



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Assumir a responsabilidade por uma *praxis*
Especializada em Enfermagem

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

Vasco Manuel da Silva Neves

Abril, 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Assumir a responsabilidade por uma *praxis*
Especializada em Enfermagem

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

Por: Vasco Manuel da Silva Neves N° 361612004

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha

Abril, 2014

RESUMO

Um relatório pretende evidenciar um conjunto de informações referentes a uma determinada experiência, projeto, pesquisa, ou outra atividade com a finalidade de reportar o que foi efetuado, numa perspectiva crítico-reflexiva da aprendizagem.

Neste contexto, considerando que esta explanação é o corolário da unidade curricular *Relatório*, procura expor-se o estágio desenvolvido no Serviço de Urgência (Módulo I) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (Módulo II), que decorreu no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. Na sua essência, pretende-se enfatizar o desenvolvimento de competências, tendo por base os objetivos inicialmente definidos, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Neste âmbito são objetivos deste relatório: demonstrar as competências adquiridas, os problemas identificados e as soluções apresentadas; demonstrar pensamento crítico-reflexivo sobre as ações realizadas e as consequentes implicações ético-sociais e finalmente demonstrar a capacidade de explicitar adequadamente as conclusões.

No Módulo I, foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico, num serviço de urgência com grande afluência de utentes, com uma estrutura física não compatível e com uma dotação de enfermeiros reduzida em algumas áreas. É um serviço que exige um nível considerável de conhecimentos de gestão, pois possui um vasto leque de recursos humanos, materiais, equipamentos e constantes interações que modificam a homeostasia interna. Deste modo, para além das vivências que experienciei no dia-a-dia do serviço de urgência, pude contribuir, através de sessão formativa, para os processos de liderança, motivação e estratégias para a mudança, envolvendo os coordenadores e subcoordenadores de equipas, assim como os responsáveis do serviço. Imbuídos no espírito de reflexão, foi uma iniciativa que procurou envolver os elementos chave para a mudança.

No Módulo II, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados ao doente crítico e/ou com falência multiorgânica. Trata-se de um ambiente tecnologicamente complexo, em desafio permanente ao nível dos processos de tomada de decisão, associado a elevada autonomia do enfermeiro, implicando por isso, um julgamento clínico mais rigoroso. Neste módulo, com características diferentes do anterior, foi possível contribuir para o conhecimento científico de enfermagem, numa área de grande autonomia, nomeadamente na prevenção de úlceras de pressão. Assim, pude efetuar um estudo epidemiológico retrospectivo, investigando a prevalência e a incidência de úlceras de pressão, no período de 31 de Outubro de 2012 a 31 de Outubro 2013. Os resultados foram encorajadores, porque, embora o número de doentes internados tenha aumentado significativamente, desde 2007 (últimos dados conhecidos), constatou-se um decréscimo para metade da incidência de úlceras de pressão.

Na elaboração deste Relatório foi utilizada uma metodologia descritiva recorrendo ao pensamento crítico-reflexivo. Encontra-se dividido em duas partes: na primeira é efetuada a caracterização do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, dos serviços de urgência e cuidados intensivos. Na segunda, é descrita a construção das competências, com a realização de atividades nos quatro domínios preconizados para o Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

A report aims to point out a set of information about an individual experience, design, research, or other activity for the purpose of reporting what was done and what was left to do.

In this context, considering that this explanation is the corollary of the course unit Relatório, it is attempted to expound the traineeship developed in Emergency Room (Module I) and Polyvalent Intensive Care Unit (Module II), which took place in Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. In essence it is intended to be emphasized the development of skills, based on the goals initially set, in the domain of professional, ethical and legal responsibility; on the continuous improvement of quality and on the management of care and professional learning processes. This report scopes out the following objectives: to show the acquired skills, the identified problems and its solutions; to demonstrate critical-reflective thinking about the actions performed and the consequent ethical and social implications and finally to display the ability to communicate properly the conclusions.

In the first module it was possible to develop activities providing the care to critically ill patients in the Emergency Room with a large amount of users with a physical incompatible structure with a reduced number of nurses in some areas. It is a service that requires a considerable level of management knowledge as it has a wide range of human resources, materials, equipment and constant interactions which modify the internal homeostasis. Thus, apart from the daily experiences on the Emergency Room I could contribute, through the training session, to the processes of leadership, motivation and strategies for change, involving the team coordinators and sub-coordinators, as well as the leaders in charge for the service. With a deep sense of reflective spirit it was an initiative that sought to bring together the key elements for change.

In the second module, the Polyvalent Intensive Care Unit, skills in providing care to critically ill and/or multiorgan failure patients were developed. It is a technologically complex environment in permanently challenging taking decision processes associated with a higher autonomy level of the nurses. Therefore, it implies a more strict clinical judgement. In this module with different features from the previous, it was possible to add scientific knowledge to nursing, an area of great autonomy, particularly in the prevention of pressure ulcers. So, I could carry out a retrospective epidemiological study investigating the prevalence and incidence of pressure ulcers in the period from 31st October 2012 to 31st October 2013. The results were encouraging because, although the number of hospitalized patients has increased significantly since 2007 (most recent data), there was a decrease by half the incidence of pressure ulcers.

In this report it was used a descriptive methodology using the critical reflective thinking. It is divided into two parts, in the first it is performed the characterization of Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, the ER and critical care. In the second, it is described the construction of skills, within the completion of activities in the four recommended areas for the specialist nurse.

AGRADECIMENTOS

Se agradecer é demonstrar gratidão, que fique aqui registado a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

À Professora Lúcia Rocha, pela disponibilidade e andragogia reveladas em todo o processo de acompanhamento do meu percurso ao nível do Estágio e das Orientações Tutoriais.

Ao Professor Paulo Alves pela ajuda preciosa no estudo epidemiológico.

Às tutoras de Estágio, Enfermeira Cláudia do Serviço de Urgência e Enfermeiras Helena, Paula e Enfermeira Chefe Amélia da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Estas pessoas foram preponderantes para a aquisição de novas competências e as elas devo o resultado final deste percurso.

A todos os Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais que colaboraram e facilitaram o meu processo de aprendizagem.

Aos meus Colegas e Amigos pela paciência e incentivo.

Aos Doentes e Familiares com quem contactei, pois são a essência do meu esforço.

À minha Família pelo apoio, compreensão e disponibilidade que mantiveram incondicionalmente.

Em especial, às minhas fontes inspiradoras, que me motivam no caminho da felicidade, Marta e Gonçalo, foram a energia necessária para trilhar este percurso.

Ao Criador por me ter reservado este destino.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome
AVC – Acidente Vascular Cerebral
B-ICU.CARE – “Programa informático de registos da unidade de cuidados intensivos”
CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
CPR – Conselho Português de Ressuscitação
DNR – Do Not Resuscitate
EAP – Edema Agudo do Pulmão
ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation
EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf.º/Enf.^a – Enfermeiro/a
IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
N – Número da População/amostra
NAV – Número de avaliações
NR – Número de respostas
OBS – Sala de observação
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCR – Paragem Cárdio-Respiratória
PICCO – Pulse-Induced Contour Cardiac Output
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica
SAV – Suporte Avançado de Vida
SU – Serviço de Urgência
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UP – Úlcera(s) de pressão
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARATERIZAÇÃO DO CHVNG/E: O SU E A UCIP	17
1.1. Os Profissionais e as atividades desenvolvidas	18
1.2. Critérios de admissão de doentes	22
1.3. A transferência de doentes.....	24
2. A CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COM A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES	27
2.1. Competências desenvolvidas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	29
2.2. Competências desenvolvidas no domínio da melhoria contínua da qualidade.....	34
2.3. Competências desenvolvidas no domínio da gestão dos cuidados	44
2.4. Competências desenvolvidas no domínio das aprendizagens profissionais	58
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73
Anexo I – “Liderança e Motivação: quais as estratégias para a mudança”	75
Anexo II – Ação de Formação – “Liderança e Motivação: quais as estratégias para a mudança” ..	109
Anexo IIa – Plano de sessão	111
Anexo IIb – Diapositivos da apresentação	115
Anexo IIc – Questionário de avaliação da formação	151
Anexo IId – Tratamento de dados do questionário de avaliação da formação	157
Anexo III – Estudo Epidemiológico sobre: Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na UCIP do CHVNG/E.....	165
Anexo IIIa – Pedido e respetiva autorização do estudo	205
Anexo IV – Ação de formação – “Estudo Epidemiológico sobre: Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na UCIP do CHVNG/E”	211
Anexo IVa – Plano de sessão.....	213
Anexo IVb – Diapositivos da apresentação	217
Anexo IVc – Questionário de avaliação da formação	241
Anexo IVd – Tratamento de dados do questionário de avaliação da formação	247
Anexo V – Documento-proposta	255

INTRODUÇÃO

É consensual e do conhecimento da comunidade pedagógica, que as relações e as lógicas existentes entre as áreas de formação e os locais de trabalho, demonstraram, no século passado, um profundo desconhecimento entre os dois mundos. Esta difícil conexão, prolongou-se no tempo, promovendo uma fraca correspondência entre oferta formativa e oferta de trabalho. Compreende-se pois a necessidade de um deslocamento do papel tradicional da formação, no sentido de produzir melhores qualificações profissionais.

Numa sociedade que valoriza o conhecimento como forma de atingir níveis de qualidade cada vez mais exigentes, surge a necessidade, por parte de qualquer profissional, neste caso dos enfermeiros, em desenvolver o seu leque de competências muito para além das adquiridas durante o percurso académico inicial. Atualmente, formação e desempenho profissional tendem a fundir-se num só processo, com a promessa de ganho de produtividade. Assim, não é censurável e, será até desejável, que a formação profissional dos nossos dias, esteja tendencialmente vocacionada para o potencial formativo das situações de trabalho e do ambiente coletivo das organizações. Esta dimensão formativa, realça o conceito de aprender pela experiência, apostando fortemente no desenvolvimento pessoal dos indivíduos (CANÁRIO, et al., 2006).

O ensino da profissão de enfermagem tem caminhado para reduzir o hiato, entre o que é ensinado nas escolas e as práticas observáveis nos diferentes contextos de trabalho. ABREU (2003) salienta a importância das instituições de saúde na formação dos enfermeiros, dando particular destaque à supervisão clínica, no seu papel fundamental de acompanhamento das competências clínicas dos alunos e/ou enfermeiros.

De referir que foram fundamentais e imprescindíveis os períodos de estágio realizados como complemento da formação teórica, efetuada no curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Só assim seria possível construirmos uma nova

identidade, com competências de especialista, reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e traduzidas em ganhos de saúde para os cidadãos.

Para a elaboração deste relatório foi essencial a construção dos Portfólios no final de cada estágio, permitindo desta forma, a estimulação do pensamento reflexivo. Considerando ainda que o estudante de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) deverá adquirir, desenvolver e integrar um conjunto de saberes, de forma a permitir uma assistência de enfermagem avançada quer à pessoa adulta e idosa com doença grave, quer ao doente em estado crítico, traduzindo-se em competência para a prestação de cuidados especializados (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA).

Em reforço destes ideais, salienta-se o que está também publicado pela organismo que regula a profissão (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011) que nesta área de especialidade, define *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*.

No final deste curso, após término do estágio, é agora o momento para relatar os acontecimentos, os episódios marcantes, as competências alcançadas e desenvolvidas e fazer um balanço final deste percurso. Assim, surge este documento inserido na Unidade Curricular “Relatório”, considerado também como um instrumento de avaliação, mas cujos principais objetivos são: demonstrar as competências adquiridas, os problemas identificados e as soluções apresentadas; demonstrar pensamento crítico-reflexivo sobre as ações realizadas, considerado por alguns autores como metacognição, e as consequentes implicações ético-sociais e, finalmente, demonstrar a capacidade de comunicar adequadamente as conclusões.

A Unidade Curricular “*Estágio*” decorreu no 2º e 3º semestre e foi composta pelos Módulos I e II, constituídos por 360 horas de presença em local de estágio e 140 horas de estudo individual previstas, que foram largamente ultrapassadas. A Unidade Curricular “*Relatório*” decorreu no 2º e 3º semestre e foi constituída por 300 horas de

trabalho individual e 75 horas de orientação tutorial, fundamentais para a sua concretização.

No Módulo I, o Serviço de Urgência (SU) caracteriza-se como Polivalente, e por isso apresenta o maior grau de diferenciação técnica, de acordo com os requisitos legais, para o acolhimento de situações de urgência/emergência dos doentes referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2001). Apresenta uma estrutura física com vários espaços divididos em função da abordagem clínica a prestar. É constituída por gabinete de triagem, sala de emergência, sala de internamento/sala de observações (OBS), ortopedia, pequena cirurgia, pneumologia e gabinete de eletrocardiografia, e locais de armazenamento de materiais e medicação. Apresenta ainda espaços próprios para atendimento de doentes em função dos níveis de prioridade, atribuído pela triagem de Manchéster (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), que permitiu o estágio do Módulo III, existe desde 1988 no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Desde 2011, apresenta uma dotação de 12 camas disponíveis, onde se inclui 2 unidades de isolamento, que permitem pressão positiva ou negativa em função do caso clínico. É considerada uma unidade aberta, com um formato de distribuição das camas em redor de um ponto central, que apresenta uma área de trabalho de enfermagem, com um monitor principal, onde a equipa consegue visualizar direta e continuamente todos os doentes. Tem ainda algumas áreas de apoio, nomeadamente para armazenamento de “*stocks*” e outras no piso superior (sala de reuniões, gabinetes, vestiário, copa).

Relativamente ao Módulo III (opcional - Tratamento de Feridas) foi possível obter creditação, uma vez que tenho desenvolvido competências durante os 18 anos de experiência profissional nesta área, através da avaliação e tratamento dos doentes com feridas e, conseqüentemente, o impacto na sua saúde e nos seus familiares. Por outro lado, desenvolvi as ferramentas de comunicação como estratégia de envolvimento do doente e família. Pude também participar na construção de documentos de registo e avaliação de feridas, dinamizando e motivando a equipa interdisciplinar num espírito de

trabalho de equipa. Finalmente, considero que sempre procurei a atualização de conhecimentos nesta área, participando em congressos, palestras e cursos, que me permitiram acompanhar as evidências científicas e apresentar comunicações e *pósteres* subordinados à temática.

Para a realização deste Relatório utilizei a metodologia descritiva, numa abordagem crítico-reflexiva, orientando-me pela estrutura do projeto previamente elaborado. Inicialmente, procuro caracterizar o CHVNG/E os serviços do SU e da UCIP, porque considero que, desta forma, contextualizo melhor os locais de estágio, permitindo uma melhor compreensão do capítulo seguinte. Posteriormente, faço a explanação dos domínios de competências desenvolvidas e/ou adquiridas, nomeadamente ao nível: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, enfatizando as situações problema e as respetivas estratégias implementadas. Concluo, sintetizando os aspetos principais, destacando as competências adquiridas e propostas para o futuro, que resultaram da análise e reflexão sobre o percurso efetuado.

1. CARATERIZAÇÃO DO CHVNG/E: O SU E A UCIP

Por forma a compreender melhor as competências desenvolvidas, pareceu-me importante contextualizar e por isso caracterizar o CHVNG/E o SU e a UCIP. Este Centro Hospitalar está dividido em três unidades: a Unidade I corresponde aos antigos Sanatório Manuel II e Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem da cidade de Gaia; a Unidade II, que se localiza junto ao Tribunal de Gaia e a Unidade III corresponde ao antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda, que se encontra na cidade de Espinho. O estágio realizado no SU e na UCIP decorreram na Unidade I, considerada como unidade principal e já mencionada anteriormente.

Esta instituição, que integra o Serviço Nacional de Saúde, tem como principal missão prestar cuidados de saúde diferenciados com elevados níveis de qualidade e eficiência e assistir cerca de 700 mil habitantes. Recebe utentes dos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, com mais de 330 mil habitantes, para todas as especialidades. Serve os concelhos de Entre Douro e Vouga, com mais 350 mil habitantes, para as especialidades de diferenciação intermédia. Para especialidades de elevada diferenciação, como por exemplo a Cirurgia Cardiorácica, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica, Medicina de Reprodução e Pneumologia, acolhe as populações de todos os concelhos a Norte do rio Vouga. O CHVNG/E tem todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais consideradas como referência na zona Norte. (CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, 2013).

Como verificamos, é um dos hospitais com maior área de abrangência a nível nacional. O seu perfil assistencial permite também assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais. Assim, o SU está apto a receber todas as situações urgentes e emergentes, ou seja, situações clínicas de instalação súbita, com risco e/ou ocorrência de falência de funções vitais. Para além disso, devido ao facto de se apresentar como Urgência Polivalente, apresenta maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência e

utentes referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2001).

A UCIP foi criada em 6 de Julho de 1988, é dotada de autonomia técnica, com recursos humanos e materiais próprios e com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Em 2008 a UCIP apresentava uma dotação de 10 unidades, mas a partir de 2011, passou a contar com dotação de 12 camas disponíveis, onde se inclui 2 unidades de isolamento, que permitem pressão positiva ou negativa em função do caso clínico, isto é, pressão positiva sempre o doente se apresente imunodeprimido ou com suscetibilidade às infeções; pressão negativa quando os doentes se encontrem infetados, contribuindo dessa forma para evitar a contaminação do serviço (UCIP, 2013).

1.1. Os Profissionais e as atividades desenvolvidas

Tanto no SU como na UCIP, as equipas de Enfermagem dedicadas à prestação de cuidados diretos aos doentes são constituídas por enfermeiros, enfermeiros graduados (da anterior carreira de enfermagem tendo sido extinta esta terminologia com a nova legislação) e enfermeiros especialistas. No SU existe um enfermeiro especialista em saúde mental e apenas seis em EMC. Na UCIP só existe uma Enfermeira Especialista em EMC, embora grande maioria dos Enfermeiros sejam peritos na área e exerçam funções há muitos anos em cuidados intensivos.

Importa salientar que o SU tem na sua totalidade, mais de cem enfermeiros distribuídos pelas diferentes equipas. Assim, num hospital destas dimensões e com um número tão elevado de recursos humanos, com níveis de fluxo constantes, nos limites da vida, verifica-se haver pouco tempo e disponibilidade para os cuidados mais personalizados, o que não significa que os profissionais não se esforcem por uma prática humanizada. Ora é “na socialização, através do habitus, que o cuidado ao ser humano, enquanto ser-no-mundo, pode ser integrado, apreendido, individualizado, em suma, ser um cuidado hermenêutico” (SERRANO, 2011 p. 17). Participar neste “cenário” permitiu-me treinar uma distinta interpretação do papel do enfermeiro especialista neste contexto.

No SU os enfermeiros estão distribuídos por áreas de atuação: 2 enfermeiros ficam no atendimento no gabinete de triagem; 2 enfermeiros ficam com a responsabilidade da

sala de emergência e reanimação intra-hospitalar, e acumulam funções na área de pneumologia e área médica com prioridade amarelo/laranja. Na área cirúrgica e área médica exercem funções mais 2 enfermeiros em cada uma delas. Ficam também, 2 enfermeiros no internamento de doentes da área médica, cuja duração não deveria exceder um período superior a 24h, o que raramente acontece, tornando-se num grave problema, que origina períodos de internamento longos no SU, com todas as desvantagens e riscos inerentes. Existe ainda 1 enfermeiro na área de doentes pouco urgentes e 1 coordenador de turno que fica associado ao gabinete de ortopedia, acumulando as funções de gestão e coordenação. No internamento em OBS (cuidados intermédios) prestam cuidados num rácio de 2 enfermeiros para 6 doentes.

Analogamente, na UCIP, a equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnica administrativa e outros técnicos que apoiam a unidade sempre que necessário através de consultoria ou com intervenção dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica. A dotação de profissionais de enfermagem é efetuada de forma a assegurar os cuidados de forma continuada, baseado no método individual de trabalho, com um rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes internados, em horário rotativo. Os enfermeiros encontram-se agrupados em Equipas, constituídas, preferencialmente, por pelo menos um enfermeiro mais experiente. A Enfermeira Chefe assume as tarefas de coordenação dos enfermeiros e tem sob sua responsabilidade a equipa de Assistentes Operacionais que trabalham na UCIP.

A Diretora de Serviço da UCIP é a responsável direta pela equipa médica, sendo nomeada pelo Conselho de Administração, sob proposta do Diretor Clínico. A Equipa Médica é constituída por especialistas em Anestesia e Medicina Interna com a subespecialidade de Medicina Intensiva, que assumem a responsabilidade pela atividade assistencial e ensino.

A Equipa de Assistentes Operacionais que prestam serviço quer no SU quer na UCIP, realizam tarefas de higienização e colaboração com os outros profissionais nos cuidados aos doentes, procurando coordenar as duas atividades em função das prioridades estabelecidas.

Os técnicos administrativos de ambos os serviços, prestam apoio para a realização de atividades necessárias ao normal funcionamento dos serviços. Dependem

funcionalmente do Diretor de Serviço, e têm entre outras tarefas, assegurar informaticamente o processo de admissão e alta de doentes, avisar familiares de transferência de doentes e requisitar o transporte de doentes (em articulação com a equipe médica e de enfermagem).

As atividades de enfermagem na UCIP caracterizam-se por apresentar um padrão de ações intrínsecas a cada turno. Assim, o turno da manhã começa com a reunião dos elementos que terminam e os que iniciam a atividade laboral nesse turno. Nessa altura o responsável do turno anterior dá as informações gerais referentes a todos os doentes e ocorrências do serviço. É efetuado a distribuição dos doentes em plano de trabalho pelo enfermeiro responsável de turno, de acordo com a carga de trabalho, situações de necessidade de isolamento e as indicações fornecidas pelo enfermeiro responsável do turno anterior. De seguida, cada enfermeiro transmite individualmente ao colega que irá ficar com esses doentes, toda a informação necessária à continuidade dos cuidados. Esta passagem de informação é realizada junto à unidade do doente, respeitando todos os princípios da privacidade da informação clínica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

Como é habitual noutros serviços, mas considerando o nível de diferenciação e exigência dos cuidados na UCIP, após o reconhecimento do estado dos doentes, e utilizando o método individual de trabalho, há necessidade de executar cuidados de enfermagem que vão manter, melhorar ou dar conforto aos doentes internados. Assim, inicialmente procede-se à preparação da terapêutica a administrar, seguindo-se os cuidados de higiene e conforto, prestados com a colaboração dos assistentes operacionais. Os cuidados contemplam a higiene corporal, oral, posicionamento, avaliação da integridade cutânea e estado geral do doente. Os cuidados aos dispositivos clínicos, substituição de cateterismos centrais e arteriais e tratamento de feridas, são efetuados por rotina no turno da manhã, de acordo com os protocolos de serviço. Ao longo do turno são ainda realizados registos e documentação de todas as atividades realizadas aos doentes por parte da equipa de enfermagem, de forma informática com recurso à aplicação B-ICU que se encontra instalado em cada unidade do doente.

De salientar que, durante o turno da manhã, desloca-se à UCIP um/a Enfermeiro/a Especialista em Reabilitação para efetuar cuidados especializados, executando técnicas

de mobilização ativa/passiva e cinesiterapia respiratória aos doentes internados. Em situações específicas, poderá ser solicitado o apoio de Fisiatria, com a posterior realização de cuidados por Fisioterapeutas.

Durante o turno da manhã, os médicos de serviço fazem a avaliação dos doentes, com prescrição de terapêutica, pedido de exames complementares de diagnóstico ou colaboração de outras especialidades, sendo que, as especialidades cirúrgicas acompanham sempre a evolução do estado do doente durante o internamento na UCIP. Normalmente, o exame de RX é efetuado no serviço por um aparelho portátil que é deslocado do serviço de imagiologia. Os restantes exames complementares de diagnóstico exigem a deslocação de doentes ventilados para o exterior da unidade, nomeadamente para realizar TAC, RMN, Ecografia ou outros.

No turno da tarde e da noite são realizadas, pela equipa de enfermagem, as alterações à terapêutica do doente que foram prescritas pela equipa médica. Durante estes turnos continuam a ser asseguradas atividades de assistência pela equipa multidisciplinar, nomeadamente: os cuidados de posicionamento, a otimização da ventilação e a administração de terapêutica, ajustados às necessidades de cada doente. As colheitas de espécimes para análise são efetuadas, por rotina, no final do turno da noite, embora sempre que necessário, e pelo facto de se tratar de doente crítico, possa ser efetuada em qualquer horário.

Um aspeto importante na abordagem do doente e família passa pelo período de visita. Na UCIP o horário previsto compreende dois períodos, entre as 17h e as 18 h e das 20 às 21 h. O número de visitantes para cada doente é limitado ao máximo de 4 visitas, permanecendo apenas uma pessoa de cada vez. É autorizada a visita de menores, com idade superior a 12 anos, embora por vezes não seja recomendada, dado que nem sempre reúnem condições emocionais adequadas à situação. A visita poderá ser interrompida ou adiada, sempre que existam razões de natureza clínica que o justifiquem.

Salvaguardando as indicações gerais, há doentes que necessitam de alguns cuidados específicos no processo de interação com as visitas, como por exemplo, aqueles com necessidade de medidas de isolamento e consequente uso de medidas de proteção adicional. As visitas a estes doentes são avaliadas caso a caso, não estando

recomendado mais do que 1 visita por período, de forma a minimizar riscos que envolvem o estado clínico destes doentes. Para isso é fundamental o diálogo com as famílias, procurando informá-las e envolvê-las na compreensão desta problemática.

Todos os doentes internados na UCIP passam por um processo de stress emocional que não deve ser descurado, pelo que o acompanhamento no pós-alta é fundamental. Os profissionais da UCIP têm preocupações com estes aspetos, e por isso procuram recolher informações telefonicamente com o doente e/ou familiares, *a posteriori*. Desta forma, pretendem avaliar a qualidade de vida do doente após a alta e auditar os procedimentos e rotinas a que o doente foi submetido, permitindo-lhes relatar a experiência vivida durante o internamento.

1.2. Critérios de admissão de doentes

Relativamente ao SU, a admissão é efetuada pelos gabinetes de triagem, na maioria dos casos. Pode acontecer que os doentes dos internamentos sejam transferidos para o SU por agravamento do seu estado. Estes geralmente permanecem algumas horas na área médica, até à sua estabilização, depois regressam aos serviços de origem ou são transferidos para outro serviço, em função da sua patologia.

No SU utiliza-se o protocolo de triagem de Manchester, efetuado por enfermeiros, o qual se baseia em critérios clínicos internacionalmente certificados que permitem classificar o risco clínico de cada situação, atribuindo-lhe uma cor. Quando a cor atribuída é o vermelho, significa que se trata de um caso emergente pelo que o doente admitido deve ser observado imediatamente. Para a cor laranja, está preconizado que o doente seja observado no prazo de 10 minutos, por se tratar de uma situação muito urgente. Se na admissão for atribuída a cor amarelo, o doente deve ser observado até 60 minutos, porque é considerada uma situação urgente. Para as situações pouco urgentes e não urgentes são atribuídas as cores verde e azul, com os tempos máximos de atendimento de 120 e 240 minutos respetivamente.

A decisão da admissão de doentes na UCIP é da competência do médico de serviço, com base em critérios definidos, que permitem atribuir uma prioridade para essa admissão. O nível de prioridade varia entre 1 e 4 conforme o tipo de doente:

- ✓ **Prioridade 1:** Doentes críticos, instáveis, com necessidade de tratamento e monitorização intensiva, como por exemplo, necessidade de ventilação invasiva.
- ✓ **Prioridade 2:** Doentes com necessidade de monitorização intensiva e com potencialidade de necessitar de intervenção imediata, como por exemplo, doentes com patologia crónica associada, que podem desenvolver doença aguda severa.
- ✓ **Prioridade 3:** Doentes instáveis com pouca possibilidade de recuperação devido à sua patologia prévia ou à natureza do acontecimento agudo, como por exemplo, doentes com patologia neoplásica avançada, complicada por infeção.
- ✓ **Prioridade 4:** Doentes que geralmente não têm indicação para serem admitidos na UCIP. Devem ser avaliadas individualmente e em conjugação com o Diretor da UCIP (UCIP, 2013).

Em alguns casos, a decisão de admitir um doente na UCIP não é consensual, pelo que é fundamental orientar o juízo clínico pelos critérios apresentados, de forma a que essa decisão seja acertada, tendo por base os princípios da bioética e da deontologia profissional.

Existem situações em que determinado procedimento cirúrgico implica a necessidade posterior de cuidados de enfermagem e vigilância intensiva, como por exemplo, casos de sedação prolongada, pós-operatório de cirurgia plástica ou neurocirurgia. Desta forma, é possível programar antecipadamente a admissão de um doente, de forma a reservar uma unidade para a data da cirurgia, não ignorando, obviamente, a contingência de situações com maior gravidade clínica, que justifiquem a atribuição dessa vaga a outro doente.

Após confirmação da admissão do doente é decidida a unidade que será ocupada. Deverá considerar-se a disponibilidade e a situação clínica do doente, no que se refere a infeções por agentes multirresistentes (para atribuir as Unidades de Isolamento), necessidade de técnicas de substituição renal (para atribuição das Unidades com sistema de eliminação e saída de água para hemodiálise) ou outro tipo de situações específicas.

É decidido pelo enfermeiro responsável de turno qual o enfermeiro que fará a admissão ao doente, com base nas vagas existentes e na carga de trabalho. Este deverá verificar o funcionamento do equipamento e a montagem da unidade conforme a norma existente.

Para garantir a excelência dos cuidados, a admissão deve ser efetuada por dois enfermeiros e uma assistente operacional, para auxiliar na transferência e estabilização do doente. Após a monitorização, otimização e conforto do doente, devem ser realizados os registos de enfermagem, tendo em consideração toda a informação transmitida pela equipa que transferiu o doente.

De acordo com a necessidade avaliada pelo médico de serviço, são efetuadas análises ao sangue e colheitas bacteriológicas de urina, secreções brônquicas e zaragatoa das fossas nasais para despiste, à entrada na unidade, de portadores de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, como medida de controlo de infeção hospitalar (UCIP, 2013).

1.3. A transferência de doentes

Desde que o doente é admitido no SU até à sua transferência ou alta, a duração deste período é muito variável, de horas a dias, mesmo que teoricamente estes não devessem permanecer mais que 24h neste serviço. Na realidade, e devido a sobrelotação dos serviços de internamento, os doentes podem permanecer vários dias internados em OBS, o que aumenta o risco de adquirir infeções e aparecimento de outras complicações, dado que o nível de cuidados de enfermagem é inferior ao desejável por falta de condições: limitações de espaço; doentes que permanecem em macas, algumas delas sem grades de proteção e sem superfícies de apoio para prevenir úlceras de pressão (UP); ausência de estruturas apropriadas para cuidados de higiene adequados, ausência de mesas de apoio para as refeições, etc.

Relativamente à UCIP, quando os critérios clínicos identificados na admissão do doente se encontrarem resolvidos, é iniciado o processo de transferência para outro serviço, intra ou inter-hospitalar. A transferência pode ser efetuada para outra unidade de igual nível de cuidados ou para outro serviço com menor ou diferente nível de diferenciação. Para esta decisão, são ponderadas razões de origem geográfica (vaga mais próxima da residência do doente), clínica (necessidade de cuidados específicos como unidades de queimados), ou outras. Para se efetivar a transferência, é necessário o contacto telefónico, com a unidade de destino. Após confirmação da vaga é decidida a altura mais adequada para a transferência, tendo em conta a necessidade de assegurar os cuidados no transporte e durante a ausência dos profissionais no serviço (UCIP, 2013).

Por outro lado, devem ser tidas em consideração as boas práticas como princípios essenciais para reduzir ou eliminar os riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma ação de transporte. Assim, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomenda que cada instituição deve preparar e manter operacionais as equipas de transporte, especialmente para as deslocações entre hospitais, com particular relevância quando se refere a doente crítico. Ora, existem riscos associados, nomeadamente, a situação clínica do doente, o efeito das vibrações, a aceleração - desaceleração e mudanças de temperatura, que podem afetar a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização. No sentido de minimizar os riscos do transporte, o doente deve ser previamente estabilizado, efetuando-se as intervenções necessárias, como colocar acessos venosos, garantir a funcionalidade das drenagens torácicas, intubações, e outras a considerar.

Quando abordamos as transferências de doentes do SU e UCIP referimo-nos a doentes críticos e/ou com falência multiorgânica, portanto, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, o que envolve alguns riscos no ato transporte. Assim o transporte de doentes críticos deverá ser bem preparado e envolve as fases de Decisão, de Planeamento e de Efetivação (ALVES, 2013). A responsabilidade pela decisão de transportar um doente crítico é do médico que assiste o doente e do diretor de serviço, mas esta decisão deve também ser tomada pelo Enfermeiro (Enf.º). Chefe e/ou responsável, tornando-se por isso uma decisão partilhada.

O planeamento da transferência é efetuado pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem, que deverá considerar a distância a percorrer e o tempo de transporte, a escolha do tipo de transporte, os meios mais adequados para a monitorização e terapêutica e a previsão de possíveis complicações. Só se considera plenamente efetivado o transporte no momento da entrega do doente à equipa do serviço destinatário, pelo que após esta passagem de testemunho cessa a responsabilidade técnica e legal da equipa de transporte. Assim, é de salientar que a qualidade da vigilância e intervenção terapêutica durante o transporte não devem ser inferiores às verificadas no serviço de origem (ALVES, 2013).

O CHVNG/E tem características arquitetónicas muito específicas, pelo que é habitual nas transferências intra-hospitalares haver necessidade de ambulância para transportar doentes de um edifício para outro.

De salientar que na transferência intra-hospitalar, é efetuado um contacto telefónico prévio com o serviço para ser confirmada a vaga para o doente e informar o enfermeiro responsável das condições em que o doente vai ser transferido, nomeadamente da necessidade de oxigénio no local, perfusões específicas com necessidade de bombas perfusoras elétricas ou presença de infeção declarada por agente multirresistente. Toda a informação clínica referente ao internamento do doente deve ser organizada, facultando os registos médicos, de enfermagem e os exames complementares de diagnóstico que acompanham o doente.

O CHVNG/E caracteriza-se por efetuar as transferências intra e/ou inter-hospitalar dos doentes críticos, conforme a legislação em vigor e recomendações das entidades competentes, procurando zelar pela boa prática de prestação de cuidados neste área de atuação.

2. A CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COM A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES

Sendo o relatório um documento pedagógico que permite compreender de forma sistêmica o percurso do estudante de especialidade, foi possível, através de reflexão contínua das atividades executadas, constatar a aquisição das competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas durante o estágio.

O facto de possuir alguma experiência profissional (cerca de 18 anos) poderá ter sido uma mais-valia em algumas situações, mas simultaneamente, relevou-se como um desafio adicional, no sentido da assunção da responsabilidade profissional e na aquisição de novas capacidades. Tornou-se num estímulo para a construção de uma nova personalidade, como se verifica no enunciado de Patrícia Benner quando descreve o Modelo de Dreyfus e a caracterização dos níveis de competência desenvolvidos, desde o patamar de Iniciado a Perito (ALLIGOOD, et al., 2004).

Por outro lado, para além da formação teórica adquirida no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, também possuía formação em Suporte Avançado de Vida, curso de Trauma e Formação Pedagógica de Formadores, o que muito me ajudou numa perspetiva de atingir um nível mais proficiente de cuidados ao doente crítico, acrescentando uma maior responsabilidade e exigência ao meu desempenho. Em suma, a ideia de saber responder em cada ato por aquilo que fazemos, numa perspetiva de compromisso pelo outro (VIEIRA, 2012).

O primeiro passo deste processo, ocorreu com a elaboração do projeto de estágio, a definição dos objetivos a atingir e a descrição das atividades a desenvolver com esse fim. É agora momento de avaliar as competências adquiridas e desenvolvidas na prática. Neste relatório são também descritas as soluções apresentadas para os problemas identificados. Estou agora em condições de afirmar que foi fundamental o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, de forma a compreender melhor as implicações ético-sociais.

Relativamente à orientação dos tutores de estágio, é de salientar que a Enfermeira (Enf.^a) tutora do SU era Enfermeira Especialista em EMC, o que não aconteceu com as tutoras de estágio da UCIP. Estas últimas, embora não fossem enfermeiras especialistas em título, eram peritas e com muitos anos de experiência nesta área do doente crítico. Assim, corrobora-se a ideia plasmada no Parecer n.º 255 / 2010, sobre Orientação de enfermeiros em ensino clínico, no âmbito da formação especializada em Enfermagem, nomeadamente: *“A orientação em ensino clínico de Cursos de Especialização em Enfermagem é feita por enfermeiros especialistas na área de especialização correspondente à do curso”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). A dificuldade na UCIP em ser orientado por enfermeiros com EEMC, prende-se com o facto de no serviço só existir uma enfermeira especialista. De salientar que em breve esta limitação ficará resolvida porque atualmente encontram-se sete enfermeiros a frequentar a especialidade de EMC.

Recorde-se ainda que, o número de enfermeiros do SU é muito superior à UCIP, o que, probabilisticamente, também proporciona um número mais elevado de enfermeiros especialistas. Ainda assim, gostaria de salientar, uma vez mais, que muitos dos enfermeiros que desempenham funções no SU e na UCIP, são peritos nos cuidados ao doente crítico, o que segundo a perspectiva de BENNER (2001 p. 58) são profissionais com grande experiência, com um sentido intuitivo altamente apurado e que reconhecem *“diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*.

Com o decorrer do estágio verifiquei uma atmosfera favorável de entreajuda, colaborativa e empática entre os profissionais, embora com algumas divergências com a classe médica. Associado à conjuntura económica nacional, em particular com a discriminação que os enfermeiros têm sido alvo na última década, quando comparados com profissões de idêntico nível de complexidade e formação, apercebi-me de um nível de desmotivação muito elevado.

Fui tomando consciência das minhas capacidades e carências numa perspectiva de desenvolver um processo de melhoramento. Considero que a aprendizagem é muito influenciada pelo contexto, mas a personalidade também desempenha um papel fulcral,

pelo que o espírito humilde e a vontade de querer aprender, foram características que procurei manter desde o início do estágio.

Tive a oportunidade de estar presente em todas as áreas de atendimento do SU, nomeadamente nos gabinetes de triagem, na sala de espera dos doentes pouco urgentes (cor verde atribuída pela triagem de Manchéster); na área médica de doentes urgentes e muito urgentes (cor amarelo e laranja atribuída pela triagem de Manchester); nos doentes internados ou em OBS e ainda na sala de emergência. Pude também exercer cuidados nas áreas de cirurgia, ortopedia e pneumologia.

Na UCIP adaptei-me ao método de trabalho individual e quando consideraram estar preparado, assumi no mínimo 1 doente integralmente na prestação de cuidados. Por outro lado, tal como no SU, procurei colaborar com os outros colegas com o objetivo de captar o máximo de experiências com o doente crítico.

Procurei desenvolver os objetivos propostos em todas as áreas em função dos quatro domínios previamente estabelecidos, pelo que irei descrever as atividades em função desses domínios. Inicialmente, idealizei a construção de indicadores de avaliação, mas foi difícil concretizar alguns deles, porque implicava o registo observacional por parte dos tutores em documento próprio. Assim, optei por integrá-los no texto, em vez de os discriminar individualmente, uma vez que validam a concretização das atividades.

2.1. Competências desenvolvidas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Conforme previsto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, neste domínio, pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva “*uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e promova “*práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Era objetivo inicial “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*”; pelo que, quer no SU quer na UCIP, desenvolvi atividades de comunicação com a equipa de saúde, nomeadamente, com a equipa de enfermagem, médica e assistentes operacionais, procurando ajustar a linguagem em função dos grupos profissionais a que me dirigia,

utilizando, sempre que oportuno, argumentos alusivos ao código deontológico, na prestação de cuidados aos doentes em condições de grande fragilidade, utilizando o preconizado e redigido no *Artigo 86.º - Do respeito pela intimidade* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005 p. 121).

Também procurei ***“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC”***. Assim, identifiquei algumas situações com potencial risco de dano para o doente, como por exemplo, reconhecendo as pessoas que eram diabéticas, monitorizando a glicemia e colhendo dados sobre a última refeição, independentemente da prescrição médica. Sou autónomo, tenho conhecimento científico e consciência crítica; logo, posso e devo intervir em situações que num serviço de urgência se colocam, como o facto dos doentes diabéticos poderem permanecer horas em observações e cuidados, com o risco de comprometimento do seu controlo metabólico.

Constatei que uma das dificuldades dos enfermeiros do SU, prende-se com o tempo gasto no cumprimento das prescrições médicas efetuadas em programa informático ALERT®, limitando bastante a disponibilidade para a realização de outras atividades de enfermagem autónomas. Prioriza-se as intervenções de enfermagem interdependentes em prejuízo das intervenções de enfermagem autónomas, as quais estão devidamente regulamentadas (desde 1996, com as alterações introduzidas pela aprovação estatutos da Ordem dos Enfermeiros em 1998), no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que define claramente o exercício profissional de enfermagem e caracteriza as diferenças nos dois tipos de intervenções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Passo a descrever um episódio simples mas bem ilustrativo desta questão, em que não me limitei a ser mero executor: num determinado momento questionei uma prescrição de insulina, para uma doente diabética, que não se alimentava há várias horas e nem tinha em perfusão fluidoterapia com glicose, mas como apresentou valores de hiperglicemia à entrada, foi prescrito insulina. Sugeri e verifiquei os níveis de glicemia e constatou-se que já se encontrava normoglicémica, pois já tinha decorrido algum tempo desde a sua admissão. Após dialogo com a médica prescritora, foi cancelada a

administração de insulina e assim evitada uma situação de possível hipoglicemia iatrogénica na doente.

