectivos traçados. Os indicadores de avaliação face às actividades desenvolvidas revelam a eficácia da concretização dos objectivos. A aquisição e aplicação de conhecimentos adquiridos na prática, a partir da implementação das actividades delineadas são os grandes indicadores de avaliação que sobressaem neste estágio. Como aspectos negativos realçam a dificuldade sentida na mudança das práticas em virtude da minha in experiência na área de urgência. O tempo reservado para o processo de socialização e apreensão do contexto que reduz o período dedicado á operacionalização dos objectivos e a inexistência de enfermeiros especialistas na urgência faz com que seja dificultada a compreensão sobre o seu papel na prática de cuidados.

2.2 – ESTAGIO EM UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

O local de estágio seleccionado para o Módulo II foi a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Cuf Descobertas, pertencente ao grupo Mello. A escolha deste hospital encontra-se relacionada com a curiosidade em conhecer a realidade da prática de cuidados de Enfermagem no sector privado. Perceber quais as diferenças entre sector público e privado no que se refere à gestão de recursos materiais e humanos bem como quais os recursos disponíveis para o doente crítico internado em cuidados intensivos são objectivos pessoais delineados. Trata-se de uma unidade de cuidados intensivos polivalente com capacidade para nove camas, duas delas são camas de isolamento. Esta unidade recebe doentes provenientes do serviço de Urgência, Bloco Operatório e Serviços de Internamento. A equipa de Enfermagem é sólida com muita experiência na área de cuidados intensivos. O método de trabalho utilizado é o individual²⁷, ou seja cada enfermeiro é responsável pelos seus doentes. No entanto existe uma distribuição dos profissionais por equipas. Assim em cada turno existe um responsável ou chefe de equipa, sobre o qual recai o processo de tomada de decisão sobre gestão de recursos humanos e materiais e também no que diz respeito ao planeamento de cuidados de Enfermagem. Em cada turno encontram-se disponíveis três enfermeiros, podendo

²⁷ Segundo COSTA a responsabilidade de todos os cuidados pertence a um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados o que não inviabiliza que a responsabilidade última seja do enfermeiro responsável pela unidade.

cada um ficar responsável por três doentes. Esta unidade recebe predominantemente doentes cirúrgicos dada a grande taxa de ocupação da instituição para cirurgia programada. Tem também lugar nesta unidade doentes do foro pneumológico e cardíaco resultantes da afluência destes doentes à urgência hospitalar.

Os principais objectivos delineados para este módulo relacionam-se com o papel do enfermeiro na monitorização da Dor no doente ventilado e com a adequação do estilo comunicacional e informação ao doente com limitações à comunicação e de outra nacionalidade. O desenvolvimento de práticas promotoras de manutenção do equilíbrio sensorial, bem como a elaboração de norma de procedimentos para a VAD também se incluem nos objectivos para este estágio.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) define-se por doente crítico aquele em que existe disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, e a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. O alto nível técnico existente nas unidades de cuidados intensivos levanta a seguinte questão: Será que os enfermeiros que exercem nestes ambientes despersonalizantes fazem planeamento de cuidados à pessoa ou apenas se centram na tarefa, operacionalizando o modelo biomédico? Para responder a esta questão serão analisadas as actividades desenvolvidas, naquele contexto, qual o seu impacto na equipa, que competências foram adquiridas e ainda como a equipa interage com os doentes e suas famílias na UCIP.

2.2.1 – Objectivos de Estágio e Actividades Desenvolvidas

OBJECTIVO I – Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da Monitorização da Dor no doente Crítico.

Na unidade de cuidados intensivos existe a preocupação de efectuar monitorização e registo sistemático da Dor. Também se verifica adequação terapêutica quer a nível farmacológico, quer na adopção de cuidados de Enfermagem que visam o conforto. A relação de cuidar privilegia o envolvimento e a participação plena das pessoas intervenientes, enfermeira, doente e família na construção mútua de cada momento de cuidar. Este envolvimento mútuo gera confiança e esta traduz-se em conforto. *“O profissionalismo está nesta subtileza, nesta capacidade de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro...”* HESBEEN (2000;p71). O conforto ajuda no restauro da harmonia e potencia o restabelecimento. Este pensamento vem ao encontro de WATSON (2002) ao referir que a relação estabelecida no processo de cuidar deve estar assente *“...na preocupação pela dignidade e preservação da*

humanidade.". OLIVEIRA (2008;p4) também se refere a conforto como o "... encontro pessoa-a-pessoa, em que a enfermeira se empenha em ajudar a melhorar o nível de conforto do cliente, não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas que confortem aquele cliente". Estes princípios incluídos na prática de cada enfermeiro resultam em cuidados confortadores. A escuta, a atenção, a disponibilidade, a preocupação dispendida na avaliação e monitorização da Dor e nas medidas desenvolvidas para a sua minimização incrementam a relação intersubjectiva em que a enfermeira evidencia o compromisso na manutenção do bem-estar e desenvolvimento da pessoa cuidada.

Os registos de Enfermagem efectuados têm por base a classificação internacional para a prática de Enfermagem - CIPE. Ao analisar a aplicação informática e o quadro conceptual para a UCIP, no que se refere à formulação de Diagnósticos, foi possível verificar que a avaliação da Dor está presente. O registo do parâmetro é efectuado sistematicamente e tem carácter evolutivo.

Mas a interacção não pode terminar quando o doente se encontra sedado ou ventilado, enfim com limitações à comunicação verbal. O desafio consiste em como manter esta relação de confiança preservando o conforto e a qualidade de cuidados apesar da limitação observada.

Relativamente ao objectivo proposto de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a Importância da Monitorização da Dor no doente crítico com limitação à comunicação verbal (ventilação invasiva, doente sedado, traqueostomizado, etc.) foi efectuada revisão bibliográfica acerca dos instrumentos de monitorização da Dor disponíveis para um adequado controlo deste sinal vital. Identificaram-se vários autores que defendem a utilização de escalas comportamentais em doentes adultos (anexo XIII). Exemplo é o autor Jean François Payen que criou em 2001 a escala BPS, utilizada em doentes inconscientes ou sedados e em ventilação mecânica. Segundo o mesmo autor, aquela deve ser usada em doentes com idade superior a 15 anos e em cuidados intensivos cirúrgicos ou trauma. Esta escala foi adaptada e validada para a língua portuguesa por BALTAZAR em 2008 o que facilitou o seu processo de implementação. Trata-se de uma escala comportamental com três dimensões de análise, a Expressão Facial, Mobilização dos Membros e Adaptação Ventilatória.

Cada dimensão apresenta quatro itens descritivos do tipo de comportamento adoptado perante a dor experienciada no momento da avaliação. Para cada comportamento existe um Score que o classifica. No final a soma dos scores de cada dimensão dá um resultado final representativo da Dor efectiva do doente. O Score máximo é de 12 e o mínimo de 3. O valor mínimo significa que o doente não apresenta dor. O objectivo para a BPS é manter o doente com valores inferiores ou iguais a 4, sendo, que para um valor superior ou igual a 5 é preconizada a intervenção terapêutica, sendo desejável que estejam instituídos protocolos terapêuticos adaptados à escala. Os autores também defendem a utilização em simultâneo de uma escala de sedação-agitação de forma a avaliar qual o nível de sedação experimentado. De acordo com o estudo de BALTAZAR (2008) 96% dos enfermeiros utilizadores da escala da Dor em

UCI referem que este instrumento contribui para a uniformização de cuidados promovendo a sua qualidade e continuidade.

Outra escala em uso embora ainda não se encontre validada para a língua portuguesa é a NVPS – non verbal pain scale. Esta escala vocacionada para a monitorização da Dor em doentes adultos foi criada pela Universidade de Rochester em 2005 e é utilizada em algumas unidades de cuidados intensivos em Portugal. A preferência por esta escala em detrimento da BPS prende-se com a especificação existente para a fisiologia e ventilação. Existe portanto uma maior clarificação para o que se preconiza por adaptação ventilatória ou alterações Hemodinâmicas. Existem também dimensões comportamentais em análise nesta escala como a Expressão Facial, a Actividade ou a Postura. Para cada dimensão são atribuídos vários tipos de comportamento ou alterações de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, sendo atribuídos scores entre 0 e 2. Da soma de todos os parâmetros resultam scores entre 0-2 – não existe dor e 7-10 dor severa.

Estas duas escalas são as mais utilizadas em Portugal no âmbito da monitorização da Dor no doente crítico em UCI. Foi estabelecido contacto com algumas unidades, utilizadoras de escalas comportamentais, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgicos e Unidade de Cuidados Intensivos Pneumológicos, ambas no HPV, utilizadores das referidas escalas. Em ambos os serviços verifica-se a associação de uma escala de sedação encontrando-se em estudo protocolos de sedoanalgesia adaptados às referidas escalas comportamentais. Após conversas informais com os profissionais de Enfermagem da UCIP do hospital das Descobertas, que referiram ser importante o uso deste tipo de instrumentos foi apresentado este objectivo à chefia de Enfermagem e Orientador de Estágio. Ambos reconheceram a pertinência do tema e a necessidade de utilizar uma escala de avaliação de dor no doente ventilado com limitações à comunicação. Ficou decidido que as escalas seriam apresentadas em sessão formativa e foi lançado o desafio à constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar para a adopção da escala que melhor responda às necessidades dos doentes e que seja mais adequada à prática. Foi ainda elaborada norma de utilização da BPS para melhor compreensão da sua aplicabilidade (anexo XIV). Durante o estágio foi também efectuada monitorização e registo da Dor utilizando a escala BPS, utilizada por ser aquela que se encontra validada para a língua portuguesa. Face à actividade integração e colaboração com a equipa multidisciplinar na avaliação da dor a todos os utentes da UCIP, incluindo doentes ventilados foi possível criar momentos de partilha e discussão sobre o modo de aplicação da escala adoptada. Nestes espaços que coincidiram com a passagem de ocorrências foi clarificada a metodologia de aplicação da escala, o significado dos scores obtidos bem como a necessidade de efectuar registos evolutivos. A pertinência da utilização da escala foi reconhecida por todos. A equipa adquiriu conhecimentos e ficou sensibilizada para a utilização da escala. Foi ainda lançado o desafio para a criação de grupo de trabalho a ser liderado pelo orientador de estágio que teve um contacto mais próximo com a aplicação da escala e registo do parâmetro. Este grupo de trabalho deverá incluir a equipa médica com o

objectivo de trabalhar a adequação farmacológica e criar protocolos terapêuticos tendo por base as monitorizações da Dor com escala comportamental e de sedação agitação.

Foi ainda sugerido que a equipa de Enfermagem estabelecesse contacto com a equipa da SMI dos HUC para compreender qual o processo de integração da escala na prática de cuidados e que vantagens e constrangimentos estiveram envolvidos naquele processo. A escolha da SMI relaciona-se com o facto de naquele serviço se encontrarem já elaborados os protocolos de sedação-analgesia adaptados à escala de monitorização da Dor BPS.

Aos enfermeiros da unidade foram esclarecidas dúvidas na utilização e foi sugerida sessão de formação (anexo XVII) sobre a aplicação das escalas de modo a que todos os elementos da equipa conhecessem o instrumento de monitorização a fim de efectuarem registos evolutivos através da uniformização de procedimentos. Foi ainda sugerido que a apresentação fosse destinada à equipa multidisciplinar para que se fizesse sentir a necessidade da criação de protocolos terapêuticos e que fosse elaborada norma de utilização da escala. Apesar do interesse demonstrado a equipa de Enfermagem não compareceu no dia agendado para a sessão de formação. Como estratégia alternativa efectuei pequena reunião com a enfermeira chefe da UCIP, o enfermeiro orientador de estágio e uma enfermeira com papel interveniente na formação em serviço onde se falou sobre o interesse da equipa na aplicação da escala, destacando-se a importância da criação de grupo de trabalho para a implementação da escala comportamental (BPS). Ficou decidido que seria fornecida toda a bibliografia sobre a avaliação da dor no utente ventilado, com impossibilidade de comunicar para a criação de grupo de trabalho.

As dificuldades sentidas na aplicação das escalas prendem-se com a sedação estabelecida para o doente. De salientar que o uso da escala comportamental BPS faz-se acompanhar por uma escala de sedação, escala essa que já se encontra em uso pelo serviço, a escala de RAMSAY.

A compreensão das implicações da investigação na prática é uma das competências adquiridas ao atingir este objectivo. A monitorização da dor de forma sistemática a todos os doentes promove um fluxo sensorial adequado, assegura a adaptação ao processo terapêutico e confere qualidade à prática.

Para ABREU (1997;p2) a formação em serviço encontra-se desajustada segundo as necessidades observadas actualmente *“Quando, no início da década de oitenta, se incentivou a então denominada formação em serviço, não se fez senão valorizar as acções formais e pontuais, realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos...”* O desinteresse pela formalidade da formação justifica-se pela descontextualização em que aquela se verifica, independentemente desta se localizar na sala ao lado do serviço. Como verificado anteriormente no caso da campanha da lavagem das mãos, o facto daquela não se realizar no serviço, adaptada às condições estruturais daquele conduz inevitavelmente às baixas percentagens de adesão verificadas. A formação deve utilizada ser utilizada de forma

informal e não formal, nos momentos associados à prestação de cuidados. Esta metodologia justifica a pertinência dos conhecimentos técnico-científicos integrando-os na prática. As dúvidas emergentes são discutidas, por exemplo no momento da passagem de turno, ou quando se efectuam os registos, o que permite a consolidação do conhecimento. Conhecimentos não consolidados não são integrados e tem tendência a serem abandonados. O fracasso de muitas sessões formais não acontece pela falta de qualidade dos seus conteúdos mas sim pela falta de apoio para a integração daqueles no local de trabalho NUNES (1995;p27). O objectivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a Monitorização da Dor foi atingido. Todos os indicadores de avaliação definidos vêm comprovar a eficácia das actividades realizadas. A monitorização da Dor é uma preocupação para a qual os profissionais estão sensíveis, e é uma actividade incluída no planeamento de Enfermagem para promover conforto aos seus doentes.

OBJECTIVO II – Elaborar norma de procedimentos de Enfermagem para a Via Aérea Difícil na UCIP, promovendo a qualidade de cuidados.

A identificação e abordagem adequadas da via aérea difícil constituem dois passos essenciais para garantir a permeabilidade da via aérea. Na UCIP existem algumas situações de instabilidade ou agravamento do estado geral onde é necessário ventilar o doente. Perante algumas situações de entubação orotraqueal foi possível verificar que existe desconhecimento sobre o Algoritmo da VAD e dos recursos materiais disponíveis para a manipulação da via aérea na sua abordagem.

A monitorização e registo dos eventos adversos são ainda escassos, nas nossas instituições de saúde. Embora esta instituição disponha de gabinete de risco e o programa informático para planeamento e registo de cuidados disponha de aplicação para registo e notificação de eventos adversos, aqueles não são registados sistematicamente. A penalização social decorrente do reporte de erros é conhecida, evidenciando-se mais em instituições privadas cuja missão se centra na responsabilidade, competência e qualidade. Como é conhecido, as situações críticas envolvem stress e eventualmente má aplicação de regras ou deficiente deliberação.

A existência de simulações ou treino neste e noutros assuntos como a PCR é referida pelos enfermeiros como actividade necessária. Estas actividades têm como objectivos a preparação das equipas para enfrentarem situações críticas com maior segurança. O desconhecimento da existência de algoritmo da VAD, dos equipamentos e dispositivos médicos, bem como, do seu modo de uso são alguns dos factores que determinam o insucesso na abordagem da Via Aérea.

Segundo o artigo 5º do REPE os cuidados de enfermagem devem “...*encaminhar, orientando os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de*

outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro.”. Embora se trate de uma abordagem médica, o enfermeiro que cuida de um determinado doente crítico em UCI é quem percebe uma descompensação ventilatória sendo o primeiro a efectuar o diagnóstico da necessidade de ventilação assistida. Ao partir para a realização do procedimento de entubação traqueal é facilitador que todo o equipamento necessário esteja reunido em local próprio, como por exemplo a prateleira da via aérea nos carros de urgência. Esta centralização dos recursos materiais permite uma economia de esforços e eventualmente de recursos humanos quando este é solicitado. Garante ainda que será prestado todo o cuidado necessário em tempo adequado e utilizando o equipamento necessário sem perdas de tempo.

O objectivo proposto consistia em elaborar norma de procedimentos de Enfermagem (anexo XVI) para a Via Aérea Difícil na UCIP. Após abordagem da temática junto dos enfermeiros pude validar que existiram algumas ocorrências relacionadas com a VAD. A escassez de recursos disponíveis na UCIP, a dispersão dos dispositivos médicos e o desconhecimento do algoritmo são alguns dos factores que levaram a equipa a sugerir que lhes fornecesse uma listagem dos dispositivos médicos necessários para dar resposta ao Algoritmo da VAD. Foi ainda apresentada demonstração da utilização de alguns dispositivos e do algoritmo a alguns enfermeiros do serviço, através de conversas informais e partilha de artigos de revisão sobre VAD. Lancei ainda o desafio para a criação de uma prateleira de VA no carro de Urgência de modo a centralizar todo o equipamento necessário para a abordagem adequada da Via Aérea.

A equipa adquiriu conhecimentos tendo-se verificado que a realização de simulações seria pertinente para capacitar a equipa para situações críticas em tempo real. A Enf.^a Chefe mostrou receptividade para esta questão. Foi-lhe entregue uma relação dos materiais necessários para que assim fosse mais fácil fundamentar a sua aquisição para o serviço.

Outra estratégia de capacitar a equipa para a abordagem à VAD consistiu em demonstrar o modo de utilização e preparação de alguns equipamentos e dispositivos médicos necessários (anexo XVII). Para esta actividade foi utilizada a apresentação de filmes demonstrativos pretendendo simular a prática, facilitando deste modo a compreensão dos procedimentos.

O desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz que capacite e dê segurança a equipa de Enfermagem foi uma competência a adquirida com este objectivo.

OBJECTIVO III – Adequar o estilo comunicacional e a informação ao doente com limitações na comunicação verbal e família.

A comunicação em unidade de cuidados intensivos acontece quando existe interacção entre o cuidador e utente/família. Esta comunicação passa pela emissão de sinais e consequente

descodificação entre emissor e receptor. Os papéis de emissor ou receptor são desempenhados pelos vários intervenientes, equipas de Enfermagem e Médica, Familiares e Doente.

Neste campo de estágio destaco a grande preocupação da equipa de Enfermagem em adequar a informação aos familiares, capacitando-os para a interação com o seu familiar doente, antes da entrada pela 1ª vez na unidade e posteriormente sempre que necessário. A equipa planeia atempadamente este primeiro contacto, tendo a preocupação de ter um espaço para esse cuidado. Esta capacitação passa por desmistificar o ambiente tecnicista da UCI, fornecer informações sobre o estado de saúde do familiar, dar suporte emocional e planear actividades a desenvolver com a sua colaboração. Como nos diz WATSON estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro é factor determinante para a concepção de cuidado.