Na UCIP, também procurei **“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC”**. Assim, identifiquei algumas situações com potencial risco de dano para o doente, nomeadamente pela vigilância atenta aos sinais de instabilidade apresentados na monitorização. A instabilidade hemodinâmica e a desadaptação ventilatória são dados importantes que devem ser corrigidos o mais rápido possível, de forma a evitar danos para o doente, procurando assim **“Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC”**. Portanto, na perspetiva de prevenir e antecipar situações que podiam agravar o estado clínico dos doentes, promovi práticas seguras numa perspetiva ética e deontológica. O desenvolvimento destas atividades também tem enquadramento no Artigo 88.º - *Da excelência do Exercício*, do código deontológico (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005 p. 133).

Outras situações importantes identificadas ainda neste domínio, têm a ver com o facto do enfermeiro possuir capacidade de conjugar os sinais e sintomas quando em contacto com o doente. Num dos turnos apercebi-me que um senhor apresentava hematúria grave e aguardava a observação por urologia, mas apresentava sinais de hipotermia, hipotensão e taquicardia o que me fez suspeitar de estar a desenvolver quadro de choque hipovolémico. Assim, e após dialogo com a tutora, foram tomadas iniciativas para compensação desde quadro, o que poderá traduzir o sentido de zelo pelos cuidados prestados, preconizado para a área de EEMC. Desta forma, foi possível prevenir e antecipar situações que iriam agravar o estado clínico do doente, uma vez que o quadro clínico de choque hipovolémico exige tratamento imediato.

Ainda neste contexto, houve uma situação que me marcou particularmente. Tratava-se de uma jovem diabética insulino dependente, já em tratamento hemodialítico, que foi assistida pela equipa pré-hospitalar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e posteriormente assistida na sala de emergência, devido a coma hipoglicémico grave, com necessidade de entubação orotraqueal e cuidados de suporte das funções vitais. Pude colaborar nas intervenções decorrentes de uma doente em

estado crítico, que foi submetida a ventilação invasiva, até a doente recuperar o seu estado de consciência.

Uma vez que o seu estado de saúde melhorou, a doente transitou da sala de emergência para a área médica e, através da comunicação com os familiares, foi possível perceber que a doente se encontrava depressiva, com ideias suicidas e que não cumpria a terapêutica, nomeadamente os horários e as doses de insulino-terapia. A família, em particular a mãe e o irmão, demonstraram bastante dificuldade em lidar com este problema, devido à relutância e recusa de apoio demonstrada pela própria doente. Pude participar construtivamente, na tomada de decisão perante esta situação problemática, solicitando a presença da tutora e da médica assistente para o diálogo com os familiares, na tentativa de dar uma resposta a esta doente que quase morreu, devido a recusa de tratamento, relacionado com a não adesão terapêutica, como resultado do seu estado depressivo, conseqüente da não-aceitação da sua patologia.

Na realização deste estágio propus-me a ***“Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas”***. Tive a oportunidade de recorrer às evidências científicas atuais em alguns momentos de estágio no SU, nomeadamente, numa doente que se encontrava com sonda nasogástrica para alimentação e que apresentava estase gástrica de 200 ml de conteúdo alimentar. Verifiquei que iria ficar temporariamente em pausa nutricional, pelo que promovi o diálogo com a tutora explicando as recomendações das guidelines mais recentes sobre resíduo gástrico, promovendo assim uma alimentação entérica mais segura, eficiente (DELEGGE, 2011). Na UCIP também procurei dialogar com os colegas alertando para estas recomendações. Estas guidelines ainda não estão implementadas no serviço pelo que, relativamente a esta questão as intervenções eram efetuadas em função do juízo clínico e do nível de conhecimento do profissional.

Neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi fundamental ter por base as evidências científicas de forma a tomar decisões fundamentadas, no sentido de zelar pelos cuidados prestados. Estar atento, ter espírito observador permitiu-me promover práticas seguras. De salientar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), já há mais de uma década, lançou para discussão em agenda de assembleia, o tema da segurança dos cuidados como um desafio e uma prioridade, para todos os agentes

envolvidos nos cuidados diretos e indiretos aos utentes, nomeadamente as instituições e os profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A garantia da segurança pode passar pela administração de terapêutica, pela competência técnica na manipulação de equipamentos que interferem com a vida do doente, pela prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), assim como pela presença constante do enfermeiro que permite prevenir e detetar erros de índole diversa. O enfermeiro, nos cuidados de saúde, é considerado como uma “válvula de segurança”, que permite normalizar o fluxo dos cuidados da equipe multidisciplinar (BENNER, 2001). Quando, por exemplo, o enfermeiro aumenta a perfusão da sedação ou das aminas vasopressores, porque antevê, um quadro clínico de instabilidade hemodinâmica e risco para a vida do doente, assume claramente o papel de gestor de risco e garante assim a qualidade dos cuidados.

Por forma a dar resposta ao objetivo inicialmente definido na perspetiva de ***“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”***, penso ter desenvolvido no relacionamento com doente e família as seguintes regras de comunicação: escutar, questionar, reformular e expressar-me, como facilitadores da relação. Foi fundamental desenvolver as ferramentas de comunicação verbal e não-verbal de forma a poder relacionar-me com doente e família, respeitando as suas crenças e tendo em consideração o sofrimento vivenciado pela sua situação crítica que estes padecem e por todas as alterações desencadeadas no seio familiar (URIZZI, et al., 2007).

Gostaria de salientar a importância de transmitir serenidade, demonstrar disponibilidade e atenção à comunicação não-verbal, especialmente, quando nos relacionamos com doentes em coma, ou mesmo quando se encontram conscientes e orientados, mas ainda com entubação oro traqueal, o que impossibilita uma comunicação verbal adequada.

É muito frequente na UCIP, depararmo-nos com o simples facto do doente desejar água e não o conseguir verbalizar. Esta situação pode tornar-se numa tarefa complexa se o profissional não procurar a humanização aliada a técnicas de comunicação já descritas. A minha experiência profissional tem sido essencialmente, com doentes sem limitações na comunicação verbal, o passar para outra realidade foi sem dúvida um enorme

desafio. Reconheço que o estereótipo associado aos enfermeiros que prestam cuidados a este tipo de doentes, nomeadamente ao nível da comunicação e humanização dos cuidados, é injusto, sendo criticados, por vezes e genericamente, por serem demasiado tecnicistas e de prestarem cuidados pouco humanizados. Na realidade, verifiquei que são enfermeiros altamente treinados em formas de comunicação menos convencionais e com uma forte componente humana no seu núcleo (FERNANDES, et al., 2009).

Em suma, apesar do grau de dificuldade acrescido, num ambiente tecnologicamente evoluído, os cuidados são extremamente humanizados com uma preocupação constante em comunicar pelas formas possíveis, mesmo quando os doentes se encontravam sedados, curarizados e ventilados (SAPETA, et al., 2007).

Nesta perspetiva, o papel do Enfermeiro Especialista é, segundo VIEIRA (2008), de enorme comprometimento com a profissão e com o outro, porque necessita de um nível aprofundado de conhecimentos e aptidões, para dirigir o seu desempenho ao indivíduo e/ou família, em situações particularmente específicas e difíceis.

2.2. Competências desenvolvidas no domínio da melhoria contínua da qualidade

Conforme previsto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, neste domínio, este *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*; *“concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”* e *“cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Numa perspetiva de recolher informação sobre situações ou dificuldades sentidas na equipa de enfermagem do SU, foi efetuado o levantamento de necessidades de formação, através de uma entrevista informal com Enf.º chefe e a tutora de estágio. Resultou desta reunião um diagnóstico de situação, com várias formações possíveis, nomeadamente ao nível de: *“Controlo de infeção”*, *“Algoritmos de Suporte Avançado de Vida (SAV)”* e *“Comunicação assertiva”*. Apesar de se ter identificado oportunidades de melhoria em algumas destas áreas, o Enf.º chefe pretendia dar resposta mais urgente aos problemas relacionados com as lideranças, que implicavam o

desempenho global das equipas. Desta forma, decidiu-se efetuar uma formação com o objetivo de dinamizar a equipa de coordenadores e subcoordenadores de enfermagem do SU, sobre a seguinte temática: “Liderança e Motivação: quais as estratégias para a mudança”.

No papel dos enfermeiros que constroem as competências de especialista, está incluído contribuir para a melhoria da realidade prática dos locais de estágio. Por esse motivo aceitei o desafio proposto pelo enfermeiro chefe, reconhecendo que numa lógica organizacional e num contexto de trabalho tão difícil como é SU, poderia colaborar de alguma forma para a melhoria da dinâmica de trabalho.

Assim, foi realizado um trabalho escrito sobre a temática definida (Anexo I) e organizada a correspondente ação de formação (Anexo II), tendo sido elaborado o respetivo plano de sessão (Anexo IIa), com a utilização de meios audiovisuais e recurso a *slide show* em PowerPoint (Anexo IIb). A apresentação do tema foi efetuada no dia 11 de julho, das 10h às 12h e destinada, como já referido, aos responsáveis pelo SU, coordenadores e subcoordenadores das equipas. Foi definido, para esta formação, caráter de frequência obrigatório pelo Enf.º chefe, uma vez que pretendia passar informação para todos os líderes das equipas. Procurei, no entanto, envolver os colegas de forma pedagógica, motivando-os para a sessão, numa perspetiva de trabalho de equipa.

Com esta atividade procurei dar resposta, em parte, ao objetivo: “***Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas***”. Nesta sessão, foi possível demonstrar em local de estágio os diversos modelos de liderança e motivação e algumas estratégias que os enfermeiros coordenadores e subcoordenadores poderiam utilizar para implementar processos de mudança. Para a abordagem do tema da liderança foram utilizados alguns autores clássicos das teorias de administração. De forma sucinta expôs-se a teoria de Frederick Taylor, a teoria de Path-Goal e a teoria situacional de Hersey e Blanchard. Nos conceitos e teorias da motivação, abordou-se a teoria do conteúdo, nomeadamente, a pirâmide das necessidades de Abraham Maslow, procurando dar uma explicação sobre o que motiva os indivíduos. Na terceira parte do trabalho, demonstrou-se as várias dimensões da mudança segundo Lewin, incluindo os campos de força de impulsão e

restrição. Explanou-se os diferentes níveis em que a mudança pode ocorrer, bem como os ciclos de mudança. Abordou-se as fases da mudança se as estratégias racionais-empíricas, normativas-reeducativas e coercivas de poder. Finalmente, explorou-se os pontos essenciais para concretizar uma mudança considerando os fenómenos de resistência.

Esta atividade formativa, promoveu também um espaço de discussão sobre aspetos menos positivos e conflitos latentes que existem no SU. O facto de colocar os principais responsáveis de enfermagem do SU do CHVNG/E na mesma sala, para debater liderança, motivação e mudança foi muito gratificante e penso que produziu resultados positivos.

De salientar ainda que no final da sessão, foi efetuado questionário de avaliação da formação (Anexo IIc) e, posteriormente, o tratamento dos dados (Anexo IIId). Como podemos constatar pela análise dos dados, a sessão foi considerada como muito útil, quase pela totalidade dos formandos. Na perspetiva de aplicação no local de trabalho o que apreenderam e refletiram sobre a sessão, a maioria considera poder aplicar a curto prazo ou de imediato os conhecimentos adquiridos. Verificamos que a totalidade considera que os objetivos foram apresentados de forma muito clara. A maioria considera a intervenção do formador muito boa relativamente ao domínio do assunto, acessibilidade da linguagem, criatividade na apresentação do tema, dinamismo e motivação para a aprendizagem e capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos. Sobre o desempenho do formador verificamos que a totalidade considera que foi muito bom. Finalmente, verificamos que a maioria considerou as condições da sala de formação como boas, relativamente à iluminação, acústica, espaço e suficientes relativamente ao conforto. Estes dados deixaram-me extremamente satisfeito e com a sensação de recompensa pelo esforço aplicado.

Com esta ação considero ter contribuído também para: ***“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”***, numa perspetiva de estimular a motivação para o trabalho e ainda na identificação de possíveis oportunidades de desenvolvimento. Foi um momento de grande interação e discussão de problemas concretos do SU, pelo que para além do carácter formativo, colocou-se em catarse

problemas de comunicação e pontos de vista diferentes, o que serviu para fomentar o espírito de grupo.

Com o objetivo de *“Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica”*, penso que o papel do enfermeiro no SU e na UCIP é de uma importância ímpar, pois o doente crítico encontra-se numa situação de enorme fragilidade, em que a sua condição humana tem características muito específicas.

Constatei, como já referi, que o enfermeiro do SU, por vezes, limita-se a executar prescrições médicas, efetuadas em programa informático ALERT®, principalmente em algumas áreas de atuação, como por exemplo, na área médica dos doentes com prioridade amarelo/laranja. Reconheço que a necessidade de cumprir a prescrição no período de tempo mais reduzido, em determinada perspetiva, traduz eficiência. Mas é altamente prejudicial das atividades autónomas de enfermagem. Ora, numa perspetiva de pensamento crítico-reflexivo, este modelo tipicamente biomédico, é antagónico aos ideais transmitidos sobre enfermagem avançada e cada vez mais preconizados para a prática de enfermagem. Independentemente do contexto da prestação, exercer enfermagem avançada é conceber cuidados de elevada qualidade que permite gerar ganhos em saúde. Este profissional, considerado perito, tem competências no domínio da investigação e supervisão e por isso gere cuidados de grande complexidade (ALMEIDA, 2012). Para alguns autores, o conceito de enfermagem avançada *“significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por «Core» o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências na tomada de decisão”* (SILVA, 2007 p. 18).

Por outro lado, existem áreas onde o desempenho do enfermeiro assume uma enorme relevância e demonstra grande autonomia no modelo de gestão de cuidados por prioridades, como por exemplo, na área da triagem de *Manchester*. Esta atividade é concretizada por um fluxograma de orientação, mas cabe a decisão ao juízo clínico do enfermeiro triador, com atribuição da prioridade de atendimento. Esta atividade é, na minha opinião, de enorme responsabilidade e impacto nos cuidados que daí decorrem para os doentes. Embora reconheça que, mesmo assim, será difícil ao enfermeiro

centrar-se nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas, que deveria ser o nosso foco de atenção.

Ainda na perspectiva de refletir na prática de forma crítica, identifiquei inúmeras oportunidades de melhoria ao nível do controlo de infeção, por razões de vária ordem, desde a dificuldade de acesso à Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), até à pouca sensibilização dos profissionais para o controlo de infeção.

Assim, tive oportunidade de sugerir ao Enf.º chefe e tutora algumas alterações estruturais neste domínio, nomeadamente, colocação de soluções SABA perto dos computadores de triagem, de fácil acesso aos enfermeiros; colocação de soluções SABA na área médica amarelo/laranja, entre cada maca, mantendo distância de aproximadamente 1 metro entre cada doente (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008). As sugestões foram bem recebidas, tendo ficado em agenda efetuar estas mudanças, uma vez que foram reconhecidas como uma necessidade e uma mais-valia para o serviço.

Foi possível constatar que o serviço de urgência é rico em situações imprevistas sendo por vezes necessário ***“Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC”***. Uma das situações em que foi necessário inovar na resolução de problemas, através da iniciativa e criatividade, no sentido de proteger a privacidade de doente e de forma a garantir em tempo útil cuidados de enfermagem, foi colocar um lençol pendurado para fazer de cortina de proteção, quando iríamos proceder a uma algaliação e todas os espaços com cortina estavam ocupados. Pode parecer banal, mas o objetivo final foi conseguido, que era garantir a privacidade do doente e não prolongar um ato que poderia atrasar um diagnóstico e gerar complicações para a doente.

Após dialogo com Enf.º Chefe e Enf.^a tutora e contacto com departamento de formação, compreendi que não seria fácil concretizar o objetivo de ***“Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC”***. Por um lado, não existe nenhum projeto em execução, e por outro, a motivação é reduzida na equipa devido a uma sobrecarga de trabalho. Foi com agrado que no último dia de estágio do mês de maio, participei numa palestra promovida pelos enfermeiros coordenadores de equipa do SU, com apresentação de projeto de candidatura à ***“Acreditação do serviço em Idoneidade***

Formativa dos Contextos de Prática Clínica”. É um projeto ambicioso e que pode trazer aspetos muito positivos para o SU, para os enfermeiros que lá desempenham funções e também com repercussões de melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

Na UCIP e conforme previsto no projeto de estágio inicial, foi elaborado levantamento de necessidades de formação, através de uma entrevista informal com Enfermeira chefe e tutora de estágio. Tendo em vista as atividades a desenvolver no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, a realização de sessão formativa sobre temática adequada ao local de estágio, demonstrando evidências científicas atuais, optou-se por um estudo epidemiológico retrospectivo sobre a “Prevalência e incidência de UP nos doentes admitidos na UCIP do CHVNG/E”. Esta temática foi proposta pela enfermeira tutora, como algo que seria importante para o serviço, e embora o considerasse como um enorme desafio aceitei de bom agrado, até porque é uma área que me motiva em especial. Por outro lado, como obtive creditação ao Módulo opcional “Tratamento de feridas”, seria uma excelente oportunidade de terminar a especialidade, demonstrando também as minhas competências nesta área, já descritas anteriormente.

Estes estudos epidemiológicos retrospectivos são também denominados “*Ex post facto*” pelos cientistas sociais, e pretendia-se analisar factos ocorridos num passado recente (de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013), através da colheita de dados através do programa de registos informáticos em vigor no serviço (B-ICU.CARE) (ARAÚJO, 2012).

Com a realização deste estudo de investigação (Anexo III) cujo objetivo geral era conhecer a prevalência, a incidência e o risco de desenvolvimento UP, dos doentes internados na UCIP, durante o período de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013. Mais especificamente, pretendia-se identificar a prevalência e a incidência; caracterizar a tipologia de UP; estratificar o risco de desenvolvimento de UP através dos registos da Escala de Braden e identificar o destino dos doentes internados na UCIP com UP. Este estudo teve autorização pelos órgãos competentes do CHVNG/E (Anexo IIIa). Optou-se por seleccionar uma amostra de conveniência sendo que a totalidade da população no período estudado, refere-se a 509 doentes internados, dois quais, 89 apresentaram UP, correspondendo assim à nossa amostra.

De forma a caracterizar a nossa população e amostra, foram estudados o género e a idade e analisadas as variáveis mais relevantes, tendo em conta as limitações do tempo disponível para o estudo. Assim, consideramos a patologia/diagnóstico; a Escala de Braden; a categorização da UP; a Taxa prevalência e Incidência de UP e o destino do doente. Para o nosso estudo era importante identificarmos o género e a idade de forma a relacionarmos com o risco de UP, pela escala de Braden. Também optámos por verificar quais os diagnósticos médicos mais frequentes, como caracterização das patologias associadas. A categorização de UP era imprescindível para compreendermos a gravidade das lesões de que falamos. A variável destino permitiu-nos saber o que aconteceu aos doentes com UP. Salienta-se, finalmente, a importância da taxa de incidência e prevalência, que foram fundamentais para constatar a posição relativamente aos outros serviços de cuidados intensivos, quer nacionais quer internacionais, bem como comparação com os últimos estudos do serviço, efetuados em 2007.

Relativamente aos resultados do estudo verificamos que a população estudada é constituída por 44% do género feminino e 56% do género masculino. A média de idade da população em estudo foi de 62 Anos, com a moda de 65 anos. O doente mais novo admitido tinha 18 anos e o mais velho 95 anos. O risco médio atribuído pela classificação de Braden foi de 11 pontos, o que significa alto risco de desenvolver UP. Constatámos que 97% da população estudada tem alto risco de desenvolver UP. Foram atribuídos 133 diagnósticos médicos diferentes, dos quais em percentagem mais elevada com 17,8%, eram doentes para “Vigilância Pós-Operatória”; 7,2% com “Choque séptico” e 6,4% tinham “Insuficiência respiratória aguda de outras causas”. Relativamente ao destino dos doentes, constatámos que a maioria, 75,6%, tem alta para outros serviços do CHVNG/E, considerando ainda a taxa de 21,2% de óbitos.

Da nossa população de 509 doentes, 89 apresentaram na entrada ou posteriormente UP. Assim, a prevalência de UP durante o período estudado, corresponde portanto a uma taxa de 17,5%, com uma incidência de 7,5%, que se traduz em 38 doentes que desenvolveram UP no serviço. A amostra estudada é representada por 26% do género feminino e 74% do género masculino. A média de idade da amostra foi de 68 anos, com a moda de 76 anos. O doente mais jovem tinha 20 anos e o mais velho com 87.

Relativamente ao risco de UP, através da classificação de Braden, constatámos que a média e a moda são de 11 pontos. Constatámos, ainda, que este valor não difere quando calculado no género feminino e no género masculino separadamente, apresentando uma taxa de 99% de alto risco de desenvolver UP em ambos.

O tempo médio para um doente desenvolver uma UP no período estudado foi de 180 horas ou 7,5 dias, valor calculado pela introdução de diagnóstico e/ou atitude de enfermagem, adicionado X horas após admissão.

Na classificação das UP, verificámos que a maior percentagem (25%) das úlceras são de categoria 4. Constatámos também que as úlceras de categoria 1 (16%) são as menos frequentes no período estudado. Separamos, ainda, as mucosas, que representam 3% e as lesões não classificadas que representam 10%.

Em relação ao estado de saúde da nossa amostra, verificou-se que 38% melhoraram, 34% faleceram, 27% mantiveram-se estáveis e apenas 1% piorou. A transferência dos doentes com UP, após alta da UCIP, tem como destino mais frequente a Medicina (UCIM), com 26% e Cuidados Intermédios Cirúrgicos (CIC), com 23%.

Na discussão dos dados, e segundo a literatura estudada, constatámos que, relativamente à prevalência e incidência, o estudo efetuado vai de encontro à realidade Portuguesa. Os estudos de referência apontam para valores de prevalência de UP de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias, 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos, 15,3% nas Urgências, 8,0% em Especialidades Médicas e 8,6% em Especialidades Cirúrgicas (COSTEIRA, 2006). Neste estudo, 7,5% dos doentes desenvolveram UP na própria unidade, após a admissão. Pode-se afirmar que o tempo médio para um doente desenvolver uma UP foi de 180 horas, ou seja, uma semana de internamento é o tempo médio para adquirir uma UP (valores inferiores aos estudos realizados nos USA e Austrália).

Relativamente à Escala de Braden, é considerada uma referência importante associada à avaliação e juízo clínico dos enfermeiros (PINI, et al., 2012). Em cuidados intensivos os doentes são sempre de risco elevado, embora FERREIRA, et al. (2007) tenham proposto aplicar a escala de Braden nos cuidados intensivos com registo diário.

Em suma, a prevalência e incidência no período estudado baixaram significativamente, em relação aos últimos dados conhecidos do serviço, nomeadamente, a incidência, que teve um decréscimo para metade. Assim, podemos reconhecer que os cuidados de enfermagem na prevenção de UP têm sido eficazes.

Existiram inúmeras dificuldades em trabalhar os dados que foram facultados pelos serviços informáticos. Constatei lacunas nos registos, nomeadamente imprecisões nos destinos dos doentes pós-alta, uma população de 509 doentes, com 939 diagnósticos médicos de admissão, 2973 avaliações de risco de UP pela escala de Braden e 110 diagnósticos de enfermagem de UP, que se revelaram numa grande quantidade de dados obtidos para análise e tratamento.

De salientar a necessidade de uniformização dos registos e a interiorização das terminologias sobre a categorização das UP atuais, pois existiam, por vezes, termos como grau, estadio e categoria, para designar a classificação atualmente em vigor que é “categoria”. Foram identificadas imprecisões que impossibilitaram a categorização de 12% das úlceras, o que acrescentou uma urgente necessidade de homogeneização da equipa neste tipo de classificação.

Relativamente à localização das UP, embora não tenha sido objetivo inicial estudar este item, optou-se posteriormente por auditar este registo e constatou-se que 30% não apresentavam registos sobre a sua localização. A identificação da localização é importante, para se poder implementar um protocolo de prevenção adequado.

Um estudo correlacional futuro pode ser uma possibilidade, para investigar-se outros dados que ultrapassam o âmbito deste estudo, tendo em consideração as limitações do tempo para a sua realização, de forma a dar resposta a questões que ficam em aberto para futuras investigações.

Após a realização deste estudo, efetuou-se uma ação de formação (Anexo IV) para enfermeiros e médicos do serviço, que foi realizada no dia 21 de novembro de 2013, que coincidiu com o dia internacional de prevenção de UP, tendo sido efetuado previamente o plano de sessão (Anexo IVa) e apresentação PowerPoint (Anexo IVb). No final foi aplicado um questionário de avaliação da sessão (Anexo IVc) e

posteriormente, analisadas repostas em Excel, com avaliação muito positiva por parte dos formandos envolvidos (Anexo IVd).

Após análise dos dados, constatou-se que a maioria dos formandos ficou muito satisfeita e considerou a formação muito útil para a sua atividade profissional. A maioria considera, que está em condições de aplicar no local de trabalho o que aprendeu e refletiu, de imediato. Relativamente ao formador, consideram que os objetivos foram apresentados de forma muito clara, com muito boa intervenção do formador relativamente ao domínio do assunto, acessibilidade da linguagem, criatividade na apresentação do tema, dinamismo e motivação para a aprendizagem e capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos. Verificou-se que a totalidade considera que o desempenho do formador foi muito bom.

Com esta atividade procurei dar resposta em parte ao objetivo: ***“Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas” e também “Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC”***; nesta sessão foi possível demonstrar, em local de estágio, as evidências científicas sobre a temática, e ainda, os resultados da prática clínica dos enfermeiros.

Para a concretização deste objetivo destaco o Conselho Internacional de Enfermeiros, o qual considera, que, a investigação em enfermagem *“é dirigida à compreensão dos mecanismos fundamentais que afetam a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para manter ou estimular o funcionamento ótimo e minimizar os efeitos negativos da doença. A investigação em enfermagem também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo-benefício do cuidar em enfermagem”* (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007 p. 2).

Com esta ação considero também, ter contribuído para: ***“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”***, numa perspetiva de estimular a motivação para o trabalho e na identificação de possíveis oportunidades de desenvolvimento. Saliente-se o facto da avaliação da formação ter sido muito positiva, tendo sido aceites as propostas de melhoria, nomeadamente ao nível da uniformização da terminologia dos registos. Para além disso, a temática suscitou o interesse em querer

saber mais sobre a correlação com outras variáveis, pelo que o desafio de dar continuidade a este trabalho ficou em “cima da mesa”.

2.3. Competências desenvolvidas no domínio da gestão dos cuidados

Conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, neste domínio, o enfermeiro especialista “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Pode-se também ver descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que o enfermeiro especialista “*cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*” e “*maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Relativamente às “*competências do domínio da gestão dos cuidados*”, terá sido a área que mais desenvolvi, porque assumi pessoalmente que pretendia: “***Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC***”, algo que encarei como um desafio a superar.

No SU, inicialmente, vivenciei algumas dificuldades em interiorizar a metodologia de trabalho, por variadas razões, entre as quais a minha diferente experiência profissional, sentindo-me mais à vontade nos cuidados personalizados ao doente internado. Depois de um período inicial de adaptação consegui “***Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente***”. Integrei-me na metodologia de trabalho presente no SU em todas as áreas, onde fiz questão de estar presente, nomeadamente: gabinete de triagem, sala de emergência, internamento /OBS, área médica de doentes urgentes, sala de ortopedia, pequena cirurgia e pneumologia, as quais vou relatar separadamente.

GABINETE DE TRIAGEM

Executei o modelo de triagem de Manchester do SU, sob supervisão da tutora em cerca de 22 horas, que me permitiu um tempo de contacto superior ao facultado durante o curso específico de Triagem de Manchester (duração 8 horas), elaborado pelo Grupo Português de Triagem. Foi possível verificar a diferentes prioridades, com atribuição da cor respetiva, e do tempo alvo para atendimento (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2013).

SALA DE EMERGÊNCIA

Nesta sala de 2 macas, apetrechada de tecnologia complexa e avançada, sendo o local de maior nível de diferenciação do SU, pude executar cuidados a diverso tipo de doentes com múltiplas patologias. Nesta área existem procedimentos de segurança que são efetuados por rotina, de forma assegurar que todos os equipamentos estão em correto funcionamento. Assim, durante o turno da manhã, são testados os ventiladores, as máquinas perfusoras, os desfibriladores, as rampas de oxigénio, de aspiração e preparação de fármacos de emergência, garantindo assim a eficiência dos cuidados de reanimação.

Colaborei na abordagem da vítima politraumatizada no SU, nomeadamente em manobras de ressuscitação e nos cuidados ao doente em falência multiorgânica, identificando focos de instabilidade hemodinâmica sempre na perspetiva de integrar a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar.

O papel do enfermeiro nesta sala é muito importante, muito interativo com a restante equipa multidisciplinar e com intervenções de grande complexidade. Saliento alguns casos em que pude executar cuidados e desenvolver competências e assim ***“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”***.

Uma situação vivenciada, refere-se a um doente trazido pela equipa da VMER em Paragem Córdio-Respiratória (PCR), em ritmo de assistolia, mantendo SAV (infelizmente sem sucesso); neste caso pude demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, segundo as *guidelines* atuais.

Como este doente tinha sido socorrido na via pública não vinha acompanhado pelos familiares pelo que, após o óbito, foi contactada a Policia que procedeu às respetivas diligências para contactar os familiares, para que fosse identificado o corpo. Estas situações são sempre geradoras de algum grau de ansiedade porque envolvem uma forte carga emocional e reflexões éticas importantes (ROCHA, 2013).

Outra situação que foi possível assistir na sala de emergência, foi um doente com hemorragia digestiva alta, com necessidade de entubação orotraqueal para proteção da via aérea, uma vez que foi efetuada endoscopia digestiva alta de emergência para visualização do local da hemorragia. Nestes doentes é fundamental estabelecer prioridades na prestação de cuidados porque se encontram em situação crítica e por vezes com falência multiorgânica, permitindo-me desenvolver competências a este nível.

As situações de via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral), são situações urgentes/emergentes e que correspondem a um “síndrome clínico caracterizado por sinais e sintomas neurológicos deficitários não convulsivos com instalação aguda e com duração superior a 24h, secundários à perda focal de função cerebral causada por hemorragia espontânea ou isquemia” (TUNA, et al., 2008 p. 379); podendo ser possível minimizar os danos causados através da trombólise, se dentro dos critérios de inclusão (FERREIRA, 2013). Pude experienciar esta situação numa doente jovem do género feminino, com necessidade de trombólise por estar incluída nos critérios terapêuticos, nomeadamente, na janela temporal inferior às 4,5 horas. Estes doentes podem ter um futuro melhor, com menor nível de dependência e co morbilidade associadas, fruto de uma rápida e eficiente assistência de enfermagem, desde o momento de triagem até ao tratamento final.

Uma situação nova e desconhecida para mim, prende-se com a utilização da máscara de *Boussignac*, com uso de pressão positiva contínua, nos casos de edema agudo do pulmão (EAP). De salientar que a *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) constitui uma recomendação classe IIa com nível de evidência A, no tratamento do EAP cardiogénico segundo a (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2008).

Este tratamento, que permitiu concretizar as guidelines preconizadas, foi instituído em doente transportado pela equipa da VMER para a sala de emergência, em EAP. Este

doente também apresentava um quadro de hipotermia (34,1°C - temperatura auricular) havendo necessidade de utilizar o aparelho insuflador de ar aquecido para evitar outras complicações (SOUZA, et al., 2006). Após estabilização, o doente recuperou e foi transferido para o internamento. Este é mais um caso, de situação crítica e falência orgânica, em que o empenho e competência do trabalho da equipa multidisciplinar, possibilitou salvar mais uma vida.

É importante referir que os dois enfermeiros atribuídos à sala de emergência também assumem a reanimação intra-hospitalar cujo pedido de colaboração é efetuado por qualquer serviço da unidade I, através do contacto telefónico. Como é uma área crítica e de grande diferenciação só é atribuída a especialistas ou peritos na área. Por este motivo, pude vivenciar a assistência ao doente crítico, porque a minha tutora exercia vários turnos com essas funções. Uma das situações que pude colaborar na estabilização e transporte de doente crítico, ocorreu quando no início de um turno da manhã, fomos substituir o colega da reanimação intra-hospitalar, que tinha sido chamado no final do turno da noite. Deslocamo-nos ao serviço de pneumologia internamento e o colega transmitiu-nos tratar-se de um senhor com um quadro clínico de infeção respiratória e derrame pleural, que teve paragem respiratória com necessidade de SAV. Colaboramos na estabilização do doente e adotamos as medidas necessárias para o transporte. Como o CHVNG/E tem os serviços separados por pavilhões, transportamos o doente monitorizado, sedado e ventilado em ambulância com ventilador de transporte e mala de reanimação. A vaga já tinha sido atribuída na UCIP, pelo que mantivemos a permeabilidade da via aérea, a estabilidade hemodinâmica e os níveis de sedação adequados. Assim, procuramos garantir a aplicação das guidelines e recomendações mais recentes nesta matéria (EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL, 2010).

No início, apresentei algumas dificuldades em organizar os cuidados em função das prioridades da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, essencialmente pela influência de fenómenos emocionais de ansiedade, que com o desenvolvimento do estágio foram desvanecendo e permitiram um discernimento mais apurado.

INTERNAMENTO / OBS (área médica)

Executei cuidados aos doentes internados em OBS (área médica). Constatei inúmeras dificuldades e desafios para os enfermeiros, pelo número elevado de doentes, pelo

deficiente rácio enfermeiro/doente, assim como deficitárias condições de internamento hospitalar. Estes fatores condicionam muito a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Em todas as áreas foi possível executar os registos informáticos e alguns em formato de papel, quer no sistema ALERT®, quer na aplicação informática designada por Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foi fundamental ter em consideração o *Código Deontológico do Enfermeiro*, nomeadamente, o *Artigo 83.º, alínea d*; que se refere ao dever de respeito pelo “direito ao cuidado”, o qual menciona o dever do enfermeiro em assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005).

Como já referi, a área médica de doentes internados é um local crítico para prestação de cuidados de enfermagem. Não existem condições para prestar cuidados de higiene totais, os doentes encontram-se em macas, com grades por vezes avariadas, com uma proximidade inferior a 1 metro e sem colchões anti escaras. Embora estas situações sejam do conhecimento de todos, por vezes as mudanças são difíceis de se concretizar. Quase uma década depois do Conselho Internacional de Enfermeiros ter lançado para discussão, nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro a 12 de Maio de 2006 o tema das “Dotações seguras, salvam vidas”, constatámos que neste internamento da urgência existe um ambiente que coloca em causa a segurança do doente. No documento publicado, compreende-se que as dotações seguras não se limitam ao número de profissionais, mas também a outras variáveis a considerar como a complexidade dos doentes, o nível de diferenciação dos profissionais, o ambiente de trabalho, entre outros (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006). Pode parecer simplista mas as organizações e os líderes da saúde em Portugal devem consciencializar-se que “Dotações inadequadas não é seguramente a estratégia para salvar vidas”.

Recentemente, num estudo internacional publicado na revista científica norte-americana *Lancet*, concluiu-se que sobrecarregar os enfermeiros aumenta o risco de morte do doente. Por outro lado, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2010, Portugal tem enfermeiros a menos num rácio de 5,7/1000 habitantes, considerando a média da OCDE de 8,7/1000 habitantes para enfermeiros, Portugal tem três enfermeiros a menos por cada mil habitantes

(NORONHA, 2014). Para além da OCDE, a OMS, FMI e Entidade Reguladora da Saúde, já se tinham pronunciado no mesmo sentido. A este propósito a Ordem dos enfermeiros publicou no *site* oficial, já no ano passado, a necessidade de criar condições para que os enfermeiros possam aplicar todas as competências que já detêm e que estão a ser desperdiçadas. Acrescentou ainda que existe um processo negocial com o Ministério da Saúde para a aplicação de experiências-piloto ao nível da dotação de serviços com rácios adequados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013).

Assim, compreende-se que o papel do enfermeiro especialista neste local é difícil e emocionalmente desgastante uma vez que se observa um baixo nível de prestação de cuidados, por falta de condições, com sério compromisso para a integridade do doente. Por outro lado, a carga de trabalho dos enfermeiros é muito elevada, o que também compromete a assistência aos doentes em fim de vida (SAPETA, et al., 2007). Tomei iniciativas para abordar com a tutora e Enf.º chefe esta situação, mas como é um problema antigo e de difícil resolução não obtive feedback positivo. Apesar disso, gostaria de deixar registado o enorme esforço de muitos enfermeiros que trabalham diariamente nestas condições.

O facto de ter alguma experiência na assistência ao doente do foro de medicina interna, permitiu-me ter a capacidade de ***“Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC”*** relativamente aos assistentes operacionais e ainda com colegas menos experientes e estudantes em estágio de integração à vida profissional. Particpei sempre que possível nos processos de liderança do responsável de equipa. Muitas vezes foi necessário intervir e orientar as tarefas delegadas aos assistentes operacionais.

SALA DE ORTOPEDIA

A área de ortopedia, normalmente fica atribuída ao Enf.º coordenador, porque em princípio é o local que terá menos atividades de enfermagem a desenvolver, e poderá assim, exercer uma coordenação dos enfermeiros daquele turno mais efetiva. Saliento que, embora a execução dos gessos não seja da responsabilidade dos enfermeiros, habitualmente são eles que os executam. Pude observar, colaborar e executar talas gessadas, algo que não tinha muita experiência, mas que considere uma mais-valia. Embora exista um campo dúbio sobre o que é ação do médico e do enfermeiro, é minha

opinião que quem tiver as competências e a arte, estará melhor preparado para executar a ação.

Também recebemos alguns doentes do foro traumatológico, o que proporcionou oportunidade para executar cuidados com foco na abordagem primária e secundária à vítima de trauma. Note-se que, apesar destes doentes virem estabilizados, com imobilização em plano duro, proteção cervical e estabilizadores laterais de segurança, que requerem um juízo clínico rigoroso na sua abordagem.

É sempre executado a Avaliação Primária de cada vítima, segundo a mnemónica do ABCDE, de forma a identificar sinais e sintomas que possam colocar em risco a vida do doente, assim como prevenir e tratar lesões agudas. Para avaliarmos a Via Aérea (A) despista-se sinais de obstrução parcial ou total, nomeadamente o gorgolejo, o estridor, a ausência de ruídos respiratórios, a respiração paradoxal e o uso dos músculos acessórios. De seguida é efetuada a avaliação da Ventilação (B) através da inspeção do tórax, identificação possíveis áreas dolorosas, o tipo e as características de respiração, utilizando a palpação e a auscultação para melhor caracterizar a ventilação. Posteriormente, avaliamos a Circulação (C) pela existência hemorragias visíveis, pela alteração da coloração e da temperatura da pele. Avaliamos também o pulso e a pressão arterial, que nos dão dados objetivos sobre um quadro de instabilidade hemodinâmica. Relativamente à Disfunção Neurológica (D) pode-se utilizar a Escala de Coma de Glasgow que nos permite compreender o estado de consciência do doente. Aqui também valorizamos a existência de compromisso neurovascular, em particular das extremidades. Finalmente a Exposição (E), e procurando respeitar a privacidade e pudor do doente, procura-se identificar lesões que aparentemente não apresentam gravidade, mas que necessitam de tratamento, como escoriações, hematomas e outro tipo de feridas resultantes de traumatismo. Na avaliação secundária podemos dar relevância a pormenores que não se consideraram na primeira avaliação, uma vez que não colocam em risco a vida do doente. Assim, de uma forma detalhada, inspecionamos o doente na sua totalidade.

SALA DE PEQUENA CIRURGIA

Pude executar tratamento de feridas na área cirúrgica e na área dos internados, nomeadamente, tratamento de queimados e doentes com UP, aplicando as evidências

científicas mais recentes, como as guidelines da European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP, 2009) e os conteúdos lecionados nas aulas (ALVES, 2013) transpondo para a prática a minha experiência profissional nesta área.

Na área de cirurgia executam-se algumas técnicas mais invasivas, como colocação de drenos torácicos, suturas e drenagens de abscessos. Efetuam-se, também, a preparação dos doentes para o bloco operatório. Nestes locais de atendimento é fundamental utilizar procedimentos de prevenção e controlo de infeção, lecionados e apreendidos no Mestrado (LINO, 2013) e implementar medidas de avaliação e controlo da dor, utilizando a escala numérica e analógica em vigor no serviço. A este propósito recorde-se que a dor é um dos problemas frequentes, com necessidade de uma abordagem sistemática da mesma. A avaliação da sua intensidade, localização, fatores desencadeantes, de agravamento e de alívio, são aspetos importantes a ter em consideração para melhor a tratar. Como sabemos a DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003) emitiu uma Circular Normativa N° 09/DGCG, a qual define dor como 5° sinal vital e propõe como norma de boa prática o registo sistemático da sua intensidade, através do uso de escalas. Portanto, é dever dos enfermeiros e um direito dos doentes o seu controlo eficaz. A este propósito a Ordem dos Enfermeiros lembrou em 2009, no Dia Mundial Contra a Dor, ser um dever dos enfermeiros, apelando ao envolvimento para esta temática, tendo publicado no site oficial algumas normas de boa prática que incluem intervenções autónomas e interdependentes para o doente e família (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

SALA DE PNEUMOLOGIA

Como sabemos, os doentes asmáticos descompensados necessitam de tratamento imediato, prevenindo assim complicações sérias. Dei reposta eficiente no tratamento deste tipo de doentes e outros menos graves. Nesta área os doentes permaneciam em cadeirões, onde efetuavam oxigenioterapia, nebulizações e terapêutica endovenosa, até ficarem compensados. Geralmente, o enfermeiro destacado como reanimador 1, estava alocado a esta área por ter menos necessidade de cuidados de enfermagem, na perspectiva de a qualquer momento ter de assistir doentes na sala de emergência ou nos serviços, porque assume o papel da reanimação intra-hospitalar.