Ao conhecer os sentimentos, os receios e expectativas que rodeiam o doente submetido a ventilação mecânica, tornou-se importante saber quais os sentimentos a que estão sujeitos os enfermeiros da prestação de cuidados da unidade de cuidados intensivos. Que estratégias comunicacionais são desenvolvidas e como capacitam a família a estabelecer uma comunicação eficaz com o doente.

Sobre dificuldades comunicacionais, e apesar de existir formação específica neste grupo sobre comunicação, alguns enfermeiros referem que fogem à relação. Referem medo de não conseguir comunicar ou frustração pela incapacidade de comunicar com o doente ou falta de tempo pelas solicitações constantes para outras actividades, frequentemente associadas à tarefa.

Quando falam em estratégias referem o humor e o colocar-se no lugar do doente imaginando o que poderá estar a sentir e outra estratégia é a colaboração com os familiares no processo de descodificação da informação.

Com o conhecimento obtido foi possível adquirir competências no âmbito da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

O processo de hospitalização em UCI envolve sempre sofrimento, stress e incerteza. A vulnerabilidade e ou degradação da dimensão física e psicológica é muitas vezes enorme. Não raras vezes o doente encontra-se ventilado mas consciente, deparando-se com dificuldades comunicacionais uma vez que para ele é impossível estabelecer uma comunicação verbal. A agravar esta situação verifica-se algumas vezes que o doente é de outra nacionalidade. Nestas situações a equipa refere ter alguma dificuldade em comunicar quer através de quadros ou escrita por não dominar alguns idiomas. Compreender a dificuldade que este tipo de doentes

tem em expressar as suas necessidades básicas ou de informação que lhes permita conhecer a sua situação conduziu à formulação do objectivo em análise.

Verificando que já existia um manual de apoio à comunicação decidi elaborar um instrumento que permitisse comunicar com um doente com limitação à comunicação verbal de outra nacionalidade.

A introdução de imagens e a hipótese multilingue permite ainda abranger não só a população portuguesa mas também outras populações. Deste modo foram escolhidos os idiomas: inglês, francês, alemão, italiano e espanhol, por se tratar de idiomas do espaço europeu onde acontece livre circulação de pessoas e por isso a possibilidade de ocorrer uma hospitalização naquela instituição é superior.

Trata-se de um instrumento facilmente lavável respeitando os princípios do controlo de infecção hospitalar, leve mas de fácil leitura e visualização. O manual de apoio à comunicação permite esclarecer o utente da sua situação permitindo a sua orientação temporo-espacial. Auxilia na satisfação das necessidades básicas, na monitorização da Dor e ainda permite otimizar a interacção com os familiares ou pessoa significativa.

Esta actividade permitiu adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica o que vem ao encontro da teoria de ROY na adaptação da pessoa à sua nova situação. Segundo a teórica as pessoas tem necessidades que procuram satisfazer para conseguirem conservar a integridade. ROY categoriza as necessidades dos indivíduos em FISIOLÓGICA, AUTO-CONCEITO, EXECUÇÃO DE PAPEIS e INTERDEPENDÊNCIA. Facilitar a comunicação permite dar resposta a estas necessidades. O objectivo deste manual será que o doente desempenhe o seu papel perante os seus familiares e sociedade. O indivíduo não é despedido da sua pessoa, a sua individualidade é respeitada. Por outro lado quando se trata de um doente que terá alta com alguns deficits comunicacionais este tipo de instrumentos terá um papel fundamental de capacitação junto dos cuidadores informais na promoção do seu processo de adaptação.

Neste manual o doente pode indicar as imagens ou frases ilustrativas da sua necessidade inclusivamente se for de outra nacionalidade. Esta interacção requer tempo, persistência, disponibilidade, quer da equipa de Enfermagem, quer dos familiares. A actividade foi bem aceite pela equipa que reconheceu a sua necessidade em articulação com o uso do quadro branco que será útil para os doentes que possam usar a escrita.

Os instrumentos de linguagem adaptativa e aumentativa facilitam a interacção entre os profissionais e os doentes. Este planeamento dos cuidados necessita do envolvimento de toda a equipa para garantir bons resultados na prática. Como sugestão é proposta a observação das interacções com o manual para assim identificar aspectos positivos ou negativos na sua utilização.

Por exemplo, uma das limitações verificada prende-se com situações em que os doentes se encontram com sedação profunda ou em coma verificando-se o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais, o que não implica necessariamente que ocorra inexistência de percepção. A diferença consiste na possibilidade ou impossibilidade de expressão do que é percebido. Este facto condiciona o surgimento de estratégias de comunicação não verbal como o toque ou segurar a mão. De acordo com alguns estudos realizados em unidades de cuidados intensivos estas estratégias quando adoptadas pelos familiares chegam a provocar alterações do ritmo cardíaco.

De acordo com o estudo de ROXO (2008) sobre o toque na prática clínica pode verificar-se que os enfermeiros têm mais dificuldade em interagir com o doente sedado do que com o doente consciente. Reconhece que o toque pode ser utilizado como forma de transmitir emoção quando são efectuados procedimentos dolorosos e/ou invasivos que causem desconforto, valorizando assim a importância da linguagem não verbal. Como refere PHANEUF (2005;p30) as atitudes e comportamentos dos enfermeiros influenciam a relação com os doentes, pois aqueles têm a capacidade de descodificar todos os sinais na linguagem não verbal. Por outro lado também interessa reconhecer e interpretar as manifestações não verbais dos doentes, frequentemente carregadas de emoções que interessa perceber para adaptar cuidados de Enfermagem. Para o efeito é necessária disponibilidade e paciência para a sua utilização num ambiente hospitalar onde se dá maior relevo às actividades interdependentes como a administração de terapêutica, ou execução de procedimentos técnicos.

Mas encarando o doente como pessoa é também importante estabelecer uma comunicação eficaz com os seus familiares incluindo-os no processo terapêutico e capacitando-os para o papel de cuidadores informais.

A comunicação é uma competência fundamental para o cuidar em Enfermagem e que se adquire com o desenvolvimento pessoal na prática. Envolve capacidades criativas uma vez que existem diversas formas de comunicar. A iniciativa do enfermeiro é por vezes a chave mestra para desbloquear o processo comunicacional colocando ao dispor do doente os instrumentos que o capacitem na emissão e recepção das mensagens descodificando-as.

OBJECTIVO IV – Desenvolver práticas de Enfermagem que promovam a manutenção do equilíbrio sensorial e padrões adequados do sono no doente crítico na UCIP.

A UCIP do Hospital Cuf Descobertas é uma unidade recente e que foi construída com base nos modernos padrões arquitectónicos, que privilegiam a presença de luz natural. Esta presença é fundamental permitindo o adequado fluxo sensorial e evitando a perda das propriedades proprioceptivas, ou seja a relação clara entre o utente e o espaço.

Mas apesar da adequada disposição das unidades existe alguma sobrecarga sensorial relacionada com diversos factores como ruído elevado, brilho das luzes, toque físico, presença constante de estranhos, dor, ansiedade, insónia e a gravidade do prognóstico.

Os doentes internados em unidades de cuidados intensivos estão constantemente, pela gravidade da sua condição clínica sujeitos a intervenções, muitas delas dolorosas e violentas como a aspiração de secreções, ou as punções venosas ou arteriais, para além da constante monitorização. Estes factores destabilizadores condicionam a capacidade do doente para enfrentar a sua situação crítica. Também aqui a interação entre enfermeiro e doente, no esclarecimento e solicitação da colaboração para os procedimentos é essencial no estabelecimento da relação de confiança.

Durante o estágio, foi curioso perceber quando um doente verbalizou que tinha medo de adormecer após ter efectuado uma angioplastia para revascularização do Membro Inferior e amputação de dedo do pé. O penso do pé repassou de sangue, durante a noite e foi reforçado. O facto de ter permanecido durante o turno da noite, na unidade menos visível, e ter percebido uma maior gravidade ao facto fez com que se recusasse a dormir durante todo o turno. O resultado verificado foi uma Hipertensão Arterial inexplicável, que não cedia a qualquer medicação.

Também o ruído em unidade de cuidados intensivos é uma problemática sobre a qual já se desenvolveram vários estudos, quer se fale da influência do ruído nos utentes ou profissionais.

É consensual que o elevado nível de ruído causado pelos equipamentos de apoio nas unidades (aspiradores, ventilador, monitores, etc.) tem impacto no bem-estar dos utentes e equipas de Enfermagem. A influência do ruído durante os turnos da noite na qualidade do sono dos utentes é notória e foram várias as situações observadas durante os turnos de noite efectuados na unidade. As frases verbalizadas pelos utentes aí internados relacionavam-se com a desorientação quer no tempo, quer no espaço em resultado das sucessivas interrupções do ciclo de sono em consequência dos alarmes ou constante actividade dos profissionais junto dos doentes.

Estratégias como a existência de um relógio visível em todas as unidades ou a existência de uma televisão ou rádio que permitisse uma estimulação visual e auditiva durante o período não nocturno são estratégias verbalizadas pelos doentes para manter o ritmo circadiano adequado. O desajuste a este nível condiciona um desequilíbrio hormonal ou seja a ocorrência de alterações do relógio biológico que se localiza numa área cerebral denominado núcleo supraquiasmático, situado perto do hipotálamo e acima da glândula pituitária.

Os ruídos na unidade são bastante perturbadores condicionando a inexistência de um ciclo de sono ineficaz. Após início do período de sono pelas 24H ele é interrompido por inúmeras situações como é o caso de:

- Som dos ventiladores e aspiradores de secreções
- Alarmes dos Monitores
- Alarmes das Seringas e/ou Bombas de Infusão
- Circulação de Profissionais
- Entrada de novos doentes na Unidade
- Presença de Luz

Curiosamente o facto de o ambiente da unidade se encontrar mais silencioso faz com que a percepção do ruído seja exacerbada.

Uma das actividades desenvolvidas durante a prática clínica em UCI foi a recolha de unidades de registo verbalizadas pelos doentes sobre a influência do ruído sobre o padrão adequado de sono. Unidades de Registo recolhidas nas noites efectuadas:

- *“Ainda não consegui dormir nada”* (doente que iniciava ciclo de sono mas era facilmente despertável ao mínimo som);
- Doente que abre os olhos sempre que a equipa se aproxima para registo de parâmetros vitais;
- *“Que horas são senhora enfermeira”*- doente que desconhece o horário.
- *“Estou farta de estar aqui, quero ir para casa para descansar”*- doente em período de confusão após curto período de sono pelas 5h e que antes de dormir estava orientada.
- Verificou-se que os doentes ficaram agitados e apelativos após período em que se administrou medicação a um dos doentes que se encontrava instável ou quando um alarme sinaliza um parâmetro hemodinâmico ou ventilatório alterado e sempre que chegam doentes à unidade.
- *“Pode dar-me um chá; não consigo dormir”* – É-lhe perguntado se tem dor – *“Não tenho”* – No monitor verificava-se um pico hipertensivo
- Após entrada na unidade de um doente submetido a cirurgia em que os profissionais não baixam o tom de voz na passagem de ocorrências, a monitorização ruidosa e a estabilização do doente são determinantes da interrupção do ciclo de sono dos restantes utentes na unidade.

A princípio uma das actividades delineadas compreendia uma acção de formação (anexo XVII) sobre a temática padrão de sono adequado e alterações proprioceptivas. Para efectuar o diagnóstico da situação foi necessário efectuar alguns turnos de noite para compreender como de facto o ruído interfere com o bem-estar dos utentes e também verificar que estratégias eram desenvolvidas pela equipa de Enfermagem.

Pode constatar-se que durante estes períodos nocturnos são desenvolvidas algumas estratégias com o objectivo de minimizar os efeitos do ruído e luz sobre o bem-estar do doente.

Um dos artigos consultados falava sobre a implementação do “**Quiet Time**”²⁸ um conceito ainda novo entre as equipas de Enfermagem, com bons resultados junto dos doentes que durante períodos de cerca de 2 horas distribuídos durante os turnos diurnos desenvolvem estratégias para reduzir a estimulação sensorial. As estratégias passam por diminuir volume de alarmes, evitar técnicas como aspiração, vozes altas etc..

Ser criativo na interpretação e resolução de problemas também é uma competência a adquirir na área de especialidade, neste sentido porque não contribuir para a implementação do “**Quiet Time**”?

Como estratégia para dar resposta ao objectivo de desenvolver práticas de Enfermagem que promovam a manutenção do equilíbrio sensorial e padrões adequados do sono nos utentes na UCIP, deixei o artigo na unidade, apresentei o conceito a alguns elementos da Equipa de Enfermagem, realçando a importância de períodos de diminuição do fluxo sensorial de modo a proporcionar o equilíbrio e bem-estar dos doentes.

A equipa mostra-se sensível à temática e promove “**Quiet Time**” sempre que possível. Esta prática vem ao encontro do Modelo de Adaptação de ROY e do conceito de pessoa como sistema aberto em interacção contínua com o ambiente, recebendo estímulos e produzindo respostas constantes que poderão ser adaptativas promovendo a integridade e bem-estar da pessoa.

A apresentação de sessão sobre o ruído e alterações proprioceptivas não teve lugar na data prevista, ficando agendada para o próximo plano de formação em serviço, para o qual foi dada disponibilidade. Como indicador de avaliação foi possível verificar que a equipa de Enfermagem adoptou o “**Quiet Time**” sempre que possível verificando-se a mobilização dos conhecimentos para a prática de cuidados.

2.2.2 – Aspectos positivos e negativos do estágio em Cuidados Intensivos

Comparativamente com o exposto para a Urgência do HSM, também a UCIP se integra numa Burocracia Profissional, enquanto sistema baseado no conhecimento onde se sublinha a grande autonomia no desempenho dos profissionais. O conjunto de valores, crenças, relações e objectivos que condicionam o tipo de cultura existente é no entanto diferente entre um serviço público e privado. Princípios como responsabilidade, justiça e qualidade orientam a prática

²⁸ Quiet Time – conceito de origem anglo-saxónica que define períodos de pausa na estimulação sensorial em doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

destes profissionais. Existe um grande controlo no resultado e pode observar-se uma maior proximidade entre o vértice estratégico e núcleo operacional. Os canais de comunicação formal estão bem definidos não existindo lugar para dúvidas de processo.

Sobre a prática de Enfermagem constata-se que as equipas são coesas e existe uma grande preocupação com a mobilização de saberes no cuidado ao doente e famílias. Por exemplo são evidentes os resultados na saúde dos doentes, do desempenho dos enfermeiros especialistas.

Práticas na reabilitação respiratória, no cuidado a doentes com úlceras de pressão e no estabelecimento comunicacional entre familiares e doente, assegurando momentos de privacidade na UCIP são manifestações da prática daqueles profissionais, que merecem destaque.

De realçar como aspectos positivos o estabelecimento de laços de confiança entre a equipa e os doentes e famílias. Este reconhecimento fica a dever-se a uma percepção positiva do desempenho profissional pelos doentes. A disponibilidade para a relação constitui uma mais-valia nesta unidade. A realização de investigação em contexto da prática e a análise dos resultados à luz das orientações teóricas actuais é uma das características desta equipa.

Como aspectos negativos evidenciam-se o facto de se tratar de uma equipa pequena, muito fechada à entrada de elementos exteriores à organização, o que dificulta o processo de integração e socialização. Este aspecto pode dever-se ao facto de em UCI o desempenho dos profissionais se desenvolver num local mais restrito. As estratégias de integração como o envolvimento nos planeamentos de cuidados aos doentes de outros enfermeiros e partilha de experiencias revelaram-se facilitadoras do processo.

A grande centralidade nos processos, como os fluxos comunicacionais que chegam ao doente e a informação dada aos familiares reflectem-se na humanização de cuidados e no conforto percebido pelos doentes/famílias.

2.3 – ESTÁGIO OPCIONAL PERIOPERATÓRIO

A equivalência ao estágio de perioperatório revelou-se um reconhecimento das competências adquiridas ao longo do desempenho profissional nesta área de cuidados. A enfermagem perioperatória compreende os cuidados desenvolvidos no período que compreende o pré, intra e pós-operatório. A experiência cirurgia compreende uma transição na vida de doentes e suas famílias. O enfermeiro perioperatório surge como aliado ou parceiro nos cuidados estabelecidos neste período. Concordando com o Artigo 4º do Capítulo II do REPE 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 vital, 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". Contrariamente ao que é compartilhado por grande parte do grupo profissional de Enfermagem, esta área de actividade é também área de intervenção de cuidado holístico. Os cuidados perioperatórios não se resumem apenas à prática interdependente. Todo o planeamento centrado nos focos de atenção como a ansiedade, a segurança, ensino e articulação de cuidados são de carácter autónomo.

Caracterizando o serviço onde desempenho funções pode perceber-se que se trata de um bloco operatório central, com seis salas operatórias. Estas permitem a actividade de várias especialidades cirúrgicas. Os doentes provêm da consulta externa e da urgência do HSM/CHLN. A equipa de Enfermagem é constituída por cerca de 28 enfermeiros distribuídos por seis equipas com hierarquia e autonomia funcional. Assim existe a figura do chefe de equipa, segundo responsável e terceiro e quarto elementos. Os vários enfermeiros exercem funções no âmbito da anestesia, circulação e instrumentação. São prestados cuidados nos três períodos da experiencia cirúrgica ou seja no pré, intra e pós-operatório. Das actividades desenvolvidas sublinham-se a visita pré operatória de enfermagem, o acolhimento ao bloco operatório que prevê a presença dos familiares das crianças no bloco operatório até à indução anestésica, monitorização e registo da Dor e prevenção e monitorização de zonas de pressão.

Enquanto Enfermeira Perioperatória tem sido objectivos delineados para o desempenho a melhoria continua dos cuidados prestados ao doente cirúrgico e dar visibilidade da prática de cuidados.

Como chefe de equipa são desempenhadas como funções a coordenação dos recursos materiais e humanos relativos às actividades desempenhadas pela equipa em interdependência com a equipa multidisciplinar e a coordenação e planeamento de actividades autónomas centradas na pessoa.

No que se refere à gestão de recursos materiais colabora com a chefe do serviço no planeamento e gestão de stocks seguros, fundamentais às necessidades diárias para as cirurgias programadas e eventuais urgências.

Quanto à gestão de cuidados em bloco operatório é necessário programar uma dotação segura para as intervenções de enfermagem nas áreas da Anestesia, Circulação e Instrumentação para a sala onde é desenvolvida a actividade diária da Equipa. O número de enfermeiros por sala é três, ficando cada um responsável por uma das áreas atrás referida.