De forma a **“Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC”** colaborei com a Enf.^a tutora na organização dos cuidados em função das prioridades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, procurando garantir a segurança na gestão do risco, com particular relevância na administração de terapêutica.

Colaborei com o Enfermeiro responsável na gestão dos cuidados de enfermagem considerando as variáveis: tempo, recursos disponíveis e indicadores de gestão. Colaborei nas decisões da equipa multidisciplinar e, sempre que possível e oportuno, adequaram-se os recursos disponíveis à necessidade de cuidados.

Foi possível também compreender o modelo de gestão de recursos humanos e materiais em vigor no SU. Este modelo é complexo e evoluído, uma vez que através de uma aplicação informática, o Enf.º chefe gere as trocas dos enfermeiros, o número de horas, o plano de trabalho e a distribuição das áreas de desempenho por turno e, através de *mail*, utiliza o canal de comunicação para solicitar algumas informações ou comunicar algo.

Ao nível da gestão dos cuidados, a prioridade é assegurar a disponibilidade de recursos para garantir os cuidados específicos à condição dos cidadãos. Ao nível da gestão de recursos materiais, tendo em vista a previsão, provisão, organização e controlo, verifica-se o modelo de gestão com reposição dos materiais e fármacos por níveis, com um controlo rigoroso dos estupefacientes através de registo em papel, em todos os turnos. Foi possível observar e aplicar na prática a teoria abordada na unidade curricular de gestão do 1º semestre (ARAÚJO, 2012).

Relativamente ao desenvolvimento de *“competências do domínio da gestão dos cuidados”*, na UCIP, e considerando que pretendia também **“demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC”**, procurei dar continuidade às competências adquiridas no SU e acrescentar outras específicas da UCIP. Assim, colaborei e executei manobras de ressuscitação, prestei cuidados ao doente em falência multiorgânica, procurando identificar focos de instabilidade hemodinâmica, e, desta forma, contribuí para a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar. Estas situações são sempre geradoras de alguma ansiedade, porque envolvem uma forte carga emocional, principalmente quando um doente morre e

nos confrontamos com a nossa própria ideia de morte ou quando constatamos o sofrimento dos familiares no momento da perda.

Uma situação que me marcou particularmente, foi o caso de uma doente que acabou por falecer devido a uma sepsis grave, e a enfermeira responsável permitiu a entrada dos familiares para uma despedida. Depois de passar alguns minutos com a doente, a irmã já à saída do serviço, teve uma lipotimia e caiu inconsciente. Houve necessidade de dar assistência à familiar e apoio psicológico devido ao choque emocional vivenciado. A inevitabilidade da morte provoca reações diversas. Morrer é um acontecimento universal, transversal e intrínseco à condição humana. Constatamos que os *“hospitais são organizações que colocam ao dispor das pessoas uma prática tecnológica avançada, mais direccionada para a cura e, por vezes, desprovida de relacionamento humano, onde podemos encontrar as pessoas em fim de vida”* (FRIAS, 2008). Neste caso, a procura da humanização foi conseguida, embora “vencidos” pela morte, procurou-se dar energia à vida destes familiares que sofreram a perda. Por isso, é fundamental o enfermeiro especialista estar preparado para acompanhar a família no seu processo de luto, tendo sido muito importantes as aulas de enfermagem em fim de vida (COELHO, 2013).

No doente crítico, a PCR é muitas vezes antecipada e até previsível, o que permite uma atuação muito precoce por parte da equipa. No entanto, existiram alguns casos com indicação expressa *“Do Not Resuscitate”* (DNR), com suporte claro e inequívoco, o que promoveu uma congruência entre os cuidados dos profissionais prestados àqueles doentes (ROCHA, 2013). Foi importante constatar esta realidade e compreender que, mesmo nas situações em que podemos antecipar, por vezes, a melhor decisão é não intervir.

Algo que considerei, desde o início, complexo e perante a qual sentia alguma insegurança, teve a ver com a ventilação mecânica invasiva e os modos ventilatórios, dada a minha pouca experiência com este tipo de técnica. Note-se que a ventilação mecânica é uma forma de respiração artificial que envolve um aparelho para ajudar a substituir a função respiratória, ou seja, permite deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões, com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade inspiratória e volume expiratório (ALVES, 2013).

Foi imprescindível rever os conhecimentos adquiridos nas aulas de ventilação lecionadas na parte teórica do 2º semestre no módulo de cuidados intensivos. Nomeadamente, os diferentes modos de ventilação mecânica, os modos controlados ou assistidos, em volume ou pressão e modalidades mistas ou combinadas. Em relação aos parâmetros ventilatórios, embora sejam programáveis de forma diferente para cada doente, e da responsabilidade médica, era importante saber o que cada modo representava e quais os valores possíveis de programação. Só um bom conhecimento desta matéria me permitiria interpretar os parâmetros e os alarmes dos monitores e equipamentos de determinado doente, relacionando-o com o seu estado clínico e, desta forma, tornar o meu desempenho mais competente.

Constatei que alguns enfermeiros da UCIP tinham autonomia para alterarem o modo ventilatório dos doentes que apresentavam sinais de desadaptação e posteriormente, informavam o médico de serviço, que lhes reconhecia a atitude acertada que tomaram. Este facto relevava uma importante cumplicidade profissional e, ao mesmo tempo, uma competência elevada só possível com trabalho, estudo e dedicação dos respetivos enfermeiros.

Também me propus ***“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”***. Este objetivo foi para mim um grande desafio e uma forte motivação para o meu desempenho, uma vez que, apesar de possuir alguns anos de experiência profissional, sentia algum receio relativamente à complexidade e gravidade dos doentes de cuidados intensivos. Não ignorando este sentido de responsabilidade, procurei enfrentar as minhas dúvidas, as minhas lacunas e procurar saber mais e fazer melhor. As minhas interrogações também se colocavam quando imaginava o doente sedado. Seria capaz de compreender se este apresentava dor ou desconforto? Seria capaz de interpretar a expressão facial, a sudorese, a taquicardia, a hipertensão? E relativamente à mecânica ventilatória, seria capaz de otimizar o padrão respiratório proporcionando conforto e tolerância à ventilação invasiva? Todas estas questões se foram colocando, em tempos diferentes, mas acredito ter conseguido dar resposta positiva às minhas inquietudes, obtendo apoio fundamental das tutoras de estágio.

Gostaria de salientar que, como já referi, a UCIP é uma unidade com tecnologia avançada e diferenciada, em termos de equipamentos, materiais e técnicas. Assim, existe um manancial de aparelhos como bombas e seringas perfusoras, monitores, ventiladores sistemas de aspiração, máquina de gasometria, sensores de capnografia, Bispectral Index (BIS), monitorização hemodinâmica com sistema de Pulse-induced Contour Cardiac Output (PICCO), talas insufláveis para drenagem postural dos membros inferiores, colchões de espuma viscoelástica, equipamento de proteção individual, entre outros.

Uma das formas de monitorização é o sistema PICCO, que é um método que permite avaliar de modo contínuo o débito cardíaco e disponibilizar dados objetivos sobre parâmetros que o determinam, facilitando o diagnóstico e o tratamento. A monitorização por PICCO apresenta mais vantagens, é menos invasiva e tem menos complicações que o cateter da artéria pulmonar, para avaliar o débito cardíaco nos doentes que precisam de vigilância hemodinâmica contínua (ALVES, 2013).

Pude contactar, pela primeira vez, com o sistema de Hemo filtração veno-venosa contínua, que é uma técnica de substituição renal, que nos doentes com falência renal permite oferecer uma janela de tratamento importante na sobrevida. Este sistema requer conhecimento e perícia na preparação e montagem do sistema com circulação extracorporeal e exige uma vigilância e manutenção rigorosa, de forma a poder identificar possíveis problemas, intervindo precocemente e evitando graves complicações.

Para além disso, desenvolvi o meu juízo clínico pelo facto de ter um sistema de monitorização hemodinâmica contínua, conjugando com o modo ventilatório do doente e a consequente reposta ao nível da saturação de oxigénio, do nível da diurese com vigilância horária e da glicemia conforme protocolo. Procurei controlar todos os sinais vitais, inclusive a dor, através da escala para doentes em coma e distinguir o relevante das alterações compatíveis e não significativas para aquele doente. Esta prática, embora difícil, ajudou-me a obter maior discernimento na construção de uma identidade de perito (BENNER, 2001). Este ponto de vista está de certa forma plasmado no Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (2009).

Para “*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente*” nomeadamente no tratamento de doentes com UP, foi importante conhecer as evidências científicas mais recentes, como as guidelines da European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP, 2009) (EPUAP) e os conteúdos lecionados nas aulas (ALVES, 2013). Dialoguei e argumentei algumas vezes com os enfermeiros menos experientes, que me solicitavam parecer sobre produtos e tratamentos a adotar em algumas situações de feridas que os doentes apresentavam. Senti, por isso, reconhecimento por parte da equipa nesta área e pude interagir de forma positiva na construção de conhecimento dos elementos com menos experiência.

A UCIP é um local em que existe um enorme risco de infeção associada às múltiplas medidas invasivas. É, portanto, imprescindível a manutenção de técnica asséptica no manuseamento de cateteres, na administração de terapêutica endovenosa, na realização de pensos a feridas e todos os atos que possam ser passíveis de gerar infeções.

Ao nível da adoção das precauções padrão, o uso de equipamento de proteção individual é usado com bastante rigor. Verifiquei no entanto, que a lavagem das mãos é usada mais vezes que o recomendado em preferência da SABA, o que não corrobora com as indicações e guidelines mais atuais (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008).

Nos procedimentos adotados ao nível do manuseamento do material e equipamento contaminados e das precauções adicionais, relacionadas com as vias de transmissão, como gotícula e contacto, constatei que são cumpridos os critérios, na maioria das vezes, até porque só existem duas unidades de isolamento. Se um doente estiver imunodeprimido e houver dois doentes infetados só é possível isolar um deles, mantendo uma unidade de isolamento com pressão positiva, no doente imunodeprimido e uma unidade de isolamento com pressão negativa no doente infetado.

De salientar, que a UCIP apresenta boas práticas de acordo com as recomendações de categoria IA para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares, no que se refere à substituição dos sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, que são rigorosamente substituídos com uma frequência não superior às 72 horas (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2006).

De forma a *“Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC”* colaborei com o enfermeiro responsável de turno e pude executar algumas das atividades que este assume, uma vez que tem competências delegadas pelo Enfermeiro Chefe e gere os cuidados de enfermagem, tendo em conta os recursos disponíveis.

Assim, e conforme determinado, compete-lhe:

- Verificar a assiduidade dos enfermeiros e assistentes operacionais escalados para o turno;
- Assegurar os cuidados de enfermagem necessários, procedendo à afetação dos enfermeiros, elaborando o plano de trabalho para o turno, distribuindo os doentes por escrito, tendo em conta o método de trabalho individual, grau de dependência do doente, a competência técnica e a experiência profissional de cada elemento da equipa;
- Destacar enfermeiros para acompanhamento de doentes transferidos, ou que saiam da unidade para realização de exames auxiliares de diagnóstico;
- Supervisionar a execução das tarefas atribuídas a cada assistente operacional;
- Passar o carro de urgência, de acordo com o procedimento de utilização, ao enfermeiro responsável do turno seguinte;
- Supervisionar e coordenar a utilização de todo o material/equipamento;
- Registrar, por escrito, a ocorrência de avarias de qualquer material e/ou equipamento e colocar junto do referido material o registo da avaria detetada;
- Na ausência da Enfermeira Chefe do Serviço proceder a todos os trâmites de forma a suprimir as falhas de fármacos e aprovisionamento;
- Conferir e responsabilizar-se por todos os estupefacientes existentes no cofre, bem como supervisionar e garantir o registo dos mesmos;
- Supervisionar a execução dos cuidados prestados de forma a prevenir eventuais desvios da qualidade na execução dos mesmos;
- Proceder ao acolhimento das visitas e encaminhá-las (UCIP, 2013).

Tal como no SU, a gestão de recursos materiais da UCIP, tem por base os princípios base da previsão, provisão, organização e controlo. O modelo de gestão em vigor considera a reposição dos materiais e fármacos por níveis, com um controlo rigoroso dos estupefacientes através de registo em papel em todos os turnos. Reforço a ideia que

a teoria abordada na unidade curricular de gestão do 1º semestre (ARAÚJO, 2012), foi fundamental para uma melhor compreensão destas questões, que pude executar em estágio.

Na UCIP, tive também a oportunidade de colaborar com a enfermeira responsável pela formação em serviço, efetuando a estatística das formações desenvolvidas ao longo do ano de 2013. Assim, elaborei uma base de dados em Excel, que ficará no serviço para o futuro, procedendo-se apenas à atualização dos dados referentes a cada ano, nomeadamente, o tema das formações, os itens da avaliação de reação, entre outros.

Colaborei, também, com a Enfermeira Chefe da UCIP na compilação do Manual de normas e procedimentos que, embora já existisse em formato digital ainda não estava publicado, porque todas as normas se encontravam separadas, tornando-se importante aglomerá-las num só documento, para que todos os profissionais pudessem tomar conhecimento e consultá-lo. Este processo não foi concluído dentro do período definido de estágio, pois não era exequível para o tempo previsto.

2.4. Competências desenvolvidas no domínio das aprendizagens profissionais

Conforme previsto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, neste domínio, o enfermeiro especialista “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*” e “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Durante o estágio pretendia identificar questões e/ou problemas de formação complexos que afetassem a dinâmica dos serviços/locais de estágio para dar resposta ao objetivo de “*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*”. No SU, em reunião com Enf.º chefe, pude manifestar algumas preocupações, já referenciadas anteriormente, nomeadamente, o número de doentes internados e o rácio enfermeiro/doente, nas condições estruturais de assistência aos doentes e o número muito reduzido de soluções SABA.

Era meu objetivo desenvolver o espírito crítico-analítico de forma a classificar corretamente que questões e/ ou problemas estavam envolvidos, priorizando a sua resolução.

Também foi fundamental ***“Manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”***. Assim, procurei estar recetivo para a aprendizagem e desenvolvimento de áreas em que apresentava lacunas. Foi, portanto, imprescindível demonstrar capacidade de iniciativa para leitura e análise de assuntos relacionados com a área EEMC.

Um dos aspetos que senti mais dificuldade na integração teve a ver com a preparação e diluições de alguns fármacos, nomeadamente aqueles que tinham efeitos sedativos, curarizantes e aminas vasoativas, inotrópicos e cronotrópicos. São fármacos muito utilizados, alguns com incompatibilidades e com diluições muito específicas e com efeitos muito significativos nas funções vitais dos doentes. De salientar que a dopamina, e a noradrenalina são das mais utilizadas, atendendo às suas capacidades simpaticomiméticas com ação cardíaca e vascular. São administradas em doentes hemodinamicamente instáveis e dependentes de vasopressores, e o simples facto de se proceder à troca de seringa, pode desencadear efeitos hemodinâmicos importantes, pelo que é fundamental antecipar possíveis complicações, por isso preparávamos previamente os fármacos (ALVES, 2013). Relativamente a estes aspetos, as tutoras foram muito importantes, demonstrando uma componente pedagógica muito relevante e, desde o início, ajudaram-me a ultrapassar esta dificuldade. Para além disso, foi fundamental o trabalho de pesquisa bibliográfica e estudo, que efetuava sempre que existia algo que não conhecia ou dominava.

Este estágio revestiu-se de uma forte componente de cuidados em contacto direto com o doente. Assim, a monitorização dos doentes; a prestação de cuidados de higiene e conforto; a aspiração de secreções orais e endotraqueais; os cuidados oculares para prevenção de úlcera da córnea; os posicionamentos; a realização de pensos e cuidados a estomas; a alimentação por sonda nasogástrica; a realização de colheitas de sangue venoso e arterial para os diversos pedidos; a manutenção dos cateteres periféricos e centrais; a preparação e administração de fármacos e fluidoterapia por diferentes vias; a gestão da oxigenioterapia e nebulização; a montagem de diversos aparelhos e testes de

funcionalidade como máquinas e seringas perfusoras, ventiladores, e outros, estiveram sempre presentes no dia-a-dia da minha atividade de estágio na UCIP.

Todos os cuidados eram complementados com os registos de enfermagem no programa informático (B-ICU.CARE), que se encontrava instalado em cada unidade do doente. Note-se que as escalas de avaliação de risco para UP, através da Escala de Braden, eram efetuadas diariamente no turno da manhã. Também se usava a avaliação do estado de sedação dos doentes, utilizando a Escala de Ramsay e a avaliação do estado de consciência através da Escala de Glasgow. Como já referido, a avaliação da dor tinha uma escala para doentes em coma e a escala numérica para os outros.

Os cuidados por mim prestados, numa fase inicial, tinham uma vigilância mais rigorosa por parte das tutoras, mas com o evoluir do tempo e o desenvolvimento das atividades, o meu grau de autonomia foi crescendo e no final já efetuava cuidados integrais aos doentes, na perspetiva de enfermeiro especialista (BENNER, 2001).

De salientar ainda que, tal como na alteração do modo ventilatório, os enfermeiros da UCIP tinham autonomia para ajustar o débito das perfusões, consoante a evolução dos parâmetros vitais e do estado clínico do doente, independente da prescrição inicial. Ou seja, podiam aumentar ou diminuir o ritmo de perfusão do midazolam e do propofol em função dos níveis de sedação do doente; aumentar ou diminuir o ritmo de perfusão da dopamina em função da estabilidade hemodinâmica; aumentar ou diminuir o ritmo de perfusão da insulina em função do perfil glicémico que o doente apresentava; aumentar ou diminuir o ritmo de perfusão da alimentação entérica em função da tolerância dos doentes; independentemente da prescrição médica.

Saliento aqui a diferença na prestação de cuidados de enfermagem, nas suas intervenções autónomas e interdependentes, relativamente ao SU. Percebe-se que no SU os enfermeiros estão muito dependentes das intervenções interdependentes, enquanto na UCIP, as intervenções autónomas assumem um papel de grande relevância. Ressalvo que este modelo de trabalho de equipa da UCIP só existe pelo reconhecimento da competência entre pares.

Perante isto, e numa análise reflexiva, parece-me pertinente atualizar o REPE no seu Artigo 9.º (Intervenções dos enfermeiros) ponto 3 “...*Consideram-se interdependentes*

as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas...” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Na minha opinião, seria positivo para os enfermeiros ajustarem o seu regulamento de exercício profissional, neste e noutros aspetos até porque já se passaram quase duas décadas de prática, com alterações na formação inicial e graduada, muito relevantes.

Procurando também **“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC”**, utilizei, sempre que possível, a metodologia científica como método de eleição para a resolução dos problemas. Identificando e diagnosticando situações e/ou problemas, definindo as prioridades e executando um plano com posterior avaliação dos resultados. Por outro lado, concretizei este objetivo através da minha atuação como formador da temática sugerida, após levantamento e diagnóstico de necessidades e executei a consequente avaliação da formação.

Tive oportunidade de demonstrar conhecimentos com evidência científica da área da EEMC e aplicá-los no SU, surgindo a possibilidade de proporcionar momentos de reflexão/explicação a estudantes de 4º ano de licenciatura de enfermagem em estágio no serviço, sobre os algoritmos de SAV, após situação de doente em ritmo de assistolia, que reanimamos na sala de emergência. Desta forma, foi também possível atuar como formador informal em alguns momentos no contexto da prática.

Dado que não existe plano anual de formação no SU e com o objetivo de **“Promover a formação em serviço na área de EEMC”**, a minha proposta de formação concreta foi ao nível do controlo da infeção, tendo em consideração as boas práticas preconizadas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008).

Uma das minhas dificuldades iniciais estava relacionado com o facto das atividades no SU, valorizarem mais o “imediate” em vez do “ótimo”. Por exemplo, torna-se mais importante punccionar uma veia o mais rápido possível, do que garantir a assepsia plena e preconizada nas “Recomendações para a Prevenção da Infeção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares” (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2006).

Após análise e reflexão sobre este assunto, e considerando as minhas experiências e observações, compreendo que estas técnicas tornaram-se de tal forma rotineiras que são aceites como as corretas. No entanto, estou em condições de afirmar que, por vezes, seria possível garantir cuidados mais seguros, se houvesse disponibilidade mental e acompanhamento dos profissionais de saúde para melhores práticas. Daí a minha sugestão de atividade formativa, uma vez que considere como sendo uma necessidade de formação em serviço.

As experiências de estágio, tanto no SU como na UCIP, foram muito ricas, em casuística e diversidade de casos. As Enfermeiras Tutoras demonstraram sempre uma enorme disponibilidade no meu acompanhamento, procurando direcionar as atividades e conhecimentos para o nível de exigência da especialidade médico-cirúrgica.

A este propósito gostaria de relatar um episódio que me marcou por se tratar de uma técnica não muito usada nas UCIP's que se designa por ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation). É uma técnica que permite oxigenar o sangue fora do corpo, através de uma membrana e é utilizada em casos de insuficiência respiratória ou cardíaca grave. Nos casos de insuficiência respiratória grave, é o ultimo recurso a utilizar, quando já não é possível oxigenar o sangue, mesmo com a ajuda do ventilador. Atendendo à complexidade da técnica e à elevada taxa de mortalidade não se pode prolongar durante um período de tempo ilimitado. Assim, deve ser colocado em ECMO o tipo de doentes que apresentem doença respiratória ou cardíaca potencialmente reversível ou candidato a transplante de pulmão ou coração (HAFT, et al., 2013). Por vezes, utilizado no pós-operatório de cirurgias cardíacas, o ECMO só recentemente tem vindo a ser introduzido nas unidades de cuidados intensivos em Portugal. O primeiro doente tratado com ECMO, por pneumonia pelo vírus H1N1, teve alta do Hospital de S. João, em janeiro 2010. *“As evoluções tecnológicas observadas nos últimos anos tornaram a utilização do ECMO menos complexa e mais segura. Estes avanços contribuíram decisivamente para a utilização crescente do ECMO como terapêutica de resgate no ARDS grave do adulto”* (RONCON-ALBUQUERQUE, 2010 p. 46).

Na UCIP pude prestar cuidados a doente em ECMO, o qual apresentava insuficiência respiratória grave, devido a pneumonia por *Legionella Pneumophila*. Deparei-me com a fragilidade humana e senti a responsabilidade de cada intervenção. O facto de o doente

estar conectado a um “pulmão/coração artificial”, com uma grande quantidade de sangue que perfunde fora do seu organismo, foram suficientes para compreender que um gesto menos atento, por exemplo, durante um posicionamento, poderia colocar em risco a vida daquele ser humano. Foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora. Este doente ainda se encontrava internado quando terminei o estágio, mas soube, posteriormente, que tinha sido transferido para o serviço de internamento com evolução clínica muito favorável.

Pelo exercício da metacognição, e já com algum distanciamento e tempo decorrido, reconheço que os locais de estágio me permitiram crescer enquanto profissional e pessoa. Procurei retribuir de igual forma, mas fico com a sensação que muito haveria para fazer. Nesta perspectiva de construção de sinergias, o intercâmbio entre as universidades e as instituições de saúde sairia a ganhar, se existisse um documento com propostas do estudante e compromissos das instituições para a sua implementação, determinadas por prazos de execução, com repercussões positivas para os cuidados aos cidadãos. Poderia designar-se por “*Documento-proposta final*”, em que o estudante apresentava 10 propostas /compromissos para os campos de estágio. Estas propostas e compromissos, seriam apresentadas e debatidas em reunião com o orientador da universidade, o tutor de estágio, o enfermeiro chefe do serviço e o estudante, após conclusão da Pós-licenciatura e antes da conclusão do Mestrado, uma vez que o tempo é escasso para desenvolver o plano de estudos do curso assim como a operacionalização do projeto individual. Este documento-proposta, depois de revisto, faria parte dos anexos deste relatório e seria também um instrumento de avaliação do desempenho académico do estudante de mestrado, porque contribuiria claramente para a melhoria da qualidade das práticas. Por outro lado, os futuros estagiários poderiam dar continuidade à implementação de medidas previamente identificadas. Coloco em anexo um documento-proposta, que elaborei como exemplo, e que poderá traduzir o que acima foi referido (Anexo V).

CONCLUSÃO

Considerando que o foco de atenção do Enfermeiro é o estudo das respostas humanas à doença e aos processos de transição ao longo de vida, torna-se imperativo o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem, em parceria com o utente. No que se refere ao Enfermeiro Especialista de EMC, acrescenta-se a este pressuposto, que deve ter um conhecimento aprofundado na sua área e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, por possuir competências específicas. Para isso, é fundamental a aquisição, o desenvolvimento e a integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada, à pessoa adulta e idosa, com doença grave e em estado crítico. Cabe, também, ao enfermeiro especialista, aprofundar domínios de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, designadas por comuns.

Refletir sobre a prática e assim produzir conhecimento, deverá ser a forma de estar na profissão, dando origem a práticas com fundamento científico. Só com a reflexão sobre a prática nos permite o incremento continuado da memória de produção, adquirindo, desta forma, mais aptidões e a conseqüente melhoria do desempenho profissional.

Nesta perspetiva, e colocando de parte as dificuldades sentidas na sua elaboração, posso afirmar que este Relatório se revelou de enorme importância para a reflexão crítica sobre os objetivos e atividades desenvolvidas no estágio do SU e UCIP. Acredito ter atingido a grande maioria dos objetivos e competências propostos inicialmente. É importante salientar que o SU e a UCIP são ambientes complexos, exigindo por isso uma adaptação e uma atualização dos conhecimentos constante. Compreende-se que o desempenho dos profissionais destes serviços deve ser de alto nível, pois cuidam de doentes urgentes/emergentes e em estado crítico.

Os Módulos I e II, SU e UCIP respetivamente, constituíram locais de aprendizagem e prática de enfermagem avançada ao doente crítico e/ou com falência multiorgânica. Considero que as experiências vividas no terreno, foram muito gratificantes, na perspetiva de assumir a responsabilidade por uma praxis especializada em enfermagem.

Fui sem dúvida, colocado à prova com a exigência de um SU polivalente, com várias situações de morte iminente, em particular na sala de emergência. Na UCIP encarei situações dramáticas, com pessoas ligadas à vida por “um fio”. Trata-se de um serviço altamente complexo, que exige níveis de concentração máximos, um juízo clínico muito evoluído e um espírito de equipa de grande compromisso.

Foi muito interessante iniciar o estágio no SU, que se apresenta como um serviço com inúmeras valências e áreas de atuação, com imensos recursos (humanos, materiais e equipamentos), em constante interação com o meio envolvente, em que por vezes a gestão dos cuidados de enfermagem se revela difícil. Na UCIP assisti a um ambiente muito controlado, tecnologicamente evoluído, muito personalizado e com melhores condições para humanizar. Acrescento que, embora os níveis de realização pessoal e profissional tivessem sido idênticos, muito exigentes, física e emocionalmente, senti-me mais identificado com este último Módulo.

O SU tem uma grande afluência de utentes, mas apresenta uma estrutura física com limitações importantes e com uma dotação de enfermeiros reduzida em algumas áreas. É, por isso, um serviço que implica um nível elevado de conhecimentos de gestão recursos humanos e com sensibilidade para perceber as necessidades dos cidadãos. Neste módulo, para além das atividades desenvolvidas no terreno, experienciei o dia-a-dia do serviço de urgência. Com o intuito de desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pude contribuir com a elaboração de trabalho de pesquisa bibliográfica e ação de formação em serviço subordinada ao tema: *“Liderança e Motivação: quais as estratégias de mudança”*. Este tema surgiu do levantamento de necessidades elaborado com recurso a reuniões informais com os responsáveis de serviço. Esta iniciativa tinha como objetivo geral que os enfermeiros coordenadores e subcoordenadores fossem capazes de demonstrar conhecimentos sobre liderança e motivação, identificando estratégias que promovessem uma mudança eficaz. Esta ação procurou reunir os elementos chave para a mudança, num espírito reflexivo sobre os problemas existentes.

Na UCIP, o enfermeiro especialista tem uma elevada autonomia e um desafio permanente nos processos de tomada de decisão, implicando por isso um julgamento clínico mais rigoroso. Neste módulo, no processo de levantamento de necessidades,

questionou-se a existência de um número elevado de UP nos doentes internados, pelo que era importante conhecer a prevalência, a incidência e o risco de desenvolver UP. Desta forma, pude contribuir para o conhecimento científico de enfermagem, numa área em que temos um papel primordial e decisivo, como é a prevenção de UP. Desenvolvi um estudo epidemiológico que tinha como finalidade investigar a prevalência e a incidência de UP. Este revelou resultados muito positivos, porque o número de doentes internados aumentou significativamente, desde 2007 (últimos dados conhecidos) e a incidência de UP reduziu para valores de 7,5%. Este estudo foi muito gratificante, porque permitiu a discussão sobre prevenção e tratamento de UP com os profissionais de saúde, procurando utilizar argumentação com evidência científica; temática pela qual tenho uma particular afinidade.

Estes dois módulos revelaram-se como uma experiência muito profícua, numa realidade que exige características individuais e de grupo de enorme resiliência. Evoluí nos aspetos em que não me sentia completamente à vontade, nomeadamente, nas situações imprevistas do doente crítico, em particular da sala de emergência, em que o controlo emocional é mais exigente. Considero que as iniciativas que executei foram importantes para a construção das competências de enfermeiro especialista, mas também se tornaram numa mais-valia para os serviços, conforme verificámos nos questionários de avaliação da formação.

Os campos de estágio são, na minha opinião, uma boa escolha, com excelentes profissionais e com as condições necessárias para o desenvolvimento de competências na EMC. Enquanto estudante, fui muito bem recebido e integrado na equipa multidisciplinar, que proporcionou um ambiente favorável à aprendizagem. Estou agora em condições de afirmar, que fui um estudante interessado, participativo, disponível e com determinação pelo conhecimento.

Em suma, a realização deste estágio, traduziu-se em oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva formativa de transição para Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurando cultivar a autonomia, a independência e a responsabilidade, centrado no doente e orientado para a mudança.

Terminado este percurso, considero que tenho condições para assumir a responsabilidade por uma praxis Especializada em Enfermagem. No meu local de trabalho, já desempenhava funções de coordenação da formação a nível institucional; sinto agora responsabilidade acrescida. Também exerço funções de gestão de recursos, delegadas pelo Enf.º chefe, que quero desenvolver ainda mais no meu serviço. Pretendo também, assumir a minha responsabilidade nos domínios da ética e da melhoria contínua da qualidade.

A realização deste Relatório permitiu confrontar-me com o meu “Alter-ego”. Contribuí para um melhor conhecimento, e uma plena consciencialização das dificuldades sentidas na aquisição de competências ao longo do meu percurso de aprendizagem. Este ato de redigir e registar as experiências e competências, revelou-se muito difícil para mim. Reconheço que permitiu analisar, de outra forma, as escolhas efetuadas durante o estágio, a pesquisa bibliografia consultada e o percurso formativo.

Como propostas finais, sugiro a introdução de um documento, que permita ao estudante apresentar nos locais de estágio, no final da Pós-licenciatura e antes do término do Mestrado, propostas e compromissos de melhorias, que podem ser prosseguidas por futuros estudantes. Este documento, seria analisado e discutido em reunião com os responsáveis dos serviços, o qual, depois de revisto, faria parte dos anexos deste relatório. Sugiro também, que as instituições que representam a enfermagem portuguesa, analisem as práticas de enfermagem nos serviços de cuidados intensivos porque, na minha opinião, as intervenções interdependentes dos enfermeiros, não são, muitas vezes, previamente formalizadas, mas são executadas com todo o rigor técnico-científico. A pessoa doente beneficia dessa competência, mas a sociedade associa a maioria dessas intervenções a outros profissionais de saúde. Nesta perspetiva, e considerando também a produção de indicadores do trabalho dos enfermeiros, não podemos permitir de forma tão altruística, que outros profissionais sejam reconhecidos pelo trabalho e mérito de práticas executadas pelos enfermeiros.

Para terminar, e utilizando uma ideia sobre Liderança transmitida por Nelson Mandela, (que tive oportunidade de divulgar na ação de formação que desenvolvi no SU), afirmo que: como enfermeiro especialista tenho o dever de liderar dando o exemplo, assumindo a responsabilidade dos meus atos, numa perspetiva de compromisso com o outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. 2003. Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde. *Formasau*. Coimbra : s.n., 2003.

ALLIGOOD, M.R. e TOMEY, A. M. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. s.l. : Loures Lusociência, 2004.

ALMEIDA, Armando. 2012. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Supervisão de cuidados*. Porto, Portugal : Universidade Católica, 1º SEMESTRE de 2012.

ALVES, Paulo. 2013. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Unidades de Cuidados Intensivos - sistema tegumentar*. Porto : Universidade Católica, 2º SEMESTRE de 2013.

—. **2013.** AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Unidades de Cuidados Intensivos - sistema tegumentar*. Porto : Universidade Católica, 2º SEMESTRE de 2013.

ARAÚJO, Beatriz. 2012. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Gestão*. Porto : Universidade Católica, 1º SEMESTRE de 2012.

—. **2012.** AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Investigação*. Porto : Universidade Católica, 1º SEMESTRE de 2012.

BENNER, P. 2001. De iniciado a perito. 1.ª ed s.l., Coimbra : Quarteto Editora, 2001.

CANÁRIO, Rui e et.al. 2006. A Educação em Portugal (1986-2006) Alguns contributos de investigação. *Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*. Dezembro de 2006, pp. 1-206.

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO. 2013. CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO. [Online] 2013. [Citação: 15 de Abril de 2013.] <http://www.chvng.pt/index.php#>.

COELHO, P. 2013. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Enfermagem em fim de vida*. Porto : Universidade Católica, 2013.

DELEGGE, Mark H. 2011. Managing gastric residual volumes in the critically ill patient: an update. *Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2011, pp. 193–196.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. 2001. A Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. [Online] 2001. [Citação: 25 de JUNHO de 2013.] <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%84NCIA%20EMERG%C3%84NCIA.pdf>.

—. **2003.** Circular Normativa N° 09/DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa : s.n., 14 de Junho de 2003.

—. **2008.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Dezembro de 2008.

—. **2006.** Recomendações para a Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares. 2006.

EPUAP/NPUAP. 2009. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide.* Washington DC : s.n., 2009.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. 2010. Recomendações 2010 para a Reanimação. [Online] 2010. [Citação: 10 de Junho de 2013.] <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. 2008. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-pulmonary-embolism.aspx>. [Online] 2008. [Citação: 25 de Junho de 2013.] <http://www.escardio.org/guidelines>.

FERNANDES, A. e et al. 2009. Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida. *Revista Investigação em Enfermagem.* 2009, Vol. n.º 20, pp. 48-58.

FERREIRA, Mª Amélia. 2013. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.* Porto : Universidade Católica, 2º SEMESTRE de 2013.

FRIAS, C. 2008. ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO: O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência.* II.ª Série, Junho de 2008, Vol. nº6, pp. 57-67.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. 2013. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. [Online] 23 de Janeiro de 2013. [Citação: 12 de Julho de 2013.] <http://grupoportuguestriagem.pt/jm/docs/artigo1.pdf>.

HAFT, J. e BARTLETT, R. 2013. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in adults. *UpToDate.* [Online] Outubro de 2013. [Citação: 29 de Março de 2014.] <http://www.uptodate.com/contents/extracorporeal-membrane-oxygenation-ecmo-in-adults#H22>.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. 2006. Dotações Seguras Salvam Vidas. *Instrumentos de Informação e Acção.* Genebra, Suíça : s.n., 2006.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2007. ICN Position:Nursing research. Geneva, Switzerland : s.n., 2007.

LINO, Alexandrina. 2013. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Controlo de infeção*. Porto : Universidade Católica, 2º SEMESTRE (Fevereiro) de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Decreto-Lei n.º 161/96 (Rectificações)*. Lisboa : Diário da República, Quarta-feira, 4 de Setembro de 1996. Vols. 205/96 SÉRIE I-A, p. 2959 a 2962.

NORONHA, N. 2014. <http://www.sapo.pt/>. [Online] 26 de Fevereiro de 2014. [Citação: 27 de Fevereiro de 2014.] <http://saude.sapo.pt/noticias/saude-medicina/sobrecarregar-os-enfermeiros-aumenta-o-risco-de-morte-do-doente.html?pagina=2>.

OLIVEIRA, Irene, ROCHA, Lucia e ALVES, Paulo. 2013; 2º SEMESTRE. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto : Universidade Católica, 2013; 2º SEMESTRE.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2005. *Código Deontológico do Enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2005.

—. **2009.** Dia Mundial Contra a Dor - Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e e Enf.^a Ananda Fernandes, representante da OE na Comissão Nacional de Controlo da Dor da DGS . *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 16 de Outubro de 2009. [Citação: 27 de Março de 2014.] http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialContraaDor2009.aspx.

—. **2009.** Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. [ed.] Conselho de Enfermagem. *Caderno Temático*. Lisboa : s.n., Dezembro de 2009.

—. **2013.** Ordem dos Enfermeiros. [Online] 11 de Janeiro de 2013. [Citação: 20 de Março de 2014.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/OEnfermeirosApontaAspetosRelatorioFMI.aspx>.

—. **2010.** Orientação de enfermeiros em ensino clínico no âmbito da formação especializada em Enfermagem. *PARECER N.º 255 / 2010*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.

—. **2001.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem*. s.l. : ORDEM DOS ENFERMEIROS, Dezembro de 2001.

—. **2001.** Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional 20/2001. 2001, Vol. N.º 4, pp. 9-10.

—. **2011.** REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. *Regulamento n.º 122/2011 2.ª série — N.º 35*. Lisboa, Portugal : Diario Republica, 18 de Fevereiro de 2011.

—. **2011.** REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

Regulamento 2.ª série — N.º 35 n.º 124/2011. Lisboa, Portugal : Diário da República, 18 de Fevereiro de 2011.

ROCHA, M. L. 2013. AULAS DO CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CRÚRGICA. *URGENCIA E EMERGENCIA*. Porto : Universidade Católica, 2º SEMESTRE de 2013.

RONCON-ALBUQUERQUE, R. 2010. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) como Opção Terapêutica no ARDS Grave. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 2010, Vol. 17, pp. 43-46.

SAPETA, Paula e LOPES, Manuel. 2007. CUIDAR EM FIM DE VIDA: FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE INTERAÇÃO ENFERMEIRO DOENTE. *Referência II serie nº 4*. Junho de 2007, pp. 36-60.

SERRANO, M. et al. 2011. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III, Março de 2011, Vol. nº 3.

SILVA, Abel. 2007. “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 55, Jan-Abr de 2007, Vols. 1-2, pp. 11-20.

SOUZA, V.P. e COSTA, J.R.R. 2006. ANESTESIA E NEUROLOGIA: Hipotermia - Evidências Científicas. *MEDICINA PERIOPERATORIA*. Rio de Janeiro : Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

TUNA, A. e PEREIRA, J. 2008. Acidente Vascular Cerebral Agudo. *Curso de Evidência na Emergência - Manual de Fundamentos*. 1ª, 2008, pp. 379-388.

UCIP. 2013. Manual de Normas e Procedimentos. s.l. : CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA / ESPINHO, 2013.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. PLANO ESTUDOS DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Porto, Portugal : Instituto de Ciências da Saúde.

URIZZI, F. e CORRÊA, A.K. 2007. VIVÊNCIAS DE FAMILIARES EM TERAPIA INTENSIVA: O OUTRO LADO DA INTERNAÇÃO. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Julho-Agosto de 2007. Vol. 15(4).

VIEIRA, M. 2008. Ser Enfermeiro Da paixão à Proficiência. Lisboa : s.n., 2008.

VIEIRA, Margarida. 2012. Celebração de Compromisso 2012 | Juramento Nightingale . [Online] 2012. [Citação: 5 de Fevereiro de 2013.] <https://www.youtube.com/watch?v=cbxy0trtIbk&feature=c4-overview&list=UU7Cid20bl8vUQko16rmSvlg>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. *Quality of care: patient safety*. 18 de Maio de 2002.

ANEXOS

Anexo I – “Liderança e Motivação: quais as estratégias para a mudança”



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO:

Quais as estratégias para a mudança

Aluno: Vasco Manuel da Silva Neves N° 361612004

Sob orientação de: Professora Lúcia Rocha

Porto, Maio de 2013

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Teoria Path-Goal</i>	87
<i>Figura 2 - Teoria situacional de HERSEY & BLANCHARD</i>	87
<i>Figura 3 - Pirâmide das Necessidades de Abraham Maslow</i>	89
<i>Figura 4 - Teorias da Motivação no trabalho</i>	91
<i>Figura 5 - Forças da Mudança</i>	95
<i>Figura 6 - Ciclo de Mudança Participativa</i>	97
<i>Figura 7 - Ciclo de Mudança Diretiva</i>	97

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	83
1. LIDERANÇA - CONCEITOS E TEORIAS.....	85
2. MOTIVAÇÃO - CONCEITOS E TEORIAS	89
3. ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA	93
3.1. Fases do processo e o papel do agente de mudança.....	98
3.2. Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência.....	99
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

INTRODUÇÃO

Atualmente encontramos-nos num período conturbado, tanto a nível nacional como mundial, em que os processos de Liderança e Motivação estão muitas vezes no centro das problemáticas.