A supervisão da actividade dos assistentes operacionais também faz parte das responsabilidades do chefe de equipa. O plano de distribuição por área de actividade é semanal, assim cada enfermeiro sabe qual a sua responsabilidade diária o que permite um planeamento antecipado das actividades a desenvolver junto dos doentes. Ao enfermeiro com funções de anestesia cabe a responsabilidade da Visita Pré-Operatória na véspera da cirurgia. Nesta actividade o enfermeiro estabelece uma relação de confiança com o doente e família, o que lhe permite minimizar a ansiedade, desmistificando o ambiente cirúrgico e com ele

programando o dia seguinte. Esta é uma oportunidade para efectuar ensinamentos antevendo o pós-operatório. Também proporciona um trabalho em equipa entre os enfermeiros do bloco operatório e serviços cirúrgicos assegurando uma interligação entre serviços no que respeita à informação e continuidade de cuidados eficaz. No dia da intervenção cirúrgica aquele enfermeiro assegura a existência de todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários à prática de técnicas anestésicas, desenvolvendo actividades que promovam a segurança e conforto do doente como são exemplo, manter adequada temperatura corporal, um posicionamento adequado evitando complicações, monitorizar a dor e o registo de todas as actividades desenvolvidas naquele período. Ao enfermeiro circulante cabe a preparação de todos os equipamentos e dispositivos necessários à técnica cirúrgica, garante a assepsia dos dispositivos a utilizar e desenvolve actividades que promovam um adequado posicionamento, minimizando zonas de contacto e prevenindo risco de queimadura na escolha adequada para a localização do elemento neutro. Ao enfermeiro instrumentista sobressaem responsabilidades na gestão de risco e controlo de infecção na garantia de manutenção da técnica asséptica cirúrgica e contagem de dispositivos.

Entre outras actividades salienta-se a integração de novos enfermeiros. Este processo é moroso e complexo em bloco operatório, em virtude da grande diversidade técnica e humana. Visto tratar-se de um bloco central com várias especialidades torna o período de integração mais demorado com a duração média de seis meses. Entre as especialidades existentes destacam-se Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral e Digestiva, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculare Estomatologia. O acompanhamento de novos elementos durante aquele período, visa a integração e consolidação de competências técnicas, relacionais e humanas para o cuidado ao doente cirúrgico e família. Após vários processos de integração é gratificante verificar que o facto de se tratar de um planeamento gradual, que tem em linha de conta o integrando e sua capacidade de aprendizagem, dando enfoque às suas capacidades e suporte para minimizar as dificuldades, o cuidado holístico é denominador comum na prática de todos os profissionais.

A colaboração em projectos como a implementação da VPO²⁹, para a qual foram desenvolvidas actividades como a elaboração da norma de procedimentos, ou a formulação de um quadro conceptual para a identificação de diagnósticos de Enfermagem baseados na classificação da NANDA³⁰, contribuiu para dar visibilidade e qualificar a prática, nomeadamente do planeamento pré-operatório.

A articulação de cuidados entre serviços também foi uma área de estudo no âmbito do curso de complemento de Formação em Enfermagem. Este estudo permitiu a compreensão dos factores que influenciam a continuidade de cuidados ou que constituem barreiras à interligação entre serviços. A partilha das percepções dos enfermeiros dos vários serviços, contribuiu para

²⁹ VPO – Visita Pré Operatória de Enfermagem.

³⁰ NANDA – North American Nursing Diagnosis Association - Esta classificação contém diagnósticos reais e de risco que são inscritos com as características que os definem e factores associados.

uma análise da complexidade de processos, e adopção de medidas que permitissem promover a continuidade. Uma maior atenção aos registos efectuados e à informação partilhada bem como a iniciativa de em conjunto com os enfermeiros dos serviços delinear um planeamento centrado no cuidado foram estratégias que se revelaram eficazes.

A responsabilidade sobre a elaboração de manual de normas de procedimentos técnicos em suporte informático, com a finalidade de facilitar a integração de novos enfermeiros foi um projecto incluído no âmbito da gestão de risco que veio minimizar a ocorrência de erros e lapsos o que facilita a gestão de recursos e diminui o stress no teatro cirúrgico.

Falando em stress também este tema foi motivo de estudo. Ao realizar o Mestrado em Comunicação em Saúde foi desenvolvido um estudo em contexto de trabalho sobre Stress e Burnout na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica. Este contribuiu para capacitar os profissionais sobre o que factores que influenciam quer positiva quer negativamente a sua prática. Foi sentido como mais-valia no conhecimento e coordenação na equipa multidisciplinar, uma vez que permitiu aumentar conhecimentos sobre a relação profissional e interdisciplinaridade, capacitando para uma interação mais eficaz.

Mais recentemente a área de grande preocupação foram os Registos de Enfermagem. O facto de ser responsável no serviço por esta área fez com que reflectisse sobre a importância dos registos de enfermagem perioperatória. Será que a prática de Enfermagem perioperatória tem visibilidade, que promove a continuidade de cuidados, os registos serão evolutivos? Partindo destes pressupostos deu-se início a este projecto em 2009. O estudo encontra-se incluído no projecto organizacional para a uniformização dos registos em enfermagem. De acordo com o cronograma elaborado pelo grupo de trabalho, foi efectuado um primeiro diagnóstico para conhecer qual a percepção que os enfermeiros no bloco operatório tem sobre os seus registos. Seguidamente foram analisados os registos e quantificados quais os tipos de diagnósticos e actividades autónomas e interdependentes mais realizadas e finalmente foi inquirido o grupo de enfermagem da unidade de cuidados pós-anestésicos sobre a qualidade dos registos perioperatórios efectuados. Os resultados evidenciaram a necessidade de uma maior uniformização e de registos evolutivos sendo consensual pelo grupo de trabalho que a utilização de um sistema de classificação daria a resposta para a qualificação daqueles. O grupo acredita que a utilização da CIPE poderá auxiliar na visibilidade e continuidade dos cuidados.

Nesta segunda fase do projecto as actividades a desenvolver actualmente envolvem a construção de um quadro conceptual de onde irão emergir os focos de acção da enfermagem perioperatória. Para esta actividade em muito contribuíram os estágios efectuados pois permitiram o contacto com sistemas de informação em enfermagem nomeadamente a CIPE.

Sobre a actividade em Bloco Operatório é importante evidenciar a preocupação com a formação em contexto de trabalho, a divulgação de trabalhos e estudos de investigação realizados em revistas da especialidade bem como a participação em eventos científicos onde tem sido possível partilhar com outros profissionais, temáticas da prática perioperatória. Como profissional há longos anos a desempenhar funções no bloco operatório foi interessante a partilha de preocupações, com outros Enfermeiros noutros contextos como a urgência e cuidados intensivos. Assim as actividades desenvolvidas visam potenciar a adaptação da pessoa gerindo o ambiente para que como resultado esperado ocorra uma situação de bem-estar para a pessoa.

A compreensão dos problemas que afectam as diversas áreas de actuação da Enfermagem gera sintonia de interesses e união de esforços para construir uma Enfermagem mais Enfermagem dignificante.

3 - CONCLUSÕES

A Enfermagem Avançada quer sobressair como Paradigma de uma profissão, com um conjunto de conhecimento organizado em modelos teóricos que sustentam a prática valorizando-a e evidenciando a sua necessidade enquanto classe profissional inserida num contexto social. Para que tal aconteça é necessário transformar a actualidade da prática de Enfermagem, que segundo BASTO citada por PAIVA 2007 denuncia que “... a evidência empírica gerada pela investigação centrada nas práticas profissionais não tem tido tradução na prestação directa de cuidados...”. Os ritmos acelerados e a falta de motivação evidenciada em virtude da despersonalização dos contextos e do deficit de reforço aos profissionais, reflectem-se sobre a prática de cuidados. Por outro lado a ausência de visibilidade do exercício profissional contribui para potenciar a crise de identidade observada na Enfermagem.

Para dar visibilidade e fundamentar a prática foi importante o contributo de várias correntes teóricas, como o **Cuidar Transpessoal** de WATSON e a promoção de **Conforto** de KOLCABA.

A importância do ambiente no processo de cuidar transpessoal que permite a escolha do doente do que é melhor para si num determinado momento, como por exemplo numa UCI, viabiliza a aplicação teórica na prática. Este envolvimento conceptual permite o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia onde se permite a expressão de sentimentos positivos e negativos. Esta expressão que deve ser suportada por instrumentos que permitam uma comunicação eficaz, como o manual de comunicação de apoio ao doente com limitações na comunicação verbal e a utilização de escalas da DOR.

A promoção de conforto desenvolve-se em quatro dimensões, que segundo KOLCABA (2003) incluem a dimensão física respeitante às sensações corporais, a dimensão sociocultural referente às relações interpessoais, familiares e sociais, a dimensão psicoespiritual incluindo aspectos como a religião, auto-estima, o auto-conceito e o sentido da vida e por último a dimensão ambiental que inclui o ruído ou equipamento como condicionantes para a obtenção de conforto. A divulgação do “Quiet Time”, acompanhamento dos familiares em contexto de urgência, o controlo e monitorização da Dor e a vigilância da lavagem das mãos incluem-se nestas dimensões de promoção de conforto, traduzindo-se em maior capacidade capacitação para a o processo de adaptação à nova realidade percebida.

A aprendizagem em contexto clínico permitiu a ocorrência de uma transformação na percepção do significado da experiência. Este processo intimista envolveu o confronto entre a intuição e a evidência na moldagem de competências técnicas e relacionais. Existiu um reajuste entre as aprendizagens anteriores e a mobilização consciente de novos saberes desenvolvendo um know how que perspectiva a pratica especializada de Enfermagem Médico Cirúrgica.

A adopção de uma consciência crítica nos contextos de prática clínica promoveu essencialmente um processo de sensibilização ao qual os profissionais não ficaram

indiferentes. As implicações da integração na prática de novos conhecimentos como foram a utilização da escala da Dor em Urgência e em UCI resultaram na promoção de conforto e bem-estar dos doentes. Por outro lado a utilização de sistemas de informação em Enfermagem como a CIPE permitem um conhecimento aprofundado sobre a sua aplicabilidade tendo como objectivo final a sua integração e divulgação em contexto de trabalho.

Como sugestões para o futuro é fundamental que as temáticas abordadas e trabalhadas em âmbito de estágio, sejam aprofundadas por novos alunos da especialização e desenvolvidas novas estratégias e efectuadas avaliações para que exista uma continuidade no trabalho efectuado e um crescimento na aprendizagem das equipas dos diferentes serviços. Esta abordagem mais centrada e continuada promove um maior envolvimento por parte dos enfermeiros dos serviços e permite uma maior criatividade pela participação de vários alunos na operacionalização de um determinado objectivo.

As limitações observadas para a operacionalidade dos conceitos nos diferentes ambientes, fica a dever-se a uma dificuldade na compreensão do papel do Enfermeiro Especialista na prática. A escassez de enfermeiros com especialização nos locais de estágio é condicionante limitando-se o processo de orientação de estágio a um ensino dirigido à realização de tarefas. É assim imperativo que os futuros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica sejam orientados se possível por enfermeiros com a mesma especialidade, facilitadores e promotores da mobilização conceptual para a prática de cuidados.

Os aspectos positivos que se evidenciam relacionam-se com a partilha entre enfermeiros sobre as preocupações e os desafios da profissão. A divulgação de trabalhos desenvolvidos durante a prática clínica como a Utilização de Escalas comportamentais de Dor e o acompanhamento de familiares em contexto de urgência hospitalar, permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação de aspectos complexos da prática clínica e de investigação aplicada em revistas da especialidade.

A colaboração dos enfermeiros dos diferentes contextos na operacionalização dos objectivos revelou-se positiva uma vez que se sentiram integrados num grupo de trabalho que abordou problemas da prática que também já haviam identificado. De salientar a preocupação unânime na humanização dos cuidados de Enfermagem nos mais variados ambientes; todos eles despersonalizantes e com inúmeros factores indutores de stresse.

A Humanização e a Promoção de Conforto devem constituir o novo Paradigma das estruturas organizacionais, centrando-se na definição de actividades que promovam o bem-estar das pessoas (profissionais/doentes/famílias) não esquecendo a monitorização dos processos e resultados.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson C. - **Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros. Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar.** Comunicação apresentada no VI COLLOQUE "Formation, Savoirs Professionnels et Situation de Travail". Lisboa 1995. 16 p.

AIRES, Sofia [et al]. **Avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre precauções padrão – controlo.** Acta Medica Portuguesa. 2010; 23(2): 191-202.

ALARCÃO I, RUA M.- **Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento De competências** Texto Contexto Enfermagem 2005 Jul-Set; 14(3): 373-82 [Em linha]. [Consultado em 11 Mar. 2010]. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

ALARCÃO I, TAVARES J - **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.** 2ª edição, 2003 edições Almedina; Coimbra.

ANDRADE, Luciene [et al]. **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.** 2006. In Revista Eletronica de Enfermagem 11 (1): 151-7. [Consultado em 27 de Janeiro de 2010]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.

BALLONE, J. **Humanização do Atendimento em Saúde.** 2005 [Consultado em 2 de Janeiro de 2011]. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=377&sec=35>.

BALTAZAR, Sónia. **Cuidar do Doente Crítico com Dor: Um desafio no serviço de Medicina Intensiva (SMI).** In Revista Sinais Vitais, Março 2008, P.24 a 28.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** 2ª Edição. Editora Quarteto 2005. ISBN 989-5580-525.

BREVIDELLI M, CIANCIARULLO T. **Níveis de adesão às precauções-padrão entre profissionais médicos e de enfermagem de um hospital universitário.** Online Braz Nursing 2006;5 (1) [Consultado em 23 de Fevereiro de 2011]. Disponível em www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n6/01.pdf.

CAMARGO, A. **Dor como 5º sinal vital.** 2003 [Consultado em 23 de Dezembro de 2010]. Disponível em <http://www.hcanc.org.br/dmeds/centdor/5sinal>.

CARDOSO, Isabel - **Factores motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital.** Mestrado em Ciências da Dor, da Faculdade de Medicina de Lisboa 2009.

CIURO, Ana Cristina – **Comunicar com o doente sem voz. Uma Reflexão várias vivências.**
In Sinais Vitais nº73 / Julho 2007, p12-21.

DEODATO, Sérgio. **Responsabilidade profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade.** Março de 2008. Edições Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0.

FARIA, Mariana et al. **Privacidade no Cuidar, Cuidar na Privacidade.** In revista AESOP. Volume IX, Nº25 Abril de 2008.

FRAGATA, José; Martins Luís. **O erro em Medicina.** 2008. Edições Almedina ISBN: 978-972-40-2347-2.

GLADYS; E. et al. – **La teoria de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto.** Ano de publicação 2007. [Consultado a 12 de Janeiro de 2011]. Disponível em <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/1328/2558>.

GONÇALVES, Cristina; CARRILHO, Maria José – **Envelhecimento Crescente.** In Revista de Estudos Demográficos nº 40. 2º Semestre de 2006. Artigo 2º p21. ISSN: 1645 – 5657.

GONÇALVES, Rui [et al]. – **Validação dos cuidados e Enfermagem.** In Nursing. Janeiro 2004. Nº184. P 15 – 17. ISSN: 0871-6196.

GONÇALVES, Vânia. **Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: percepção dos profissionais face ao papel do gestor do Risco.** 2008. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE.

GUTIERREZ, EVW, e tal – **A poluição como fonte de estresse para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista de Enfermagem UNISA 2000; nº1:p126 -9.

HAPP, Mary Beth et al – **Communication Ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit.** In American Journal of Critical Care, May 2004, Volume 13, nº3.

HERR, Keela [et al] – **Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations.** In Pain Management Nursing, Volume 7, nº2 (Junho) 2006: pg 44-52.

JESUS, Élvio Henriques – **Da importância da informação e dos sistemas de informação da enfermagem.** In: **Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. Nº 19 (Dezembro 2005). ISSN 1646-2629. p. 46-40.

MACHADO, Marta – **Aliança Parental, Coesão e Adaptabilidade Familiar ao longo do ciclo vital da Família.** Tese de Mestrado em Psicologia 2008 na Universidade de Lisboa.

MACIEL, Luís – **Equipa Multidisciplinar de Trauma - Ativação, responsabilidades e operacionalidade.** [Consultado em 2 de Junho de 2010]. Disponível em www.fwditon.com/.../2007/.../117391196433_LivroTrauma.pdf.

MAIA, Maria Elisa et al. – **Dor. Da Confrontação Teórica ao enquadramento na CIPE/ICNP.** In Nursing, Fevereiro de 2002, nº163. P10-11. ISSN: 0871-6196.

MASSADA, Salvador Rocha – **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa.** Medisa – Edições e Divulgações Científicas, Lda. 1ª Edição – Novembro 2002. ISBN – 972-9027-98-6. [Consultado e 2 de Junho de 2010]. Disponível em http://www.fwditon.com/attachments/2007/3/14/117391196433_LivroTrauma.pdf.

MELEIS, Afaf. **Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing research and Practice.** 2010, Springer Publishing Company. New York. ISBN: 978-0-8261-0535 -6.

MENDES, Rosa – **História dos Conceitos de Saúde e de Doença.** In Nursing. Março 2008. Nº231, Ano 18, ISSN 0871-6196.

MESTRINHO, Joana [et al]. **A pessoa em situação crítica - roteiro holístico de instrumentos de avaliação.** In Revista Percursos. Nº11 Janeiro - Março 2009; ISBN-1646-5067.

MEZOMO, João. **Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos.** 2001. 1ª Edição brasileira. ISBN: 85-204-1263-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório da avaliação das estruturas e práticas para a higiene das mãos.** Instituto Ricardo Jorge. 2005. [Consultado em 10 de Maio de 2010]. Disponível em www.portaldasaude.pt.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Manual para os observadores.** Maio de 2009. [Consultado dia 25 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.somos.pt/publicdocs/acampanhanacionaldehigienedasmaosem10perguntas.pdf>

MINTZBERG, Henry - **Estrutura e Dinâmica das Organizações.** 3ª Edição, 2004; Publicações Dom Quixote; ISBN: 972-20-1147-2.

MOODY, Harry. **Aging – Concepts and Controversies.** Pine Forge Press. A Sage Publications Company, 2006. Fifth Edition / Thousand Oaks, California. ISBN: 1 – 4129 - 1520 – 1.

NAVE, Filipe; SAUL, Jesus - **Ameaças à funcionalidade familiar: uma perspectiva sistémica da cultura organizacional da(s) família(s).** – Revista Educação, 2005, vol.30. [Consultado em 30 de Janeiro de 2010]; Disponível em <http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2005/01/a1.htm>.

NUNES, Fernando – **Tomada de Decisão de Enfermagem em Urgência.** In Revista Nursing, www.forumenfermagem.org Consultado a 10 de Maio de 2010.

NUNES, Fernando – **Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico.** In Revista Nursing. www.forumenfermagem.org Consultado a 2 de Maio de 2010.

NUNES, Lucília – **Autonomia e responsabilidade de decisão clínica em enfermagem.** II Congresso Ordem dos Enfermeiros de 10 de Maio de 2006.

NUNES, Lucília R. M. - **Formação Contínua e Investigação. Realidade e/ou Utopia.** “Enfermagem em Foco” - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa. Ano 5, nº Especial de Dezembro de 1995. p 25-30

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa; Edição Ordem dos Enfermeiros, 2005; 456 p. ISBN: 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, Célia; LOPES, Manuel. **Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto.** 2010. In Revista Pensar Enfermagem Volume 14, Nº1; 1º Semestre.

PAIVA E SILVA, Abel – **Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir.** Lisboa. ISBN 0871-2370. Vol.55, n.º 1-2 (Janeiro-Abril 2007), p.11-20.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara - **Modelos para o exercício da enfermagem.** Lisboa: ACEPS, 1992.

PEREIRA, Natália. **Comunicação no serviço de urgência.** 2008. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde defendida na Universidade Aberta. Lisboa.

PHANEUF, M. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** 2005 Montreal: Lusociência. ISBN:

KLEIN, Katherine. **Trabalho em equipe na unidade de trauma: novas lições de liderança.** 2004 [Consultado em 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=viewfeature&id=849&language=portuguese>.

QUEIRÓZ, Ana – **As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver.** [Consultado a 25 de Abril de 2010] Disponível em www.forumenfermagem.org.

ROXO, José Reis – **O toque na prática clínica.** In revista referência IIª Série, nº6 Junho 2008. P77 – 89

SÁ, Tiago. **Comunicar com Doentes Ventilados. Uma Função de Enfermagem.** In Revista Sinais Vitais. Julho 2006, nº67. P 29 a 34. ISSN:

SAÚDE, Direcção Geral – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. 2007. [Consultado a 11/05/2010]. Disponível em www.dgs.pt

SAÚDE, Direcção Geral de – **Plano Nacional de Luta contra a Dor**. Lisboa 26 de Março de 2001

SCHENK, Elisabeth – **Alteração dos Níveis de Consciência**. In PHIPPS, Wilma- Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Vol. 2. Tomo 1, 2ª ed Loures: Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-96610-0-6.

TEIXEIRA, Sebastião. **Gestão das Organizações**. 1998. Editora McGraw-Hill, Lisboa. ISBN: 972-773-001-9.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6

YOUNG, Jeanne – **Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients**. In Intensive and Critical Care Nursing (2006) 22,pg 32-39.

VIEIRA, Margarida - **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. 2ª Edição. Universidade Católica Editora. Lisboa. 2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.

VIEGAS, Sónia et al. – **Toque Terapeutico – Fundamentação e Aplicabilidade em Enfermagem**. In Nursing. Nº225, Setembro 2007, ano17. ISSN:0871-6196.

WATSON, Jean. **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002; ISBN: 972-8383-33-9.

REFERENCIAS JURIDICAS

DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – **Direito de Acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde**. Artº1,2,3,4,5 e 6º Lei nº 33/2009 de 14 de Julho.

ORDEM DOS ENFERMEIROS **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, n.º 122/2011** In Diário da República 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Direcção de Serviços de Planeamento. **Rede hospitalar de urgência/emergência.** – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p. ISBN 972-9425-99-X de 2001.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.** Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE **Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.** Circular Normativa nº157DQS/DQCO de 22 de Junho de 2010.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao doente Traumatizado.** Circular Normativa nº077DQS/DQCO de 31 de Março de 2010.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Rede de Referenciação dos serviços de Urgência.** Despacho nº 18 459/2006 de 12 de Setembro Diário da República, 2.a série nº 176

5 – ANEXOS

ANEXO I Constituição e Responsabilidades Profissionais em Equipas Multidisciplinares de Trauma.

Constituição e Responsabilidades Profissionais em Equipas Multidisciplinares de Trauma.

A direcção geral de saúde tendo por base as recomendações das sociedades científicas e colégios das ordens profissionais emanou circular normativa sobre organização dos cuidados Hospitalares Urgentes ao doente Traumatizado. Esta norma tem como objectivos principais desenvolver o potencial impacto na redução da mortalidade e morbidades dos doentes de trauma. Mas de acordo as orientações da equipa de trauma do Hospital de São João no Porto o atendimento do doente com trauma grave deve ser orientado com base:

- ✓ Diferenciação técnica que cada profissional possui,
- ✓ Metodologia recomendada pelo Grupo de Trauma,
- ✓ Pós-graduação recebida, ATLS® e TNCC®,
- ✓ Protocolos e orientações que o Grupo de Trauma desenvolve, avalia e implementa, seguindo os cinco passos de ordem de prioridades envolvidos na avaliação primária

A - Via aérea e estabilização da coluna cervical

B - Ventilação

C - Circulação (cardiovascular) e controle da hemorragia

D - Disfunção neurológica

E - Exposição e controlo térmico.

De acordo com aquela Unidade a Sala de Emergência encontra-se sempre preparada:

- Todo o material deve estar bem identificado•
- Todo o material de algaliação, cateterismo ou entubação deve estar protocolado e preparado para uso imediato, ou disponível em 'kits' pré organizados.
- O número de pessoas na SE ou ST deve estar restrito às necessárias.
- O trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum,cada qual sabendo o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação dum elemento previamente conhecido.
- A actuação de cada um deve ser precisa e objectiva.
- A comunicação entre as pessoas deve ser clara usando o nome próprio a quem se dirige.

- O elemento que recebe uma orientação ou um pedido, deve fazer entender que tomou conhecimento dessa orientação.
- O elemento que recebe uma orientação ou um pedido, após o efectuar, deve comunicar a execução dessa orientação ou pedido.
- Durante a fase de ressuscitação deve-se restringir ao mínimo a comunicação verbal.

Equipa de Trauma

Cada equipa de urgência deve ter uma equipa de trauma que se responsabiliza pela avaliação, ressuscitação e tratamento de todos os doentes com trauma que tenham critérios de activação do grupo. Face a activação deste grupo preconizado pela circular normativa referida a sua responsabilidade estende-se desde a admissão na Sala de Emergência até à sua saída do Serviço de Urgência, sendo da responsabilidade do coordenador da equipa de trauma a coordenação do atendimento multidisciplinar do doente.

Coordenador da Equipa de Trauma

O coordenador da equipa de trauma é o elemento mais qualificado devendo ser um médico especialista na área cirúrgica ou da medicina intensiva.

Deve ter treino e formação em suporte avançado de vida no trauma, com envolvimento e empenhamento pessoal no cuidado deste tipo de doentes, bem como na educação e organização em trauma.

Tem como responsabilidades a obtenção da história do acidente, da informação de testemunhas e do pessoal de transporte.

Faz a avaliação inicial do doente e planeia e cooperação com o intensivista o plano a seguir.

Supervisionar e actuar se necessário nos procedimentos da equipa de trauma.

Estabelece o plano de prioridades de diagnóstico e terapêutica.

Coordenar e responsabilizar-se pelo tratamento do doente enquanto sediado no Serviço de Urgência.

Responsabilizar-se pela transferência do doente inter-equipas de trauma, para o internamento hospitalar ou extra-hospitalar.

Intensivista

Especialista em Anestesia ou Cuidados Intensivos ou médico especialista com formação clínica similar, com experiência e treino em suporte avançado de vida e trauma.

Este clínico tem dois níveis de acção perante o doente com trauma.

Na sala de emergência:

É responsável pela activação do grupo de trauma.

Coopera com o coordenador da equipa de trauma na avaliação do doente

Coordena a ressuscitação, actuando se necessário.

Supervisiona a manutenção da via aérea e da ventilação

Colabora na estabilização hemodinâmica

Coordena a correcta imobilização/mobilização do doente

Responsabiliza-se pelo transporte intra e extra-hospitalar.

Coopera com o coordenador da equipa de trauma no plano definitivo de atendimento (diagnóstico e terapêutico) e na transferência do doente da sala de emergência.

No Serviço de Urgência

Coopera com o coordenador da equipa de trauma na avaliação continuada do doente:

Define um plano de vigilância da função respiratória e cardiovascular, e solicitando se necessário, apoio de outras especialidades para a execução dessas funções.

Define um plano de analgesia.

Anestesista

Médico especialista ou interno de anestesia com formação pós-graduada em suporte avançado de vida e ou suporte avançado de vida no trauma.

Tem como responsabilidades a protecção da via aérea.

Avaliação e monitorização da ventilação e da função cardiovascular

Manuseamento da sedação, analgesia e ressuscitação sob orientação do intensivista.

Responsável pelo registo clínico na sala de emergência.

Cirurgião

Médico interno de cirurgia geral, ou especialista no caso do coordenador da equipa de trauma ser de outra especialidade, com formação pós-graduada em suporte avançado de vida no trauma.

Tem como responsabilidades pedir exames complementares de diagnóstico e análises.

Realizar técnicas invasivas de diagnóstico ou terapêutica necessárias.

Coopera na avaliação primária e responsabiliza-se pela avaliação secundária do doente com trauma

Contacto e preparação da transferência do doente para o bloco operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos ou Sala de observação.

Ortopedista

Médico com formação e treino em suporte avançado de vida em trauma, funcionando sob orientação do coordenador.

Responsabiliza-se pela avaliação e imobilização de lesões osteo-articulares

Colaboração na avaliação neurológica e vascular do doente, na avaliação secundária do doente com trauma e planeamento terapêutico definitivo do doente.

Neurocirurgião

Médico com formação e treino em suporte avançado de vida em trauma, funcionando sob orientação do coordenador.

Responsabiliza-se pela avaliação neurológica do doente.

Colaboração no planeamento diagnóstico e no planeamento terapêutico definitivo do doente.

Imagiologista

Médico especialista com experiência em imagiologia no trauma.

Responsabiliza-se por executar o plano de investigação radiológica e assegura que os seus resultados são rapidamente processados e presentes ao coordenador da equipa.

Efectua ecografia toraco-abdominal

Coordena e avalia o plano de investigação por tomografia axial computadorizada

Primeiro Enfermeiro

Enfermeiro com preparação em suporte avançado de vida e ou em trauma, sob orientação do coordenador e aderente às orientações clínicas e operacionais do Grupo de Trauma.

Responsabiliza-se pela reparação da Sala de Emergência para ressuscitação em trauma.

Coopera na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala

Assiste o médico intensivista no controle da via aérea e na ventilação.

Executa a entubação naso ou orogástrica

Coopera na avaliação primária e secundária do doente

Supervisiona o adequado funcionamento da Sala de Emergencia no que se refere:

Rápida admissão do doente, passagem para a maca da sala, e saída da equipa de transporte

Recolha de informações relevantes ao tipo de acidente e história clínica do doente

Controle do número de pessoas na sala

Comunicação, transporte rápido de exames e pedidos de exames, bem como dos seus resultados

Prepara o doente para transferência da SE, bem como o seu transporte

Segundo Enfermeiro

Colaboração na preparação da Sala de Emergência.

Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala, e na exposição do doente.

Monitoriza o doente (ECG, FC, T.art e SaO₂) e procede à algaliação quando determinada

Executa acessos venosos, recolha de análises e inicia ressuscitação, segundo orientações clínicas estabelecidas pelo grupo de trauma

Assiste o coordenador da equipa de trauma na execução de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos.

Colabora com o médico anestesista no registo clínico da sala de emergência.

Quando presentes na sala médicos ou enfermeiros em treino, estes devem estar num plano de adequada visualização, mas num local de retaguarda sem dificultar a mobilização da equipa.

Após estabilização do doente, e segundo orientação do coordenador, este grupo em treino pode desenvolver uma tarefa mais prática.

31

³¹ Circular Normativa nº 07 de 31 de Março de 2010 da Direcção Geral de Saúde.

ANEXO II Guião de Observação de Comportamentos e Interações entre Familiares e Doentes em Sala de Observação e Reanimação.

GUIÃO DE ENTREVISTA / OBSERVAÇÃO

Este guião é um instrumento de recolha de informação relativa à interacção estabelecida entre familiar/doente e Enfermeira responsável pelo cuidado ao doente crítico internado em Sala de Reanimação ou Sala de Observação no serviço de Urgência do Hospital Santa Maria.

- 1 – Qual o grau de Parentesco do Familiar que realiza a visita?
- 2 – Quais os profissionais de Saúde que dão informação ao familiar?
- 3 – Dúvidas verbalizadas pelo Familiar?
- 4 – O familiar verbaliza algum receio ou medo sobre o seu familiar?
- 5 – O familiar fornece alguma informação adicional pertinente? Que tipo de Informação?
- 6 – Comportamentos observados durante a interação familiar/doente.
- 7 – Estilos de Comunicação adoptados durante a interação.
- 8 – Data da observação.
- 9 – Local da observação.

ANEXO III Poster intitulado "Humanização dos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.

HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE E FAMÍLIA EM S.O.

MARIA DO CÉU ASSIS RODRIGUE e REBECA RIOS Alunas do 3º Curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica de Lisboa.
ORIENTAÇÃO: Prof. Marques da Gama e Enf.ª Dina Miguel e Carina Martins.



"A FAMÍLIA é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas"
VIEIRA, Margarida 2007:83.



Define-se como DOENTE CRÍTICO aquele, que por disfunção ou falência de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos)



O SO é uma sala de observação onde permanece o DOENTE CRÍTICO que ao chegar à Urgência, necessita de vigilância médica, de enfermagem, monitorização e terapêutica.



"O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos..."
"As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar "entes significativos" para o doente"
"Os horários para as visitas deverão ter em conta as necessidades dos serviços e doentes"
CARTA DE DIREITOS DOS UTENTES



- Pode visitar o seu familiar no período da tarde pelas 17 H.
- O doente não pode ter objectos pessoais no SO; para os levantar dirija-se à Secretária de Unidade.
- Se o doente for transferido para Serviço de Internamento levará os seus objectos pessoais.

- A visita deverá ser breve uma vez que se trata de um serviço com grande intervenção dos profissionais e onde se encontram doentes instáveis que necessitam de um ambiente o mais confortável possível.
- Deve lavar as mãos antes da visita com solução alcoólica ao dispor à entrada do serviço, prevenindo a infecção cruzada.

- Na sala de SO estão presentes as equipas:
- Enfermagem
 - Médica
 - Assistentes Operacionais

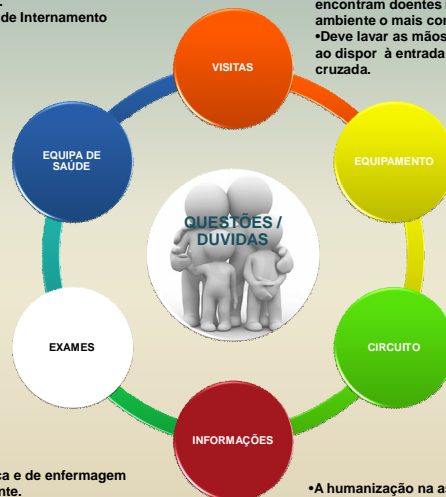
- Durante a permanência no SO o doente poderá necessitar de se ausentar para realização de exames complementares de diagnóstico ou tratamento.

- Rx, Ecografia, TAC etc.
- Hemodiálise.
- Bloco Operatório.

- Poderá ainda ser transferido para o Internamento

- No SO um colaborador da equipa médica e de enfermagem fornecerão as informações sobre o doente.
- Fora do horário das visitas poderá obter informações através do telefone nº 217805342

- A humanização na assistência é fundamental, pois no serviço de urgência os pacientes chegam em crise e seus familiares estão ansiosos por notícias.



Cada unidade dispõe de equipamento específico:

- Monitor para Sinais Vitais.
- Terminal de Sistema ALERT.
- Seringas Infusoras.
- Rampas de Oxigénio e Vácuo.
- Material de Cateterização Venosa Periférica.

- As pulseiras colocadas na triagem definem a prioridade para o 1º atendimento médico, são atribuídas de acordo com os sinais e sintomas apresentados.

- Independentemente da cor da pulseira qualquer doente pode ter a necessidade de permanecer em SO.

Uma comunicação eficaz significa que acontece uma troca de informação entre os vários intervenientes com o objectivo de melhorar os cuidados ao doente. A família tem um papel fundamental no processo terapêutico ao fornecer a informação pertinente acerca dos hábitos de vida, medicação, gostos etc., do doente em SO, melhorando a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A família tem o direito a atenção e informação necessárias uma vez que como o doente também está em crise fazendo parte integrante do processo de humanização de cuidados.



BIBLIOGRAFIA

- Diário da República – Direito de Acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Artº1.2.3.4.5 e 6º Lei nº 33/2009 de 14 de Junho
- Ministério da Saúde – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. (Consultado em 3 Junho 2010). Disponível em www.dsa.gov.pt
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – Guia para o transporte de doentes críticos. (Consultado 3 Junho 2010). Disponível em www.spci.org
- VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: Da Competência à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 159p. ISBN 978-972-54-0195-8.

ANEXO IV Folheto Informativo sobre Humanização dos Cuidados de Enfermagem.

HORÁRIO DE VISITA

Não é permitida a permanência de familiares ou acompanhantes em SO.

No caso de internamento de um menor, possibilita-se a presença do familiar ou pessoa significativa.

Está estipulado um horário de visita que se realiza a partir das 17H.

As visitas serão para um máximo de dois acompanhantes por doente, entrando um de cada vez durante um breve período.

Contudo, este horário torna-se flexível pelas necessidades inerentes ao bom funcionamento do serviço.

Os horários para visitas deverão ter em conta as necessidades do serviço e dos doentes e família.



HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE E FAMILIA EM SO



“ O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos...”

“ As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “ entes significativos para o doente”.



2010

autoras

REBECA RIOS
 Mª CELIA RODRIGUES
 Alunas do Mestrado em Enfermagem
 Médico Cirúrgica



HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE E FAMILIA EM SO

INFORMAÇÕES GERAIS

O serviço de urgência Central (SUC) do CHLN tem como missão prestar cuidados médicos e de enfermagem urgentes a cerca de 300 000 habitantes da população de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não possuem.

O objectivo deste serviço é tratar e salvar doentes com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um Hospital Central e Universitário deve disponibilizar, com dignidade e humanização e capacidade de resposta para as situações de crise humanas que por ele passam diariamente.



APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

Do SUC faz parte a zona de internamento de curta duração, SO (sala de observação) que dispõe de 16 unidades com possibilidade de monitorização permanente, onde permanece o **doente crítico** que ao chegar à urgência, necessita de vigilância Médica, de Enfermagem, monitorização e terapêutica.

O SO funciona 24H por dia e conta com a permanência de enfermeiros habilitados para a prestação de cuidados aos doentes, bem como Médicos e Cirurgiões.

A partir deste momento o doente encontra-se internado no SUC, em SO onde a equipa de saúde desenvolve todos os esforços para a recuperação do doente, sendo necessário a colaboração dos seus familiares/amigos durante o internamento, devendo para tal compreender a normas inerentes a esta unidade de saúde.

ESTRUTURA DO SO

O SO é uma sala aberta, com uma unidade central de acesso aos profissionais de saúde, que funciona como sala de trabalho, estando presentes as equipas de cirurgia e medicina. Existe uma casa de banho para os doentes que podem fazer levantar.