As constantes mudanças na Europa e no mundo, caracterizadas pelo aumento e envelhecimento das populações, pelo crescimento das necessidades individuais e coletivas, no aparecimento de novas doenças e na crise económica instalada, veio colocar em discussão a necessidade de reformular os sistemas de saúde, e a forma de responder a novos desafios. Como é óbvio, os enfermeiros também são atores neste processo muitas vezes controverso, sendo imprescindível o seu contributo de forma a garantir o maior grau de excelência na prestação de cuidados de saúde.

O Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Gaia/Espinho (CHVNG/E) tem todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais consideradas como referência na zona Norte. É, por isso, um dos hospitais com maior área de abrangência a nível nacional e o seu perfil assistencial permite assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais. Este serviço é complexo, com um número elevado de recursos humanos e com processos tecnológicos evoluídos, como tal passível de problemas individuais e de grupo.

A temática em questão surge no contexto de levantamento de necessidades de formação, após reunião com Enfermeiro Chefe e tutora de Estágio de EEMC, em que foram debatidos questões problema do SU. Por proposta do Enf.º Chefe e após questionário aplicado aos enfermeiros sobre satisfação do desempenho dos enfermeiros coordenadores, concluiu-se que a abordagem a esta temática seria uma oportunidade formativa e de reflexão.

Saliente-se que, também se pretende dar resposta aos objetivos e atividades propostas no projeto de estágio, contribuindo desta forma para o desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente: “*Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*” realizando sessão formativa sobre temática adequada ao local de estágio, demonstrando evidências científicas atuais; e também “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”, estimulando a motivação para o trabalho, propondo atividades formativas e colaborando com a enfermeira tutora e o enfermeiro chefe na identificação de oportunidades de desenvolvimento.

Ao nível das Competências do domínio das aprendizagens profissionais *também eram objetivos iniciais*: “*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*” identificando questões/problemas de formação complexos que afetem a dinâmica dos serviços/locais de estágio; e também “*Promover a formação em serviço na área de EEMC*” estimulando a motivação para a aprendizagem ao longo da vida e procurando desenvolver as estratégias formativas mais adequadas.

A realização deste trabalho aumentou bastante o número de horas inicialmente previstas para estudo (70 horas), porque a necessidade de pesquisa bibliográfica e elaboração para o contexto do Serviço de Urgência do CHVNG/E assim o exigia.

Com esta ação de formação pretendia-se que no final os coordenadores e subcoordenadores do SU fossem capazes de demonstrar conhecimentos sobre liderança e motivação, identificando estratégias que promovam uma mudança eficaz, reconhecendo os fenómenos de resistência associados.

Foi utilizada uma metodologia descritiva, baseada numa pesquisa bibliográfica, procurando definir conceitos de liderança, motivação e abordar as teorias que os fundamentam. No último capítulo dá-se ênfase às estratégias de mudança, tendo em consideração o papel dos Líderes nestes processos. Este documento não pretende “dar receitas”, mas estimular a reflexão, tendo também efetuado de forma sintética uma revisão dos conhecimentos sobre a temática.

1. LIDERANÇA - CONCEITOS E TEORIAS

O conceito de liderança foi modificando ao longo dos tempos em função de novas teorias que se reinventaram sobre este processo. Por outro lado, são inúmeras as definições, desde as mais simples e concisas até as mais complexas e refinadas, como considera DIAS (2001).

Não é objetivo deste trabalho, explicar conceitos complexos sobre esta temática e portanto, em sentido lato podemos considerar que, Liderança, é uma atividade exercida com o objetivo de prever, orientar, direcionar, organizar e que envolve a capacidade de comunicação, a motivação e o poder de decisão.

Sabemos que a liderança é um processo ou uma forma de desenvolver as capacidades dos indivíduos. Tornou-se numa das principais preocupações da atualidade, com o objetivo final de melhorar a eficácia e eficiência das organizações, que desta forma, se podem traduzir em ganhos em saúde, ou outros, em função do contexto (JESUÍNO, 2005).

CHIAVENATO (2006), considera liderança como um ato de influência interpessoal exercida numa determinada situação e orientada pelo processo comunicacional. Para este autor, nos processos de liderança, a motivação assume enorme importância e assim o papel do Líder tem uma relevância impar, como estímulo dos impulsos de motivação.

Não haverá dúvidas que liderança e motivação são conceitos indissociáveis. Sabemos ainda que cabe ao líder o papel de identificar as necessidades dos seus colaboradores e utilizar estratégias adequadas, de forma a conseguir motivá-los. Não será possível motivar colaboradores desmotivados se não virem no líder o modelo e exemplo a seguir o que torna este papel ainda mais difícil de concretizar.

Abordar as questões da Liderança significa compreender sumariamente as suas teorias explicativas. Sem procurar ser exaustivo nesta abordagem será fundamental lembrar

algumas teorias, principalmente aquelas que têm maior relevância para a liderança em enfermagem.

Assim, lembrando Frederick Taylor, para o qual o conceito de liderança dava ênfase ao seu Líder e à sua capacidade de direcionar os subordinados para as tarefas a desempenhar. O modelo taylorista tinha como principal foco de atenção, as funções administrativas de planejamento, organização, comando, coordenação e controle, com grande impulso a partir da 2ª década do século passado (CHIAVENATO, 1987).

A teoria da contingência de Fiedler, defende a relação entre o estilo de liderança, o desempenho do grupo e as características da situação. Esta tríade tem na sua dimensão mais complexa o intitulado “*estilo de liderança*” e por isso coloca em questão duas perspectivas. Por um lado, o líder deve ser escolhido em função da situação em causa, por outro, devem-se mudar as situações para estas se adaptarem ao líder, como por exemplo com substituição das atividades a realizar ou com o incremento do poder do líder. Esta teoria dá assim relevância às características do líder e a sua interação com a situação, procurando considerar algumas variáveis contingenciais (MENEZES, 2010).

A teoria Path-Goal, desenvolvida por Robert House (1971), citado por DIAS (2001), procura explicar de que forma o comportamento do líder influencia a satisfação e o desempenho dos subordinados. Isto é, à medida que os subordinados alcançam os objetivos o líder atribuiu as recompensas, procurando ser um elemento facilitador numa perspectiva de reduzir os obstáculos e os imprevistos, e aumentar as oportunidades de satisfação pessoal dos indivíduos no desempenho das suas funções.

Esta teoria tem em consideração os quatro tipos de comportamento que o líder pode adotar. Assim, o líder apoiante, é aquele que promove um ambiente conciliador e está atento às necessidades dos seus colaboradores. Quando se pretende uma liderança diretiva, é fundamental definir com clareza as regras, os procedimentos e as funções dos subordinados. No estilo de liderança participativa pretende-se auscultar as opiniões dos colaboradores, na perspectiva de uma decisão mais partilhada. Por fim, a liderança orientada para a realização procura estabelecer metas, acompanhando o desempenho dos colaboradores, com vista à concretização dos objetivos previamente definidos (DIAS, 2001).

A figura 1, permite uma melhor compressão desta teoria, demonstrando as relações entre os estilos de liderança e a influência sobre os subordinados, considerando as suas características e as variáveis situacionais, traduzindo-se em resultados como a satisfação e o desempenho esperado.

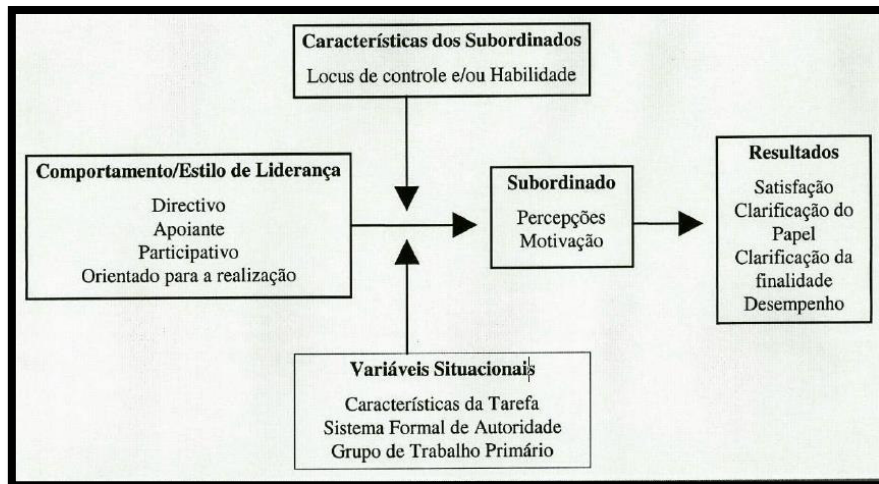


Figura 1 - Teoria Path-Goal

Fonte: Luthans, Fred - *Organizational Behavior*, 8 th. ed., Irwin/McGraw-Hill, India,1(in DIAS, 2001).

Hersey e Blanchard, (1977) citado por DIAS, (2001) formularam uma teoria situacional também considerada contingencial. Na sua essência, destaca-se o facto de centrar o seu foco nos indivíduos liderados, salientando a importância da motivação promovida pelo líder de forma a incrementar a atitude nos indivíduos. Esta teoria tenta demonstrar que um Líder eficaz é aquele que consegue motivar o comportamento dos subordinados quer para a tarefa quer para o relacionamento, através de um profundo conhecimento dos mesmos e por tendo em consideração o seu nível de maturidade. Podemos verificar de forma figurativa (figura 2) as diferentes interações.

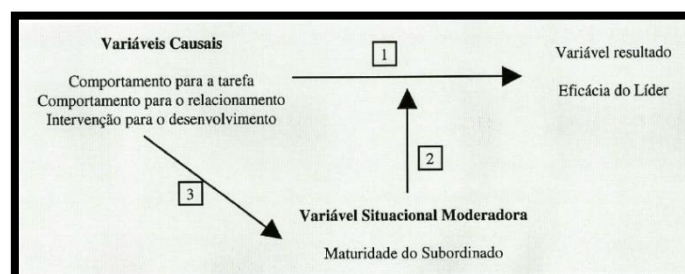


Figura 2 - Teoria situacional de HERSEY & BLANCHARD

Fonte: Yukl, Gary A. - *Leadership in Organizations*, 2nd ed., Prentice-Hall Inc., New York, 1989 (in DIAS, 2001).

Esta teoria propõe que o líder promova o comportamento orientado para a tarefa de uma forma inversamente proporcional à maturidade dos colaboradores e aumente o comportamento orientado para o relacionamento no mesmo sentido do aumento da maturidade dos mesmos. Ou seja, colaboradores com pouca maturidade deve-se adotar um comportamento de liderança fortemente orientado para a tarefa; colaboradores maturidade elevada deve-se adotar um estilo de liderança fortemente orientado para o relacionamento (SERRÃO, 2013)

Para finalizar, parece ser importante salientar que em praticamente todas as teorias, pode-se constatar que as questões de liderança estão em planos paralelos com as relações de poder. Pela literatura consultada, compreendemos que o “Poder” tem a ver com a capacidade de influência de um indivíduo noutro. Segundo SERRÃO (2013), estes termos cruzam-se na medida em que: a liderança é um fenómeno de poder e o poder é uma capacidade do líder exercer influência.

Podemos classificar o poder em função das suas características e da direção das suas influências. Isto é, segundo o modelo de French e Raven citado por DIAS (2001), se estivermos a falar em *Poder de Recompensa*, tem a ver com a perceção que o liderado tem sobre o seu líder ser capaz de conceder recompensa. O *Poder de Coerção*, está relacionado com a perceção que o liderado tem do seu líder em controlar as possíveis punições. O *Poder Legítimo*, baseia-se na aceitação do direito do líder pedir ou mandar, e na obrigação do liderado obedecer. O *Poder de Referência*, baseia-se na identificação e admiração que o liderado tem pelo seu líder. Finalmente o *Poder de Competência*, tem a ver com a perceção que o liderado possui sobre os conhecimentos e competências especiais do líder.

2. MOTIVAÇÃO - CONCEITOS E TEORIAS

É incontornável falar de *Abraham Maslow* se queremos abordar a temática da motivação. Há quem o considere o pai da teoria motivacional das necessidades que se traduziu, figurativamente, numa pirâmide hierárquica. Este psicólogo, desenvolveu a sua teoria através das observações que foi efetuando com os seus doentes. Hierarquizou essas necessidades por patamares que se traduziam no “rastilho” da motivação. No primeiro patamar estão as consideradas necessidades primárias como as fisiológicas e de segurança. No segundo patamar encontram-se as necessidades secundárias, como as necessidades de afeto, de estima e de auto-realização. Conforme podemos visualizar na figura 3.



Figura 3 - Pirâmide das Necessidades de Abraham Maslow

Fonte: Chiavenato, 2006, p. 93

Segundo CHIAVENATO (1987:189) motivo é “tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma, isto é, tudo aquilo que dá origem a alguma propensão, a um comportamento específico”. O mesmo autor refere ainda que a motivação “... *é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento visando à satisfação de uma ou mais determinadas necessidades*”.

A motivação é algo que tem origem no interior de cada indivíduo. Os superiores hierárquicos não podem diretamente motivar os seus subordinados, mas podem criar ambientes capazes de desenvolver o potencial humano (APOLINÁRIO, 2012).

Segundo Rodrigues (1998), citado por DIAS (2001:80), a motivação é *"uma grandeza vectorial, pois define-se por uma direcção (necessidade, incentivo, finalidade) e por uma intensidade (pulsão ou impulso) (...) A motivação é assim um processo despertado por uma necessidade e estimulado e guiado por um impulso"*.

Para Robbins (1996), citado por DIAS (2001:83), o conceito de motivação está relacionado com *"uma disposição para agir, condicionada pela capacidade e habilidade em satisfazer uma necessidade do indivíduo. Esta necessidade é uma deficiência fisiológica ou psicológica que faz parecer certo tipo de resultados atractivos, e que estando por satisfazer cria tensão, estimulando os impulsos do indivíduo, que por sua vez geram uma procura de metas a atingir no sentido da satisfação da necessidade e da redução da tensão"*.

São inúmeras as definições de motivação, algumas das quais até se confundem com o conceito de satisfação no trabalho. Não é intenção deste trabalho proporcionar uma discussão semântica do assunto e, por isso, parece-me importante abordar as teorias da motivação.

Se no primeiro capítulo, se considerou Taylor como um importante impulsionador das questões da liderança, neste segundo capítulo, também podemos salientar que este autor ao introduzir o incentivo do salário, parece ter sido a primeira abordagem na área de motivação no trabalho.

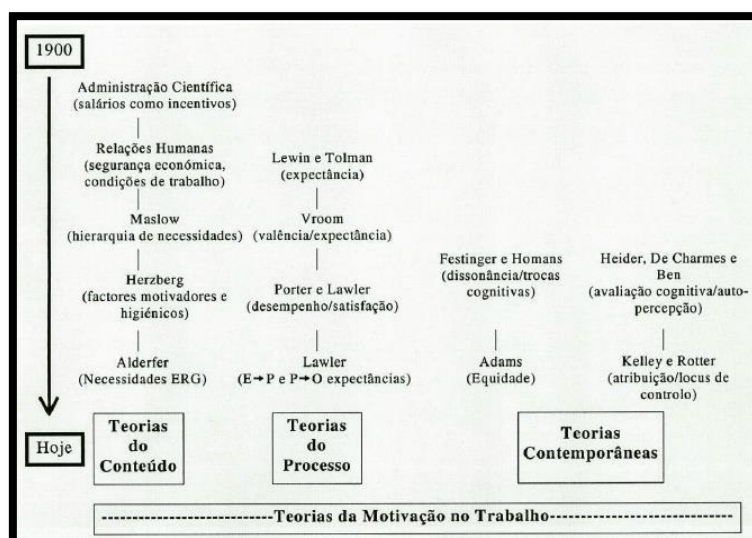


Figura 4 - Teorias da Motivação no trabalho

Fonte: Luthans, Fred- *Organizational Behavior*, 8th. Ed., Irwin/McGraw-Hill, India, 1998 in (DIAS, 2001:87)

Não se pretende abordar todas as teorias desde 1900, mas algumas eternizaram-se, como por exemplo, a pirâmide das necessidades de Maslow, que se classifica como uma teoria do conteúdo, ou seja, concentra as suas explicações naquilo que motiva as pessoas.

Para (MENEZES, 2010) a teoria de Maslow estabelece também o seu contributo, porque desenvolveu o conceito de necessidades humanas básicas sobre a forma de uma hierarquia de cinco necessidades. Na base encontram-se as necessidades fisiológicas, que após se encontrarem satisfeitas, se poderia passar para as necessidades imediatamente superiores. Por outro lado, uma necessidade satisfeita não é motivadora de comportamento, por isso só as necessidades não satisfeitas influenciam o comportamento, de forma conscientes ou inconscientes. Maslow define também as diferentes dimensões do indivíduo: biológica, social, psicológica, espiritual e ambiental.

Independentemente das teorias que quisermos adotar, é consensual que a motivação é um fator indispensável no desempenho do trabalho. Os enfermeiros gestores devem considerá-la como “aliado” e procurar entender o que mais estimula os seus colaboradores e as suas equipas.

Sabe-se hoje que as organizações de saúde, ou outras, que promovem boas condições de trabalho e garantem a satisfação dos seus funcionários, têm maior probabilidade de sucesso. As conjunturas da motivação, estão essencialmente na natureza do trabalho e

são as atividades desafiadoras e estimulantes aquelas que podem promover uma maior satisfação pessoal e do grupo.

3. ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

A mudança é uma alteração de comportamentos com vista a melhorar uma situação. SILVA (1991:223) define mudança como sendo *“um acto ou processo onde ocorre alteração ou modificação de uma situação existente, tornando-a diferente (...) são, portanto todas as transformações que ocorrem no grupo social que tem por finalidade prestar assistência à saúde da comunidade à qual pertence”*.

Podemos também acrescentar que a mudança é observada a vários níveis, principalmente organizacional, e, como refere MARQUIS & HUSTON (1996:93) *“tais projectos frequentemente estão direccionados à melhoria da qualidade, à reengenharia da estrutura e de processo e à delegação de poderes aos funcionários”*. Reconhecemos aqui que a mudança será algo de positivo e favorável.

Tal como outras organizações, também os hospitais sofreram mudanças ao longo dos tempos. Se antes eram estruturas isoladas do meio exterior, hoje, e cada vez mais, estão abertas para esse mundo. A família e o doente estão envolvidos nos cuidados e *“a organização deve ser considerada um sistema aberto, em constante interação com o meio, recebendo matéria-prima, pessoas, energia e informações e transformando-as ou convertendo-as em produtos e serviços que são exportados para o meio ambiente”* (CHIAVENATO, 1987:363).

Os enfermeiros não estão à margem destes processos e a sua maioria vê a mudança como um pré-requisito para a competência profissional. Sabemos hoje que para a prestação de cuidados com qualidade, num mundo em constante metamorfose, impele a sucessivas mudanças e adaptações, pelo que não podemos demitir-nos desta realidade, e a construção de um futuro melhor, implica capacidade de resiliência e conhecimento.

Estes processos, por vezes, ocorrem de forma suave e impercetível mas nem sempre são fenómenos pacíficos. Os processos de mudança também podem ser radicais e alterar

bruscamente o comportamento das pessoas, as atividades desenvolvidas e até as estruturas organizacionais.

Sullivan e Decker (1988), citados por MARQUIS & HUSTON (1996:100), referem três boas razões para a mudança, que são utilizadas em diversas situações:

- Mudar para resolver algum problema;
- Mudar para tornar mais eficientes certos procedimentos de trabalho, de modo a que o tempo não seja despendido em tarefas relativamente não importantes;
- Mudar para reduzir a carga de trabalho desnecessária.

Como já foi referido, qualquer organização, inclusive as de saúde, está sujeita a processos de mudança, que segundo SILVA (1991:225), podem ocorrer em diversas dimensões: institucional ou estrutural, tecnológica e comportamental.

A mudança na dimensão institucional ou estrutural pode ser relacionada com:

- Objetivos e filosofia do grupo de trabalho;
- Estrutura organizacional do serviço;
- Forma de organização e divisão do trabalho e delimitação de funções desempenhadas pelos enfermeiros;
- Estabelecimento de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
- Sistemas de informação.

A mudança na dimensão tecnológica, está relacionada com:

- A aplicação de novos métodos de trabalho e planeamento dos cuidados de enfermagem;
- A introdução de novos equipamentos e materiais;
- O desenvolvimento de novos procedimentos específicos.

A mudança, na sua dimensão comportamental, envolve:

- O relacionamento interpessoal;

- A liderança e coordenação de um grupo de trabalho;
- O compromisso e responsabilidade de cada enfermeiro;
- A motivação e o desempenho individual do enfermeiro.

Em todos os processos de mudança podemos encontrar campos de forças que vão condicionar a própria mudança. Essas forças, para Lewin (1965), citado por (SILVA, 1991), são consideradas de impulsão e de restrição, ou seja, forças que vão impulsionar a mudança e forças que vão atrasar o processo de mudança.

Segundo o mesmo autor, para que seja possível ocorrer mudança é necessário alterar o equilíbrio entre estas duas forças, ou seja, aumentar as forças de impulsão e reduzir as forças de restrição, também referidas como forças de resistência.

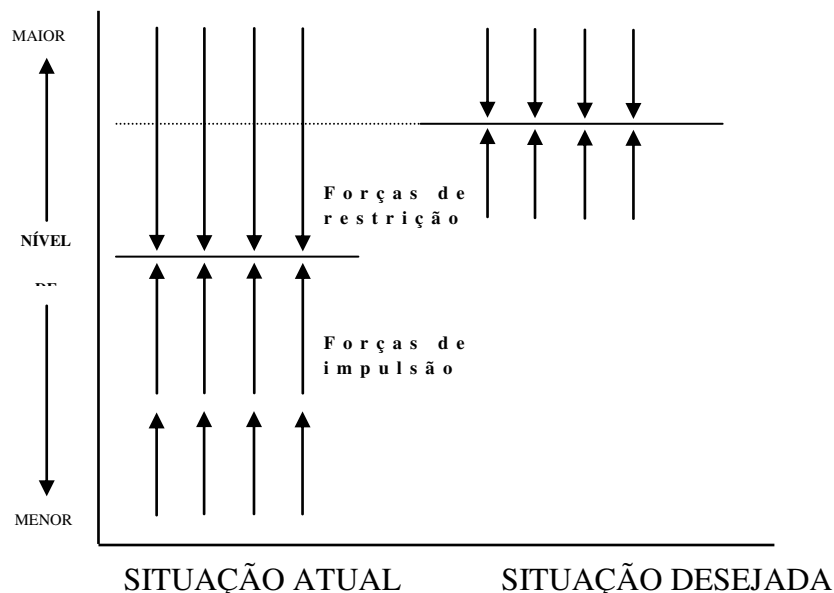


Figura 5 - Forças da Mudança

Fonte: Lewin (1965), in (SILVA, 1991:229)

Forças de impulsão, são por exemplo, a pressão do administrador, o desejo de agradar às chefias, os processos de avaliação de desempenho com a conseqüente progressão, a percepção de que o processo de mudança melhora a auto-imagem e a convicção de que a mudança melhora a situação (MARQUIS & HUSTON, 1996).

Relativamente às forças restritivas, o mesmo autor refere-se a, por exemplo, conformidade com as normas ética e moral, o desejo de segurança, a ameaça econômica ou ao prestígio e os mecanismos reguladores para manterem as situações constantes e rotineiras.

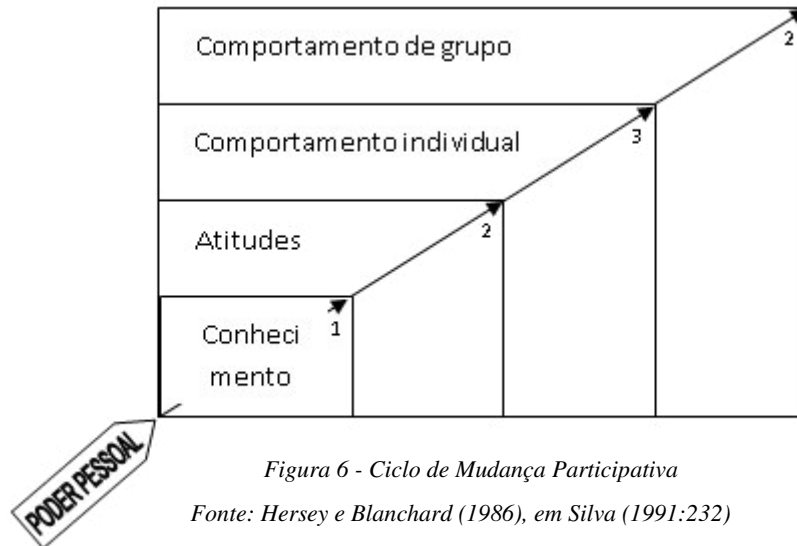
No entanto, nem sempre as forças de impulsão prevalecem sobre as de restrição. Quando há predomínio das forças de restrição, o processo de mudança não ocorre de forma desejada, ou eventualmente, não acontece.

Para se entender o processo de mudança é necessário compreender a que níveis ele ocorre. Segundo o modelo teórico de Ajzen e Fishbein (1980), citado por BASTO (1998:116), os comportamentos são determinados pela intenção de os ter e essa intenção possui duas componentes: a atitudinal e a normativa.

Por outro lado, SILVA (1991:231), considera existirem quatro níveis no processo de mudança. Assim, podemos ter o nível:

- Do conhecimento, em que a formação constitui a peça chave deste nível, porque permite aumentar o conhecimento e assim facilitar a mudança de atitudes. Poderá ser o nível mais fácil de atingir;
- Da atitude, que depende da carga positiva ou negativa do objeto da mudança. Quando a carga emocional é negativa, dificilmente se vai conseguir alterações a nível comportamental;
- Do comportamento individual, que é o reflexo das mudanças ao nível do conhecimento e da atitude e se esta for positiva, verifica-se uma mudança a nível do comportamento individual;
- Do comportamento grupal, sendo o mais difícil de atingir, pois a mudança do comportamento coletivo depende da mudança no comportamento individual (de cada elemento do grupo).

Hersey e Blanchard (1986), citados por SILVA (1991:231), reconheceram que poderiam existir dois ciclos de mudança nestes quatro níveis, que classificaram como diretivo e participativo. No participativo, a mudança é efetuada a partir da aquisição de conhecimentos. Os elementos do grupo alteram atitudes e modelam o seu comportamento com o do seu líder, que respeitam como pessoa e competência, verificando-se então a mudança com a alteração do comportamento coletivo. Como podemos verificar na figura 6.



Este processo é lento e evolutivo e está dependente do poder pessoal e positivo de quem o gera. No entanto, é duradouro pois surge de forma intrínseca, e portanto não é imposta por elementos externos.

No ciclo de mudança diretivo ou coercivo, processa-se no sentido inverso e por isso quem detém o poder estabelece as formas de comportamento. É imposta uma mudança no comportamento coletivo, que visa influenciar o comportamento a nível individual (figura 7). Este modelo é bastante útil em situações de crise mas, como está dependente do poder de quem dirige, torna-se instável. De salientar ainda que qualquer ciclo diretivo pode, perante atitudes positivas, passar a um ciclo de mudança participativo.

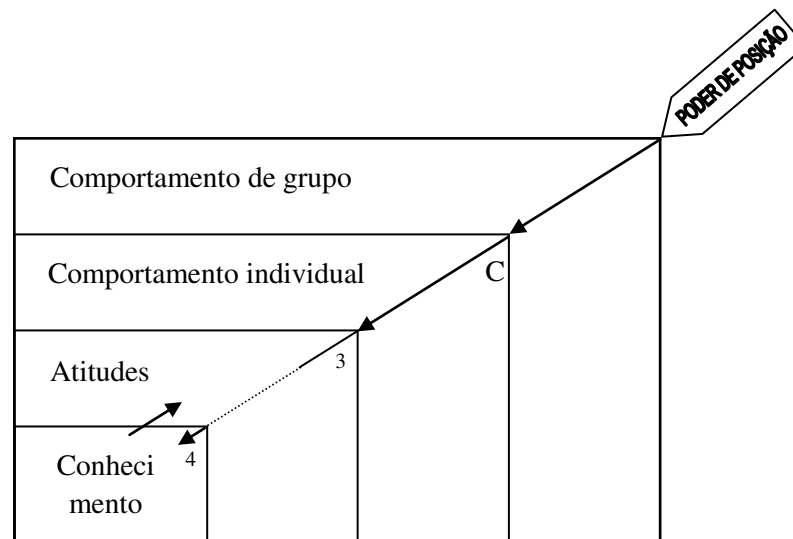


Figura 7 - Ciclo de Mudança Diretiva
Fonte: Hersey e Blanchard (1986), em Silva (1991:233)

3.1. Fases do processo e o papel do agente de mudança

Segundo vários autores, um processo de mudança, bem planeado e orientado, é constituído por três fases: descongelação, movimento e recongelamento.

Para Lewin (1951), citado por MARQUIS & HUSTON (1996), na fase de descongelação, é importante relaxar as forças que permitem manter a consistência da organização, também designado por “status-quo”, para que os elementos da organização sintam a necessidade de mudança e acreditem neste processo. Esta fase está relacionada com a motivação e associa-se a fenómenos de ansiedade, como tal, pode ocorrer por aumento das forças de impulsão ou por diminuição das forças de restrição.

A segunda fase, considerada de movimento, consiste na transformação e reordenação, ou seja, *“uma vez que o indivíduo tenha sido preparado para a mudança, está apto para aceitar novos padrões de comportamento”* SILVA (1991:234). Nesta etapa os elementos estão mais sensíveis para aceitar novos padrões de conduta, através de três mecanismos:

- A identificação – Identificação com a realidade;
- A interiorização – Comportamento no sentido de aceitar novos padrões;
- O cumprimento – Aceitação de novas regras.

Como refere (MARQUIS & HUSTON, 1996:94) *“A mudança deve ser implementada gradualmente. (...) Qualquer mudança no comportamento humano ou nas percepções, atitudes e valores por trás daquele comportamento leva tempo. Portanto, (...) deve proporcionar tempo para que todos os envolvidos a assimilem totalmente”*.

Finalmente, a fase de recongelação ou imobilização, consiste na estabilização da mudança, verifica-se a integração de novos conhecimentos, atitudes positivas e comportamentos, que devem ser reforçados pelos líderes da organização. O termo deste ciclo não implica o fim do processo de mudança, pelo contrário, novas necessidades podem emergir e levar ao início de novos ciclos.

O agente de mudança é o elemento, que numa mudança planeada, deve acompanhar e envolver-se em todo o processo de mudança, desde o seu início até à sua conclusão. O

seu papel é muito importante e está sujeito a diversas responsabilidades, de acordo com a fase da mudança em que se encontra todo o processo. Assim considera-se que:

Na fase de descongelamento, o agente de mudança é responsável por:

- Efetuar a colheita de dados;
- Diagnosticar o problema;
- Decidir a necessidade de mudança;
- Consciencializar o grupo para a necessidade de mudança.

Na fase de movimento ou reordenação deve estar preparado para:

- Desenvolver um plano com objetivos e prazos;
- Identificar áreas de apoio e resistência;
- Desenvolver estratégias apropriadas, não esquecendo os fenômenos de resistência;
- Implementar e avaliar a mudança.

Na fase de recongelamento ou imobilização, o agente de mudança, deve estar preparado para oferecer apoio, para que a mudança concretizada se mantenha. (MARQUIS & HUSTON, 1996:96).

A partir do trabalho de Perlman e Takacs (1990), citados por (MARQUIS & HUSTON, 1996), foram identificadas dez fases emocionais presentes num processo de mudança e que estão inseridas nas fases descritas anteriormente. Assim, na etapa da descongelamento podemos encontrar as fases emocionais de “equilíbrio”, “negação”, “irritação” e “negociação”. Na etapa do movimento, verifica-se o “caos”, a “depressão” e a “resignação”. Por fim, surge a “prontidão” e o “ressurgimento” que são predominantes da etapa de recongelamento.

3.2. Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

As mudanças podem ser maiores ou menores, gerais ou particulares e mais ou menos entusiastas. Estas variações são determinadas pela necessidade que as pessoas e organizações têm em mudar.

Por vezes, essa necessidade não é sentida pelos indivíduos e há necessidade de recorrer a estratégias, que permitem, numa primeira fase, criar a necessidade de mudança e minimizar as forças resistências, posteriormente, permitem a mudança a nível das pessoas, grupos e estruturas, por último, permitem o reforço e avaliação dos resultados. MARQUIS & HUSTON, (1996), referem que a estratégia apropriada depende do poder do agente de mudança e do grau de resistência esperado.

Bennis, Benne e Chin (1969), citado por MARQUIS & HUSTON, (1996), fazem referência a três tipos de estratégias:

- Racionais-empíricas;
- Normativas-reeducativas;
- Coercivas de poder.

As estratégias racionais-empíricas consistem na utilização de informação factual, por parte do agente de mudança, como meio de evidenciar a necessidade de mudança. O agente de mudança parte do pressuposto que o homem é um ser racional e que os factos apresentados são suficientemente fortes para despertar a vontade de mudar. Esta estratégia é muito utilizada quando está prevista pouca resistência ao processo de mudança, ou seja, quando ela desejável ou aceitável.

As estratégias normativas-reeducativas são caracterizadas pela utilização de normas de grupo, que o influenciam a desencadear o processo de mudança. O Homem é por natureza um ser social e por isso são evidenciados os papéis, as relações entre as pessoas, as atitudes e os sentimentos para aumentar a aceitação.

As estratégias coercivas de poder, segundo MARQUIS & HUSTON (1996:99) baseiam-se “na aplicação do poder por autoridade legítima, sanções económicas ou influência política do agente de mudança”, onde o indivíduo só é recompensado se se verificar a mudança.

Muitas vezes, a utilização de uma só estratégia, não é suficiente para se efetuar a mudança e como tal, os agentes de mudança utilizam as várias estratégias, em simultâneo, para que todo o processo tenha o sucesso desejado.

Como já foi referido, a resistência à mudança é caracterizada, essencialmente, pela prevalência das forças de restrição sobre as forças de impulsão.

Cada indivíduo encara o processo de mudança de forma diferente e por isso podem verificar-se diversas reações à mudança. Enquanto alguns a encaram como um desafio e oportunidade de crescimento intelectual; outros manifestam relutância à mudança, por verem ameaçadas a sua segurança, equilíbrio e confiança. (SILVA, 1991).

House (1980), citado por FERREIRA (2001:540), identifica quatro fatores como promotores da resistência à mudança:

- Se as pessoas reconhecem as mudanças como ameaçadoras para algum aspeto da sua vida na organização, oferecem maior resistência;
- As mudanças sugeridas de fora, podem ser percebidas pelas chefias como ameaçadoras do seu prestígio e autoridade e serem entendidas como uma crítica negativa ao seu trabalho;
- Os indivíduos e grupos têm tendência a oferecer resistência a qualquer processo de mudança, que não tenha sido desejada por eles;
- A força da resistência é proporcional à magnitude da mudança, ou seja, mudanças pequenas geram oposições pequenas e grandes mudanças podem surgir como grandes ameaças para o indivíduo ou grupo de trabalho, gerando forte oposição.

Kanter (1992) e outros, também citados por FERREIRA (2001), identificaram igualmente um conjunto de fatores que podem contribuir para a resistência à mudança por parte dos membros de uma organização:

- Perda de controlo, no sentido em que as pessoas são mais objeto da mudança do que os seus promotores;
- Demasiada incerteza ou falta de informação sobre o que se vai passar no futuro;
- Decisões são implementadas sem informação ou preparação prévia;
- Custos inerentes há interrupção de rotinas, sem saber como atuar corretamente;
- Preocupações com a competência para a realização de novas atividades decorrentes da mudança;

- Maior quantidade de trabalho e dispêndio de energia requeridas pelo processo de mudança;
- “Efeitos ondulados”, que se traduzem em indução de outras mudanças não previstas;
- Ressentimentos passados, que se manifestam em desconfiança pelas promessas anteriores não cumpridas e em desinteresse pela mudança a realizar;
- Ameaças reais, em termos de condições de trabalho, de emprego e outras.

Apesar das forças de resistência predominarem no processo de mudança, vários autores são unânimes na identificação de fatores que interferem nestas forças de forma a diminuir ou eliminar a resistência. É consensual a opinião de que a resistência à mudança, pode ser reduzida ou abolida, através da participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisão sobre as mudanças organizacionais a realizar. Para Lawler (1986), citado por FERREIRA (2001:541) há três processos que podem ser associados à participação dos trabalhadores em fases de mudança:

- O processo motivacional é fundamental, porque o trabalhador tem oportunidade de participar sobre o que é desejável em termos de mudança e ao ser envolvido nesse processo, são reduzidas algumas forças de resistência;
- A natureza da mudança pode permitir ao trabalhador estruturá-la de acordo com os seus interesses pessoais e organizacionais, maximizando os benefícios que pode obter;
- A comunicação, vai permitir uma melhor compreensão e aceitação dos objetivos e assim reduzir as forças de resistência se a mudança for entendida como favorável, e, se os trabalhadores tiverem oportunidade de influenciar o processo.

Para finalizar este capítulo, será importante abordar ainda, a mudança num quadro de turbulência, que também pode ser designada por mudança adaptativa ou mudança revolucionária. Este tipo de mudança pode nascer no interior da organização mas, também pode advir de fatores externos à organização, com características sociais, políticas, e, nos nossos dias muito frequente, fatores económicos, aos quais a própria organização procura ajustar-se.

Este tipo de mudança oferece resultados diferentes aos da mudança planejada. Segundo SILVA (1991:224) “...o que difere não é o processo, mas sim a sua intensidade e resultado imediato observado”. Neste tipo de mudança encontramos, frequentemente, um ciclo de mudança diretiva em que os gestores impõem a mudança a um grupo, o que leva a mudanças do comportamento individual, com a aquisição de novos conhecimentos e conseqüentemente, a mudança de atitudes.

Mas este processo só terá êxito se o agente de mudança tiver presente a importância do seu papel, pois as forças de resistência que predominam neste tipo de mudança, têm de ser ultrapassadas e é fundamental o envolvimento de todos, só sendo possível através da utilização de estratégias adequadas.

Como se pode depreender, o processo de mudança num quadro de turbulência ocorre da mesma forma que na mudança planejada e obedece às mesmas etapas. A forma como é sentida a necessidade de mudança é que pode ser diferente e saliente-se, que um quadro de turbulência pode facilmente transformar-se numa mudança planejada.

Com os enfermeiros acontecem por vezes, mudanças impostas para as quais oferecem grande resistência, mas com o tempo e a utilização de estratégias adequadas, o agente de mudança consegue envolver o grupo de enfermagem no processo e a mudança acaba por acontecer.

CONCLUSÃO

No decorrer da vida profissional, os enfermeiros estão sujeitos a constantes processos de mudança aos mais diversos níveis. Esta realidade é o reflexo da complexidade das estruturas onde estão inseridos, que cada vez mais, têm como principal objetivo a prestação de serviços de qualidade. Torna-se assim imprescindível, mudanças constantes de forma a nos adaptarmos à velocidade e exigência da sociedade e aos desafios que se colocam às instituições e profissionais de saúde.

Independentemente dessa mudança ser mais ou menos desejada, planejada ou desenvolvida num quadro de turbulência, há que ter em conta as forças de impulso e resistência que podem influenciar o processo. Os Líderes têm, portanto, um papel fundamental no acompanhamento, avaliação e utilização de boas estratégias, de forma a reduzir as forças de resistência em todo o processo.

Também se constata que qualquer processo de mudança, por melhor planejado e executado que seja, pode despertar novos problemas e conseqüentemente, um novo ciclo. Por outro lado, os enfermeiros que reconhecem nos seus líderes, competência e apoio, estão mais recetivos a mudanças.

A liderança em enfermagem deve ser debatida com mais veemência, independentemente, do estilo que é adotado pelos responsáveis máximos das instituições de saúde. Por outro lado, como verificamos nas teorias de motivação, é consensual que a motivação é um fator indispensável no desempenho do trabalho, pelo que, os enfermeiros gestores devem procurar entender o que motiva mais os seus colaboradores. Como as mudanças são inevitáveis, o ciclo de mudança participativa permite alteração do comportamento coletivo, pela aquisição de conhecimentos, revelando-se por isso ser a forma mais favorável de concretizar uma mudança. A pretensão de um enfermeiro especialista, também deve passar por ser agente de mudança. Para isso, deve estudar esta temática compreendendo que, a concretização de uma mudança, tem de considerar os fenómenos de resistência. Só com o

acompanhamento e envolvimento deste enfermeiro especialista, se poderão melhorar os cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade.

Este trabalho foi muito gratificante, pela pesquisa bibliográfica, que se revelou ser muito rica sobre esta temática, considerando ter atingido os objetivos inicialmente propostos. Para além disso, revelou-se como um instrumento de crescimento em EEMC, na perspetiva de “alimentar” a esperança, de ter contribuído para a reflexão dos líderes de enfermagem do SU do CHVNG/E.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APOLINÁRIO, J. (Jan/Mar de 2012). ACERCA DA MOTIVAÇÃO. *Revista Dirigir*, pp. 3-7.

BASTO, M. L. (1998). Da Intenção de mudar à mudança - Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

CARMO, M., & VENTURA, E. (Maio de 2003). Revista Sinais Vitais, nº 48 . *Processos de mudança nas estruturas organizacionais de saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

CHIAVENATO, I. 1987. *Teoria Geral da Administração*. São Paulo : McGraw-Hill, 1987.