INFORMAÇÕES AO SEU FAMILIAR

As informações clínicas referentes aos doentes são fornecidas pelo médico responsável, em presença física do familiar. As informações por telefone são limitadas, sendo

relativas à permanência, ou não do doente em SO, podendo ser comunicado o serviço para onde o doente foi transferido.

O enfermeiro responsável pelo doente em SO poderá fornecer informações relativas ao doente, no âmbito do exercício profissional da Enfermagem, na presença do familiar.

NORMAS DO SERVIÇO

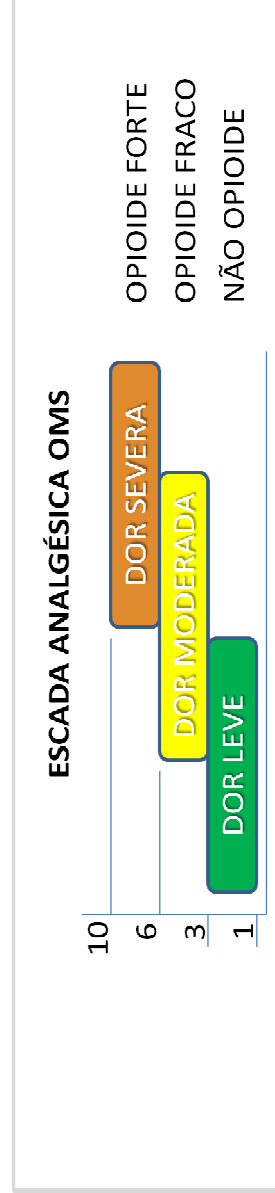
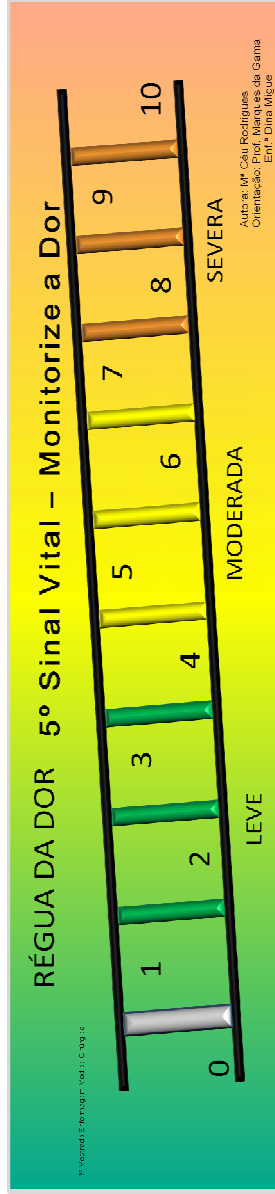
Uma das normas do serviço é desprover o doente de qualquer objecto pessoal, devendo, a quando da admissão em SO, ser efectuado o espólio do doente, sendo este entregue à família ou acompanhante do doente incluindo a roupa e objectos de valor do mesmo, ou ficando à guarda do SUC, ficando os objectos de valor guardados em cofre com a administrativa do SO.

Este facto prende-se com a necessidade do doente realizar determinados exames complementares de diagnóstico, técnicas e procedimentos, ou necessidade de se dirigir a outros serviços, permitindo o controle de infeção hospitalar.

ONDE LEVANTAR OS



ANEXO V Escala Numérica da Dor e Escada Analgésica.



ANEXO VI Instrumento de Calculo de Taxa de Adesão à Lavagem das Mãos.

ANEXO 34

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

País		Cidade		Hospital		Identificação do local	
Observador (iniciais)				Nº. do Período		Departamento/Clinica	
Data (dd.mm.aaaa)				Nº. da Sessão		Nome do Serviço	
Início/Fim (h:min)				Nº. do Formulário		Nome da Unidade	
Duração da Sessão (min)							
Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código	
Número		Número		Número		Número	
Op	Indicação	Ação	Op	Indicação	Ação	Op	Indicação
1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	1	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	2	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	3	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	4	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	5	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	6	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	7	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.
8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.	<input type="checkbox"/> fricção com álcool <input type="checkbox"/> água e sabonete <input type="radio"/> não realizada	8	<input type="checkbox"/> ant. pacte. <input type="checkbox"/> ant. proc. assep. <input type="checkbox"/> ap. fluidos corp. <input type="checkbox"/> ap. pacte. <input type="checkbox"/> ap. proxim.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genova (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

País	Cidade	Hospital	Identificação do Local
------	--------	----------	------------------------

Data (dia.mês.ano)	Nº. do Período	Departamento
		Serviço
		Unidade

Número da sessão	Categorias profissionais <small>(as colunas podem ser adicionadas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)</small>								Total de sessões	
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Oportunidade	Ação
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por Categorias	/		/		/		/		/	
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

Instruções de uso

1. Verificar os dados coletados no formulário de observação. Calcular as somas das oportunidades e ações, de acordo com as categorias profissionais de cada sessão de observação, e copiar os resultados nas linhas correspondentes ao número da sessão.
2. Calcular a soma das oportunidades e a soma das ações ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcular a soma das oportunidades e ações de todas as sessões e a adesão geral utilizando a equação acima.
4. Calcular as somas das oportunidades e ações de todas as categorias profissionais e calcular a adesão por categoria aplicando a equação. Preencher os resultados na linha "Adesão" e cada coluna de "Total por categorias"

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genébra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

FORMULÁRIO DE CÁLCULO OPCIONAL

(Recomendação relativa à adesão à higienização das mãos)

País	Cidade	Hospital	Identificação do Local
Data (dd.mm.aaaa)		Nº Período	Departamento Serviço Unidade

Número da Sessão	Hand Hygiene Indications									
	Antes de contato com o paciente		Antes de realizar procedimentos assépticos		Após risco de exposição a fluidos corporais		Após contato com o paciente		Após contato com as proximidades do paciente	
	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total de indicações										
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Indicações}} \times 100$$

Instruções de uso

5. Verificar os dados coletados no formulário de observação. Calcular e copiar as somas das indicações e suas ações correspondentes para cada sessão de observação.
6. Se houver várias recomendações dentro de uma mesma oportunidade cada uma deve ser considerada separadamente, bem como as ações correspondentes.
7. Aplicar a equação de adesão para calcular a adesão por indicação e copiar os resultados na linha de "adesão" nas colunas correspondentes.

Observação: Este cálculo não é exatamente um resultado de adesão, uma vez que o denominador do cálculo é uma indicação e não uma oportunidade. As ações são artificialmente superestimadas de acordo com cada indicação. Entretanto, o resultado dá uma idéia geral do comportamento dos profissionais de saúde em relação a cada tipo de indicação.

ANEXO VII Instrumento de Avaliação das Estruturas de Apoio para Lavagem das Mãos.

Auditoria 2007

Avaliação das estruturas e práticas para a higiene das mãos (PNCI)

Padrão 1 – Existência de lavatórios nos serviços

1. 1 Pelo menos um lavatório em cada quarto individual	Sim	Não	N/A	Observações
1. 2 Um lavatório por cada 3 / 4 camas	Sim	Não	N/A	
1. 3 Um lavatório nas salas de tratamento	Sim	Não	N/A	
1. 4 Um lavatório nas salas de trabalho	Sim	Não	N/A	
1. 5 Um lavatório nas copas dos serviços	Sim	Não	N/A	
1. 6 Um lavatório nos refeitórios dos serviços	Sim	Não	N/A	
1. 7 Um lavatório na zona suja	Sim	Não	N/A	
1. 8 Um lavatório na zona limpa	Sim	Não	N/A	
1. 9 Um lavatório nas instalações sanitárias dos doentes	Sim	Não	N/A	
1. 10 Um lavatório nas instalações sanitárias dos profissionais	Sim	Não	N/A	

Total das respostas Sim _____ x 100 = (TQ = índice de qualidade) de _____ %
Total das respostas aplicáveis

Padrão 2 – Características dos lavatórios existentes nos serviços

2. 1 Os lavatórios em bom estado de conservação	Sim	Não	N/A	Observações
2. 2 Os lavatórios são suficientemente fundos para evitar a dispersão dos salpicos/aerossóis durante a lavagem das mãos	Sim	Não	N/A	
2. 3 Os lavatórios para as mão não são utilizados para outros fins	Sim	Não	N/A	
2. 4 As torneiras são consideradas adequadas	Sim	Não	N/A	
2. 5 As torneiras são accionadas por manipulo	Sim	Não	N/A	
2. 6 As torneiras são accionadas por manipulo de cotovelo	Sim	Não	N/A	
2. 7 As torneiras são accionadas por pedal	Sim	Não	N/A	
2. 8 As torneiras possuem célula fotoelétrica (sem ser necessário tocar na torneira ou manipulo)	Sim	Não	N/A	
2. 9 As torneiras estão funcionates	Sim	Não	N/A	

Os critérios 2.5 – 2.8 não contam para avaliação do índice de qualidade. Servem apenas para ajudar a CCI caracterizar esta estrutura em análise e identificar problemas nesta área

Total das respostas Sim _____ x 100 = (TQ = índice de qualidade) de _____ %
Total das respostas aplicáveis

Padrão 3 – Estruturas acessórias dos lavatórios

3.1 Existem suportes para toalhetes de uso único, para secagem das mãos, junto a cada lavatório	Sim	Não	N/A	Observações
3.2 Os suportes para toalhetes são adequados	Sim	Não	N/A	
3.3 Os suportes para toalhetes estão funcionantes	Sim	Não	N/A	
3.4 Os toalhetes fornecidos são de boa qualidade (secam bem as mãos)	Sim	Não	N/A	
3.5 Não há rotura de fornecimento de toalhetes para secagem das mãos	Sim	Não	N/A	
3.6 Existe suporte apropriado par o sabão líquido em uso na higiene das mãos	Sim	Não	N/A	
3.7 Os frascos do sabão líquido são do uso único	Sim	Não	N/A	
3.8 Se os frascos para o sabão líquido são reutilizáveis, estes são cheios apenas com a quantidade para o máximo três dias	Sim	Não	N/A	
3.9 No caso dos frascos para o sabão líquido serem reutilizáveis, estes são lavados antes de cada reposição (assinaturas?)	Sim	Não	N/A	
3.10 A bomba doseadora do frasco de sabão está funcionante	Sim	Não	N/A	
3.11 Existe junto a cada lavatório um contentor para recolha dos toalhetes usados	Sim	Não	N/A	

Total das respostas Sim _____ x 100 = (IQ = índice de qualidade) de _____ %
Total das respostas aplicáveis

Padrão 4 – Produtos utilizados na higienização das mãos nos serviços

4.1 O sabão líquido existente para higienização das mãos é adequado (pH da pele e com emoliente)	Sim	Não	N/A	Observações
4.2 Não há rotura de fornecimento do sabão aos serviços	Sim	Não	N/A	
4.3 Existe uma solução anti-séptica alcoólica alternativa à lavagem das mãos quando as mãos não estão visivelmente sujas	Sim	Não	N/A	
4.4 Os profissionais estão informados sobre as vantagens das soluções alcoólicas na higiene ds mãos na prestação de cuidados a doentes com isolamento de estirpes resistentes	Sim	Não	N/A	
4.5 Não há rotura de fornecimento da solução anti-séptica alcoólica aos serviços	Sim	Não	N/A	
4.6 Existe uma política/procedimento de utilização de antisépticos	Sim	Não	N/A	
4.7 Os profissionais conhecem os produtos em uso e as regras de correcta utilização	Sim	Não	N/A	
4.8 Existe cartaz/folheto informativo sobre o procedimento de utilização de anti-sépticos em locais estratégicos /salas de trabalho, de tratamento, etc)	Sim	Não	N/A	
4.9 Está disponível um creme hidratante para protecção das mãos dos profissionais	Sim	Não	N/A	

Total das respostas Sim _____ x 100 = (IQ = índice de qualidade) de _____ %
Total das respostas aplicáveis

Padrão 5 – Acções de Formação/Informação aos profissionais para a pratica da higienizaçõ das mãos – Avaliação no Serviço/Unidade

5. 1 Existe um Procedimento para a lavagem/desinfecção das mãos no serviço/unidade	Sim	Não	N/A	Observações
5. 2 A recomendação foi debatida em sessões para os diversos grupos profissionais	Sim	Não	N/A	
5. 3 Foram desenvolvidas acções de formação em serviço que incluam esta prática	Sim	Não	N/A	
5. 4 Foram desenvolvidas outras acções complementares de sensibilização para esta pratica	Sim	Não	N/A	
5. 5 S existe cartaz alusivo à técnica correcta de higienização das mãos, este esta colocado em locais estratégicos do Serviço/Unidade	Sim	Não	N/A	

Total das respostas Sim _____ x 100 = (IQ = indice de qualidade) de _____ %
Total das respostas aplicaveis

Índice de qualidade do Serviço

Padrão 1	
Padrão 2	
Padrão 3	
Padrão 4	
Padrão 5	

Total: _____
5

Índice de Qualidade: _____

ANEXO VIII Cartaz ilustrativo dos 5 momentos da lavagem das mãos.

OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

AUTORA: Maria do Céu Assis Rodrigues; Aluna de Enfermagem do 3º Curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Orientação: Prof. Marques da Gama e Enf.ª Dina Miguel



Para proteger:

- Profissionais
- Doente
- Ambiente



A LAVAGEM DAS MÃOS É FUNDAMENTAL

1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos
2 ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS	Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS	Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não.
4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE	Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.
5 APÓS CONTACTO COM AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente.

ADAPTADO: Cartaz da campanha de 2009 da lavagem das mãos: Anexo 22 do Guia de Implementação

Os profissionais de saúde devem:

Reconhecer que da sua intervenção depende a real prevenção das IACS (Infecção adquirida pelos cuidados de saúde) e a segurança dos doentes.

Conhecer as medidas básicas de prevenção e controlo da IACS a serem aplicadas em todas as situações.

ANEXO IX Certificado de Participação no Curso de Via Aérea de Santarém.

Certificado

AEVAS

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

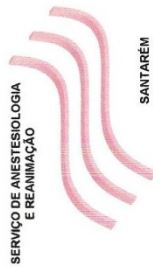
Certifica-se que a

Enf.ª Maria do Céu Rodrigues

participou no "4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via

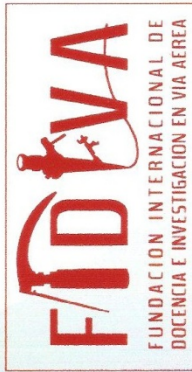
Aérea para Enfermeiros", de 9 horas lectivas, no qual teve

aproveitamento na avaliação final.



Santarém, 27 de Maio de 2010

Os directores do curso:



A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Cabanita".

Dr. Reinaldo Cabanita

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Pedro Charco".

Dr. Pedro Charco

ANEXO X Impresso de Registo de Eventos Adversos relacionados com a Abordagem da Via Aérea Difícil

REGISTO DE EVENTOS

VIA AÉREA DIFÍCIL

PROCEDIMENTOS		SIM	NÃO
DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA	SPO2 <90		
LARINGOSCOPIA DIFÍCIL	VISUALIZA CORDAS		
ENTUBAÇÃO DIFÍCIL	> DE 3 TENTATIVAS		
UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS	M. LARINGEA		
	M. L. FASTRACK		
	M.L. I-GEL		
PROFISSIONAL QUE REALIZA O PROCEDIMENTO	MÉDICO		
	ENFERMEIRO		
	ANESTESISTA		
COMO FINALIZOU A INTERCORRENCIA	SUCESSO TECNICA INVASIVA MORTE		

OBSERVAÇÕES: _____

Autora: M^a Céu Rodrigues

3^o Mestrado Profissionalizante Enfermagem Médico Cirúrgica

Universidade Católica

Junho 2010

ANEXO XI Sessão Formativa sobre Abordagem da Via Aérea no Serviço de Urgência.

SESSÃO DE FORMAÇÃO

VIA AÉREA DIFÍCIL

TEMA DA SESSÃO: VIA AÉREA DIFÍCIL

DURAÇÃO: 30 minutos

LOCAL: Edifício Egas Moniz, Sala 7

DIA: 7 de Junho de 2010 às 15h.

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Central.

OBJECTIVO GERAL DA SESSÃO:

- Que os formandos consigam intervir na abordagem a Via Aérea Difícil mobilizando os recursos adequadamente.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar características dos doentes que identifiquem uma VAD.
- Identificar as manobras facilitadoras para abordagem da VAD.
- Reconhecer a existência de recursos materiais para abordagem à VAD utilizando-os eficazmente.
- Reconhecer o Algoritmo para a Via Aérea Difícil.
- Conhecer a importância da existência dos recursos materiais no serviço de urgência central.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Anatomia da Via Aérea.
- Características da VAD.
- Características dos Indivíduos com VAD.
- Manobras facilitadoras da VAD.
- Algoritmo da VAD.
- Recursos Materiais para abordagem à VAD.

METODOLOGIA

- Método Expositivo
- Método Interrogativo aplicando a Técnica das Perguntas
- Método Activo com Demonstrações dos Equipamentos.

AVALIAÇÃO

- Questões sobre a temática.
- Aplicação de questionário para avaliação da formação, formador, pertinência do tema e meios auxiliares.