—. **2006.** 5ª ed. *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos*. São Paulo : McGraw-Hill, 2006.

DIAS, C. (Junho de 2001). A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM. *Dissertação de Mestrado - A Liderança em Enfermagem: Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação*. Porto, Portugal: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

FERREIRA, J. e. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Amadora: McGraw-Hill.

JESUÍNO, J. 2005. *Os processos de liderança*. 4ª ed. Lisboa : Livros Horizonte, 2005.

MARQUIS, B., & HUSTON, C. J. (1996). Administração e Liderança em Enfermagem Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed Editora.

MENEZES, M. 2010. NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR: LIDERANÇA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM. *Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde*. Vila Real : UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, 2010.

SERRÃO, F. 2013. Liderança Autêntica e Saúde Organizacional: um estudo de caso num hospital. *Mestrado em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos*. Vila do Conde : Instituto Politécnico do Porto, Setembro de 2013.

SILVA, V. (1991). Mudanças em Enfermagem. *Paulina Kurcgant - Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.

Anexo II – Ação de Formação – “Liderança e Motivação: quais as estratégias para a mudança”

Anexo IIa – Plano de sessão

PLANO DE SESSÃO

FORMADOR: VASCO MANUEL DA SILVA NEVES

DATA: quinta-feira, 11 de Julho de 2013

DURAÇÃO: 120 MIN

TEMA: LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: Quais as estratégias de mudança

PÚBLICO ALVO: ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGENCIA DO CHGE

OBJECTIVOS GERAIS: No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de demonstrar conhecimentos sobre liderança e motivação identificando estratégias que promovam uma mudança eficaz

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: *Os formandos, no final da sessão, deverão ser capazes de:*

- 1 - Descrever alguns conceitos sobre liderança e motivação
- 2 - Enumerar as teorias de liderança e motivação explanadas
- 3 - Identificar as principais estratégias para se concretizar uma mudança, reconhecendo os fenómenos de resistência associados

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO
Introdução	Apresentação do tema Comunicação dos objectivos e da forma como serão ministrados os conteúdos Apresentação de dados estatísticos sobre satisfação como justificação da temática	Expositivo /Exposição	Computador e Video-Projector quadro branco	10
Desenvolvimento	Aferição de conhecimentos sobre liderança e motivação. Apresentação e reflexão sobre conceitos e teorias de liderança e motivação Visualização de vídeos sobre as temáticas Momento de discussão sobre a temática no contexto do Serviço de Urgencia	Expositivo /Exposição Interrogativo/ Interrogatório	Computador e Video-Projector Quadro branco	50
	INTERVALO			10
	Contextualização sobre a temática referente às estratégias para a mudança Apresentação das fases do processo e o papel do agente de mudança Apresentação de formas de concretizar a mudança e ultrapassar a resistência Momento de discussão sobre a temática no contexto do Serviço de Urgencia	Expositivo /Exposição Interrogativo/ Interrogatório	Computador e Video-Projector Quadro branco	50
Conclusão	Síntese final Esclarecimento de dúvidas Avaliação da sessão Encerramento da sessão	Expositivo /Exposição Interrogativo/ Interrogatório	Computador e Video-Projector Questionário	10

Anexo IIb – Diapositivos da apresentação



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO

Quais as estratégias para a mudança

Vasco Neves

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

OBJETIVOS

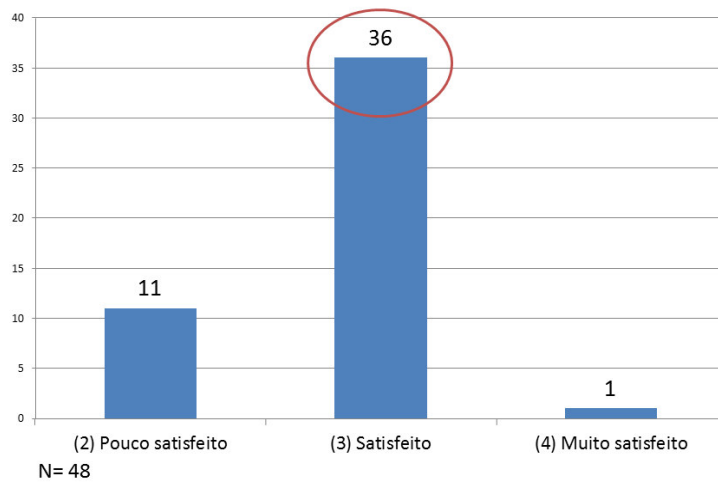
- Descrever alguns conceitos sobre liderança e motivação;
- Enumerar as teorias de liderança e motivação explanadas;
- Identificar as principais estratégias para se concretizar uma mudança, reconhecendo os fenómenos de resistência associados.



**QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO DOS
ENFERMEIROS DO SU RELATIVAMENTE À
LIDERANÇA DOS
COORDENADORES E SUB-COORDENADORES
JULHO 2013**

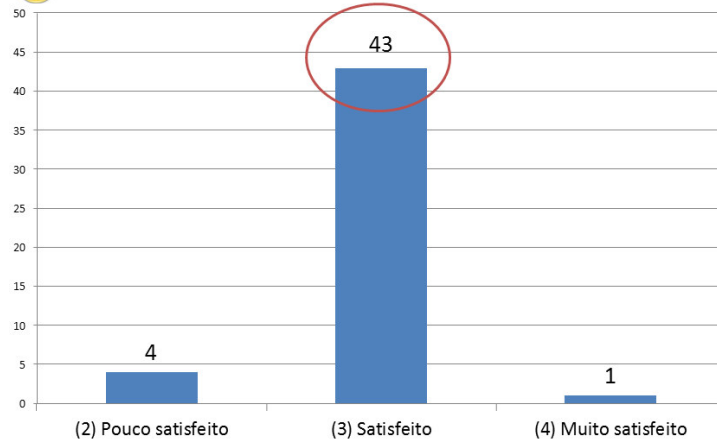


1. Desempenho dos coordenadores do SU





2. Desempenho dos sub-coordenadores do SU



N= 48

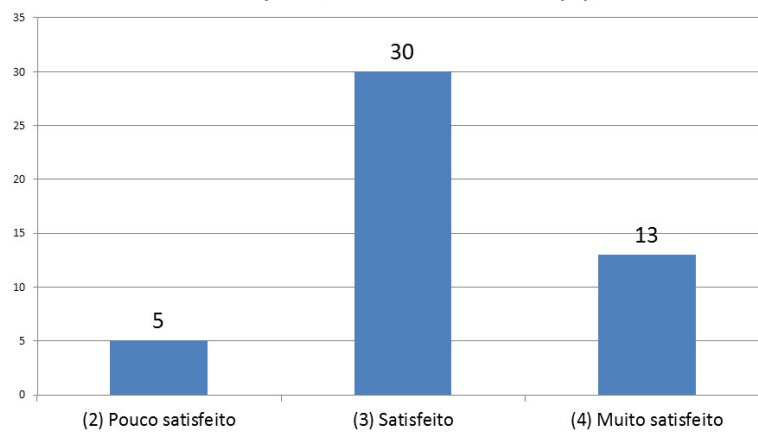


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 5 / Vasco Neves



3. Desempenho do seu coordenador de equipa



N= 48

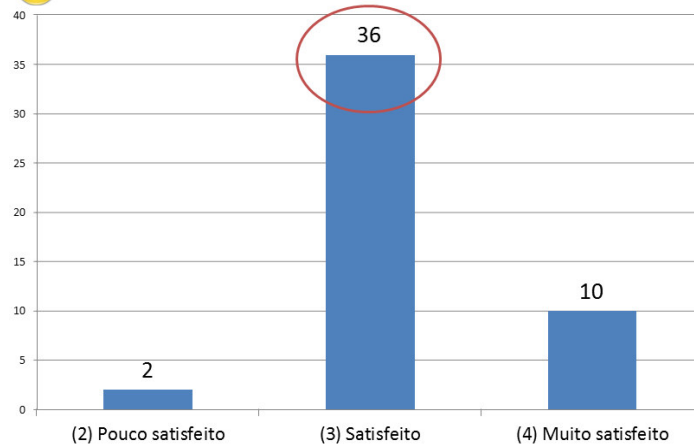


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 6 / Vasco Neves



4 . Desempenho dos seus sub-coordenadores de equipa



N= 48

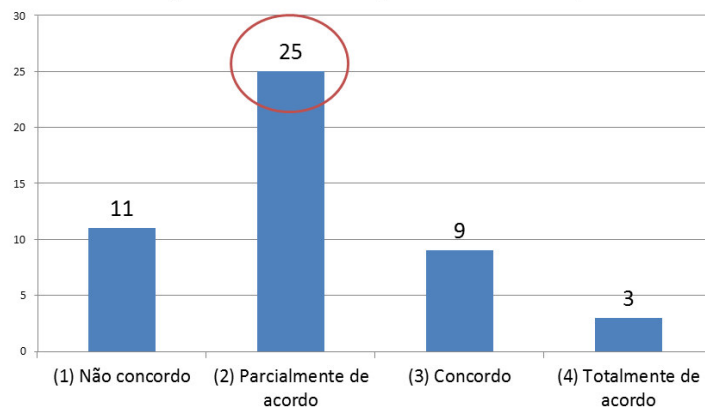


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 7 / Vasco Neves



5. Os problemas do serviço de urgência estão na maioria das situações relacionados com problemas de liderança?



N= 48

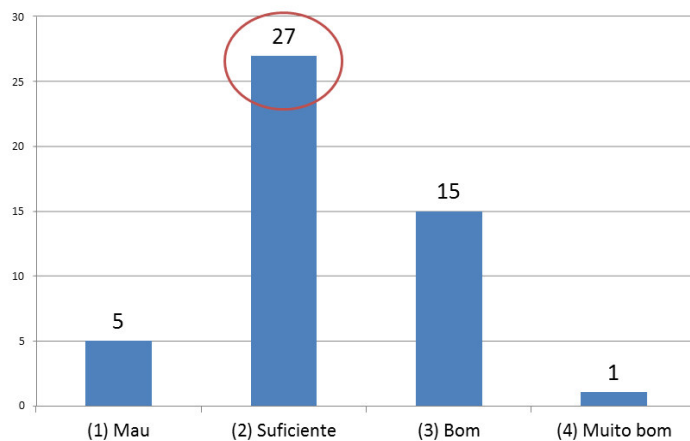


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 8 / Vasco Neves



6. De forma global como avalia o desempenho dos líderes do SU



N= 48

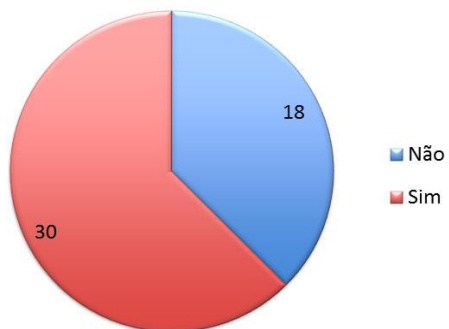


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 9 / Vasco Neves



7. É fácil compreender quem são os líderes no SU?



N= 48

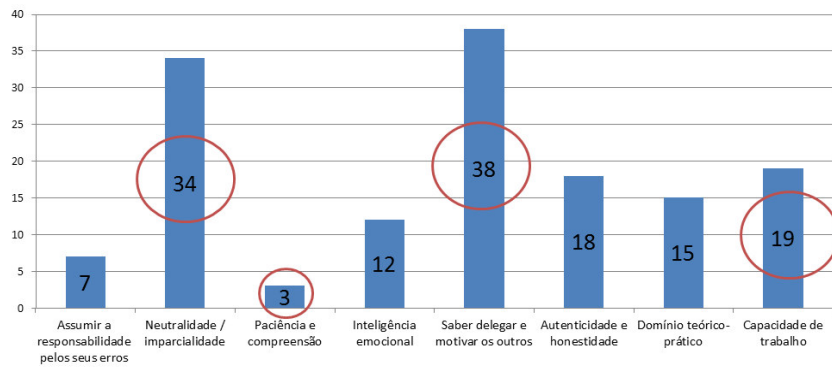


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 10 / Vasco Neves



8. Escolha apenas 3 (três) características que mais aprecia num líder



NR= 144

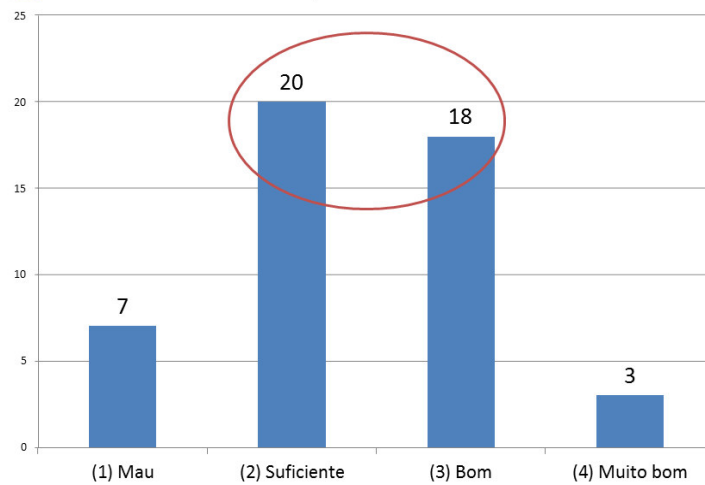


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 11 / Vasco Neves



9. Nível de motivação atual relativamente ao SU



N= 48



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 12 / Vasco Neves

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

CONCEITOS

Processo que visa desenvolver as capacidades dos indivíduos, de forma a reconhecer essa necessidade usando o pensamento e os ensinamentos do líder.

Robins (1991) citado por DIAS (2001)

Ato de influência interpessoal exercida numa determinada situação e orientada pelo processo comunicacional. A motivação para algo assume enorme importância e assim o papel do Líder tem uma relevância ímpar para esse fim.

CHIAVENATO (1987)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 13 / Vasco Neves

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

CONCEITOS

O Líder é aquele que tem a capacidade de direcionar os subordinados para as tarefas a desempenhar (Frederick Taylor)

O modelo taylorista tinha uma forte vocação para as funções administrativas de planeamento, organização, comando, coordenação e controlo, com grande impulso a partir da 2ª década do século passado (Wikipédia)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 14 / Vasco Neves

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA DA CONTINGÊNCIA



Fiedler, (1967) citado por DIAS, (2001)



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA DA CONTINGÊNCIA



Fiedler, (1967) citado por DIAS, (2001)



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA PATH-GOAL

- O comportamento do líder influencia a satisfação e o desempenho dos subordinados.



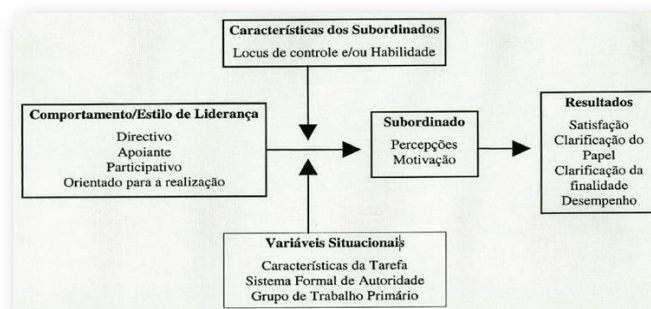
- Os subordinados alcançam os objetivos e o líder atribuiu as recompensas, procurando ser um elemento facilitador numa perspetiva de reduzir os obstáculos e os imprevistos, e aumentar as oportunidades de satisfação pessoal dos indivíduos no desempenho das suas funções.

Robert House (1971) citado por DIAS (2001)



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA PATH-GOAL



Fonte: Luthans, Fred - Organizational Behavior, 8 th. ed., Irwin/McGraw-Hill, India,1(in DIAS, 2001).



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA SITUACIONAL

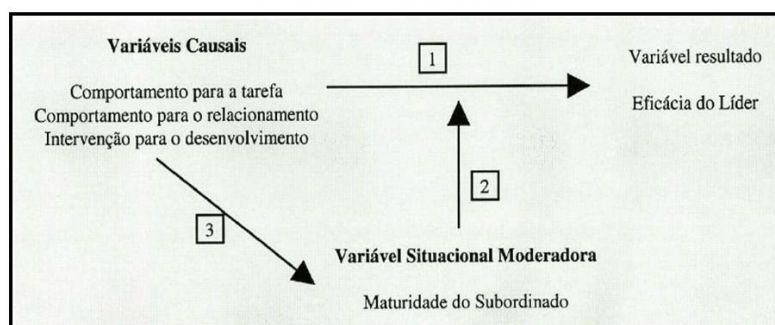
- Também considerada contingencial;
- Centra o seu foco nos indivíduos liderados, salientando a importância da motivação promovida pelo líder como forma de incrementar a atitude nos indivíduos;
- Um Líder eficaz é aquele que consegue motivar o comportamento dos subordinados quer para a *tarefa* quer para o *relacionamento* , através de um profundo conhecimento dos mesmos e tendo em consideração o seu nível de maturidade.

Hersey e Blanchard, (1977) citado por DIAS, (2001)



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA SITUACIONAL



HERSEY & BLANCHARD

Fonte: Yukl, Gary A. - Leadership in Organizations, 2nd ed., Prentice-Hall Inc., New York, 1989 (in DIAS, 2001).



LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIA SITUACIONAL

- O líder promove o comportamento orientado para a tarefa de uma forma inversamente proporcional à maturidade dos colaboradores e aumenta o comportamento orientado para o relacionamento no mesmo sentido do aumento da maturidade dos mesmos.
- **Colaboradores com pouca maturidade** adotam comportamentos fortemente **orientados para a tarefa**; colaboradores **maturidade elevada** comportamento fortemente **orientado para o relacionamento**.

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS

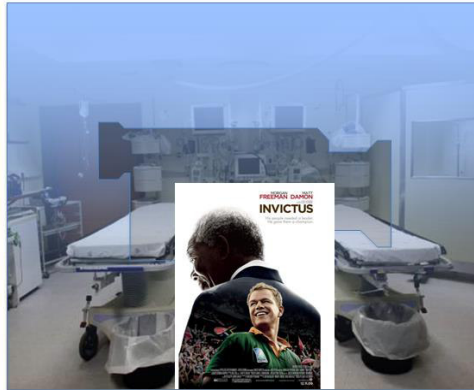
TEORIAS

Fenómeno de poder e o poder é uma capacidade do líder exercer influência.

Podemos classificar o poder em função das suas características e da direção das suas influências.

- **Poder de Recompensa**, tem a ver com a perceção que o liderado tem sobre o seu líder ser capaz de conceder recompensa.
- **Poder de Coerção**, tem a ver com perceção que o liderado tem do seu líder em controlar as possíveis punições.
- **Poder Legítimo**, baseia-se na aceitação do direito do líder pedir ou mandar e na obrigação do liderado obedecer.
- **Poder de Referência**, baseia-se na identificação e admiração que o liderado tem pelo seu líder. Poder de Competência, tem a ver com a perceção que o liderado possui sobre os conhecimentos e competências especiais do líder.

LIDERANÇA: CONCEITOS E TEORIAS



MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

CONCEITOS

“tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma, isto é, tudo aquilo que dá origem a alguma propensão, a um comportamento específico”. “... é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento visando à satisfação de uma ou mais necessidades”.

CHIAVENATO (1987, p. 189)

A motivação é algo que tem origem no interior de cada indivíduo. Os superiores hierárquicos não podem diretamente motivar os seus subordinados, mas podem criar ambientes capazes de desenvolver o potencial humano.

(APOLINÁRIO, 2012)



MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

CONCEITOS

"uma grandeza vectorial, pois define-se por uma **direcção** (necessidade, incentivo, finalidade) e por uma **intensidade** (pulsão ou impulso) ...

A motivação é assim um processo despertado por uma necessidade e estimulado e guiado por um impulso".

Rodrigues (1998) citado por DIAS (2001:80)

MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

CONCEITOS

"uma disposição para agir, condicionada pela capacidade e habilidade em satisfazer uma necessidade do indivíduo. Esta necessidade é uma deficiência fisiológica ou psicológica que faz parecer certo tipo de resultados atrativos, e que estando por satisfazer cria tensão, estimulando os impulsos do indivíduo, que por sua vez geram uma procura de metas a atingir no sentido da satisfação da necessidade e da redução da tensão".

Robbins (1996) citado por DIAS (2001:83)

MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

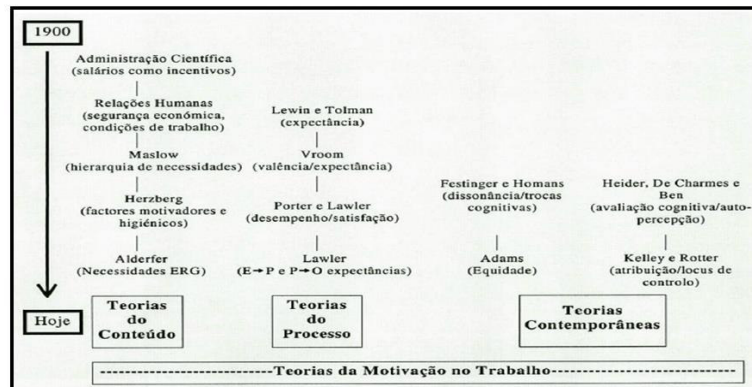
TEORIAS

Taylor um importante impulsionador das questões da liderança, aqui também podemos salientar que ao introduzir o incentivo do salário, parece ter sido a primeira abordagem na área de motivação no trabalho



MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIAS



Teorias da Motivação no trabalho

Fonte: Luthans, Fred-Organizational Behavior, 8th. Ed., Irwin/McGraw-Hill, India, 1998 in (DIAS, 2001, p.87)

MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

TEORIAS

A teoria de Maslow estabelece também o seu contributo, pois, além de definir a *ordem de prioridades* e a forma como vão surgindo novas e mais complexas necessidades, considera na sua definição as diferentes dimensões do indivíduo: **biológica, social, psicológica, espiritual e ambiental**



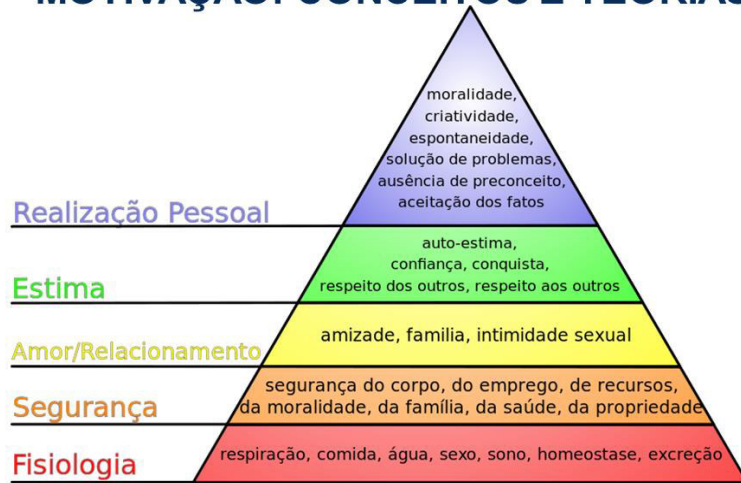
MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS



Pirâmide das Necessidades de Abraham Maslow



MOTIVAÇÃO: CONCEITOS E TEORIAS

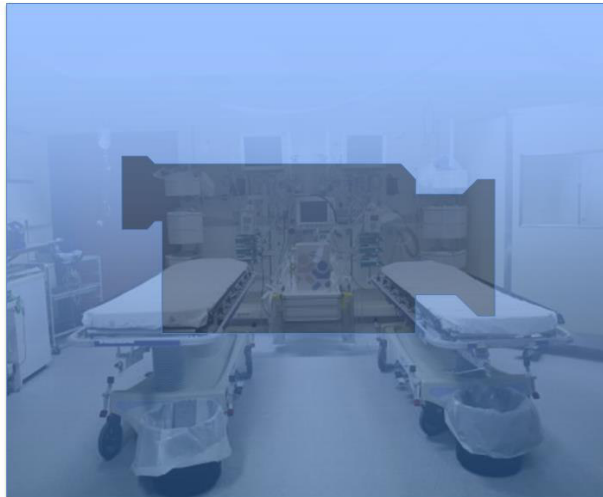


Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 31 / Vasco Neves



G:\liderança e motivação- quais as estratégias para a mudança\FORMAÇÃO URGÊNCIA\O melhor vídeo de motivação a liderança.mp4



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 32 / Vasco Neves



Parte II

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO

Quais as estratégias para a mudança

Vasco Neves

Gaia perde para o Santo António

RELATÓRIO ontem divulgado vem confirmar o que andava no ar há meses e que já motivou forte contestação. Os peritos querem reduzir o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de Gaia a Médio e Grande Urgência (MAGU) e o Hospital de Gaia a Hospital de Dia (HD) e Hospital de Emergência (HE). O relatório diz que Gaia e Santo António devem "desenvolver em comum a organização da resposta polivalente à área Sul do Douro (Feira, Arouca) da ARS Norte, numa estratégia concertada". Ao JN, o presidente do Conselho de Administração do Hospital de Gaia afirmou que a proposta não atende às necessidades da população do Grande Porto. Alvaro Monteiro diz estar "tranquilo" sobre a manutenção do estatuto da urgência, realçando que é em Gaia e não no Santo António que estão as valências necessárias a uma urgência polivalente.

HOSPITAL DE GAIA CRÍTICA PROPOSTA QUE DESPROMOVE A URGÊNCIA

Ministro garante que não vai desqualificar urgência

Casal sus| Urgência

GAIA

O MINISTRO DA SAÚDE garantiu, ontem, que "não existe qualquer intuito de despromover a urgência de Gaia". Paulo Macedo reconheceu, ainda, que as instalações daquela unidade de saúde, que serve um universo de cerca de 700 mil pessoas, "não são condignas". Falando aos jornalistas à margem de uma visita que efetuou ontem de manhã ao Centro de Conferência de Furtos, Paulo Macedo disse que despromover a urgência daquela unidade hospitalar "não fazia qualquer sentido".

Grande contestação

A possibilidade de despromoção do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Gaia Espinho tem causado grande polémica, com atrasos, utentes e profissionais de saúde a contestarem. Até porque, na comissão que o Governo criou para analisar a reestruturação das urgências hospitalares, a unidade de Gaia não tinha qualquer representante.

Só ontem falou

Apesar do grande movimento de contestação, só ontem o ministro tomou uma posição pública e oficial sobre a polémica.

"O que existe é o intuito de uma melhor organização como o Hospital Santo António", bem como o intuito de "melhorar as instalações do Hospital de Gaia, que claramente precisa", disse Paulo Macedo, citado pela Lusa.

O governante lembrou estar em curso um plano de melhoria de urgências de diversos hospitais, designadamente Leiria, Figueira da Foz e Faro, sendo que o Ministério depois "traz que olhar" para Gaia, "porque as instalações não são condignas".

Há muitos anos que profissionais, utentes e autarcas reclamam um novo hospital em Gaia. Por várias vezes houve promessas para a sua construção. Mas, outra, avaliada em 40 milhões de euros, nunca saiu do papel.

Urgência mantém-se, garante Paulo Macedo

Gaia, porque as instalações não são condignas

Instalações da unidade não são condignas, diz o ministro

Alguns familiares do casal internado no Hospital de Gaia

O jovem ci vezes cons de Gaia (C saúde não estão inter constrói

TÓPICOS

Gripe

Vírus

México

Porto

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 34 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

A mudança é uma alteração de comportamentos com vista a melhorar uma situação.



“um acto ou processo onde ocorre alteração ou modificação de uma situação existente, tornando-a diferente”.

(SILVA, 1991, p. 223)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 35 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

“a organização deve ser considerada um sistema aberto, em constante interação com o meio, recebendo matéria-prima, pessoas, energia e informações e transformando-as ou convertendo-as em produtos e serviços que são exportados para o meio ambiente”

(CHIAVENATO, 1987, p. 363)

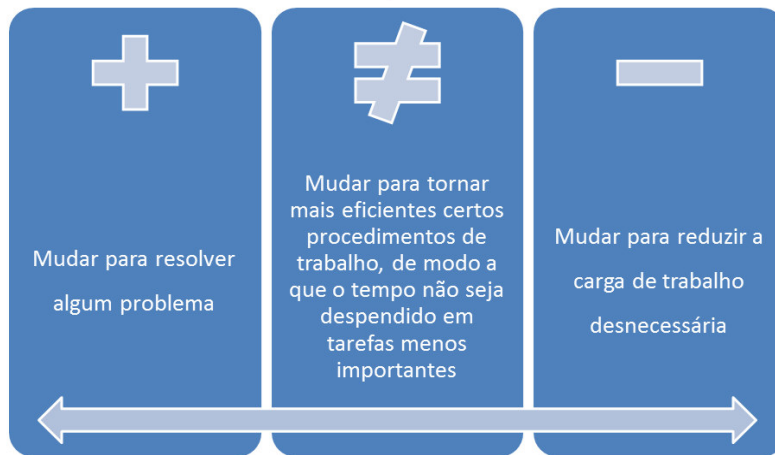


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 36 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

Dimensões da Mudança: *institucional ou estrutural, tecnológica e comportamental*. (SILVA, 1991, p. 225)

A mudança na **dimensão institucional ou estrutural** pode ser relacionada com:

- Objetivos e filosofia do grupo de trabalho;
- Estrutura organizacional do serviço;
- Forma de organização e divisão do trabalho e delimitação de funções desempenhadas pelos enfermeiros;
- Estabelecimento de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
- Sistemas de informação



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

A mudança na **dimensão tecnológica**, está relacionada com:

- A aplicação de novos métodos de trabalho e planeamento dos cuidados de enfermagem;
- A introdução de novos equipamentos e materiais;
- O desenvolvimento de novos procedimentos específicos.

A mudança, na sua **dimensão comportamental**, envolve:

- O relacionamento interpessoal;
- A liderança e coordenação de um grupo de trabalho;
- O compromisso e responsabilidade de cada enfermeiro;
- A motivação e o desempenho individual do enfermeiro.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

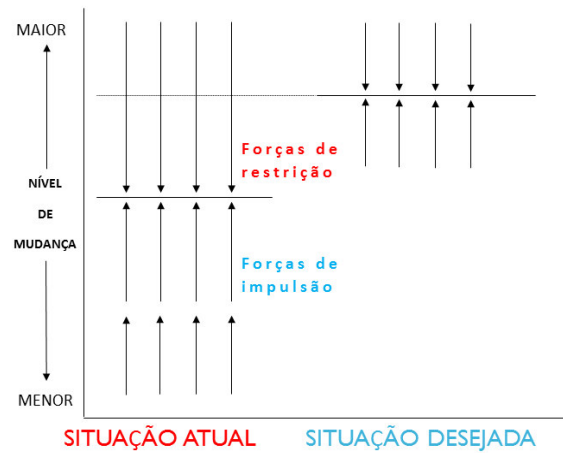
Definições

Em todos os processos de mudança podemos encontrar campos de forças que vão condicionar a própria mudança, são consideradas de **impulsão** e de **restrição**, ou seja, forças que vão impulsionar a mudança e forças que vão atrasar o processo de mudança.

Lewin (1965), citado por (SILVA, 1991)



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA



Forças da Mudança - Fonte: Lewin (1965), in (SILVA, 1991, p. 229)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 41 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

Quando falamos de **forças de impulsão**:

- pressão do administrador,
- desejo de agradar às chefias,
- processos de avaliação de desempenho com a conseqüente progressão,
- percepção de que o processo de mudança melhora a auto-imagem e a convicção de que a mudança melhora a situação.

(MARQUIS & HUSTON, 1996)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 42 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Definições

Relativamente às **forças restritivas**

- conformidade com as normas ética e moral,
- o desejo de segurança,
- a ameaça económica ou ao prestígio,
- mecanismos reguladores para manterem as situações constantes e rotineiras.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Níveis no processo de mudança

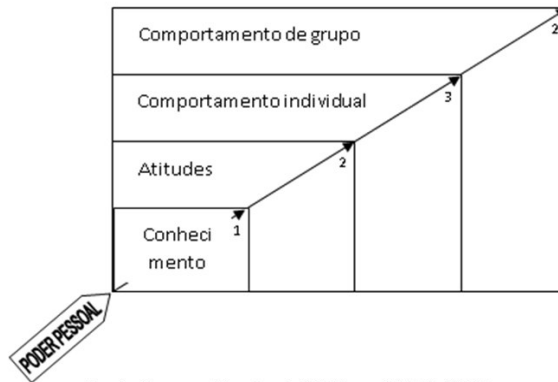
- **Do conhecimento**, em que a formação constitui a peça chave deste nível, porque permite aumentar o conhecimento e assim facilitar a mudança de atitudes. Poderá ser o nível mais fácil de atingir;
- **Da atitude**, que depende da carga positiva ou negativa do objeto da mudança. Quando a carga emocional é negativa, dificilmente se vai conseguir alterações a nível comportamental;
- **Do comportamento individual**, que é o reflexo das mudanças ao nível do conhecimento e da atitude e se esta for positiva, verifica-se uma mudança a nível do comportamento individual;
- **Do comportamento grupal**, sendo o mais difícil de atingir, pois a mudança do comportamento coletivo depende da mudança no comportamento individual, de cada elemento do grupo.

(SILVA, 1991, p. 231),



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Ciclo de mudança participativa



Fonte: Hersey e Blanchard (1986), em (SILVA, 1991)

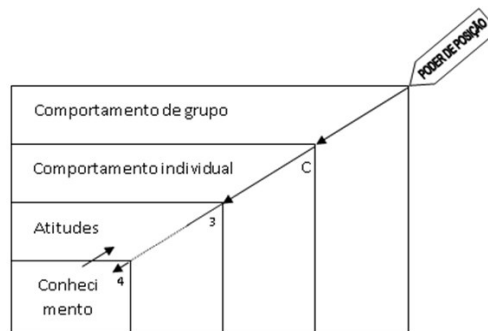


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 45 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Ciclo de mudança directiva



Fonte: Hersey e Blanchard (1986), em (SILVA, 1991)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 46 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança



MOVIMENTO MUDANÇA



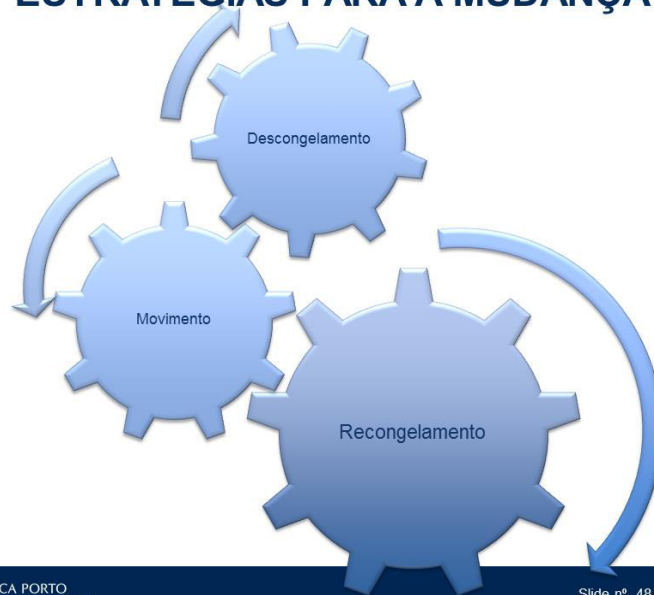
Para Lewin (1951), citado por (MARQUIS & HUSTON, 1996, p. 94),



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 47 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 48 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

Fase de descongelamento, é importante relaxar as forças que permitem manter a consistência da organização, também designado por “status-quo”, para que os elementos da organização sintam a necessidade de mudança e acreditem neste processo. Está relacionada com a motivação e associada a fenómenos de ansiedade, podendo ocorrer por aumento das forças de impulsão ou por diminuição das forças de restrição.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fase de movimento, consiste na transformação e reordenação. “uma vez que o indivíduo tenha sido preparado para a mudança, está apto para aceitar novos padrões de comportamento”

(SILVA, 1991, p. 234)

Nesta etapa os elementos estão mais sensíveis para aceitar novos padrões de conduta, através de três mecanismos:

- *A identificação* – com a realidade;
- *A interiorização* – Comportamento no sentido de aceitar novos padrões;
- *O cumprimento* – Aceitação de novas regras.

MOVIMENTO
MUDANÇA



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

“A mudança deve ser implementada gradualmente. (...) Qualquer mudança no comportamento humano ou nas percepções, atitudes e valores por trás daquele comportamento leva tempo. Portanto, (...) deve proporcionar tempo para que todos os envolvidos a assimilem totalmente”.

(MARQUIS & HUSTON, 1996, p. 94)

**MOVIMENTO
MUDANÇA**



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 51 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

Fase de recongelamento ou imobilização, consiste na estabilização da mudança, verifica-se a integração de novos conhecimentos, atitudes positivas e comportamentos, que devem ser reforçados pelos líderes da organização.



O termo deste ciclo não implica o fim do processo de mudança, pelo contrário, novas necessidades podem emergir e levar ao início de novos ciclos.



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 52 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

Na **fase de descongelamento**, o agente de mudança é responsável por:

- Efetuar a colheita de dados;
- Diagnosticar o problema;
- Decidir a necessidade de mudança;
- Conscientizar o grupo para a necessidade de mudança.

Na **fase de movimento** ou reordenação deve estar preparado para:

- Desenvolver um plano com objetivos e prazos;
- Identificar áreas de apoio e resistência;
- Desenvolver estratégias apropriadas, não esquecendo os fenómenos de resistência;
- Implementar e avaliar a mudança.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

Na **fase de recongelamento ou imobilização**, o agente de mudança, deve estar preparado para oferecer apoio, para que a mudança concretizada se mantenha.



(MARQUIS & HUSTON, 1996, p. 96).



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Fases da mudança

Foram identificadas **dez fases emocionais** presentes num processo de mudança e que estão inseridas nas fases descritas anteriormente.

- Na **descongelamento** podemos encontrar as fases emocionais de “equilíbrio”, “negação”, “irritação” e “negociação”.
- Na etapa do **movimento**, verifica-se o “caos”, a “depressão” e a “resignação”.
- Na etapa de **recongelamento** “prontidão” e o “ressurgimento”.

Perلمان e Takacs (1990), citados por (MARQUIS & HUSTON, 1996)



Descongelamento	Equilíbrio	Caracterizado por equilíbrio emocional e intelectual.
	Negação	O indivíduo nega a realidade da mudança.
	Irritação	Manifestada por raiva, inveja e ressentimentos.
	Negociação	Numa tentativa de eliminar a mudança, gasta-se energia negociando.
Movimento	Caos	Sentimentos de impotência, insegurança e perda de identidade.
	Depressão	Os mecanismos de defesa não funcionam, não há mais energias para produzir resultados.
	Resignação	Mudança aceite passivamente, mas sem entusiasmo.
Recongelamento	Abertura	Há renovação de energia para implementar novas funções que resultaram da mudança.
	Prontidão	Gasto intencional de energia para explorar novos eventos.
	Ressurgimento	O indivíduo sente-se forte novamente e começa a colocar em prática projectos e ideias.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

Três tipos de estratégias:

- *Racionais-empíricas;*
- *Normativas-reeducativas;*
- *Coercivas de poder.*



Bennis, Benne e Chin (1969), citado por (MARQUIS & HUSTON, 1996),



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 57 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 58 / Vasco Neves

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

- As **estratégias racionais-empíricas** consistem na utilização de informação factual, por parte do agente de mudança, como meio de evidenciar a necessidade de mudança.
- O agente de mudança parte do pressuposto que o **homem é um ser racional** e que os factos apresentados são suficientemente fortes para despertar a vontade de mudar.
- Esta estratégia é muito utilizada quando **está prevista pouca resistência** ao processo de mudança, ou seja, quando ela desejável ou aceitável.

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

As **estratégias normativas-reativas** são caracterizadas pela utilização de normas de grupo, que o influenciam a desencadear o processo de mudança. O Homem é por natureza um ser social e por isso são evidenciados os papéis, as relações entre as pessoas, as atitudes e os sentimentos para aumentar a aceitação.



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

As *estratégias coercivas de poder*, segundo baseiam-se “na aplicação do poder por autoridade legítima, sanções económicas ou influência política do agente de mudança”, onde o indivíduo só é recompensado se se verificar a mudança. (MARQUIS & HUSTON, 1996, p. 99)



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

Quatro fatores como promotores da resistência à mudança:

- Se as pessoas *reconhecem as mudanças como ameaçadoras* para algum aspeto da sua vida na organização;
- As *mudanças sugeridas de fora*, podem ser percebidas pelas chefias como ameaçadoras do seu prestígio e autoridade e serem entendidas como uma crítica negativa ao seu trabalho;
- Os indivíduos e grupos têm tendência a oferecer *resistência a qualquer processo de mudança*, que não tenha sido desejada por eles;
- A *força da resistência é proporcional à magnitude da mudança*, ou seja, mudanças pequenas geram oposições pequenas e grandes mudanças podem surgir como grandes ameaças para o indivíduo ou grupo de trabalho.

House (1980), citado por (FERREIRA, 2001, p. 540),

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

Conjunto de fatores que podem contribuir para a resistência à mudança por parte dos membros de uma organização:

- Perda de controlo, no sentido em que as pessoas são mais objeto da mudança do que os seus promotores;
- Demasiada incerteza ou falta de informação sobre o que se vai passar no futuro;
- Decisões são implementadas sem informação ou preparação prévia;
- Custos inerentes, há interrupção de rotinas e não sabem como atuar corretamente;
- Preocupações com a competência para a realização de novas atividades decorrentes da mudança;



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

- Maior quantidade de trabalho e dispêndio de energia requeridas pelo processo de mudança;
- “Efeitos ondulados” que se traduzem em indução de outras mudanças não previstas;
- Ressentimentos passados, que se manifestam em desconfiança pelas promessas anteriores não cumpridas e em desinteresse pela mudança a realizar;
- Ameaças reais, em termos de condições de trabalho, de emprego e outras.

Kanter (1992) citado por (FERREIRA, 2001)



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

Três processos que podem ser associados à participação dos trabalhadores em processos de mudança:

1. **O processo motivacional é fundamental**, porque o trabalhador tem oportunidade de participar sobre o que é desejável em termos de mudança e ao ser envolvido nesse processo, são reduzidas algumas forças de resistência;
2. **A natureza da mudança** pode permitir ao trabalhador estruturá-la de acordo com os seus interesses pessoais e organizacionais, maximizando os benefícios que pode obter;



ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

Concretizar a mudança e ultrapassar a resistência

3. **A comunicação**, vai permitir uma melhor compreensão e aceitação dos objetivos e assim reduzir as forças de resistência se a mudança for entendida como favorável, e, se os trabalhadores tiverem oportunidade de influenciar o processo.

Lawler (1986), citado por (FERREIRA, 2001, p. 541)





BIBLIOGRAFIA

APOLINÁRIO, J. (Jan/Mar de 2012). ACERCA DA MOTIVAÇÃO. *Revista Dirigir*, pp. 3-7.

BASTO, M. L. (1998). Da Intenção de mudar à mudança - Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

CARMO, M., & VENTURA, E. (Maio de 2003). Revista Sinais Vitais, nº 48 . *Processos de mudança nas estruturas organizacionais de saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

CHIAVENATO, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.

DIAS, C. (Junho de 2001). A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM. *Dissertação de Mestrado - A Liderança em Enfermagem: Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação*. Porto, Porto, Portugal: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

FERREIRA, J. e. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Amadora: McGraw-Hill.

MARQUIS, B., & HUSTON, C. J. (1996). *Administração e Liderança em Enfermagem Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.

SILVA, V. (1991). *Mudanças em Enfermagem. Paulina Kurcgant - Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.

Wikipédia. (s.d.). Obtido em 10 de Junho de 2013, de Wikipédia, a enciclopédia livre: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Taylorismo>



Anexo IIc – Questionário de avaliação da formação



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Solicita-se o preenchimento do seguinte questionário, cujo objetivo é conhecer a sua opinião acerca da ação de formação que está a frequentar de forma a melhorarmos continuamente.

Ação de Formação: **LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO: Quais as estratégias para a mudança**

Formador: **Vasco Manuel da Silva Neves**

Data 11/JULHO/2013

1. Tendo em consideração as suas expectativas relativamente a esta acção de formação, como avalia o seu grau de satisfação?

(1) Nada satisfeito

(2) Pouco satisfeito

(3) Satisfeito

(4) Muito satisfeito

2. Considerando a sua atividade profissional, acha que esta acção de formação lhe vai ser:

(1) Nada útil

(2) Pouco útil

(3) Útil

(4) Muito útil

3. Pensa que estará em condições de aplicar no seu posto de trabalho o que aprendeu/refletiu nesta Acção de formação:

(1) Nunca

(2) A longo prazo

(3) A curto prazo

(4) De imediato

4. Os objetivos da Acção de formação foram apresentados pelo formador de forma:

(1) Confusa

(2) Pouco clara

(3) Clara

(4) Muito clara

5. Avalie a intervenção do formador em relação aos seguintes critérios:

	(1) Má	(2) Suficiente	(3) Boa	(4) Muito boa
a. Domínio dos assuntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Acessibilidade da linguagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Criatividade na apresentação dos temas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dinamismo e motivação para a aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. De uma forma global, como avalia o desempenho do formador?

(1) Mau	(2) Suficiente	(3) Bom	(4) Muito bom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Acha que as condições da sala de formação, nos seguintes aspetos, foram:

	(1) Más	(2) Suficientes	(3) Boas	(4) Muito boas
a. Iluminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Acústica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Que outros assuntos gostaria que tivessem sido abordados para uma maior adequação às suas necessidades?

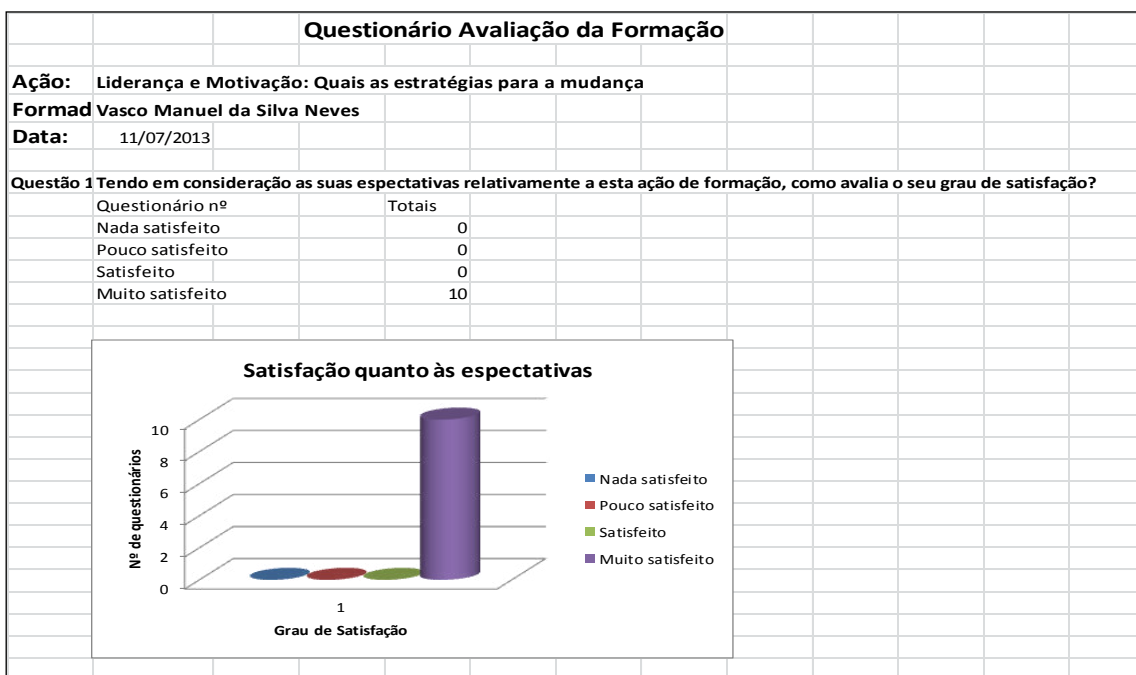


9.

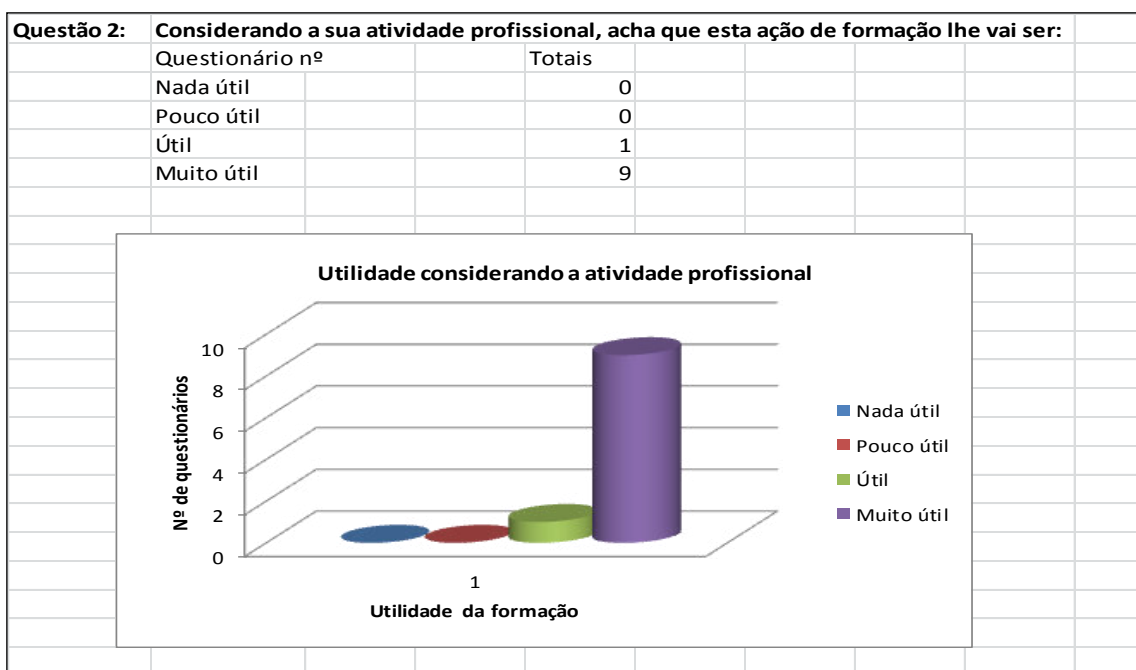
Críticas e sugestões:

Obrigado pela sua colaboração

Anexo II d – Tratamento de dados do questionário de avaliação da formação



Relativamente à 1ª questão verificamos que a totalidade dos formandos ficou muito satisfeita.



Tendo em consideração a atividade profissional verificamos que quase a totalidade dos formandos considerou a formação muito útil.

Questão 3: Pensa que estará em condições de aplicar no seu posto de trabalho o que aprendeu/ refletiu nesta Ação de Formação:

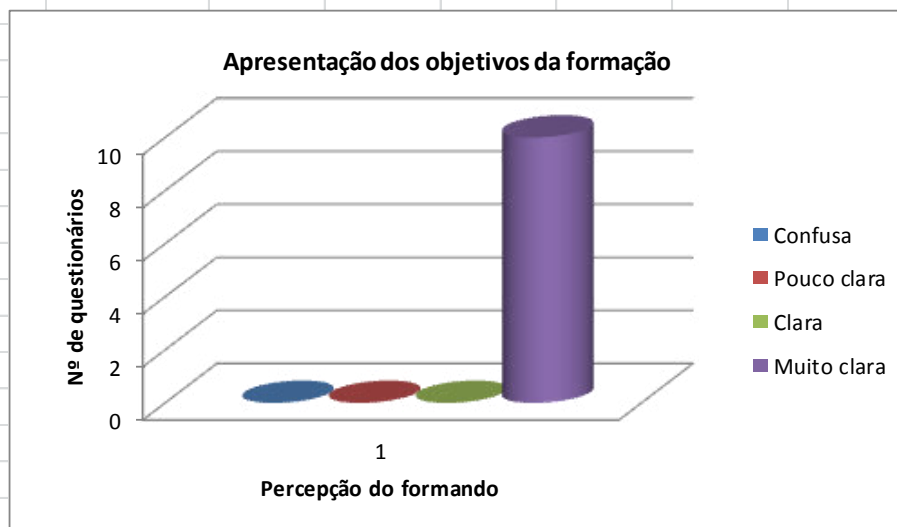
Questionário nº	Totais
Nunca	0
A longo prazo	2
A curto prazo	5
De imediato	3



Em relação à 3ª questão verificamos que metade dos formandos considera que está em condições de aplicar no local de trabalho o que aprendeu e refletiu a curto prazo.

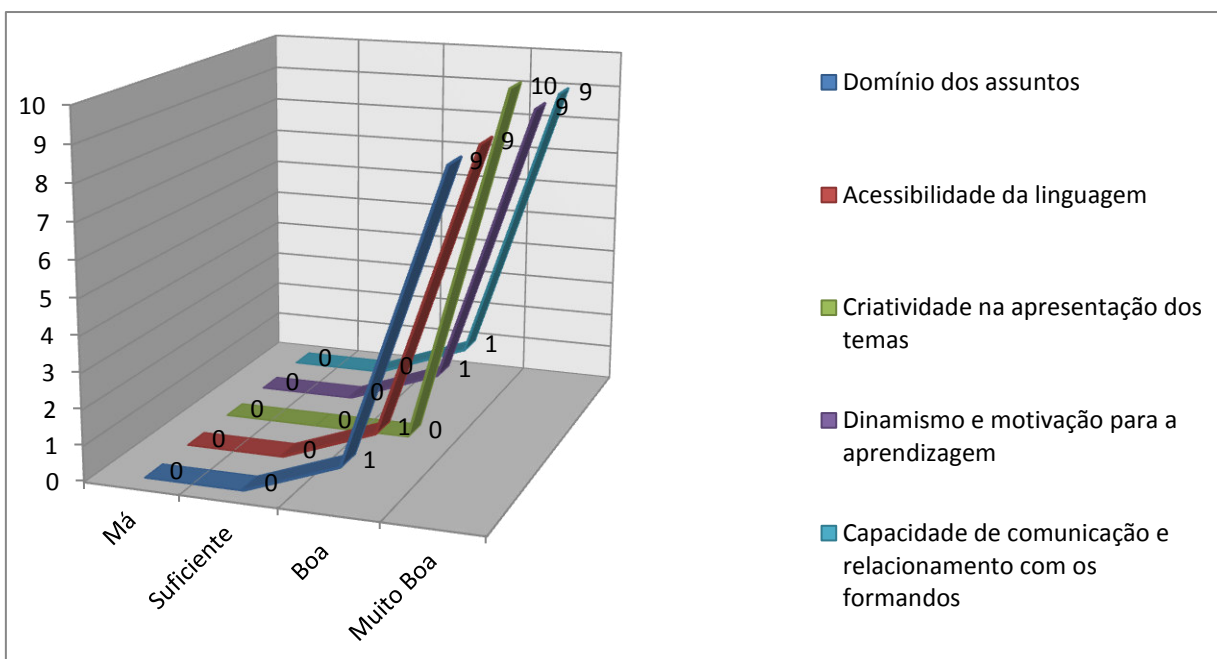
Questão 4: Os objetivos da Ação de Formação foram apresentados pelo formador de forma:

Questionário nº	Totais
Confusa	0
Pouco clara	0
Clara	0
Muito clara	10

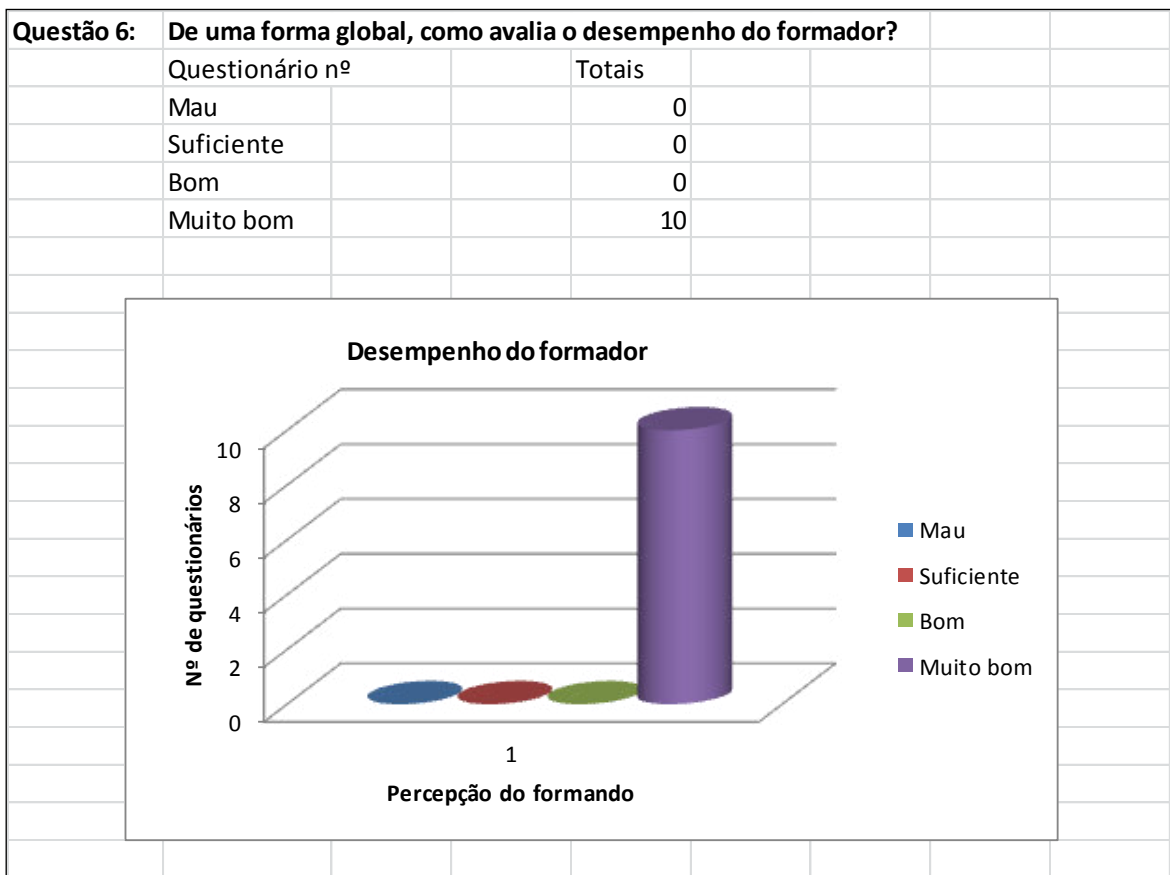


Verificamos que a totalidade considera que os objetivos foram apresentados de forma muito clara.

Questão 5: Avalie a intervenção do formador em relação aos seguintes critérios:			
a) Domínio dos assuntos:			
Questionário nº		Totais	
Má		0	
Suficiente		0	
Boa		1	
Muito Boa		9	
b) Acessibilidade da linguagem			
Questionário nº		Totais	
Má		0	
Suficiente		0	
Boa		1	
Muito Boa		9	
c) Criatividade na apresentação dos temas			
Questionário nº		Totais	
Má		0	
Suficiente		0	
Boa		0	
Muito Boa		10	
d) Dinamismo e motivação para a aprendizagem			
Questionário nº		Totais	
Má		0	
Suficiente		0	
Boa		1	
Muito Boa		9	
e) Capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos			
Questionário nº		Totais	
Má		0	
Suficiente		0	
Boa		1	
Muito Boa		9	

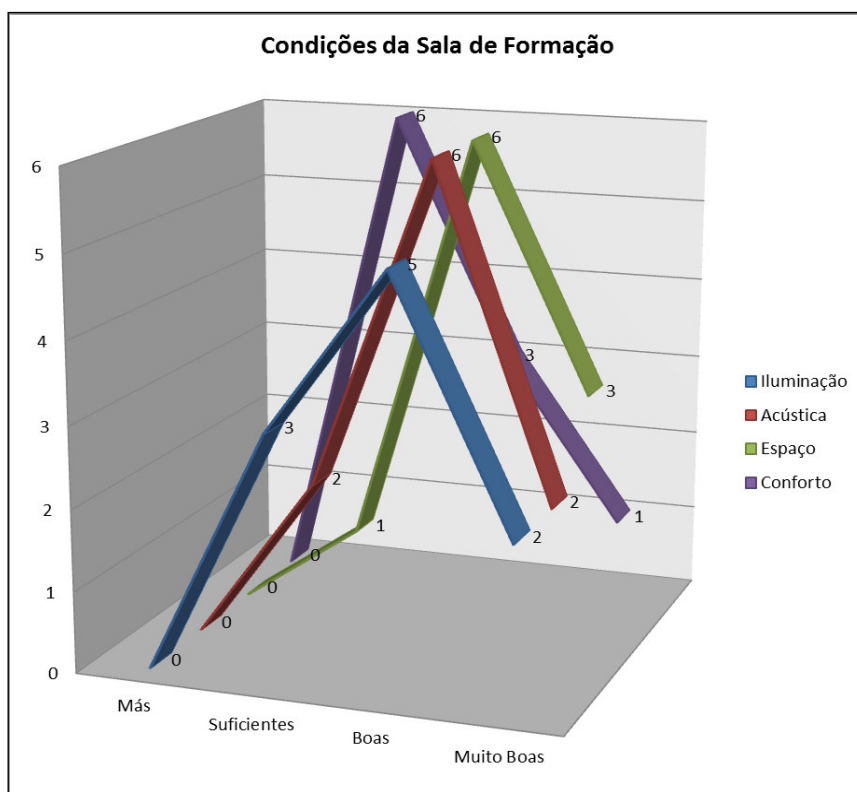


Relativamente à 5ª questão verificamos que a maioria considera que foi muito boa a intervenção do formador relativamente ao domínio do assunto, acessibilidade da linguagem, criatividade na apresentação do tema, dinamismo e motivação para a aprendizagem e capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos.



Sobre o desempenho do formador verificamos que a totalidade considera que foi muito bom.

Questão 7: Acha que as condições da sala de formação, nos seguintes aspectos, foram:	
a) Iluminação	
Questionário nº	Totais
Más	0
Suficientes	3
Boas	5
Muito Boas	2
b) Acústica	
Questionário nº	Totais
Más	0
Suficientes	2
Boas	6
Muito Boas	2
c) Espaço	
Questionário nº	Totais
Más	0
Suficientes	1
Boas	6
Muito Boas	3
d) Conforto	
Questionário nº	Totais
Más	0
Suficientes	6
Boas	3
Muito Boas	1



Verificamos que a maioria considera que as condições da sala de formação foram boas relativamente à iluminação, acústica, espaço e suficientes relativamente ao conforto.

Anexo III – Estudo Epidemiológico sobre: Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na UCIP do CHVNG/E



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

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

Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados
na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
do Centro Hospitalar Gaia/Espinho

Aluno: Vasco Manuel da Silva Neves N° 361612004

Orientação de: Professora Lúcia Rocha

Co-orientação de: Professor Paulo Alves

Porto, Novembro de 2013

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - UP de Categoría I.....	179
Figura 2 - UP de categoría II.....	180
Figura 3 - UP de categoría III.....	181
Figura 4 - UP de categoría IV.....	182

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por género da População.....	189
Tabela 2 - Avaliação pela Escala de Braden da População.....	189
Tabela 3 - Distribuição por diagnósticos médicos da População	191
Tabela 4 - Distribuição por estado de saúde.....	192
Tabela 5 - Destino dos doentes pós alta	192
Tabela 6 - Distribuição por género da amostra.....	193
Tabela 7 - Avaliação da amostra pela escala de braden	193
Tabela 8 - Categorização das up's pela escala internacional da EPUAP/NPUAP	194
Tabela 9 - Distribuição por estado de saúde.....	194
Tabela 10 - Destino dos doentes com UP pós alta da UCIP.....	195

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	175
1. ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	177
1.1. Conceitos e etiologia	177
1.2. Classificação.....	178
1.3. Escalas de avaliação do risco	182
2. METODOLOGIA	187
3. RESULTADOS.....	189
4. DISCUSSÃO	197
CONCLUSÃO.....	201
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203

INTRODUÇÃO

Na ciência moderna a matemática faz parte do núcleo central como forma de conhecermos o mundo e a forma de podermos quantificá-lo. Sabemos ainda que o futuro da investigação em enfermagem passa inevitavelmente pela promoção da prática baseada na evidência (ARAÚJO, 2012). Assim, as organizações internacionais assumiram publicamente que o exercício de enfermagem teria de ser medido de forma a poder prever o impacto das suas ações na saúde do indivíduo, família e/ou comunidade.

Na procura destes ideais destaco o Conselho Internacional de Enfermeiros, o qual considera, que, a investigação em enfermagem “é dirigida à compreensão dos mecanismos fundamentais que afetam a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para manter ou estimular o funcionamento ótimo e minimizar os efeitos negativos da doença. A investigação em enfermagem também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo-benefício do cuidar em enfermagem” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007, p. 2)

A autonomia dos enfermeiros portugueses está consagrada desde 1996, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Embora essa autonomia tenha sido conquistada pela competência demonstrada na prática, nem sempre tem sido fácil afirmar-se em áreas de maior sensibilidade. Quando estudamos UP, constatámos que o nosso processo de autonomia nesta matéria é quase pleno, tanto no tratamento, como na prevenção e na investigação. Faz por isso sentido, estudar esta temática transversal à sociedade, uma vez que é um problema real e comum a muitos países (Grupo ICE, 2006), traduzindo-se numa importante causa de morbilidade e mortalidade e as consequentes repercussões que daí advém. (ROCHA & et al., 2006)

Por outro lado, a bibliografia aponta ainda falhas importantes no capítulo da prevenção, conjugado com a multiplicidade de fatores intrínsecos e extrínsecos e a displicência na gestão de recursos humanos e materiais necessários e disponíveis (Grupo ICE, 2006).

No âmbito do desenvolvimento de competências referente ao estágio da UCIP do CHVNG/E, entendeu-se que poderia contribuir para ir de encontro ao previsto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, definido pela Ordem dos enfermeiros. Assim e considerando que este “*concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). Procurei dar resposta aos meus objetivos, nomeadamente “*Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*”. Neste intuito, e tendo em vista as atividades a desenvolver no domínio melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, a realização de sessão formativa sobre temática adequada ao local de estágio, demonstrando evidências científicas atuais, optando-se pela execução de um estudo epidemiológico sobre UP.

Os estudos epidemiológicos revelam-se muitíssimo importantes, pois constituem uma chave de acesso à informação, permitindo o planeamento e avaliação de programas, protocolos, medidas preventivas e terapêuticas, que conduzem à melhoria da qualidade assistencial (AUGUSTO & et al., 1999). Estes estudos são também denominados “*ex post facto*” pelos cientistas sociais, porque pretendem analisar factos ocorridos num passado recente, (de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013), através da colheita de dados que o programa de registos informáticos (B-ICU.CARE) proporciona. Este estudo respeitou os princípios éticos de confidencialidade, inerentes ao processo de investigação científica e foi autorizado pelas entidades competentes (Anexo IIIa).

Nesta investigação pretendia-se como objetivo geral: conhecer a prevalência, a incidência e o risco de desenvolvimento UP, dos doentes internados na UCIP, durante o período de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013. Os objetivos específicos definidos foram: identificar a prevalência e a incidência de UP; caracterizar a tipologia das UP; estratificar o risco de desenvolvimento de UP através dos registos da Escala de Braden e identificar o destino dos doentes internados na UCIP com UP.

A metodologia utilizada é a descritiva, com um enquadramento teórico inicial, onde se aborda alguns conceitos sobre UP (a sua etiologia, classificação e quais as escalas de avaliação do risco, com maior ênfase na escala de Braden que se encontra em vigor no serviço). Posteriormente, caracteriza-se a população e amostra e procede-se ao estudo e análise das variáveis. Finalmente procede-se à discussão dos resultados obtidos.

1. ÚLCERAS DE PRESSÃO

A investigação na área das feridas tem sido crescente, constatámos que profissionais, como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas têm investigado esta temática que se torna cada vez mais prevalente (ALVES P. J., 2012). Em meio hospitalar, 70% das feridas crónicas, ocorrem durante as primeiras semanas de internamento, sendo que a sua prevalência chega aos 45% nos doentes crónicos e cerca de 9% nos restantes pacientes (DELAUNOIS & et al., 1991).

De forma metafórica podemos dizer que, embora grande parte desta multidisciplinaridade possua apenas uma “relação platónica” com as UP, cabe aos enfermeiros, por natureza funcional, uma relação mais “carnal” no sentido da intimidade com as UP. Assim, o papel dos enfermeiros tem sido fundamental nas organizações nacionais e internacionais para melhor compreender esta problemática, contribuindo para a evolução das terminologias e da semântica mais adequada.

1.1. Conceitos e etiologia

A definição de UP foi evoluindo ao longo dos tempos (ALVES P. M., 2013). Optou-se por utilizar as definições mais recentes, publicadas por organismos internacionais constituídos por peritos na matéria. Então, segundo o European Pressure Ulcer Advisory Panel “uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às UP, também estão associados fatores contribuintes e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.” (EPUAP/NPUAP, 2009).

Ou seja, as UP surgem sempre que existe uma pressão não aliviada e/ou da associação com forças de torção e deslizamento, que desta forma origina processos de microtrombose e, conseqüentemente, isquemia seguido de necrose celular.

Para ROCHA & et al.(2006) as UP caracterizam-se pelo facto de apresentarem zonas de isquemia e necrose tecidual resultantes da compressão prolongada nos tecidos, pelas superfícies de apoio, contra as proeminências ósseas.

Existem alguns mecanismos que conduzem a lesão dos tecidos provocando deformação muscular e isquemia. Então a pressão a torção as forças deslizamento e o cisalhamento, são os responsáveis por provocar danos principalmente se persistirem durante algum tempo (ALVES, 2013).

Todo o tipo de forças externas que são aplicados sobre a superfície corporal são consideradas forças mecânicas externas (*external mechanical load*), como por exemplo, superfícies sólidas, colchões de ar ou água. Esta força mecânica pode ser uma força normal (pressão) quando é perpendicular à superfície da pele ou então ou uma força de cisalhamento quando é paralela à superfície da pele. Poderá ainda acontecer uma combinação das duas forças em simultâneo. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Sabe-se que a morfologia dos tecidos muda ao longo do tempo como resultado do envelhecimento, do estilo de vida e/ou por doenças crónicas. Associado a este facto, será ainda necessário considerar as propriedades mecânicas dos tecidos envolvidos; ou seja, a rigidez, a força, e as propriedades de difusão individuais. Estas variáveis são elementos chave que podem explicar a forma como os tecidos são afetados. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Um aspeto muito importante na etiologia das UP prende-se com a magnitude da carga mecânica conjugada com o tempo que esta é aplicada. Isto é, uma carga muito alta, por um período curto, ou uma pequena carga, aplicada durante um período prolongado podem igualmente levar à lesão tecidual. Existe portanto uma relação inversa entre a duração e a intensidade da pressão, podendo originar a lesão tecidual (ALVES, 2013).

1.2. Classificação

De forma a melhor identificar o tipo de lesão e as suas características é imprescindível classificá-las, para que seja possível estabelecer uma metodologia de monitorização e tratamento adequado, utilizando uma linguagem universal, facilitando a abordagem multidisciplinar.

Baseando-nos na literatura internacional, constatámos que as UP são classificadas em 4 categorias. De salientar que os termos inclassificável e Deep Tissue Injury (lesão no tecido profundo), utilizados nos Estados Unidos da América pela NPUAP, são geralmente classificados por categoria "IV" na Europa pela EPUAP (EPUAP/NPUAP,2009).

As principais organizações que estudam esta temática a nível mundial (América e Europa) designada por NPUAP e a EPUAP (2009), desenvolveram um sistema de classificação comum para as UP, muito utilizado pela comunidade internacional.

De forma a evitar os erros de classificação das UP, uma vez que se atribuía um grau diferente mediante a evolução da lesão, optou-se pela terminologia de “categoria” em substituição do “grau” ou “estadio”. Assim, atualmente existem 4 categorias de classificação para UP, excluindo as mucosas que não adotam esta categorização. De forma descritiva e utilizando a fonte da EPUAP serão definidas as categorias em vigor.

Categoria I: Eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria.



Esta categoria pode ser indicativa de pessoas “em risco” para úlcera de pressão.

*Figura 1 - UP de Categoria I
(Fonte: PUCLAS - EPUAP, 2010)*

Categoria II: Perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura dérmica que se apresenta como uma ferida superficial, com leito de coloração vermelho – rosa e sem esfacelo. Pode ainda apresentar-se sob a forma de flictena aberta ou fechada, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera seca ou brilhante, sem crosta ou equimose (indicador de lesão profunda). A categoria II não deve ser usada para descrever fissuras da pele, dermatite associada a incontinência, queimaduras por abrasão, maceração ou escoriações.

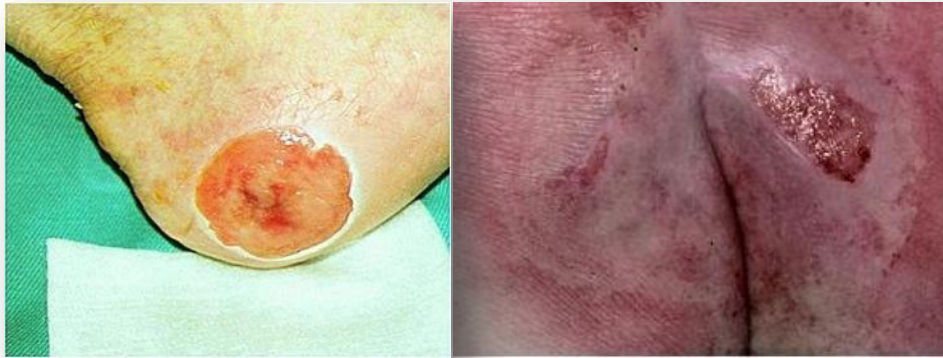


*Figura 2 - UP de categoria II
(Fonte: PUCLAS - EPUAP, 2010)*

Categoria III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual, o tecido adiposo subcutâneo pode estar visível porém, não estão expostos ossos, tendões ou músculos. Pode estar visível algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia em função da localização anatômica podendo ser superficial em zonas que não têm tecido subcutâneo como a asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos. Por outro lado, em zonas com tecido adiposo abundante pode desenvolver-se

úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.



*Figura 3 - UP de categoria III
(Fonte: PUCLAS - EPUAP, 2010)*

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Geralmente são cavitadas e fistuladas. A profundidade de uma úlcera de pressão desta categoria pode variar de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular) havendo possibilidade de ocorrer osteomielite ou osteíte. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.



Figura 4 - UP de categoria IV
(Fonte: PUCLAS - EPUAP, 2010)

1.3. Escalas de avaliação do risco

A avaliação do risco foi considerada, por muitos autores, como uma prioridade para a abordagem holística do doente com UP, considerando a prevenção como a principal estratégia de atuação perante esta problemática. Nesta perspetiva, Norton, em 1962, durante uma investigação com doentes geriátricos, utilizou aquela que seria a primeira escala a ser utilizada e desenvolvida, a qual é ainda hoje utilizada e designada pelo nome do autor (escala de Norton). Esta escala classifica cinco itens: a condição física, o estado mental, a incontinência, a mobilidade e a atividade; com um score de 1 a 4. Para a leitura da escala, considera-se a seguinte pontuação: de 1 a 12, corresponde a alto risco; de 12 a 14 risco moderado. Em 1987, o autor propôs a alteração da pontuação, classificando até 16 pontos como risco moderado (ALVES, 2013).

Existem várias escalas de avaliação de risco para UP a nível mundial. No entanto, a Escala de Braden é considerada, por muitos autores, a mais eficaz e tem sido a mais adotada a nível internacional. Também em Portugal, desde que foi traduzida e validada para a população em 2001, a Escala de Braden é a mais utilizada (PINI & ALVES, 2012).

Quase duas décadas após a utilização da escala de Norton, surge nos EUA em 1985 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, uma escala de risco de UP como parte de um trabalho de investigação em cuidados domiciliários. Esta avalia seis parâmetros: perceção sensorial, humidade, mobilidade, atividade física, nutrição, fricção e forças de deslizamento/cisalhamento. Todas podem contribuir para o aparecimento de UP e

nenhuma delas deve ser preferencialmente avaliada em relação a qualquer uma das outras. Todos os parâmetros são ponderados de 1 a 4, com exceção da fricção e forças de cisalhamento, que estão ponderados de 1 a 3. Existem critérios predefinidos que operacionalizam cada subescala. O score final pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), isto é, quanto maior for o score menor é o risco e vice-versa (PINI & ALVES, 2012).

Observa-se que, a nível mundial, diversos grupos de investigadores tentaram estabelecer o melhor score de cut-off da escala de Braden de forma a definir o score que melhor identifica o risco de desenvolver UP. FERREIRA (2007) entende que os scores da Escala de Braden para Portugal são apenas dois: Alto Risco – Pontuação ≤ 16 e Baixo Risco – Pontuação ≥ 17 (que serão explicados mais à frente). Os autores defendem que este tipo de classificação é mais preditiva do que existindo mais níveis de classificação de risco.

Segundo a Associação Portuguesa Tratamento de Feridas (APT Feridas) e o Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF), para avaliar cada uma das subescalas deve consultar-se a definição dos scores, de forma a obter maior rigor e reduzir a subjetividade na atribuição da pontuação.

Depois de avaliadas cada uma das seis subescalas, somam-se as respetivas pontuações obtendo-se uma pontuação final. Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e desta forma maior a exposição ao risco (FERREIRA & et al., 2007). Para melhor compreensão descrevo os itens da escala de Braden e subescalas correspondentes.

1 – Perceção sensorial

Capacidade de reação significativa ao desconforto

Score 1 – Completamente limitada: não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, ou capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.

Score 2 – Muito limitada: reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação ou tem uma

limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.

Score 3 – Ligeiramente limitada: obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

Score 4 – Nenhuma limitação: obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.

6. Humidade

Nível de exposição da pele à humidade

Score 1 – Pele constantemente húmida: a pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina ou outras eliminações. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.

Score 2 – Pele muito húmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.

Score 3 – Pele ocasionalmente húmida: a pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis, aproximadamente uma vez por dia.

Score 4 – Pele raramente húmida: a pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.

6. Atividade

Nível de atividade física

Score 1 – Acamado: o doente está confinado à cama.

Score 2 – Sentado: capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.

Score 3 – Anda ocasionalmente: por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitados ou sentado.

Score 4 – Anda frequentemente: anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o período em que esta acordado.

6. Mobilidade

Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo

Score 1 – Completamente imobilizado: não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.

Score 2 – Muito limitada: ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.

Score 3 – Ligeiramente limitado: faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda

Score 4 – Nenhuma limitação: faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda

6. Nutrição

Alimentação habitual

Score 1 – Muito pobre: nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas. Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.

Score 2 – Provavelmente inadequada: raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético ou recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.

Score 3 – Adequada: come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas. Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido ou é alimentado por sonda ou num regime de

nutrição parentérica total satisfazendo, provavelmente, a maior parte das necessidades nutricionais.

Score 4 – Excelente: come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

6. Fricção e forças de cisalhamento/deslizamento

A força de fricção ocorre quando duas superfícies deslizam uma sobre a outra. No caso do doente acamado, isso acontece com alguma frequência, quando este é “arrastado” na cama. A força de cisalhamento ocorre quando o doente espontaneamente desliza na cama ou cadeira, a pele adere à superfície de contacto e as camadas dos tecidos e o esqueleto movimentam-se na direção do corpo (DEALEY, 2006).

Score 1 - Problema: requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmos, contracturas ou agitação levam a fricção quase constante.

Score 2 - Problema potencial: movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.

Score 3 - Nenhum problema: move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira (FERREIRA & et al., 2007).

Esta escala deve ser aplicada à data de admissão e sempre que sejam observadas alterações significativas do estado geral do indivíduo. Para estabelecer um protocolo de serviço, sugerem-se a aplicação sistemática desta escala de risco na data de admissão e a cada 24 horas nos serviços de urgência e de cuidados intensivos, enquanto nos outros serviços hospitalares a frequência pode ser estipulada de 48 em 48 horas (FERREIRA & et al., 2007).

2. METODOLOGIA

Optou-se por elaborar um estudo epidemiológico, retrospectivo incidindo sobre a população de doentes internados na UCIP do CHVNG/E, com diagnóstico de enfermagem de UP independentemente do diagnóstico de admissão, de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013. Esta amostra de conveniência, refere-se a 509 doentes internados que são a totalidade da população, dos quais 89 apresentaram UP, correspondendo assim à nossa amostra.

Os dados foram obtidos através do programa B-ICU.CARE, que é a aplicação em vigor para registos clínicos dos doentes. Nesta plataforma fica registado toda a informação relativa aos doentes, desde o momento da admissão até à alta. Os registos de enfermagem têm por base a classificação internacional para a prática de enfermagem, bem como escalas internacionais validadas para Portugal. Após definição das variáveis que interessavam para o nosso estudo, foi solicitado ao responsável dos serviços informáticos o envio dos dados, que foram facultados em tempo oportuno. Os dados foram tratados, posteriormente, em programa EXCEL e efetuada análise e relação entre variáveis.

De forma a caracterizar a nossa população e amostra foram estudados os seguintes aspetos: género, idade, patologia/diagnóstico, escala de Braden, categorização das UP, taxa de prevalência de UP, taxa de incidência de UP, estado de saúde e destino (nas três possibilidades Alta/transferência/morte).

Para o nosso estudo era importante identificarmos o género e a idade de forma a relacionarmos com o risco de UP pela escala de Braden. Os diagnósticos médicos mais frequentes também foram significativos como caracterização das patologias associadas. A categorização das UP era imprescindível para compreendermos a gravidade das lesões de que falamos. A taxa de incidência e prevalência foi fundamental para constatarmos a posição relativamente aos outros serviços de cuidados intensivos, quer

nacionais quer internacionais. Finalmente, a variável destino permitiu-nos saber o que aconteceu aos doentes com úlceras após a saída do serviço.

3. RESULTADOS

Dos 509 doentes admitidos, 89 (17%) apresentaram à entrada ou posteriormente UP. A população estudada é constituída por 44% do género feminino e 56% do género masculino, conforme se pode observar pela tabela 1.

GÉNERO	N	%
Feminino	222	44
Masculino	287	56
TOTAL	509	100

Tabela 1 - Distribuição por género da População

A média de idade da população em estudo foi de 62 anos, com a moda de 65 anos. O doente mais novo admitido tinha 18 anos e o mais velho 95 anos.

O risco médio atribuído pela classificação de Braden foi de 11 pontos o que significa alto risco de desenvolver UP. Encontrou-se ainda o valor mínimo de 6 pontos que significa alto risco e máximo de 21 pontos que significa baixo risco. Pela tabela 2 constatámos que 97% da população estudada tem alto risco de desenvolver UP.