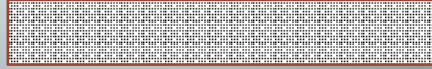
MEIOS E RECURSOS

- Computador + Projector Multimédia
- Dispositivos médicos.
- Fotocópias do teste de avaliação

PLANO DE SESSÃO

<i>FASE</i>	<i>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>RECURSOS</i>	<i>TEMPO</i>
Introdução	Introdução ao tema	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento da temática • Avaliação dos conhecimentos através de perguntas ao grupo sobre VAD 	Slides	3 mn
Desenvolvimento	Anatomia da VAD Características da VAD Manobras facilitadoras Algoritmo VAD Dispositivos Médicos Importância de carro VAD no SUC	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Método Activo • Demonstração de alguns dispositivos • Espaço para dúvidas • Discussão 	Slides Filme	20 mn
Conclusão	Síntese Conclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Método activo com aplicação do teste de avaliação sumativa e formativa. 	Slides Testes de avaliação	7mn

VIA AÉREA DIFÍCIL



M^o Céu A. Rodrigues
Curso de Mestrado Profissionalizante em
Enfermagem Médico Cirúrgica

Junho
2010

Objectivos

- ▣ Aprofundar conhecimentos sobre VAD;
- ▣ Adquirir competências na identificação de uma VAD;
- ▣ Sensibilizar a Equipa de Enfermagem da SUC para a organização de recursos no âmbito da situação de urgência VAD;

Sumário

- ▣ Revisão anatomia da VA;
- ▣ Via Aérea Difícil
 - Definições
 - Condições Associadas
 - Reconhecimento da VAD
 - Equipamento adequado
 - Manobras de Ventilação/Entubação
 - Importância da Organização de Recursos

VAD - Papel do Enfermeiro



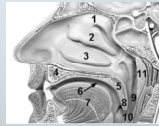
Segundo o REPE no seu artigo 5º

Os Cuidados de Enfermagem devem encaminhar orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam só ser resolvidos pelo enfermeiro

O ENFERMEIRO deve ainda:

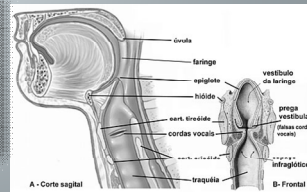
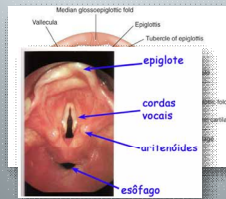
- Estar desperto para situações de emergência que possam ocorrer;
- Antecipar as necessidades do doente e organizar antecipadamente todo o material necessário;
- Saber manuseá-lo da forma mais segura e correcta;

Anatomia Via Aérea



Vista lateral das vias aéreas superiores:

- 1- corneto superior; 2- corneto médio;
- 3- corneto inferior; 4-palato duro;
- 5-palato mole; 6-cavidade oral;
- 7-lingua; 8-úvula; 9-nasofaringe;
- 10-orofaringe; 11-adenóide



VAD - Considerações



VAD - Considerações

Avaliação da Via Aérea

- Abertura da boca
- Distância tiromentoniana
- Peso
- Flexão do Pescoço
- História Prévia de VAD

Características associadas a ventilação difícil

- Presença de Barba
- Obesidade
- Falta de Dentes
- > 55 anos
- História de Ressonar

VAD - Considerações

Articulação temporo-mandibular

- Capacidade de deslocamento anterior da mandíbula;

Abertura da boca

- (>3cm há espaço para posicionar ML ou o laringoscópio)

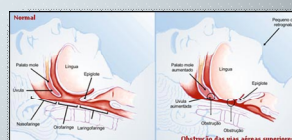
Movimento de flexão do pescoço e extensão da cabeça

- (flexão do pescoço sobre o tórax > 35%, Extensão da cabeça sobre o pescoço > 80%)

Distância tiro-mentoniana

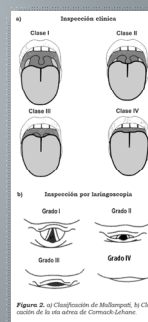
- > ou = 5cm ou 3 dedos, a laringe não é anteriorizada

VAD - Via Aérea Difícil



Classificação de Mallampati

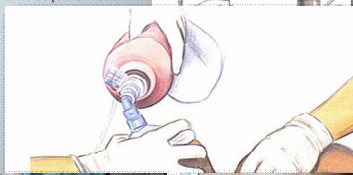
Classificação Cormack-Lehane



VAD - Considerações

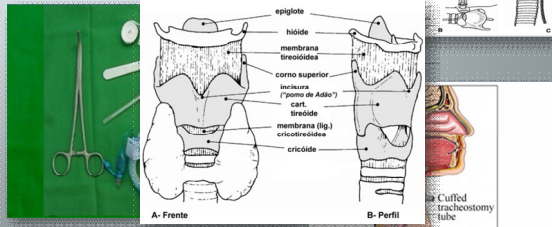
Manobras facilitadoras na entubação difícil

- Lâmina Macoy
- Condutor de tubo
- Pinça Maguill
- Manobra Sellick
- Manobra BURP



VAD - Considerações

Cricotiroidectomia
Traqueotomia



VAD



VAD - ALGORITMO

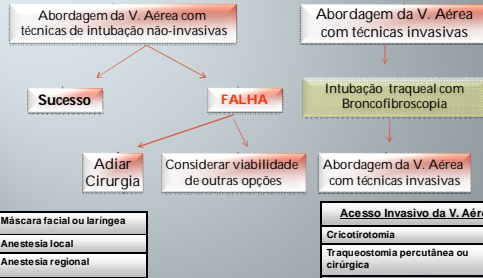
Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Algoritmo de abordagem da Via Aérea Dificil



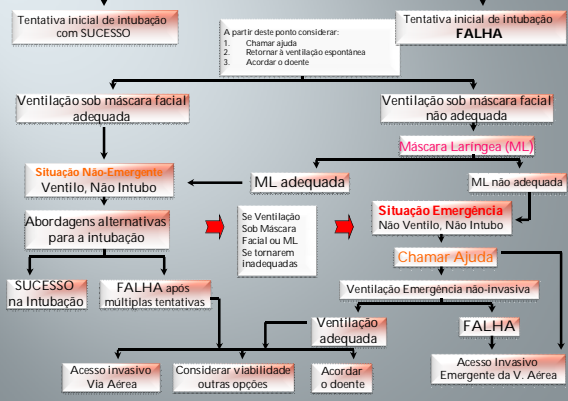
Adaptado de Difficult Airway Algorithm (ASA Task Force on Management of the Difficult Airway)
Anesthesiology, 2003;98(5)

Intubação com o doente vigil



Adaptado de Difficult Airway Algorithm (ASA Task Force on Management of the Difficult Airway)
Anesthesiology, 2003;98(5)

Tentativa de Intubação após indução de Anestesia Geral



VAD

Técnicas não invasivas para intubação difícil
Lâminas de laringoscópio alternativas (McCoy ou Miller)
Estiletos para intubação ("Bougie, Frova)
Máscara Laríngea Fastrach
Intubação por fibroscopia
Intubação "às cegas"

Técnicas para ventilação não-invasiva de emergência
Combitube
Estilote para "jet intratraqueal"
Broncoscópio rígido

VAD - IOT



Posição olfactiva correcta (almofada occipital associada à extensão da cabeça tende a alinhar os eixos oral, laríngeo e traqueal);

Bag and Mask Ventilation
www.foundationsskills.net



VAD - Dispositivos Supraglóticos





MASCARAS LARINGEAS

Vantagens

Desvantagens

Permite entubar ortotraquealmente

Menor resposta hemodinâmica

Assegurar via aérea em situações de VAD

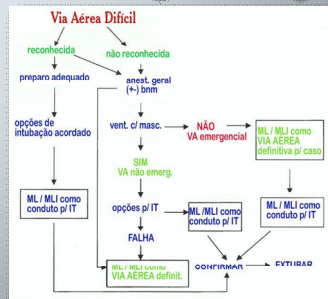
Facilidade na colocação sem laringoscopia

Traumatismo orofaríngeo

Presença de flúidos

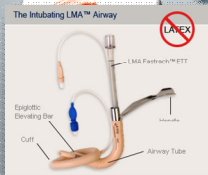
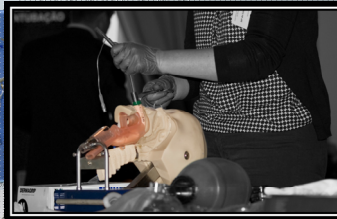
Estômago cheio

Mascara Laringea - Algoritmo

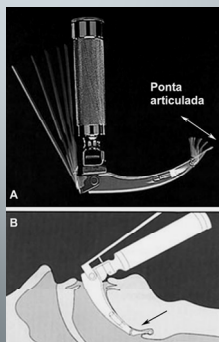


Algoritmo da Via Aérea Dificil da Sociedade Americana de Anestesiologia (Practice guidelines for management of the difficult airway) (Approved by House of Delegates on October 21, 1992 and last amended October 16, 2002).

VAD - Recursos

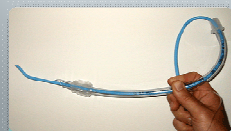
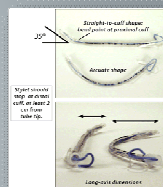
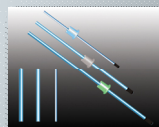


VAD - Laringoscopia



Macoy
Miller - Rectas
Macintosh

VAD - GUIAS



VIA AÉREA - SUC

Garantir a Permeabilidade da Via Aérea é a Prioridade nas Manobras de Reanimação;

O serviço de urgência é um local de eleição para a existência do equipamento de VAD, em virtude de aí acorrerem doentes em estado crítico;

A existência dos recursos materiais e do treino dos profissionais permite actuar com eficácia e eficiência perante situações de VAD;

A existência de grupos de trabalho interdisciplinar detêm maior capacidade de sensibilização das chefias intermédias para a necessidade da aquisição de equipamento fundamental à abordagem da VAD;

Bibliografia

- ▣ AESOP - Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lisboa: Lusodidacla. 2006
- ▣ AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2003; 98:1269-77.
- ▣ AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. 2002. 22 p.
- ▣ BENUMOFF J.I. Management of the difficult adult airway: The ASA algorithm. En ASA annual refresher courses lectures. San Diego, 1996.
- ▣ CORMACK, R. S. LEHANE J. - Difficult intubation in obstetrics. *Anaesthesia*.1984.
- ▣ CUNHA, SILVA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia: Intubação Traqueal Difícil (2003) 1-8 [Consult. 13 de Abril, 2008]. Disponível em WWW-<URL:http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/070.pdf
- ▣ EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL -Guidlines for resuscitation. *Resuscitation Elsevier [em linha]* (2005) [Consult. 10 de Maio,2008]. Disponível em WWW-<URL:http://www.elsevier.com/locate/resuscitati
- ▣ PORTUGAL -Assembleia da República, 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.
- ▣ SAMSOOM, G.L.; YOUNG, J.R: -difficult tracheal intubation: a retrospective study anaesthesia. 1987.

AVALIAÇÃO

1 – Enumere 3 características dos indivíduos que sugerem a existência de uma Via Aérea Difícil.

2 – Dê dois exemplos de manobras facilitadoras na abordagem à Via Aérea Difícil.

3- Diga se são (V) Verdadeiras ou (F) Falsas as seguintes afirmações.

- a) A Cricotiroidectomia e a Traqueotomia são medidas não invasivas na abordagem à VAD.
- b) O posicionamento sniffing ou olfactivo promove o alinhamento dos eixos oral, laríngeo e faríngeo, o que facilita a visualização das cordas na laringoscopia.
- c) A máscara laríngea não é um dispositivo supraglótico.
- d) A máscara laríngea fastrack permite a entubação orotraqueal.

4- Enumere duas desvantagens no uso da máscara laríngea.

Obrigada pela participação.

M^a Céu Rodrigues

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Agradeço a participação de todos e solicito a avaliação da sessão formativa com o objectivo de melhorar futuras sessões.

1 – PERTINÊNCIA DO TEMA

M. Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau

2 – DOMÍNIO DA TEMÁTICA PELO FORMADOR

M. Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau

3 – RECURSOS UTILIZADOS

M. Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau

4 – SUGESTÕES

Obrigada pela disponibilidade.

ANEXO XII Reflexões sobre Episódios em Urgência Hospitalar

Uma das profissões mais stressantes será sem dúvida a Enfermagem em Urgência. A complexidade de situações clínicas e histórias de vida é muito variada.

Entre estas histórias realço a de um homem de cerca de 40 anos com queimaduras de 2º e 3º grau, na face, membros superiores e tronco. Era fim-de-semana e aquele homem estava a fazer fogo para um churrasco, utilizando petróleo. Fora prontamente socorrido pela equipa da VMER e estabilizado na sala de Reanimação. A curiosidade conduziu a presença de grande número de profissionais. A enfermeira responsável pela sala de Emergência responsável pela recepção daquele Sr. foi substituída pelo Chefe de Equipa de Enfermagem naquele turno, na prestação de cuidados sem que para isso tenha existido qualquer acordo prévio. Como resultado destas condicionantes ocorreu duplicação de procedimentos e desperdício de dispositivos médicos. Por outro lado a ausência de coordenação na equipa médica resultou em informações dúbias conduzindo a comunicação ineficaz.

Esta falta de coordenação resulta de uma inadequada optimização dos recursos, bem como que os profissionais detenham maior preparação para lidar com situações críticas. Os estilos de liderança são bem visíveis nem sempre correspondendo o estilo à experiência profissional. O ajustamento mútuo das Burocracias Profissionais baseadas nas competências profissionais por si só não é suficiente para capacitar a tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE: Tomada de Decisão; Liderança.

Outra situação crítica relaciona-se com a visita em sala de reanimação. Num dos dias de estágio fiquei responsável por uma doente com AVC extenso que tinha caído em casa e o marido chamou o INEM. Entrou no SU de manhã e o marido seguiu para o emprego. Concluiu-se que as hipóteses de sobrevivência seriam mínimas. A doente entrou em coma o seu estado geral estava a agravar-se e em breve seria irreversível. Durante o período da tarde o marido pede para visitar a mulher e fica surpreendido com o cenário com que se depara. A médica de serviço encontrava-se junto da doente e o marido questiona sobre o seu estado. Informa o Sr. que a esposa provavelmente não sobrevive e questiona-o sobre a sua não comparência no SU anteriormente.

A culpabilização durante a transmissão de más notícias sem ter em atenção a pessoa a sua envolvente e sem ser conferido qualquer suporte é das agressões mais constrangedoras que é possível observar. Aquele casal não tinha filhos, vivia sozinho e apenas o marido trabalhava. Ao conversar com o Familiar foi impossível não ficar indiferente. O seu trabalho é o meio de subsistência sem o qual não poderiam sobreviver. Aquele Sr. agora culpabilizava-se porque não se tinha apercebido da gravidade da situação. A transmissão da má notícia não foi preparada pela equipa, o que evidencia lacunas nesta área de interação.

A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspectos emotivos que lhe estão associados. A escolha de um local adequado para estabelecer a interação, perceber o que o familiar sabe, e dar apoio às emoções manifestadas é da responsabilidade da equipa multidisciplinar. Estratégias como o toque ou a escuta activa podem conferir suporte e capacitar os familiares na adopção de um estilo de coping eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Transmissão de Más Notícias; Estratégias Comunicacionais.

ANEXO XIII Escalas Comportamentais da Dor.

BEHAVIOR PAIN SCALE (BPS)

ITEM	DESCRIÇÃO	SCORE
EXPRESSÃO FACIAL	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras pesadas)	3
	Fácies de Dor	4
MEMBROS SUPERIORES/ INFERIORES	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/ cerrados	3
	Totalmente contraídos/ rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/ bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

Adaptado de Payen (2001).

Tradução: Ferreira, Alda; Oliveira, Micaela, Roque, Felisbela; Baltazar, Sónia – Cuidar do Doente crítico com dor: Um desafio no serviço de Medicina Intensiva (SMI) – Revista Sinais Vitais; Março 2008.

3 Indicadores de Avaliação:

- Expressão facial;
- Comportamento dos membros;
- Adaptação ventilatória;

Cada indicador tem quatro parâmetros e respectivos scores (entre 1 e 4)

- Score máximo de 12 (dor máxima);
- Score mínimo 3 (sem dor);

Avaliações ≥ 4 com analgesia instituída, implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.

ESCALA NVPS (NON VERBAL PAIN SCALE)

SCORE	0	1	2
CATEGORIA			
FACE	Sem expressão facial ou sorriso	Fácies de desconforto ocasional: Franzir de testa Face contraída	Fácies de desconforto frequente: Franzir de testa frequente Face contraída frequente
ATIVIDADE	Posição normal Calmo	Procura de atenção através do movimento Movimento lento e cauteloso	Irrequieto/ Agitação Motora e/ou sem Reflexos
POSTURA	Deitado, Quietos Descontraído Ausência de posicionamento das mãos sobre o corpo.	Move-se com dificuldade Tenso	Move-se com extrema dificuldade Rígido
FISIOLOGIA	Sinais Vitais Estáveis	Alteração Hemodinâmica: TA Sistólica: > 20 mm Hg FC > 20 Batimentos/minuto	Alteração Hemodinâmica: TA Sistólica: > 30 mmHg FC > 25 Batimentos /minuto
RESPIRAÇÃO	Adaptação Ventilatória	Desadaptação Ventilatória Ligeira FR >10 ciclos/minuto SPO2 < 5%	Desadaptação Ventilatória Severa FR >20 ciclos/ minuto SPO2 < 10%

SCORE: 0 -2 Não existe dor 3 -6 Dor Moderada 7 –
10 Dor Severa

Adaptado: "Adult Non Verbal Pain Scale" University of Rochester Medical Center Wegman, Deborah A. – Critical Care Nurse, Fev 2005.

ANEXO XIV Norma de Aplicação da Behavioral Pain Scale em Cuidados Intensivos.

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE MONITORIZAÇÃO DA DOR EM DOENTES VENTILADOS**

DEFINIÇÃO: A monitorização da Dor no doente com limitações à comunicação e com ventilação invasiva é efectuada com o auxílio de instrumentos de monitorização comportamental.

JUSTIFICAÇÃO: No doente crítico a adequada sedação e analgesia é promotora de conforto e bem-estar. A aplicação de instrumento de monitorização da dor em unidade de cuidados intensivos constitui um cuidado de Enfermagem que promove a Humanização de Cuidados.

CONSIDERAÇÕES:

- A avaliação da dor deve ser universal assim como as medidas a implementar à pessoa que sofre.
- A analgesia adequada reduz a morbilidade no doente crítico.
- A importância de avaliar a dor deriva da consciência que este sintoma está presente em todas as fases da nossa vida e que se torna determinante para assegurar que esta tenha qualidade.
- O doente crítico é particularmente vulnerável à dor pelas condições clínicas e intervenções terapêuticas a que é sujeito no decurso do internamento.
- O controlo da Dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento.
- Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis para a pessoa.
- O enfermeiro implementa sistemas de documentação que suportam uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da Dor.

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE MONITORIZAÇÃO DA DOR EM DOENTES VENTILADOS**

INTRUMENTO

- Esta é uma escala que fundamenta a sua aplicação na observação de comportamentos que revelam a presença de dor.
- Através da observação de três itens: expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e das características da ventilação, obtém-se um score que permite deduzir que a pessoa estará com dores ou submetida a algum tipo de desconforto.
- A descrição desses itens torna prática a utilização da escala pois a observação da pessoa, a sua apresentação simples e o seu tempo de preenchimento são vantagens para a sua aplicação.

ITEM	DESCRIÇÃO	SCORE
EXPRESSÃO FACIAL	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobranceiras arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras pesadas)	3
	Fácies de Dor	4
MEMBROS SUPERIORES/ INFERIORES	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/ cerrados	3
	Totalmente contraídos/ rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/ bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

Adaptado de Payen (2001).

Tradução: Ferreira, Alda; Oliveira, Micaela, Roque, Felisbela; Baltazar, Sónia – Cuidar do Doente crítico com dor: Um desafio no serviço de Medicina Intensiva (SMI) – Revista Sinais Vitais; Março 2008.

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE MONITORIZAÇÃO DA DOR EM DOENTES VENTILADOS**

UTILIZAÇÃO:

- É da responsabilidade do enfermeiro a adequada utilização do instrumento de monitorização.