ESCALA BRADEN	NAV	%
ALTO RISCO ≤ 16	2871	97
BAIXO RISCO ≥ 17	102	3
TOTAL REGISTOS	2973	100

Tabela 2 - Avaliações realizadas com a Escala de Braden na População

Foram atribuídos 133 diagnósticos médicos diferentes, dos quais em percentagem mais elevada com 17,8 eram doentes para “Vigilância Pós-Operatória”; 7,2% com “Choque séptico” e 6,4% tinham “Insuficiência respiratória aguda de outras causas” conforme verificamos na tabela 3.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE ADMISSÃO DA POPULAÇÃO	N	%
Vigilância Pós-Operatória	167	17,8
Choque séptico	68	7,2
Insuficiência respiratória aguda de outras causas	60	6,4
Neoplasia cerebral	38	4,0
Coma	28	3,0
Pneumonia adquirida na comunidade	26	2,8
Agudização de insuficiência respiratória crónica	25	2,7
Choque hipovolémico	23	2,4
Paragem Cardíaca	22	2,3
Pneumonia	21	2,2
Insuficiência cardíaca descompensada	18	1,9
Politraumatizado com TCE	17	1,8
Hemorragia intracerebral	16	1,7
Hemorragia subaracnoídea	16	1,7
Insuficiência renal aguda	15	1,6
Choque misto de causa não definida	14	1,5
Edema pulmonar cardiogénico	14	1,5
Défice neurológico focal	13	1,4
Abdómen agudo peritonite	12	1,3
Alterações ácido-base cetoácidos	11	1,2
Abdominal	10	1,1
Pneumonia nosocomial	10	1,1
Sepsis grave	10	1,1
Traqueobronquite	10	1,1
Pneumonia de aspiração	9	1,0
Urológica	9	1,0
Abcesso intra-abdominal	8	0,9
Choque cardiogénico	8	0,9
TCE isolado	8	0,9
Colangite	7	0,7
Sepsis	7	0,7
Asma agudizada	6	0,6
Colecistite aguda	6	0,6
Convulsões	6	0,6
Hemorragia digestiva alta	6	0,6
Insuficiência renal crónica agudizada	6	0,6
Intoxicação medicamentosa	6	0,6
Outra infeção	6	0,6
Falência hepática aguda	5	0,5
Hemorragia subdural traumática	5	0,5
Infeção sem foco determinado	5	0,5
Obstrução alta da via aérea	5	0,5
Politraumatizado sem TCE	5	0,5
Tramboembolismo pulmonar	5	0,5
Abdómen agudo	4	0,4
Hemorragia associada a alterações da coagulação	4	0,4
Insuficiência renal aguda pré-renal	4	0,4
Outra intoxicação	4	0,4
Pancreatite aguda	4	0,4
Paragem Respiratória	4	0,4
Pneumonia instituição saúde	4	0,4
Traumatismo vertebro-medular	4	0,4
Alterações ácido-base hiperlactacidemia	3	0,3
Aneurisma cerebral, sem rotura	3	0,3
Choque obstrutivo	3	0,3
Hemorragia subdural não traumática	3	0,3
Hipoventilação	3	0,3
Neurológica	3	0,3
Neutropenia	3	0,3
Trauma cervical fechado	3	0,3
Trauma tórax fechado	3	0,3
Alterações electrolíticas	2	0,2
Bacteriémia	2	0,2
Coma pós-anóxico	2	0,2
Diarreia aguda infecciosa	2	0,2
Edema cerebral	2	0,2
Encefalite	2	0,2
FA com bradicardia	2	0,2

FA com resposta rápida	2	0,2
Falência hepática crónica	2	0,2
Hemorragia extra-dural traumática	2	0,2
Infeção genito-urinária	2	0,2
Lesão pulmonar aguda: ALI	2	0,2
Meningoencefalite	2	0,2
Neoplasia benigna da hipófise e conduto (bolsa) craniofaringeo	2	0,2
Pielonefrite	2	0,2
Traumatismo da face	2	0,2
Abcesso cerebral	1	0,1
Abcesso da próstata	1	0,1
Abcesso subperiosteal da mastoide	1	0,1
Abdómen agudo oclusão	1	0,1
Acidose	1	0,1
Admissão para desmame de respirador [ventilador]	1	0,1
Anemia aguda	1	0,1
Aneurisma roto da aorta abdominal	1	0,1
Aneurisma roto da aorta, toraco-abdominal	1	0,1
Aterosclerose de artérias nativas das extremidades, ncop	1	0,1
Aterosclerose de enxerto de bypass não especificado das extremidades	1	0,1
Bradycardia sinusal	1	0,1
Bronquiectasias com exacerbação aguda	1	0,1
Colite ulcerativa ncop	1	0,1
Convulsões inaugurais	1	0,1
Crise hipertensiva	1	0,1
Desidratação	1	0,1
Diabetes mellitus c/manif.especif.ncop, tipo ii ou n/especif., não controlada	1	0,1
Edema da laringe	1	0,1
Embolia e trombose da aorta abdominal	1	0,1
Embolia e trombose de veias especificadas ncop	1	0,1
Embolia ou enfarte pulmonar, ncop	1	0,1
Encefalopatia hepática aguda	1	0,1
Enfarte cerebral	1	0,1
Enforcamento	1	0,1
Estenose ou estreitamento em ampulheta do estomago	1	0,1
Fístula do intestino, excluindo recto e anus	1	0,1
Hemoptises	1	0,1
Hemorragia digestiva baixa	1	0,1
Hemorragia extra-dural não traumática	1	0,1
Hepatite vírica	1	0,1
Hiperosmolaridade	1	0,1
Hiperosmolaridade e / ou hipernatremia	1	0,1
Hipertensão essencial especificada como benigna	1	0,1
Hipotermia	1	0,1
Intoxicação por organofosforados	1	0,1
Lesão pulmonar aguda: ARDS	1	0,1
Malaria por plasmodium falciparum (terça maligna)	1	0,1
Meningite bacteriana	1	0,1
Miopatia	1	0,1
Neoplasia de comportamento incerto dos org.respirat. ncop ou n/espec.	1	0,1
Neoplasia maligna das vias biliares intra-hepáticas	1	0,1
Neoplasia pulmonar	1	0,1
Oclusão intestinal não especificada	1	0,1
Pele e tecidos moles	1	0,1
Pneumotórax iatrogénico	1	0,1
Queimado	1	0,1
Sida causando doenças especificadas do snc	1	0,1
Síndrome coronária aguda s/ supra ST	1	0,1
Transtornos do sistema nervoso ncop	1	0,1
Transtornos funcionais pós-operatórios não classificáveis em outra parte	1	0,1
Trauma abdómen fechado	1	0,1
Trauma de membros superiores	1	0,1
Trauma tórax penetrante	1	0,1
Tuberculose pulmonar	1	0,1
Varizes esofágicas	1	0,1

Tabela 3 - Distribuição por diagnósticos médicos da População

Relativamente ao estado de saúde da nossa população, verificou-se que 47% melhoraram, 31% mantiveram-se estáveis, 21% faleceram e apenas 1% piorou, como se observa pela tabela 4.

ESTADO DE SAÚDE	N	%
Estável	157	31
Melhorado	241	47
Falecido	108	21
Piorado	3	1
TOTAL	509	100

Tabela 4 –Distribuição por estado de saúde da população

Constatámos em relação ao destino dos doentes da população estudada, que a maioria, 75,6% tem alta para outros serviços do CHVNGE, considerando ainda 21,2% de óbitos, como podemos observar pela tabela 5.

DESTINO	N	%
CH DE VILA NOVA DE GAIA - ESPINHO	385	75,6
CH PORTO EPE-UNID STO ANTÓNIO	1	0,2
HD DA FEIRA - S. SEBASTIAO	12	2,4
HD DE GUIMARÃES	1	0,2
HD DE VILA NOVA DE FAMALICÃO	1	0,2
HOSPITAL DE SÃO JOÃO	1	0,2
FALECIDOS	108	21,2
TOTAL	509	100,0

Tabela 5 - Destino dos doentes pós alta da população

Da nossa população de 509 doentes, 89 apresentaram na entrada ou posteriormente UP. Assim, a prevalência de UP durante o período estudado, corresponde portanto a uma taxa de 17,5%, com uma incidência de 7,5%, o que se traduz em 38 doentes que desenvolveram UP no serviço.

Em relação à amostra estudada (89 doentes com UP), é representada por 26% do género feminino e 74% do género masculino como podemos verificar pela tabela 6.

GÉNERO	N	%
Feminino	23	26
Masculino	66	74
TOTAL	89	100

Tabela 6 - Distribuição por género da amostra

A média de idade da amostra foi de 68 anos com a moda de 76 anos. O doente mais jovem tinha 20 anos e o mais velho com 87.

Relativamente ao risco de UP através da classificação de Braden, constatámos que a média e a moda são de 11 pontos. Este valor não difere quando calculado no género feminino e no género masculino, separadamente, apresentando um score pontual de 11 e uma taxa de 99% de alto risco de desenvolver UP, em ambos. O valor mínimo atribuído foi de 6 pontos, que significa alto risco e o valor máximo atribuído foi de 18 pontos, que significa baixo risco. Sabemos ainda que a nossa amostra apresenta 99% de alto risco pela classificação de Braden, como observamos pela tabela 7.

ESCALA BRADEN	NR	%
ALTO RISCO ≤ 16	858	99
BAIXO RISCO ≥ 17	8	1
TOTAL REGISTOS	866	100

Tabela 7 – Avaliações realizadas com Escala de Braden na amostra

O tempo médio para um doente desenvolver uma UP no período estudado foi de 180 horas ou 7,5 dias, valor calculado pela introdução de diagnóstico e/ou atitude de enfermagem adicionado X horas após admissão.

Na classificação das UP verificamos que a maior percentagem (25%) das úlceras são de categoria 4. As úlceras de categoria 1 (16%) são as menos frequentes no período estudado. Aglomeramos as lesões nas mucosas, com outras que não estavam classificadas, porque não se enquadram na classificação internacional. Na amostra estudada representam 12% do total de UP, conforme podemos visualizar na tabela 8.

CATEGORIZAÇÃO DAS UP	N	%
CATEGORIA 1	18	16
CATEGORIA 2	25	23
CATEGORIA 3	26	24
CATEGORIA 4	28	25
NÃO CLASSIFICADO	13	12
TOTAL DE UP	110	100

Tabela 8 - Categorização das UP pela escala internacional da EPUAP/NPUAP

Relativamente ao estado de saúde da nossa amostra, verificou-se que 38% melhoraram, 34% faleceram, 27% mantiveram-se estáveis e apenas 1% piorou (Tabela 9)

ESTADO DE SAÚDE	N	%
Estável	24	27
Melhorado	34	38
Falecido	30	34
Piorado	1	1
TOTAL	89	100

Tabela 9 - Distribuição por estado de saúde da amostra

O destino dos doentes com UP, após alta da UCIP, tem como destino mais frequente a Medicina (UCIM) com 26% e Cuidados Intermédios Cirúrgicos (CIC) com 23%. O serviço de internamento cirúrgico (cirurgia Homens/Mulheres) também apresenta uma percentagem considerável, totalizando no somatório dos dois serviços 23%, conforme podemos verificar na Tabela 10. Não foram incluídos os 30 falecidos, e 2 doentes não tinham registo, pelo que apenas se considerou uma distribuição da amostra de 57 doentes. Note-se que da nossa amostra 2 doentes tiveram como destino a UCIP de outros hospitais.

DESTINO DOS DOENTES COM UP	NR	%
Medicina (UCIM)	15	26
Cuidados Intermédios Cirúrgicos (CIC)	13	23
Cirurgia Homens	7	12
Cirurgia Mulheres	6	11
Medicina 1	3	5
Unid Cuid Int Polivalentes (UCIP)	2	4
Medicina 4	2	4
Neurocirurgia	2	4
Bloco Operatório	1	2
Cirurgia Plástica	1	2
Cirurgia Vascular	1	2
Nefrologia	1	2
Otorrino	1	2
Pneumologia	1	2
Unid Cuid Int Coronárias (UCIC)	1	2
TOTAL REGISTOS	57	100

Tabela 10 - Destino dos doentes com UP pós alta da UCIP

Embora não tenha sido objetivo inicial estudar a localização das UP optou-se por auditar este registo. Verificou-se que 30% não apresentavam registos sobre a localização da UP, sendo a localização mais frequente a região sacro com mais de 50% de todas as úlceras. A identificação da localização da UP é importante, para posteriormente se poder implementar um plano de cuidados adequado.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que as características da população e da amostra estudadas estão em consonância com alguns resultados já divulgados noutras investigações.

PINI & ALVES (2012) efetuaram um estudo de prevalência, risco e prevenção de UP em unidades de cuidados de longa duração, com uma amostra composta por 545 doentes, maioria do sexo feminino e do grupo etário 76 a 90 anos. Embora a nossa população de estudo tenha um valor aproximado, o género predominante é o masculino e com uma média de idade de 62 anos. No que respeita à população portuguesa, foi estabelecida esta correlação para idade igual ou superior a 70 anos (FERREIRA & et al., 2007). A nossa amostra de doentes com UP apresentou uma idade média de 68 anos, o que se aproxima da idade em que a correlação foi estabelecida.

Relativamente à escala de Braden e segundo a literatura estudada, sabemos que é uma referência importante associada à avaliação e juízo clínico dos enfermeiros (PINI & ALVES, 2012), já que em cuidados intensivos os doentes são “sempre” de risco elevado.

Na população estudada, foram efetuadas 2973 avaliações de Braden, algumas com registos incompletos, não atribuído o score correspondente à avaliação dos 6 itens. Para além disto, ficaram algumas dúvidas sobre a consistência e rigor das avaliações, principalmente no item da nutrição, isto porque, em alguns doentes em cada avaliação de 24 horas, apresentavam uma condição nutricional que variou do por exemplo: “Muito pobre” ; “Provavelmente inadequada”; “Excelente”; “Muito pobre”; “Adequada”, com a sequência referida em apenas 5 dias. Parece existir necessidade de introduzir uma ferramenta de rastreio nutricional, que ainda não é usada no serviço atualmente.

Da nossa população estudada, 97% foi classificada como de alto risco para UP pela aplicação dos itens da escala de Braden, percentagem que aumenta para 99% no grupo de doentes com a UP, o que demonstra haver alto risco de UP em quase todos os doentes admitidos na UCIP resultados compatíveis com COX (2011). Será necessário desenvolver mais estudos considerando outras variáveis, para compreender melhor o risco, na perspectiva da prevenção de UP (TAYYIB & et al., 2013).

Para COSTA (2005), citado por (PINI & ALVES, 2012), a prevalência de UP no Brasil é muito alta, em particular nos hospitais, apresentando taxas que variam de 10,62% a 44,1%. Neste estudo retrospectivo que efetuamos, a prevalência de UP encontrada na nossa investigação foi de 17,5%, valor semelhante ao encontrado em alguns dos estudos citados.

O interesse relacionado com a incidência das UP nos utentes das Unidades de Cuidados Intensivos tem aumentado, com estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro e São Paulo a relatarem valores de incidência de 26,83% a 62,5% (SERPA & et al., 2011); valores significativamente mais elevados relativamente ao obtido no nosso estudo.

Em Portugal, COSTEIRA (2006) divulga que os estudos de referência apontam para valores de prevalência de UP de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias, 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos, 15,3% nas Urgências, 8,0% em Especialidades Médicas e 8,6% em Especialidades Cirúrgicas.

Os estudos apontam que uma UP pode ocorrer num breve espaço de tempo e num curto período de internamento. No nosso estudo, 7,5% dos doentes desenvolveram UP na própria unidade, ou seja, após a admissão. Podemos ainda afirmar que o tempo médio para um doente desenvolver uma UP foi de 180 horas; ou seja, uma semana de internamento é o tempo médio necessário para desenvolver uma UP; valores inferiores aos estudos realizados nos USA e Austrália, facto que nos leva a afirmar que os bons cuidados de enfermagem contribuíram para a prevenção das úlceras.

O Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria em Úlceras por Pressão e Feridas Crónicas (SOLDEVILLA & et al., 2006) realizou um estudo extenso de prevalência que descreve a situação das UP em Espanha. Os resultados demonstraram que a prevalência em hospitais de doentes agudos é de 8,8%, nos centros sócio sanitários é de 7,6% e nos

domicílios é de 8,3%. Refere ainda que, em ambiente hospitalar, a prevalência de UP oscila de acordo com o tipo de unidade de cuidados com valores que variam de 4,4% nos serviços cirúrgicos, 9,2% nos serviços de Medicina, 10,3% nas unidades mistas de doentes médico-cirúrgicos e 13,2% nas unidades de cuidados intensivos.

Sobre a etiologia das UP, ROCHA et al.(2006) argumentam que no processo de formação da lesão, as placas de necrose localizam-se predominantemente sobre as proeminências ósseas e são as precursoras das UP graves. Em relação ao tempo necessário para a formação da úlcera adverte que, caso a pressão não seja aliviada entre 2 a 4 horas, a lesão pode surgir e tornar-se irreversível. Para verificar a possível relação entre UP e tempo de internamento, ROGENSKI et al.(2005) citado por (PINI, et al., 2012), em estudo realizado num hospital universitário de São Paulo (Brasil), observaram que os indivíduos que desenvolveram UP apresentavam uma média de 8 a 9 dias de internamento, mas ressaltam que em 36,9% da amostra as UP surgiram num período de internamento inferior a cinco dias. Noutro estudo sobre prevalência de UP numa Unidade de Tratamento Intensivo, MATOS et al.(2010) citado por (COX, 2011) observaram que cerca de 50% das UP surgiram entre o 2º e 4º dia de avaliação e na primeira semana de internamento (COX, 2011).

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem de UP, constatou-se que existiam registos com classificações diferentes em termos semânticos para a mesma designação. Para se poder classificar corretamente uma úlcera é imprescindível atribuir uma categoria quando se atribui um diagnóstico de UP, logo, houve necessidade de fazer uma equiparação em que grau reduzido correspondia a categoria 1, grau moderado categoria 2, grau elevado categoria 3 e grau muito elevado categoria 4. Por outro lado optou-se por separar as mucosas e outras lesões que não eram UP, como referência de várias sociedades científicas (EPUAP/NPUAP, 2009).

CONCLUSÃO

Este estudo retrospectivo surgiu como resposta aos objetivos propostos inicialmente em projeto de estágio. O tema proposto como desafio pela tutoras de estágio, foi aceite com bastante agrado uma vez que sempre ambicionei investigar a área das feridas.

Relativamente à prevalência e incidência no período estudado, constatámos que, relativamente aos últimos dados conhecidos do serviço, baixaram significativamente, nomeadamente, a incidência de UP, que teve um decréscimo para metade. Podemos afirmar, com base nas evidências científicas, que este facto revela cuidados de enfermagem de boa qualidade, e que por isso permitem a prevenção de UP.

Deparei-me com algumas dificuldades ao trabalhar os dados que foram facultados pelos serviços informáticos. Constatei lacunas nos registos, nomeadamente imprecisões e ausência de registos nos destinos dos doentes pós-alta. Numa população de 509 doentes, com 939 diagnósticos médicos de admissão, com 2973 avaliações de risco pela escala de Braden, revelaram-se portanto numa grande quantidade de dados.

De salientar que é importante a uniformização dos registos e a interiorização das terminologias sobre a categorização das UP mais atuais, pois ainda se verificam termos como grau, estadio e categoria para designar a classificação atualmente em vigor que é “categoria”. Foram identificadas imprecisões que impossibilitaram a categorização de 10% das úlceras levando a uma necessidade de homogeneização neste tipo de classificação por parte da equipa.

Relativamente à localização das UP, embora não tenha sido nosso objetivo inicial estudar este item, optou-se por auditar este registo e constatou-se que 30% não apresentavam registos sobre a localização da UP. A identificação da localização da UP é importante, para posteriormente se poder implementar um plano de cuidados adequado.

Ficam em aberto algumas questões como por exemplo: Porque é que a maioria da nossa amostra é maioritariamente do género masculino quando na distribuição da nossa

população havia uma aproximação no género? Embora FERREIRA et al. (2007) tenham proposto aplicar a escala de Braden nos cuidados intensivos com registo diário, será que existem vantagens em registá-la desta forma, por protocolo, sabendo nós que 97% a 99% dos doentes admitidos na UCIP são de alto risco?

Se o tempo médio para desenvolver uma UP foi de cerca de uma semana o que mais contribui para esse facto, as superfícies de apoio? O estado nutricional? A gravidade da patologia? As terapêuticas efetuadas durante esse período? O tipo de posicionamentos?

A realização de um estudo correlacional tornar-se-ia numa mais-valia no futuro para podermos colher outros dados que ultrapassam o âmbito deste estudo e atendendo às limitações do tempo para a sua realização. Estas são algumas das questões que ficam em aberto que poderão servir de ponto de partida para futuras investigações.

Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, mas deparei-me com inúmeras dificuldades. Assim, o limite temporal para a execução deste estudo foi um pendulo importante para o desenvolvimento do trabalho, pois reconheço que cerca de 1 mês foi muito pouco para um estudo desta natureza. Apesar das dificuldades sentidas foi extremamente gratificante efetuar este estudo epidemiológico porque permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente traçados e pude contribuir para um melhor conhecimento da prestação de cuidados no serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. (2º SEMESTRE de 2013). AULAS DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. *Unidades de Cuidados Intensivos - sistema tegumentar*. Porto: Universidade Católica.

ALVES, P. (2012). Ensino em Feridas: importância da formação e impacto económico. *Revista nursing*, 276, pp. 6-9.

ALVES, P. (2013). Epidemiologia das Úlceras de Pressão: interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. *Servir*, 58, 10-18.

ARAÚJO, B. (1º SEMESTRE de 2012). AULAS DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. *Gestão*. Porto: Universidade Católica.

ARAÚJO, B. (1º SEMESTRE de 2012). AULAS DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. *Investigação*. Porto: Universidade Católica.

AUGUSTO, B., & et al. (1999). *Preservar a integridade cutânea-uma prioridade! In Feridas e Úlceras Cutâneas*. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde, Lda.

COSTEIRA, A. (2006). Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão. 165-71. Atheneu.

COX, J. (2011). Predictors of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care*. American Association of Critical-Care Nurses.

DEALEY, C. (2006). Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros. Lisboa: Climepsi Editores.

DELAUNOIS, W., & et al. (1991). Prévention et traitement des escarres. *Soins infirmiers*, 34-53.

EPUAP/NPUAP. (2009). European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington.

FERREIRA, P., & et al. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden.

Grupo ICE. (2006). *Estudo de prevalência de Úlceras por Pressão: um Distinto Percurso Metodológico*. Obtido em 30 de Outubro de 2013, de Investigação Científica em Enfermagem: <http://ice-mac.org/colectanea2.php>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2007). ICN Position:Nursing research. Geneva, Switzerland.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (18 de Fevereiro de 2011). REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. *Regulamento n.º 122/2011 2.ª série — N.º 35*. Lisboa, Portugal: Diário Republica.

PINI, L., & ALVES, P. (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. *Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde*.

ROCHA, J. A., & et al. (2006). ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port: Artigo de Revisão*, pp. 19: 29-38.

SERPA, L., & et al. (2011). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 50-7.

SOLDEVILLA, J., & et al. (2006). 2º Estudio Nacional de Prevalência de UPP en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *17 (3) 154-172*. Gerokomos.

TAYYIB, N., & et al. (2013). Pressure ulcers in the adult intensive care unit: a literature review of patient risk factors and risk assessment scales. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 3 No. 11. Queensland, Austrália: School of Nursing, Queensland University of Technology.

Anexo IIIa – Pedido e respetiva autorização do estudo



**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

UNIDADE DE ENSINO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decisão Conselho e Administração

**Estudos
Observacionais**

Dr. Jorge F. Santos
Dr. Jorge F. Santos
Diretor Clínico
14. fev. 2014

Título do Estudo

Nº 82 / 2014

Conhecer a prevalência e a incidência de úlcera de pressão nos doentes internados na UCIP

Instituição Promotora

Universidade Católica Portuguesa

Investigador Principal

Vasco Manuel Silva Neves

CH VN Gaia/Espinho

Serviço

Informação Direcção de Serviço

Concordo e autorizo se
a Sr. Enf. chefe de UCIP,
Sra. Enf. Amélia Rodrigues
fornecer dados.

31/1/2014.

CHVNG/E, EPE
Dra. Paula Castelões
Directora da UCIP
Nº Mecanográfico: 1212

Informação UGI

Nada a opor.
É de relevante interesse
para o serviço.

30/1/2014

CHVNG/E, EPE
Amélia Rodrigues
Enf.ª Chefe
Nº Mecanográfico: 1140
Serviço: UCIP

Informação da
Unidade de Ensino e Formação Profissional

*à Sr. Directora da UCIP
para dar parecer*

*Ào Sr. Director Clínico
para decisão 2014.02.04*

Data 30 / 1 / 2014

Unidade de Ensino e Formação Profissional

CHVNG/E, E.P.E.
Dr. JÚLIO SAMPAIO
Responsável pelo Serviço
Nº Mecanográfico 0706
Serv. de Formação, Ensino e Investigação

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

11/2014

“Pedido de autorização para realizar estudo de investigação”

SERVIÇO: Universidade Católica Portuguesa

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Vasco Manuel Silva Neves


PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 09 / 01 / 2014

Med. a opor. sempre os requisitos éticos necessários
é na aprovação.

Pedir parecer aos responsáveis de serviço

Documentos analisados: Objeto
Rejeito

O Presidente da CES


(Dra. Helena Figueiredo)

CHVNG/E, EPE

82/2014
Data 24 / 1 / 2014

Tipo de documento: Análise
Serviço de Formação, Ensino e Investigação

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 09/01/2014

← A Cúmpia de Oric
2/1.14

91

Exmo. Sr.

Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE
Enfermeiro Belmiro Rocha

Enf.º Belmiro Rocha
Enfermeiro Diretor

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo epidemiológico retrospectivo sobre prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar Gaia/Espinho, no período de 31 Outubro 2012 a 31 de Outubro 2013, no âmbito do estágio de cuidados intensivos do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Porto, 13 de Dezembro de 2013

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor

Vasco Manuel da Silva Neves, aluno do 6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional Porto, no âmbito do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Módulo de cuidados intensivos e em colaboração com uma equipa de investigação abaixo descrita, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para desenvolver um estudo de investigação a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente desse Centro Hospitalar.


O estudo que se propõe realizar tem como objetivos: conhecer a prevalência e a incidência de úlcera de pressão nos doentes internados na UCIP; caracterizar a tipologia das úlceras de pressão (UP) dos doentes internados na UCIP; conhecer e estratificar o risco de desenvolvimento de UP através dos registos da Escala de Braden; identificar o destino dos doentes internados na UCIP com úlceras de pressão, durante o período de 31 de Outubro 2012 a 31 de Outubro de 2013.

Para a realização do presente estudo torna-se necessária a recolha de dados da aplicação informática em vigor no serviço (B-ICU), os quais se destinam exclusivamente à elaboração do estudo. Mais se declara que será garantida a confidencialidade, anonimato e o respeito pelas restantes questões éticas.

Anexo projecto de investigação

Certo da vossa melhor atenção, apresenta os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,


(Vasco Neves, Enf.º)

38710
23/12/13

Equipa de Investigação:

Enf.º Vasco Neves (Aluno Investigador) | Enf.ª Helena Teixeira e Enf.ª Paula Rodrigues (Tutoras do estágio) | Prof. Paulo Alves (Co-orientador do ICS-UCP) | Prof.ª Lúcia Rocha (Orientadora do ICS-UCP)

Anexo IV – Ação de formação – “Estudo Epidemiológico sobre:
Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na
UCIP do CHVNG/E”

Anexo IVa – Plano de sessão

PLANO DE SESSÃO

FORMADOR: VASCO MANUEL DA SILVA NEVES

DATA: 21 de novembro de 2013

DURAÇÃO: 30 MIN

TEMA: Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

PÚBLICO ALVO: ENFERMEIROS E MÉDICOS DA UCIP

OBJECTIVOS GERAIS: No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de demonstrar conhecimentos sobre úlceras de pressão nomeadamente a prevalência e incidência o risco e o destino dos doentes estudados

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: *Os formandos, no final da sessão, deverão ser capazes de:*

- 1 - Descrever alguns conceitos e etiologia das úlceras de pressão;
- 2 - Enumerar as categorias e características das úlceras de pressão;
- 3 - Identificar as escalas de avaliação de risco;
- 4 - Compreender as principais conclusões do estudo retrospectivo, nomeadamente a prevalência, a incidência, o risco e o destino dos doentes

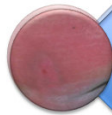
MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO
Introdução	Apresentação e justificação do tema Comunicação dos objectivos e da forma como serão ministrados os conteúdos	Expositivo /Exposição	Computador e Video-Projector	5
Desenvolvimento	Apresentação de conceito e etiologia das úlceras de pressão Revisão da classificação das UP Apresentação da escala de braden Divulgação do estudo retrospectivo	Expositivo /Exposição	Computador e Video-Projector	20
Conclusão	Síntese final Esclarecimento de dúvidas Avaliação da sessão Encerramento da sessão	Expositivo /Exposição Interrogativo/ Interrogatório	Computador e Video-Projector Questionario	5

Anexo IVb – Diapositivos da apresentação

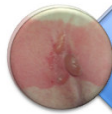
Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos
doentes internados na
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Vasco Neves

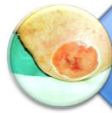
OBJETIVOS



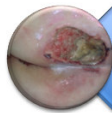
Descrever o conceito e etiologia das úlceras de
pressão;



Enumerar as categorias e características das úlceras
pressão;



Identificar as escalas de avaliação de risco;



Compreender as principais conclusões do estudo
retrospectivo, nomeadamente a prevalência, a
incidência, o risco e o destino dos doentes.

CONCEITOS

“uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

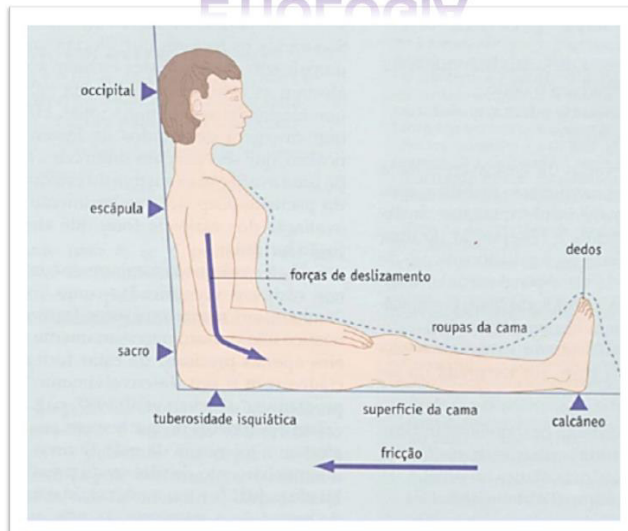
(EPUAP/NPUAP, 2009)



ETIOLOGIA



ETIOLOGIA



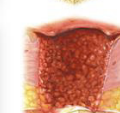
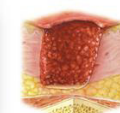
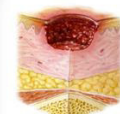
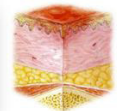
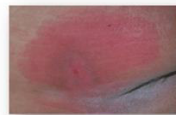
CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 5 / Vasco Neves

CLASSIFICAÇÃO

NPUAP – EPUAP 2009

- **Categoria I**
Eritema não branqueável em pele intacta
- **Categoria II**
Perda parcial da pele (abrasão ou Flictena)
- **Categoria III**
Perda total da espessura da pele
- **Categoria IV**
Perda total dos tecidos (Músculos e ossos visíveis)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 6 / Vasco Neves

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO



ESCALA DE BRADEN

Score da Escala de Braden

Percepção sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida
Actividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema	

Alto Risco ≤ 16 Baixo Risco ≥ 17

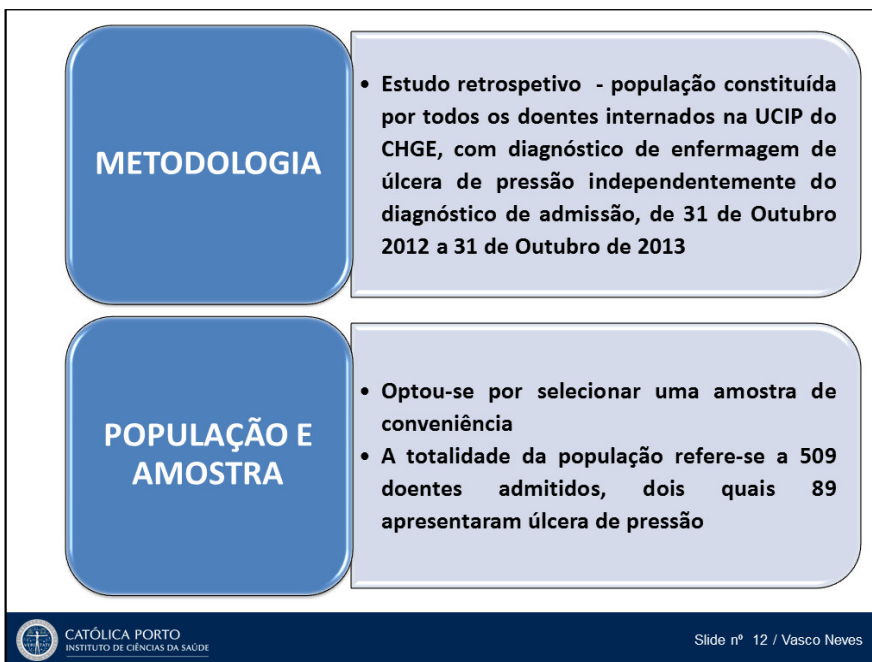
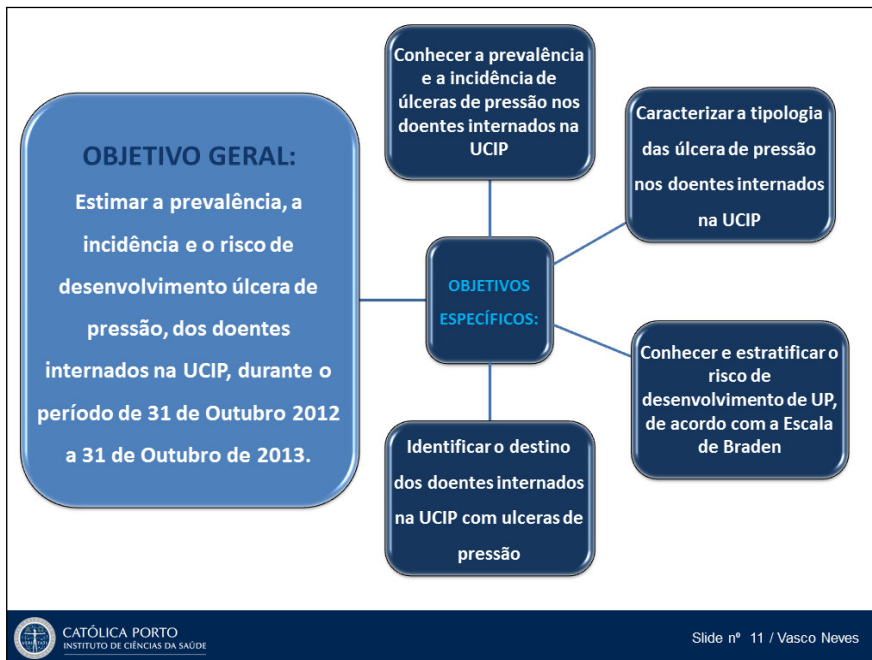




ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO (Coorte)

A Prevalência e incidência de úlceras de
pressão nos doentes internados na
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalentes





PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

- Os dados foram obtidos através do programa B-ICU, que é aplicação em vigor para registos clínicos dos doentes.
- Os dados foram tratados posteriormente em programa EXCEL e efetuada análise das variáveis.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Género
- Idade
- Patologia/diagnóstico
- Escala de Braden
- Categorização
- Taxa de prevalência e incidência de UP
- Destino (Alta/transferência/morte)



RESULTADOS



509
Doentes Admitidos
de
31 Outubro 2012
a
31 outubro 2013

CATÓLICA PORTO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 15 / Vasco Neves

GÉNERO DA POPULAÇÃO

■ Feminino
■ Masculino

18 anos

GÉNERO	N	%
Feminino	222	44
Masculino	287	56
TOTAL	509	100

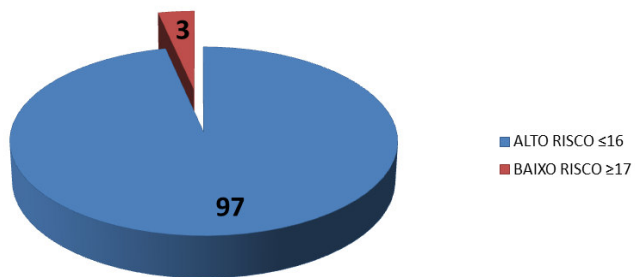
95 anos

MÉDIA 62 anos

CATÓLICA PORTO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 16 / Vasco Neves

AVALIAÇÃO ESCALA DE BRADEN



ESCALA BRADEN	N	%
ALTO RISCO ≤16	2871	97
BAIXO RISCO ≥17	102	3
TOTAL REGISTOS	2973	100

MIN - 6 PONTOS

MEDIA - 11 PONTOS

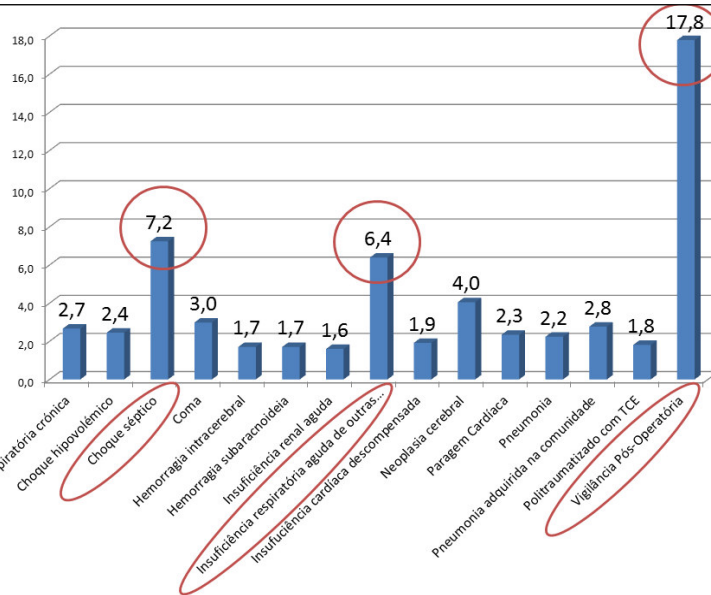
MAX - 21 PONTOS



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

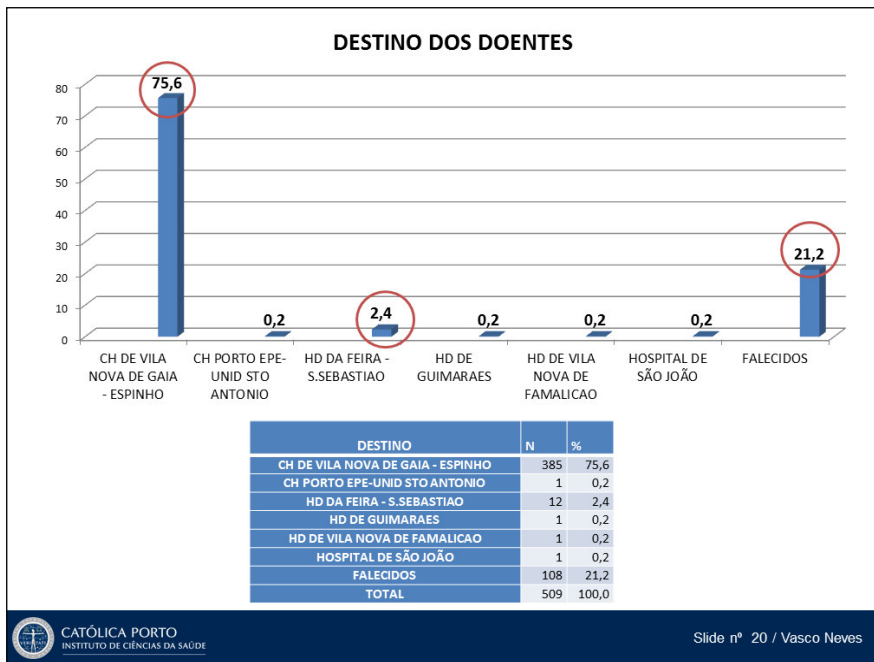
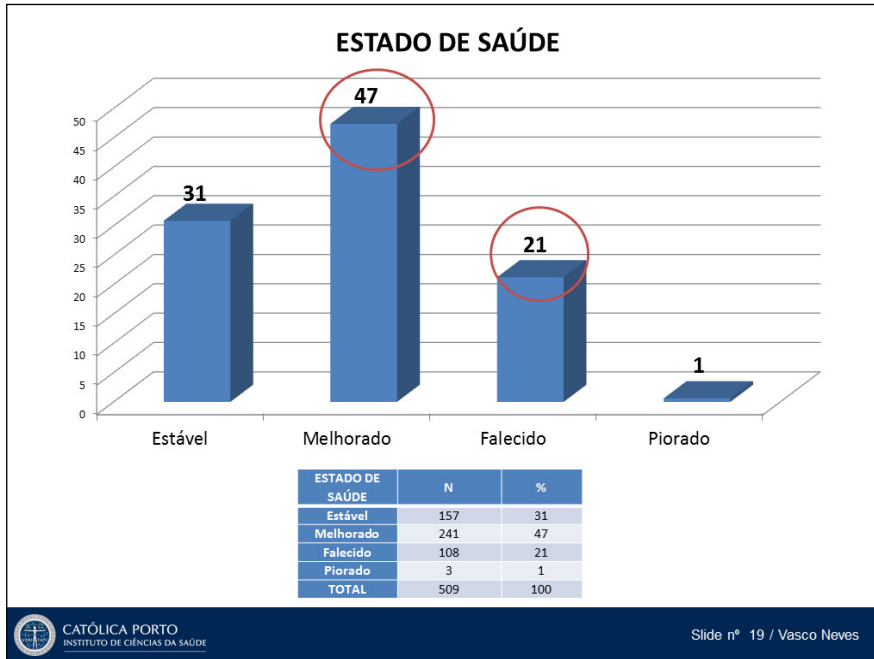
Slide nº 17 / Vasco Neves