A **Behavioral Pain Scale** (BPS) contempla :

Indicadores de Avaliação

Expressão facial;

Comportamento dos membros;

Adaptação ventilatória;

Cada indicador tem quatro parâmetros e respectivos scores (entre 1 e 4)

Score máximo de 12 (dor máxima);

Score mínimo 3 (sem dor);

- Avaliações ≥ 4 com analgesia instituída, implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.
- Em doentes com ausência de membros ou paraplégicos é anulado o indicador comportamento dos membros.
- O objectivo na utilização da BPS é manter o doente com valores inferiores ou iguais a 4.
- É também da responsabilidade do enfermeiro o registo evolutivo do parâmetro DOR.

ANEXO XV Manual de Comunicação.

hospitalcul

MANUAL DE APOIO COMUNICAÇÃO

· DICIONÁRIO MULTILINGUAL DE APOIO À COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPA DE ENFERMAGEM/ UTENTE NA UCIP



3.º Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico Cirúrgica
USBC/2010

ELABORADO POR:
Enf.ª M.ª C. Rodrigues
Enf.ª Lúcia Leite

ORÇENADO POR:
Prof.ª Marlene de Gama

EQUIPA DE SAÚDE

SOU ENFERMEIRA (O) NA UCIP, MEU NOME É ____

O MEU OBJECTIVO É ACOMPANHAR A SUA RECUPERAÇÃO

A EQUIPA DA UCIP É CONSTITUÍDA POR:

- ENFERMEIROS
- MÉDICOS
- AUXILIARES







2

EQUIPA DE SAÚDE

- I am a nurse in the intensive care unit, my name is ____
- Je suis une infirmière dans l'unité de soins intensifs, mon nom est ____
- Ich bin eine Krankenschwester in der Intensivstation, mein Name ist ____
- Sono un'infermiere nel reparto di terapia intensiva, il mio nome è ____
- Soy una enfermera de la unidad de cuidados intensivos, mi nombre es ____

- I'm here to help you in your recovery
- Je suis ici pour vous aider dans votre rétablissement
- Ich bin hier, um Sie in Ihrer Genesung helfen
- Sono qui per aiutarla nella tua recupero
- Estoy aquí para ayudarle en su recuperación

- The team from the intensive care unit is composed of: nurses, doctors and assistants
- L'équipe de l'unité de soins intensifs est composée de: infirmières, médecins et assistants
- Das Team der Intensivstation besteht aus: Krankenschwestern, Ärzte und Assistenten
- Il team del reparto di terapia intensiva è composta da: infermieri, medici e assistenti
- El equipo de la unidad de cuidados intensivos se compone de: enfermeras, médicos y asistentes



3

ORIENTAÇÃO TEMPORO -ESPACIAL



Está internado no Hospital Cuf
Descobertas

Localizado no Parque das
Nações em Lisboa

4

ORIENTAÇÃO TEMPORO -ESPACIAL

You are admitted to Hospital of Discovery
Vous êtes admis à l'hôpital de la découverte
Sie sind ins Krankenhaus der Discovery zugelassen
Voi siete ricoverati in ospedale di Scoperti
Usted es admitido en el Hospital de Descubrimiento

It is located at Nations Park in Lisbon
Il est situé au Parc des Nations à Lisbonne
Es ist bei Park der Nationen in Lissabon
Si trova presso il Parco delle Nazioni a Lisbona
Se encuentra ubicado en Parque de las Naciones en Lisboa



5

ORIENTAÇÃO TEMPORO -ESPACIAL



DIA

Junho 2011	Fevereiro 2011	Março 2011
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13		

ORIENTAÇÃO TEMPORO –ESPACIAL

Today is
Aujourd'hui, c'est
Heute ist
Oggi è il
Hoy es

It's Morning /Afternoon / Night
Matin/ midi/ soir
Morgen/ Nachmittag/ Abend
Mattina/ pomeriggio/sera
Mañana/ tarde/ noche

Monday	Lundi	Montag	Lunedì	Lunes
Tuesday	Mardi	Dienstag	Martedì	Martes
Wednesday	Mercredi	Mittwoch	Mercoledì	Miércoles
Thursday	Jeudi	Donnerstag	Giovedì	Jueves
Friday	Vendredi	Freitag	Venerdì	Viernes
Saturday	Samedi	Samstag	Sabato	Sábado
Sunday	Dimanche	Sonntag	Domenica	Domingo

7

HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ACTUAL



Está na UCIP porque:
Foi operado
Agravamento de doença
Situação urgente

Precisa de monitorização contínua
Medicação e vigilância médica e de enfermagem contínua
Encontra-se ventilado para poder respirar



8

HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ACTUAL

You are here because:
Has done a surgery
Your state of health deteriorated
Urgent situation

Vous êtes ici parce que:
A fait une intervention chirurgicale
Ton état de santé s'est détériorée
situation d'urgence

Sie sind hier, weil:
Getan hat, eine Operation
Ihr Gesundheitszustand
verschlechtert
Dringende Situation

Tu sei qui perché:
Ha fatto un intervento chirurgico
Il tuo stato di salute si è deteriorata
Urgente situazione

Usted está aquí porque:
Ha hecho una cirugía
Su estado de salud se deterioró
Urgente situación



9

HISTÓRIA DA SITUAÇÃO ACTUAL

Need for continuous monitoring
Medication and medical supervision and continuous nursing

Nécessité d'une surveillance continue
Médicaments et la surveillance médicale et des soins infirmiers continue

Brauchen Sie für die kontinuierliche Überwachung
Medikamente und medizinische Betreuung und kontinuierliche Pflege

Necessità di un monitoraggio continuo
Farmaci e la sorveglianza medica ed infermieristica continua

Necesidad de una vigilancia continua
La medicación y la supervisión médica y de enfermería permanente



10

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Está rodeado de máquinas que fazem barulho necessárias para:

Ventilador – Ajudar a respirar
Monitor – Avaliar tracado cardiaco, TA etc.
Seringas para infusão de medicamentos e soros
Aspirador - Secreções



11

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

There are a number of machines that make noise but they are required to:
Il ya un certain nombre de machines qui font du bruit mais ils sont tenus de:
Es gibt eine Reihe von Maschinen, die Lärm machen, aber sie sind verpflichtet:
Ci sono un certo numero di macchine che fanno rumore, ma sono tenuti a:
Hay una serie de máquinas que hacen ruido, pero están obligados a:

English	French	German	Italian	Spanish
To help breathe	Pour aider à respirer	Um atmen	Per aiutare respirare	Para ayudar a respirar
Monitor Evaluate heart trace, TA etc.	Monitor Evaluer coeur trace, etc TA	Monitor Bewerten Herz Spur, TA usw.	Monitor Valutare cuore traccia, TA, ecc	Monitor Evaluar el corazón de seguimiento, asistencia técnica.
Infusions for infusion of drugs and serums	Infusions pour perfusion de médicaments et de sérums	Infusions für die Infusion von Medikamenten und Seren	Infusions per infusione di farmaci e sieri	Infusions de infusión de medicamentos y sueros
Vacuum Secretions	Vide sécrétions	Vakuum Sekrete	Vacua secrezioni	Vaca Secreciones

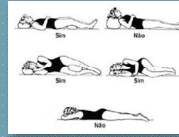


12

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Vamos ajudá-lo nas Actividades Diárias:

Higiene
Alimentação
Vestir
Comunicar
Mobilização
Levante
Sono



TEM FOME ?



TEM SEDE ?

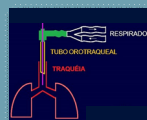


QUER MUDAR DE POSIÇÃO ?

13

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Let us help you in daily activities
Laissez-nous vous aider dans les activités quotidiennes
Wir helfen Ihnen bei täglichen Aktivitäten
Cerchiamo di aiutarvi nelle attività quotidiane
Deje que le ayudemos en las actividades diarias



Take a bath Se balnear Baden Fare il bagno Bañarse	Are you thirsty? Avez-vous soif? Sie haben Durst? ¿Tiene sed?	Are you hungry? Vous avez faim? Sie sind hungrig? ¿Tiene hambre?	Do you have sleep? Avez-vous le sommeil? Haben Sie schlafen? Avete sonno? ¿Tiene el sueño?	Do you have pain? Avez-vous la douleur? Haben Sie Schmerzen? Avete dolore? ¿Tiene dolor?
--	--	---	--	--

You're breathing with the help of a ventilator
Vous respirez avec l'aide d'un ventilateur
Du bist mit Hilfe eines Ventilators Atmung
Stai respirando con l'aiuto di un ventilatore
usted está respirando con la ayuda de un ventilador

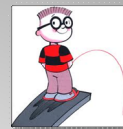


14

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Quer urinar?

You need to urinate
Vous avez besoin d'uriner
Sie Harndrang
Avete bisogno di urinare
Necesidad de orinar



Quer evacuar?



You need to evacuate
Vous avez besoin d'évacuer
Sie müssen evakuieren
Avete bisogno di evacuare
Tiene que evacuar



15

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Terá a visita dos seus familiares na unidade.



Quer falar com a sua família?

Quer ver alguém em especial?

Está preocupado com algum assunto?

16

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Your family will come to visit you to the intensive care unit
 Votre famille viendra vous rendre visite à l'unité de soins intensifs
 Ihre Familie wird kommen zu Ihnen auf der Intensivstation besuchen
 La tua famiglia verrà a farvi visita al reparto di terapia intensiva
 Su familia viene a visitar a la unidad de cuidados intensivos

Do you want to speak with your family?

Voulez-vous parler avec votre famille?

Wollen Sie mit Ihrer Familie sprechen?

Vuol parlare con la tua famiglia?

¿Quieres hablar con tu familia?

Do you want to speak to someone in particular?

Voulez-vous parler à quelqu'un en particulier?

Wollen Sie jemanden insbesondere zu sprechen?

Vuol parlare con qualcuno in particolare?

¿Quieres hablar con alguien en particular?

Are you worried about any subject?

Êtes-vous inquiet sur n'importe quel sujet?

Sind Sie besorgt über jedes Thema?

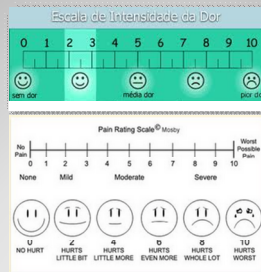
Sei preoccupato per qualsiasi argomento?

¿Está preocupado acerca de cualquier tema?

17

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

DOR / PAIN / DOULEUR / SCHMERZ / DOLORE / DOLOR



18

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Have You Pain?/Avez-vous la douleur?/Haben Sie Schmerzen?/
Hai dolore?/¿Ha dolor?

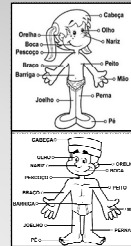
Where's your pain?

Où est votre douleur?

Wo ist dein Schmerz?

Dove è il vostro dolore?

¿Dónde está el dolor?



19

PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Quer escrever alguma informação?

Do you want to write some information?

Voulez-vous écrire quelques informations?

Möchtest du ein paar Informationen schreiben?

Vuoi scrivere alcune informazioni?

¿quieres escribir algo de información?



20

NOTAS



21

ANEXO XVI Norma de Procedimentos para Abordagem da Via Aérea Difícil.

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

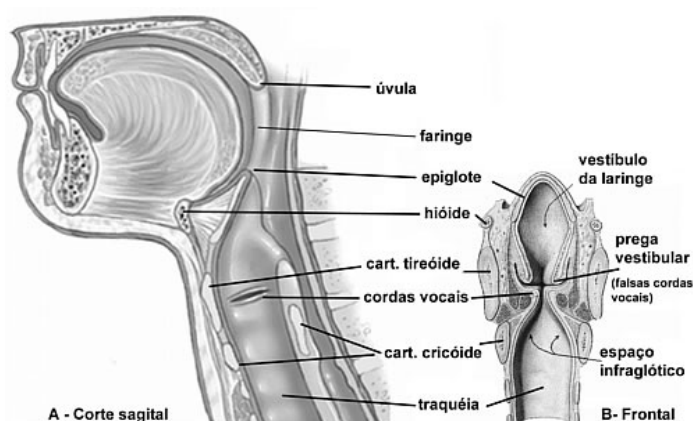
- **NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA ABORDAGEM NA VIA AÉREA DIFÍCIL**

DEFINIÇÃO: A abordagem da Via Aérea Difícil compreende um conjunto de procedimentos desenvolvidos enquadrados no Algoritmo da Via Aérea.

JUSTIFICAÇÃO:

- Considera-se via aérea difícil (VAD) quando não é conseguida ventilação adequada e/ou intubação traqueal por um profissional experiente.
- A abordagem da via aérea difícil é da responsabilidade da equipa multidisciplinar.
- Um desempenho interdependente, é aquele em que são consertados esforços na operacionalização do Algoritmo da VAD com o objectivo de garantir o sucesso e a qualidade dos procedimentos, minimizando o risco de eventos adversos.
- O enfermeiro como prestador directo de cuidados e estando muitas vezes na linha da frente na identificação destas situações, tem um papel fundamental na sua abordagem.

ANATOMIA DA VIA AÉREA:



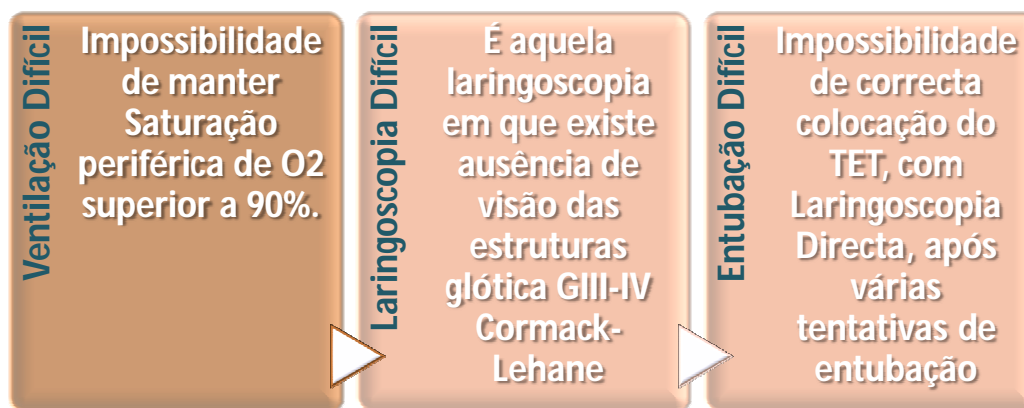
Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA ABORDAGEM NA VIA AÉREA DIFÍCIL**

CONSIDERAÇÕES:



- Diz-se que estamos perante uma via aérea difícil quando se observam as seguintes características:

Articulação temporo-mandibular

- ▣ Capacidade de deslocamento anterior da mandíbula;

Abertura da boca

- ▣ (>3cm há espaço para posicionar ML ou o laringoscópio)

Movimento de flexão do pescoço e extensão da cabeça

- ▣ (flexão do pescoço sobre o tórax > 35%, Extensão da cabeça sobre o pescoço > 80%)

Distância tireo-mentoniana

- ▣ > ou = 5cm ou 3 dedos, a laringe não é anteriorizada

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA
ABORDAGEM NA VIA AÉREA DIFÍCIL**

CONSIDERAÇÕES:

- As classificações permitem identificar o potencial de ocorrência de via aérea difícil.

Classificação de Mallampati

Classificação Cormack-Lehane

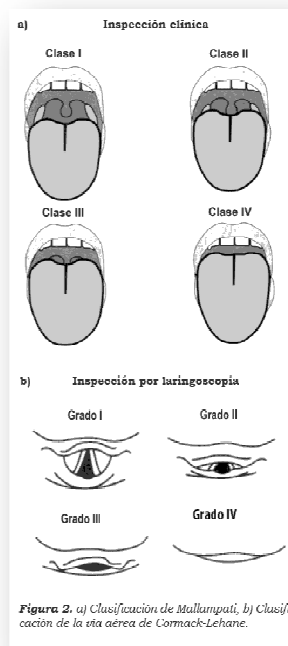


Figura 2. a) Clasificación de Mallampati, b) Clasificación de la vía aérea de Cormack-Lehane.

- Na abordagem da via aérea difícil o enfermeiro deve ser conhecedor de diversas matérias que lhe permitam uma actuação rápida, eficaz e com qualidade, trabalhando autónoma e multiprofissionalmente.

Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

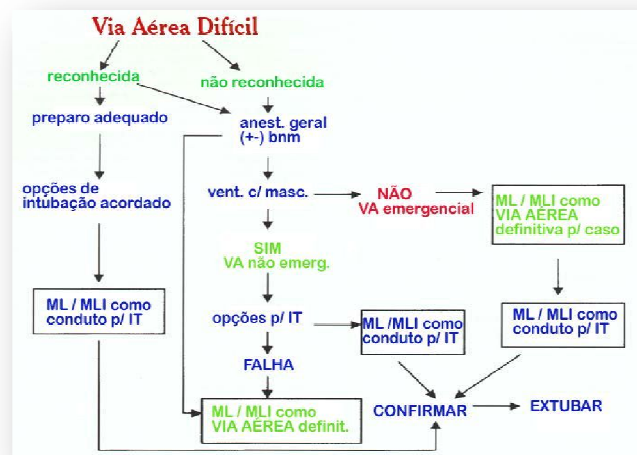
- **NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA ABORDAGEM NA VIA AÉREA DIFÍCIL**

CONSIDERAÇÕES:

Para uma actuação, eficaz, segura e com qualidade, é fundamental que o enfermeiro:

- Conheça todos meios ao ser dispor no seu local de trabalho para a abordagem da via aérea;
- Saiba as indicações e funcionamento dos dispositivos existentes;
- Verifique, mantenha, ordene e prepare criteriosamente os equipamentos e material acessório, para evitar factores de risco acrescidos pela possibilidade da ocorrência de falhas;
- Saiba reconhecer uma via aérea difícil à observação do doente;
- Conheça as manobras facilitadoras da ventilação e entubação e o algoritmo da VAD;
- Saiba actuar em conformidade numa situação de via aérea difícil;
- Colabore eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras, de acordo com as suas competências, revelando conhecimentos facilitadores do processo;
- Promova um ambiente seguro para o doente e equipa;

ALGORITMO DA VIA AÉREA DIFÍCIL



Autores:

- Maria do Céu Assis Rodrigues
- Licínio Leite

Título:

- **NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA ABORDAGEM NA VIA AÉREA DIFÍCIL**

PROCEDIMENTOS:

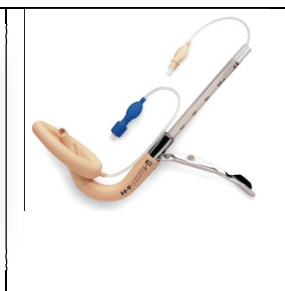
- O enfermeiro identifica a necessidade de ventilação no doente na UCI;
- Identifica as características da VAD no doente;
- Dá o alerta para a equipa médica;
- Caso seja necessário manter a ventilação por máscara com ajuda de Ambú;
- Reúne todo o material necessário a abordagem da VAD que deverá se encontrar centralizado em local próprio (Prateleira da VAD ou Carro de VAD);
- O material adequado deverá incluir para além do tubo endotraqueal:



Máscaras Laringeas



Frova/Eschman



Fastrach





Kit Traqueotomia

- A existência dos recursos materiais e treino dos profissionais permite actuar com eficácia e eficiência perante situações de VAD;

O enfermeiro tem um papel muito activo e importante em todo o processo que envolve o manuseamento da via aérea, englobando a manutenção de todo o equipamento que permite segurança, o conhecimento das alternativas existentes que facilita a tomada de decisão e a prestação de cuidados com qualidade englobado numa equipa multidisciplinar.

ANEXO XVII Sessão formativa de Apresentação de Objectivos de Estágio em Cuidados Intensivos.

		
<p>Formação em Serviço</p> <p>Unidade Funcional</p>		

TEMAS: MONITORIZAÇÃO DA DOR

INSTRUMENTOS DE APOIO À COMUNICAÇÃO

ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL

OBJECTIVO:

Reflectir sobre a monitorização da dor no doente com dificuldades na comunicação;

Compreender a importância do uso de instrumentos de apoio à comunicação;

Rever procedimentos associados à abordagem da Via Aérea Difícil;

DESTINATARIOS: Enfermeiros e Médicos do HCD

MÉTODOS PEDAGÓGICOS: Método Expositivo e Activo

PRELECTORES: Aluna da Especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica

Maria do Céu Assis Rodrigues

DATA DA FORMAÇÃO: 16/11/2010

LOCAL DA ACÇÃO: Biblioteca do Hospital CUF DESCOBERTAS

INÍCIO:16:30

FIM:18:00

DURAÇÃO DA ACÇÃO: 1h 30m



hospitalcuf
infante santo



hospitalcuf
descobertas

Formação em Serviço

Unidade Funcional

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1 – Monitorização da Dor no doente com dificuldades comunicacionais;

- 1.1– Divulgar escalas existentes;
- 1.2 - Como utilizar instrumentos de monitorização de dor em doentes ventilados;

2 – Guia de apoio à comunicação;

- 2.1– Instrumento de Apoio à comunicação;
- 2.2 - Vantagens e desvantagens do uso de instrumentos de apoio;
- 2.3 - Discussão com equipa sobre conteúdos a incluir no instrumento de apoio;

3 – Abordagem da Via Aérea Difícil;

- 3.1– Identificação de VAD;
- 3.2– Carro de VAD;
- 3.3 - Algoritmo de VAD;
- 3.4 - Material necessário;



Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico Cirúrgica

ESTÁGIO UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

APRESENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DO PROJECTO

M^a Céu Assis Rodrigues

LISBOA
2010



SUMÁRIO

1 - DOR

- 1.1 - Aplicação de Escalas (NVPS e BPS)

2 - VAD

- 2.1 - Importância da equipa multidisciplinar
- 2.2 - Equipamento adequado
- 2.3 - Carro de VAD

3 – EQUILÍBRIO SENSORIAL

- 3.1 – Estratégias de manutenção

4 - COMUNICAÇÃO

- 4.1 - Enfermeiros e doente com dificuldades comunicacionais
- 4.2 - Manual de apoio à comunicação

DOR

● OBJECTIVO

Sensibilizar a equipa de saúde da unidade de cuidados intensivos para a importância da utilização de escalas de monitorização da dor em doentes com dificuldades comunicacionais.

Implementar de forma sistemática e contínua a avaliação, registo e controlo da dor em doentes com impossibilidade de comunicação verbal.

Criar grupo de trabalho multidisciplinar para criação de protocolos de sedoanalgesia assegurando adequado controlo da dor.

DOR

O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Circular Normativa nº9 2003 DGS

DOR

- A existência de dor é um factor de stress significativo nos doentes em estado crítico, uma vez que contribui para uma panóplia de complicações como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão. (SWEARING E KEEN, 2003).
- O doente crítico é particularmente vulnerável à dor pelas condições clínicas e intervenções terapêuticas a que é sujeito no decurso do internamento (PUNTILLO, 1988).



VENTILAÇÃO MECÂNICA

ALTERAÇÕES DE
CONSCIÊNCIA

SEDAÇÃO E
CURARIZAÇÃO

CIRURGIA

DOR

- BPS – Behavioral Pain Scale.

ITEM	DESCRIÇÃO	SCORE
EXPRESSÃO FACIAL	Relaxada	1
	Ligamente contrada (ex: Sobranceiras arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras pesadas)	3
	Fácies de Dor	4
MEMBROS SUPERIORES/ INFERIORES	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/ cerrados	3
	Totalmente contraídos/ rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATORIA	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

≤ 3 sem dor; ≥ 5 – intervenção terapêutica; 12 – dor máxima

DOR

● NVPS – NON VERBAL PAIN SCALE

SCORE CATEGORIA	0	1	2
FACE	Sem expressão facial ou sorriso	Fácies de desconforto ocasional: Franzir de testa Face contraída	Fácies de desconforto frequente: Franzir de testa frequente Face contraída frequente
ACTIVIDADE	Posição normal Calm	Procura de atenção através do movimento Movimento lento e cauteloso	Irrequieto/ Agitação Motora e/ou sem Reflexos
POSTURA	Distendido, Quiet Descontraído Ausência de posicionamento das mãos sobre o corpo.	Move-se com dificuldade Tenso	Move-se com extrema dificuldade Rígido
FISIOLOGIA	Sinais Vitais Estáveis	Alteração Hemodinâmica: TA Sistólica: > 20 mmHg FC > 20 Batimentos/minuto	Alteração Hemodinâmica: TA Sistólica: > 30 mmHg FC > 25 Batimentos/minuto
RESPIRAÇÃO	Adaptação Ventilatória	Desadaptação Ventilatória Ligeira FR >10 ciclos/minuto SpO2 < 9%	Desadaptação Ventilatória Severa FR >20 ciclos/minuto SpO2 < 10%

SCORE: 0 -2 Não existe dor 3 -6 Dor Moderada 7 - 10 Dor Severa

7

VIA AÉREA DIFÍCIL

OBJECTIVOS

- Sensibilizar a equipa da UCIP para uma adequada abordagem da VAD .
- Apresentar quais os dispositivos médicos e equipamentos mais utilizados.
- Dar a conhecer a constituição de um carro de VAD para a unidade de cuidados intensivos.

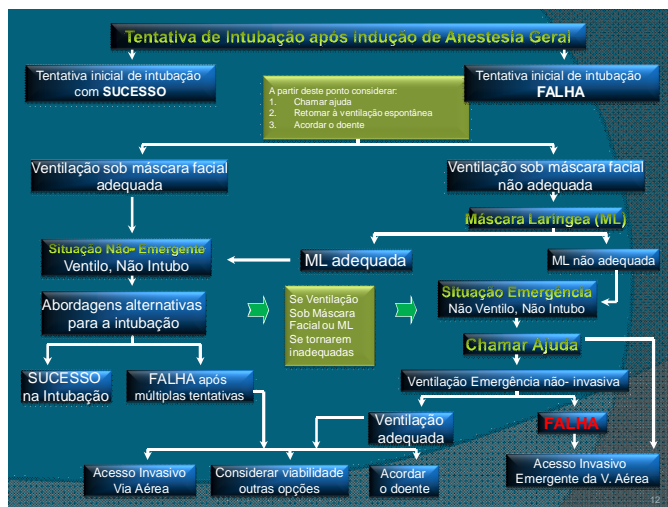
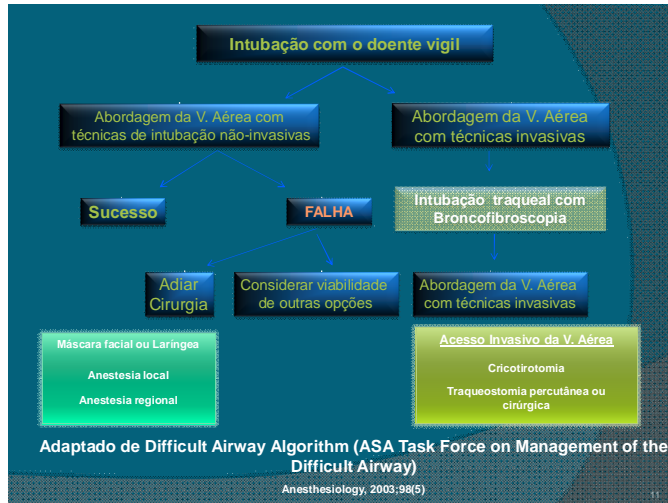
8

VAD - Considerações



Uma abordagem adequada da VAD baseada na evidência científica em associação com a experiência profissional permite economizar recursos materiais, minimizar o stress dos profissionais e proporcionar cuidados de qualidade ao doente crítico.

9



VAD

Técnicas não invasivas para intubação Difícil

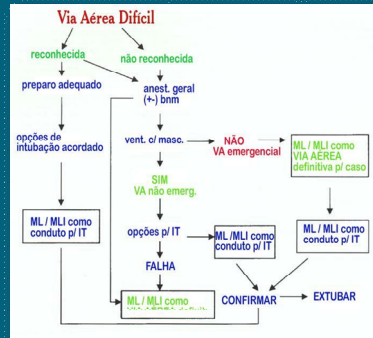
- Laminas de laringoscópio alternativas (McCoy ou Miller)
- Estilete para intubação (Bougie, Frova)
- Máscara Laríngea Fastrach
- Intubação por fibroscopia
- Intubação "às cegas"

Técnicas para ventilação não- invasiva de Emergência

- Combitube
- Estilete para "jet intratraqueal"
- Broncoscópio rígido

13

Mascara Laríngea - Algoritmo



Algoritmo da Via Aérea Difícil da Sociedade Americana de Anestesiologia (Practice guidelines for management of the difficult airway) (Approved by House of Delegates on October 21, 1992 and last amended October 16, 2002).

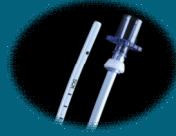
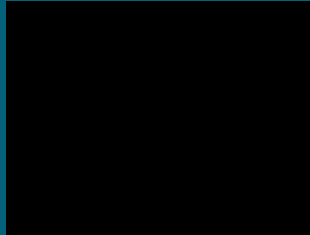
14

EQUIPAMENTO



15

EQUIPAMENTO



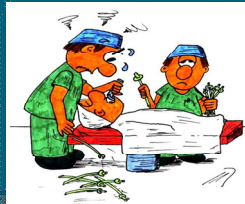
16

CARRO VAD

OBJECTIVO

Centralizar equipamento indispensável à abordagem da Via Aérea, garantindo procedimentos seguros e proporcionando a permeabilização da via aérea o mais rápido possível.

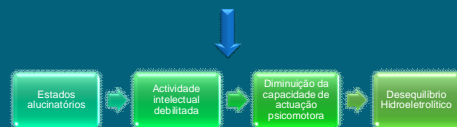
Actuar em conformidade numa situação de VAD.



17

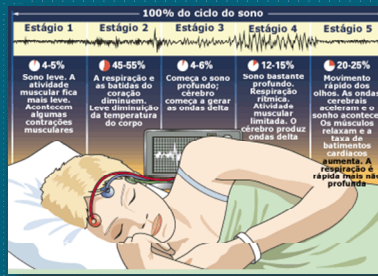
EQUILÍBRIO SENSORIAL

PERDAS PROPRIOCEPTIVAS – consciência do corpo no espaço, por diminuição da estimulação sensorial e motora.



18

SONO



A distribuição dos estágios de sono durante a noite pode ser alterada por vários factores, como: idade, ritmo circadiano, temperatura ambiente, ingestão de drogas ou por determinadas patologias. Mas normalmente o sono NREM concentra-se na primeira parte da noite, enquanto o sono REM predomina na segunda parte

19

SONO

Em um indivíduo normal, o sono NREM e o sono REM alternam-se ciclicamente ao longo da noite. O sono NREM e o sono REM repetem-se a cada 70 a 110 minutos, com 4 a 6 ciclos por noite.



A melatonina, uma hormona produzida na glândula pineal, é produzida e libertada para a corrente sanguínea segundo o ciclo solar e o ritmo dia/noite. A melatonina regula o ciclo dormir/acordar. A sua deficiente ou produção irregular conduz a alterações do padrão do sono.

20

SONO - RUÍDO

- "Sr.ª Enf.ª diga-me que horas são?"
- "Não consigo dormir com o barulho das máquinas!"
- "Acordo sempre que vos ouço por perto!"
- "Este alarme é irritante!"
- "Estou farta de estar aqui, quero ir para casa para descansar!"
- "Está tudo bem? A senhora enfermeira anda sempre por aqui a verificar tudo!"
- "Estou muito cansado, não dormi nada!"

21

SONO - RUÍDO

"Unnecessary noise, or noise that creates an expectation in the mind, is that which hurts a patient."



Florence Nightingale
© Photo by "Portrait Gallery of Edward Ross and Wanda"

22

COMUNICAÇÃO

OBJECTIVOS

Reflectir sobre o papel do enfermeiro como elemento promotor do processo comunicacional entre o doente/ equipa de saúde / família.

Criar instrumento de apoio à comunicação com doente crítico com barreiras comunicacionais e de outras nacionalidades.

23

COMUNICAÇÃO

O estabelecimento de comunicação adequada tendo em atenção as limitações e potencialidades dos utentes minimiza os índices de stress promovendo os processos de adaptação e adesão a planos terapêuticos.



Além das palavras através das quais a comunicação se processa, existem mecanismos diferentes que geram estímulos que são recebidos e entendidos. Um olhar, um tom de voz diferente, um franzir ou levantar de sobrancelhas, podem servir para comunicar e manifestar muito mais do que aquilo que poderá estar contido numa mensagem verbal: (Silva, 1996)

24

COMUNICAÇÃO

Em estudos com doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos verifica-se que o toque de familiares, enfermeiros e médicos pode alterar o ritmo cardíaco do doente, o qual chega a diminuir, quando os enfermeiros seguram nas suas mãos (LYNCH,1978).

As dificuldades comunicacionais surgem como principais stressores após aplicação do ESQ (Evironmental Stress Questionnaire).



25

COMUNICAÇÃO

Quadros Interactivos

Livros de Apoio

Imagens

Escrita



Linguagem Gestual

Comunicação Não Verbal

26

INSTRUMENTO

The image displays two pages from a manual. The left page is the cover of the 'Manual de Apoio Comunicação', which includes the title, subtitle '- INSTRUMENTO DE APOIO À COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPA DE ENFERMAGEM/ UTENTE', and a graphic of hands holding a globe. The right page is titled 'EQUIPA DE SAÚDE' and contains text: 'SOU ENFERMEIRA (O) NA UCIP, MEU NOME É ____', 'O MEU OBJECTIVO É ACOMPANHAR A SUA RECUPERAÇÃO', and 'A EQUIPA DA UCIP É CONSTITUÍDA POR: ENFERMEIROS, MÉDICOS, AUXILIARES'. It also features small photographs of healthcare workers.

27

COMUNICAÇÃO

Que informação gostaria de ter?



28

SUGESTÕES



QUESTÕES

ESTRATÉGIAS

29

BIBLIOGRAFIA

Novaes, M., Knobel, E., Bork, A., et al. (1999). **Stressors in ICU: Perception of the patient, relatives and health care team.** *Intensive Care Medicine*, 25 (12), 1421-1426.

BALTAZAR, Sonia (2008). **Cuidar do Doente Crítico com Dor: Um desafio no serviço de Medicina Intensiva (SMI).** In Revista Sinais Vitais, Março 2008, P.24 a 28.

HAPP, Mary Beth et al. – **Communication Ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit.** In *American Journal of Critical Care*, May 2004, Volume 13, nº3.

HERR, Keela et al – **Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations.** In *Pain Management Nursing* Vol 7, nº2 (June) 2006, pg 44-52.

YOUNG, Jeanne – **Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients.** In *Intensive and Critical Care Nursing* (2005) 22, pg 32-39.

Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study.
Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC302740/> no dia 10 de Outubro de 2010 às 17h.

Advocate for our patients – In *Critical Care Nurse* - AACN - American Association of Critical Care Nurses. Consultado em <http://cn.aacnjournals.org> em 16 de Outubro de 2010.

31

ANEXO XVIII Reflexões em estágio de Unidade de Cuidados Intensivos.

O doente em cuidados intensivos encontra-se exposto a inúmeros factores indutores de stress. A ventilação e monitorização invasivas, bem como a imobilidade e o ruído condicionam o bem-estar. Durante o estágio em cuidados intensivos fiquei responsável por uma doente ainda jovem de cerca de 45 anos com aumento da PIC e consequente alteração do padrão ventilatório e motor. O facto de se tratar de uma doente ainda jovem fez com que fosse possível aderir com maior facilidade às estratégias delineadas para o controlo da Dor e Comunicação. Durante a fase em que se encontrou em ventilação assistida e com sedação, por várias vezes foi possível observar que mobilizava os olhos e levantava os braços. Estes sinais encontravam-se acompanhados de aumento da TA e frequência Cardíaca. A aplicação de uma escala comportamental de Dor revelava dor moderada.

Nesta situação como é possível envolver e capacitar a equipa multidisciplinar para a adesão a monitorização com este instrumento desconhecido para a grande maioria dos profissionais.

A apresentação à equipa da escala BPS e de estudos que revelavam a sua aplicabilidade, encorajaram o registo do parâmetro. As questões não tardaram e foi necessário esclarecer a equipa médica. Curiosamente surgiram algumas iniciativas terapêuticas que muito embora não se encontrem ajustadas à escala surtiram efeito. A doente ficou sem dor e foi extubada ao fim de dois dias.

A sensibilização para o controlo da Dor no doente ventilado ainda tem um longo caminho a percorrer. A prática baseada na evidência demonstrou a necessidade de adequação terapêutica.

Este passo no caminho da Humanização confere maior visibilidade à prática de Enfermagem consertando esforços inserida numa equipa multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Controlo da DOR; Humanização.

A comunicação com o doente ventilado é baseada na linguagem não verbal e pela demonstração de símbolos que facilmente sejam percebidos e reconhecidos pelo doente.

A capacitação dos enfermeiros e familiares revela-se uma prática que requer muita disponibilidade e paciência, por se revelar um processo moroso.

Um dos doentes de longa permanência naquela unidade, um homem de 80 anos, com insuficiência respiratória, sujeito a ventilação mecânica, acordado, atento a tudo o que se passava em seu redor, fez um aceno para que uma das enfermeiras se dirigisse à sua unidade.

O Sr. tentou comunicar, sem sucesso face à pouca interação da enfermeira que tentava perceber o que desejava. Finalmente acabou por desistir, permanecendo deitado e com um olhar distante.

Esta incapacidade para a actuação no estabelecimento de canais de comunicação eficazes condiciona o conforto a atingir com o cuidado de enfermagem. Os sentimentos de impotência e angústia diminuem o potencial que os indivíduos têm para desenvolver estratégias que facilitem o processo comunicacional. A introdução de instrumentos que permitem compreender e adequar os cuidados às necessidades dos doentes, vem colmatar este deficit, humanizando os cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Conforto; Comunicação