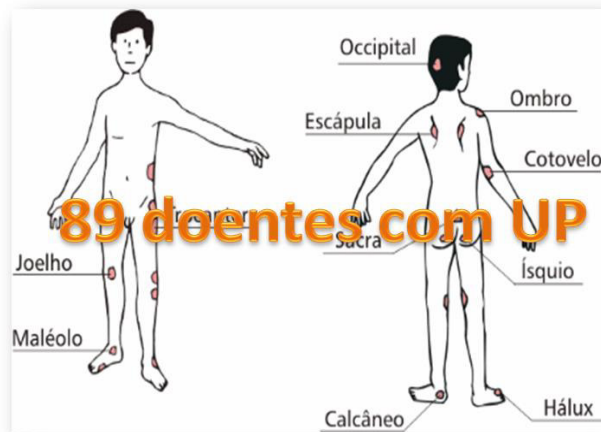
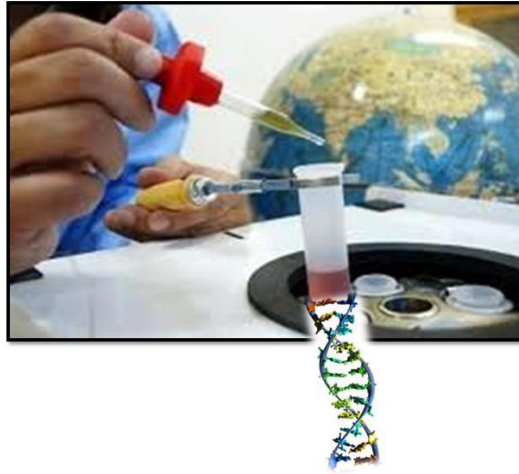
DIAGNÓSTICOS

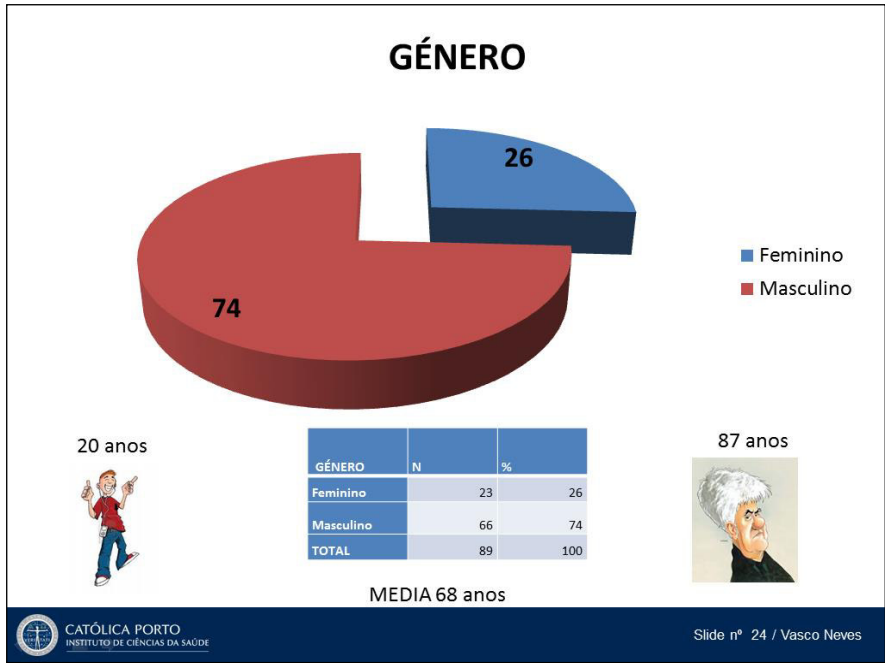


CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

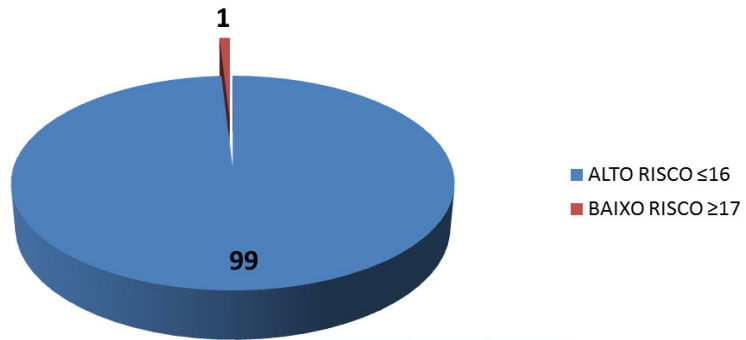
Slide nº 18 / Vasco Neves







ESCALA DE BRADEN



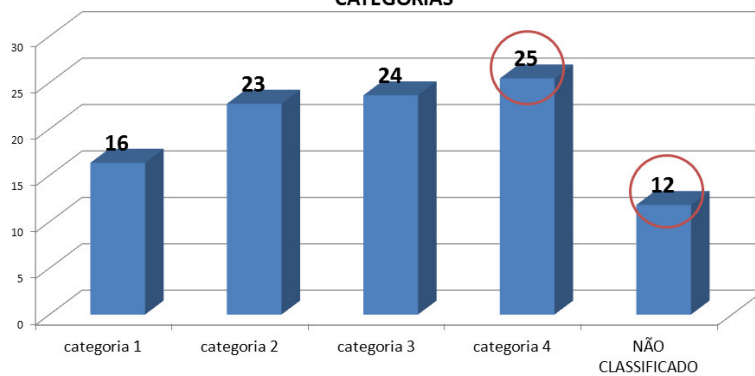
RISCO BRADEN	N	%
ALTO RISCO ≤16	858	99
BAIXO RISCO ≥17	8	1
TOTAL REGISTOS	866	100

MIN - 6 PONTOS

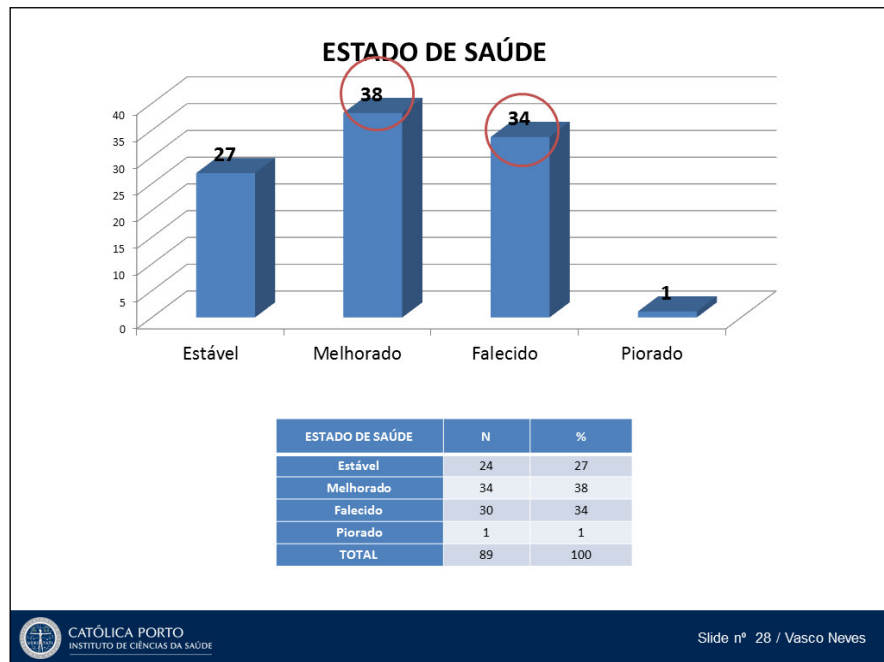
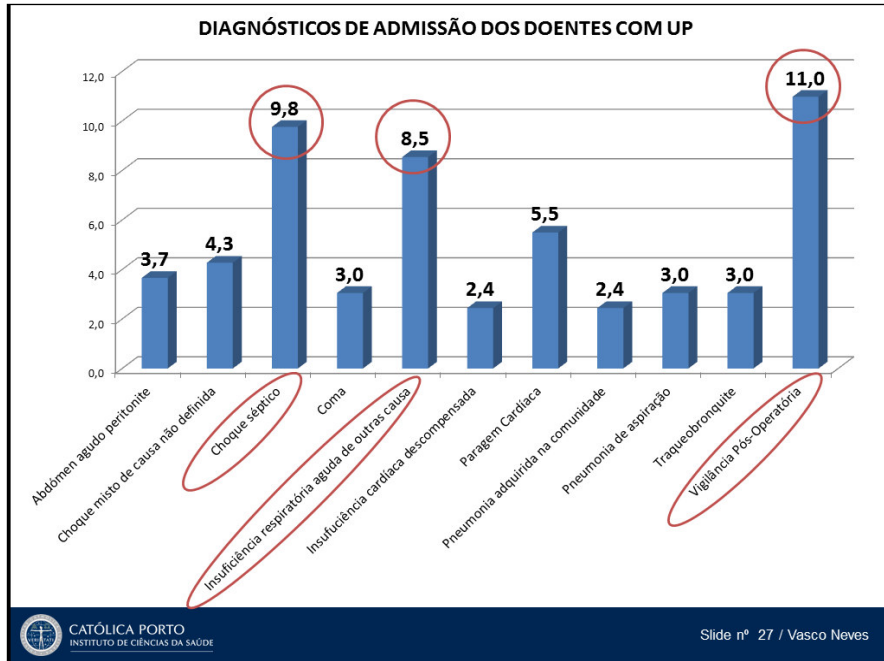
MEDIA - 11 PONTOS

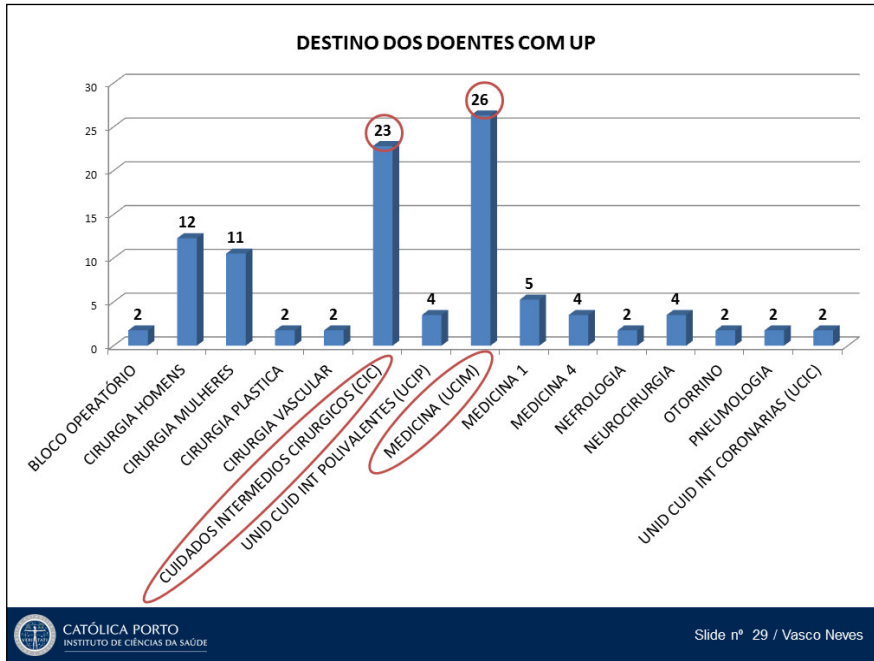
MAX - 18 PONTOS

CATEGORIAS



CATEGORIZAÇÃO	N	%
CATEGORIA 1	18	16
CATEGORIA 2	25	23
CATEGORIA 3	26	24
CATEGORIA 4	28	25
NÃO CLASSIFICADO	13	12
TOTAL DE UP	110	100






DISCUSSÃO


Slide nº 30 / Vasco Neves

<h2>GÉNERO</h2>	<ul style="list-style-type: none"> • PINI & ALVES (2012) estudo de prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração • amostra composta por 545 doentes, maioria do sexo feminino e do grupo etário 76 a 90 anos
<h2>IDADE</h2>	<ul style="list-style-type: none"> • FERREIRA et al (2007) população portuguesa, foi estabelecida esta correlação para idade igual ou superior a 70 anos • A nossa amostra de doentes com UP apresentou uma idade média de 68 anos
<h2>ESCALA DE BRADEN</h2>	<ul style="list-style-type: none"> • 97% - 99% Alto risco para UP - compatível com estudo de COX (2011) • referência importante associada à avaliação e juízo clínico dos enfermeiros (PINI & ALVES, 2012)


 CATÓLICA PORTO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 31 / Vasco Neves

<h2>PREVALÊNCIA / INCIDÊNCIA</h2>	<ul style="list-style-type: none"> • O Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria em Úlceras por Pressão e Feridas Crónicas (SOLDEVILLA,2006) descreve a situação das úlceras de pressão em Espanha. Os resultados demonstraram que a prevalência em hospitais de doentes agudos é de 8,8% e nos domicílios é de 8,3%. Ambiente hospitalar de 4,4% nos serviços cirúrgicos, 9,2% nos serviços de Medicina e 13,2% nas unidades de cuidados intensivos • Costa (2005) a prevalência de úlceras de pressão em Portugal nos hospitais variam de 10,62% a 44,1% • COSTEIRA (2006) valores de prevalência de úlceras de pressão de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias, 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos, 15,3% nas Urgências, 8,0% em Especialidades Médicas e 8,6% em Especialidades Cirúrgicas • incidência das úlceras de pressão nas Unidades de Cuidados Intensivos em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro e São Paulo a relatarem valores de incidência de 26,83% a 62,5% (SERPA, 2011)
-----------------------------------	--


 CATÓLICA PORTO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 32 / Vasco Neves

EPIDEMIOLOGIA

Portugal



HOSPITAL SÃO JOÃO, EPE (2007)

Prevalência 14,6%

Zonas úlceras de pressão:

Sacro 31%

Calcâneo 14%

Trocânter 11%

Grupo Feridas HSJ, 2007



Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (2006/2007)

Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (2007)

N= 303

Prevalência 20%

Incidência 15%

Alves, P. et al, 2008



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 33 / Vasco Neves

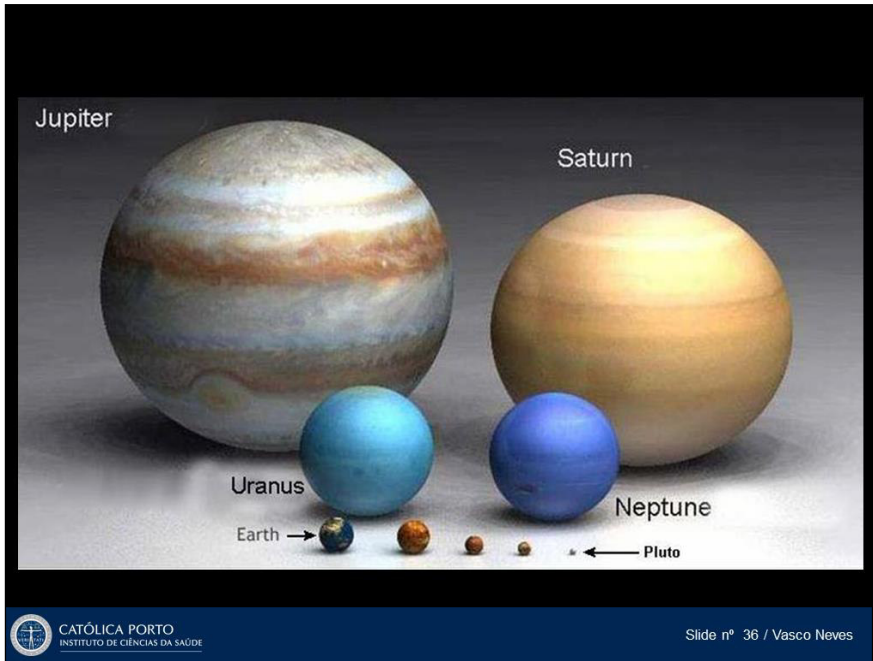
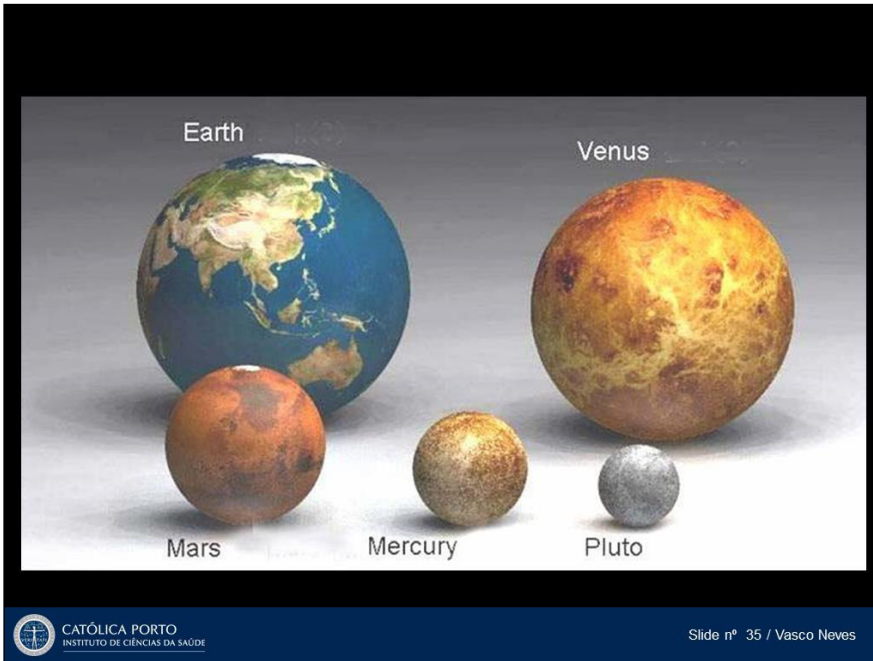
TEMPO MÉDIO PARA DESENVOLVER UP

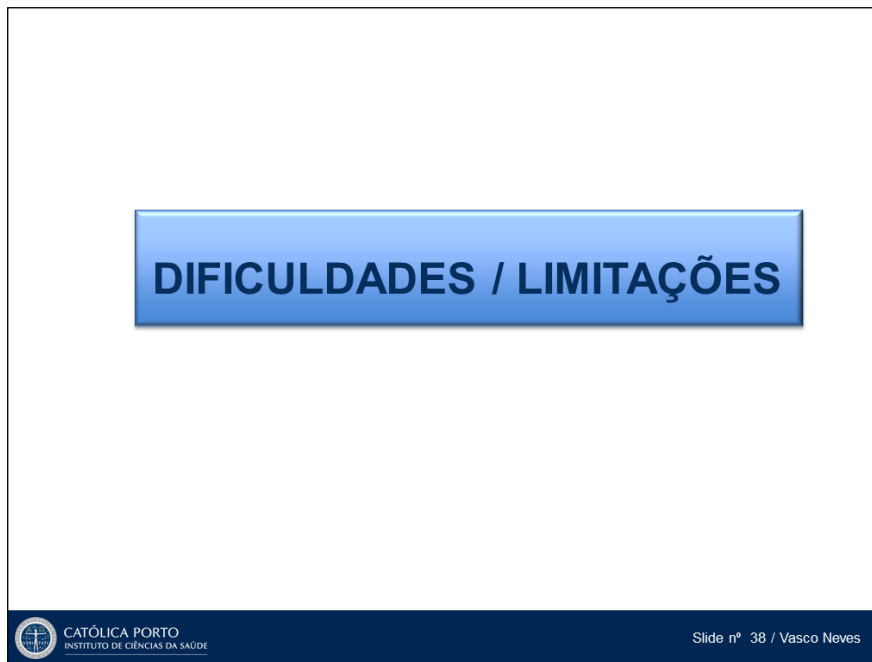
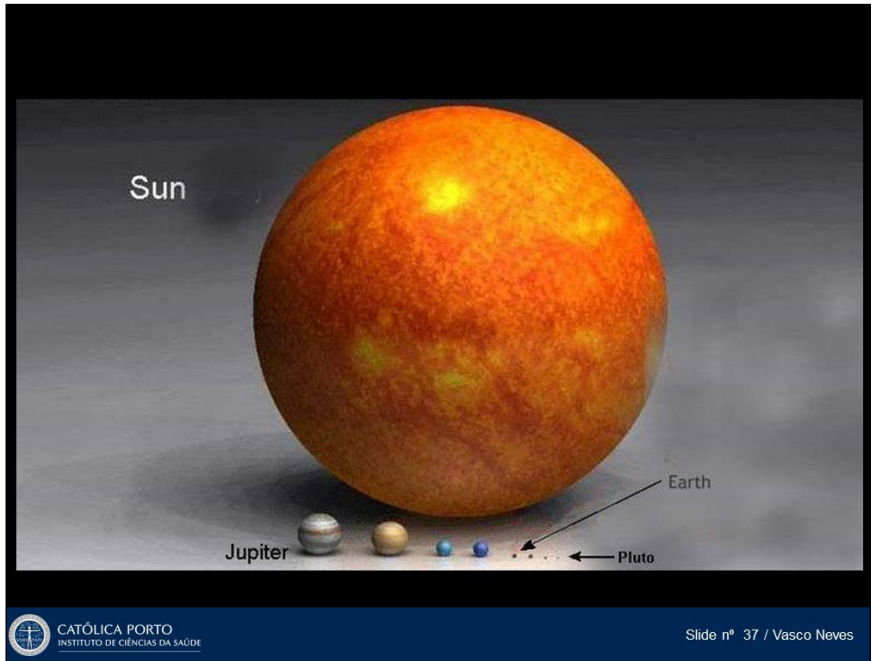
- ROGENSKI & SANTOS (2005), em estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo (Brasil), observaram que os indivíduos que desenvolveram UP apresentavam uma média de 8 a 9 dias de internamento, mas ressaltam que em 36,9% da amostra as úlceras de pressão surgiram com uma duração de internamento inferior a cinco dias
- Noutro estudo sobre prevalência de úlceras de pressão numa unidade de cuidados Intensivos, MATOS E COLEGAS (2010) observaram que cerca de 50% das UP surgiram entre o 2º e 4º dia de avaliação e na primeira semana de internamento.



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 34 / Vasco Neves





TEMPO

- 20 DIAS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Nº ELEVADO DE DADOS

- 509 DOENTES ADMITIDOS
- 939 DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO
- 2973 AVALIAÇÕES DE BRADEN
- 110 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UP

IMPRECISÕES NOS REGISTOS

- TERMINOLOGIAS DIFERENTES NA CATEGORIZAÇÃO
- FALTAS DE REGISTO NA BRADEN E NO DIAGNOSTICO DE ÚLCERA (10% SEM REGISTO DE CATEGORIA, 30% SEM LOCALIZAÇÃO)



QUESTÕES / PROPOSTAS





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MUITO OBRIGADO

FIM

G:\formação ucip\Stop PU 2012 _
EPUAP.wmv



Vasco Neves

Anexo IVc – Questionário de avaliação da formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Solicita-se o preenchimento deste questionário anónimo, cujo objetivo é conhecer a sua opinião acerca da ação de formação que decorreu.

Ação de Formação: ***Prevalência e incidência de úlceras de pressão nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes***

Formador: **Vasco Manuel da Silva Neves**

Data

21/Novembro/2013

1. Tendo em consideração as suas expectativas relativamente a esta acção de formação, como avalia o seu grau de satisfação?

(1) Nada satisfeito

(2) Pouco satisfeito

(3) Satisfeito

(4) Muito satisfeito

2. Considerando a sua atividade profissional, acha que esta acção de formação lhe vai ser:

(1) Nada útil

(2) Pouco útil

(3) Útil

(4) Muito útil

3. Pensa que estará em condições de aplicar no seu local de trabalho o que aprendeu/refletiu nesta Acção de formação:

(1) Nunca

(2) A longo prazo

(3) A curto prazo

(4) De imediato

4. Os objetivos da Acção de formação foram apresentados pelo formador de forma:

(1) Confusa

(2) Pouco clara

(3) Clara

(4) Muito clara



5. Avalie a intervenção do formador em relação aos seguintes critérios:

	(1) Má	(2) Suficiente	(3) Boa	(4) Muito boa
a. Domínio dos assuntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Acessibilidade da linguagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Criatividade na apresentação dos temas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dinamismo e motivação para a aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. De uma forma global, como avalia o desempenho do formador?

(1) Mau	(2) Suficiente	(3) Bom	(4) Muito bom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Acha que as condições da sala de formação, nos seguintes aspetos, foram:

	(1) Más	(2) Suficientes	(3) Boas	(4) Muito boas
a. Iluminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Acústica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Que outros assuntos gostaria que tivessem sido abordados para uma maior adequação às suas necessidades?

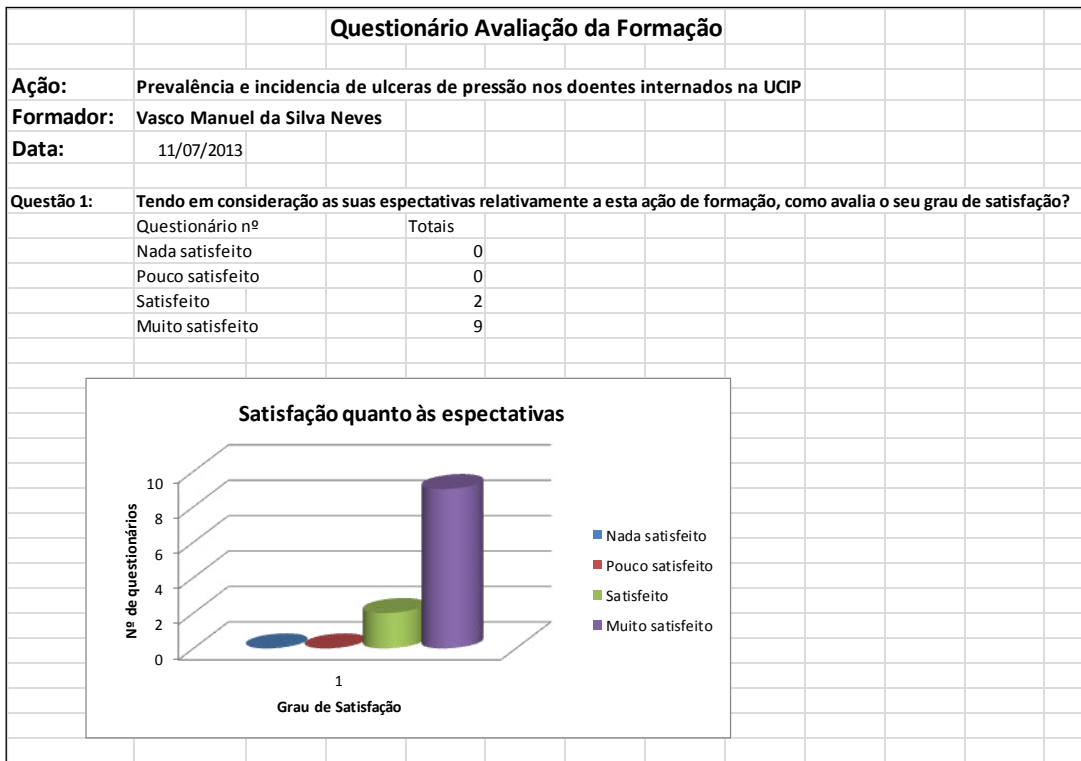


9.

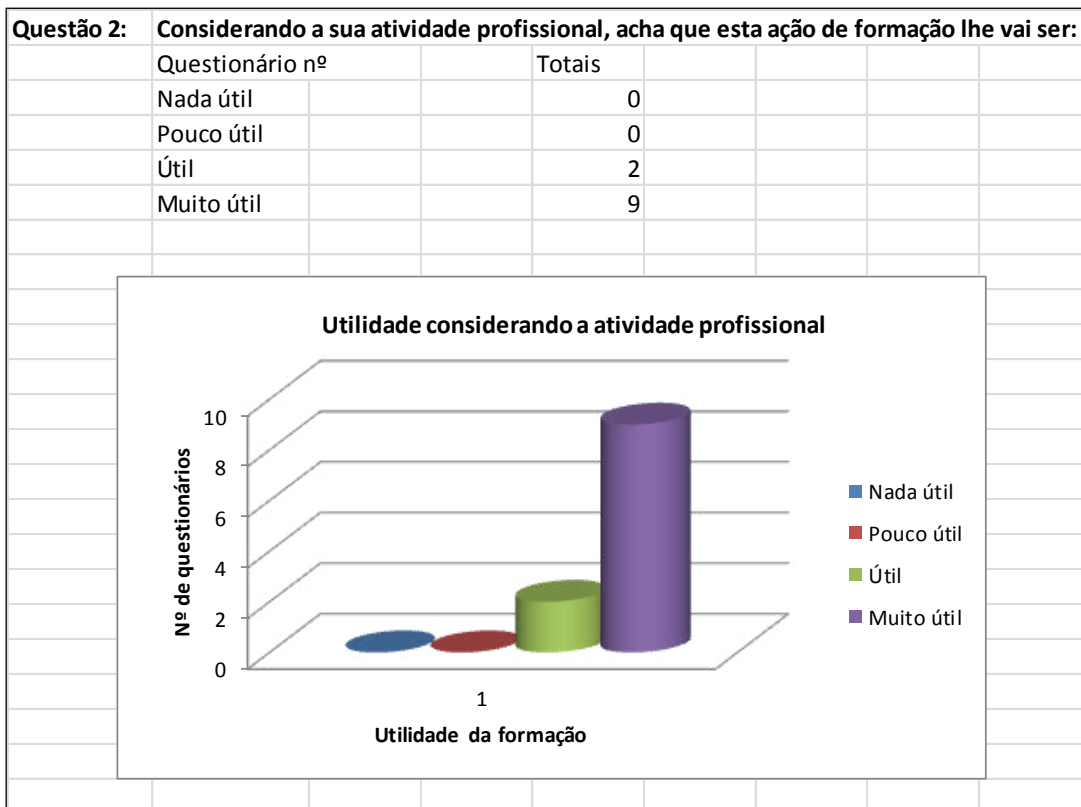
Críticas e sugestões:

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo IVd – Tratamento de dados do questionário de avaliação da formação



Relativamente à 1ª questão verificamos que a maioria dos formandos ficou muito satisfeita.



Verificamos que quase a totalidade dos formandos considerou a formação muito útil para a sua atividade profissional

Questão 3: Pensa que estará em condições de aplicar no seu posto de trabalho o que aprendeu/ refletiu nesta Ação de Formação:	
Questionário nº	Totais
Nunca	0
A longo prazo	1
A curto prazo	3
De imediato	6



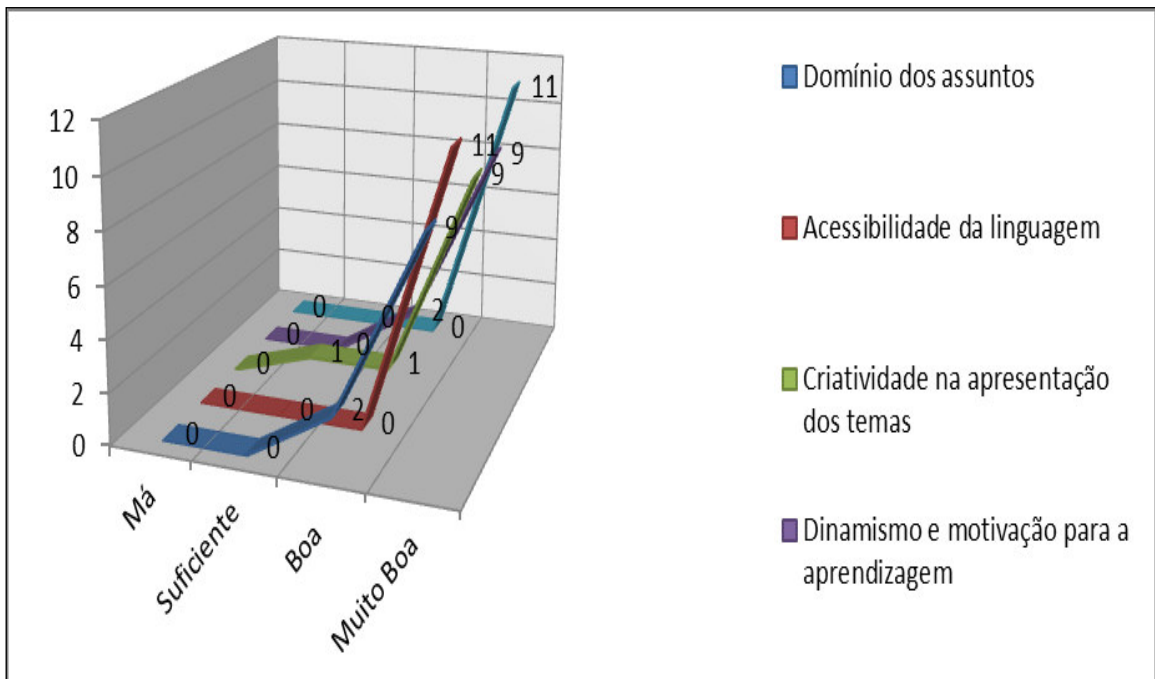
A maioria dos formandos considera que está em condições de aplicar no local de trabalho o que aprendeu e refletiu de imediato conforme visualizado na questão 3.

Questão 4: Os objetivos da Ação de Formação foram apresentados pelo formador de forma:	
Questionário nº	Totais
Confusa	0
Pouco clara	0
Clara	0
Muito clara	11

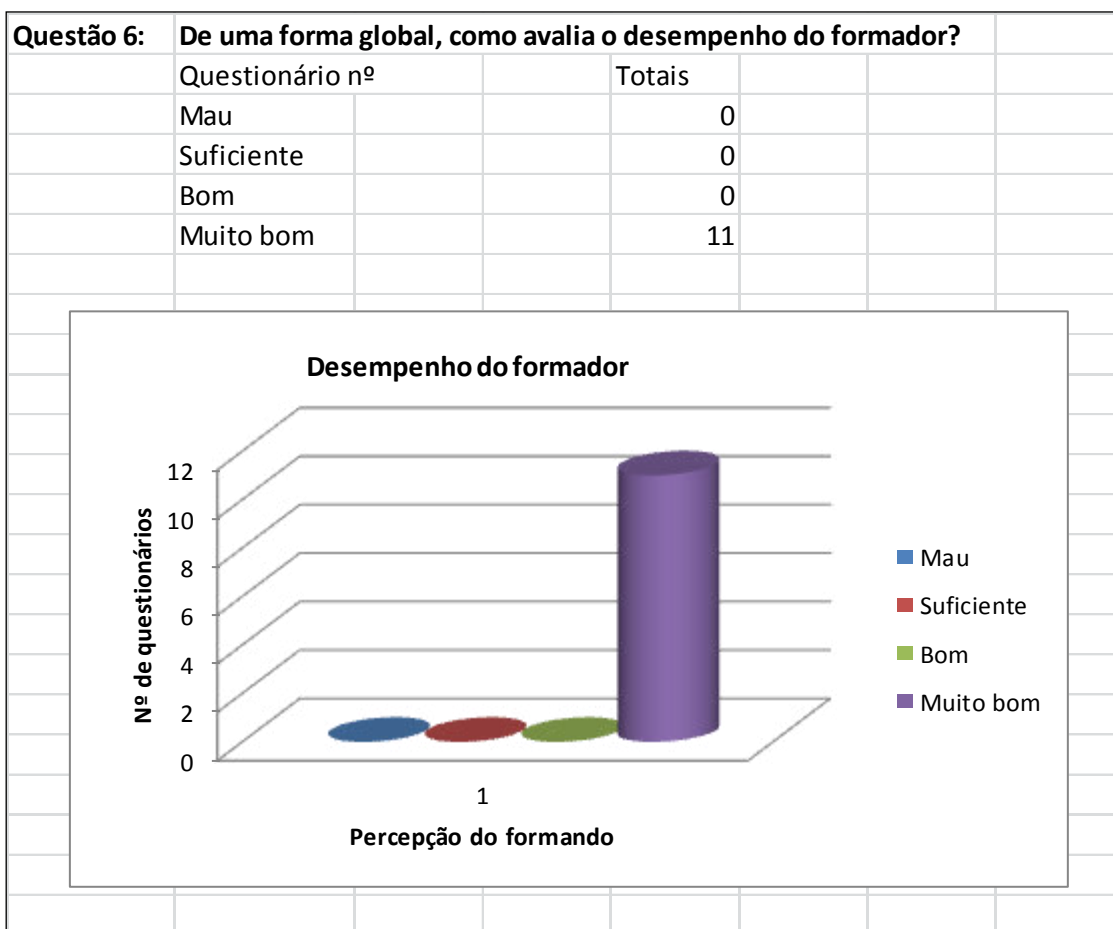


Quando questionados sobre a clareza da apresentação dos objetivos os formandos responderam na sua totalidade que foram apresentados de forma muito clara.

Questão 5: Avalie a intervenção do formador em relação aos seguintes critérios:					
a) Domínio dos assuntos:					
Questionário nº		Totais			
Má		0			
Suficiente		0			
Boa		2			
Muito Boa		9			
b) Acessibilidade da linguagem					
Questionário nº		Totais			
Má		0			
Suficiente		0			
Boa		0			
Muito Boa		11			
c) Criatividade na apresentação dos temas					
Questionário nº		Totais			
Má		0			
Suficiente		1			
Boa		1			
Muito Boa		9			
d) Dinamismo e motivação para a aprendizagem					
Questionário nº		Totais			
Má		0			
Suficiente		0			
Boa		2			
Muito Boa		9			
e) Capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos					
Questionário nº		Totais			
Má		0			
Suficiente		0			
Boa		0			
Muito Boa		11			

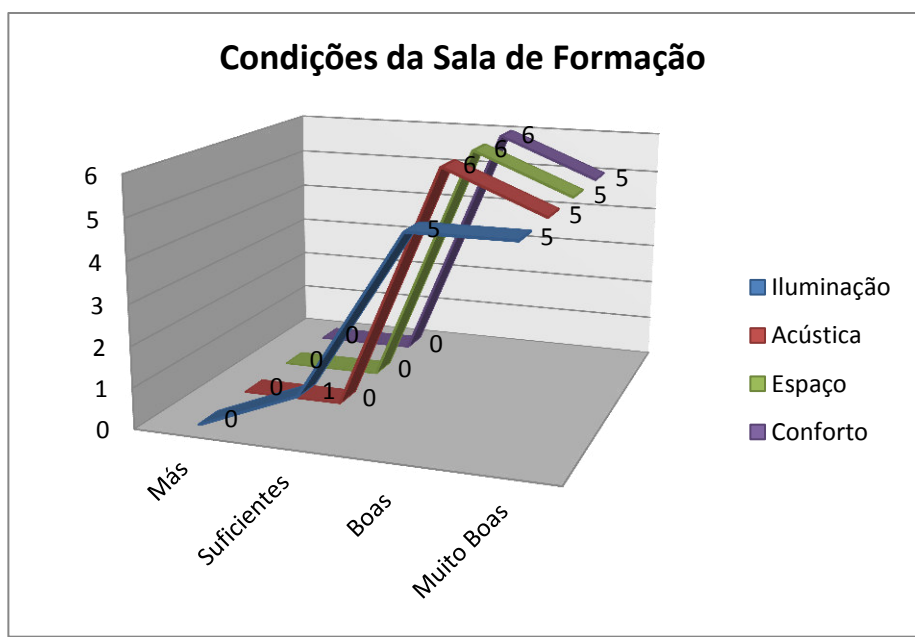


Relativamente à 5ª questão verificamos que a maioria considera que foi muito boa a intervenção do formador relativamente ao domínio do assunto, acessibilidade da linguagem, criatividade na apresentação do tema, dinamismo e motivação para a aprendizagem e capacidade de comunicação e relacionamento com os formandos.



De forma global verificamos que a totalidade dos formandos considera que o desempenho do formador foi muito bom.

Questão 7: Acha que as condições da sala de formação, nos seguintes aspectos, foram:							
a) Iluminação							
	Questionário nº			Totais			
	Más			0			
	Suficientes			1			
	Boas			5			
	Muito Boas			5			
b) Acústica							
	Questionário nº			Totais			
	Más			0			
	Suficientes			0			
	Boas			6			
	Muito Boas			5			
c) Espaço							
	Questionário nº			Totais			
	Más			0			
	Suficientes			0			
	Boas			6			
	Muito Boas			5			
d) Conforto							
	Questionário nº			Totais			
	Más			0			
	Suficientes			0			
	Boas			6			
	Muito Boas			5			



Quando questionados sobre as condições da sala na 7ª questão, verificamos que a maioria considera que as condições da sala de formação foram definidas como boas e muitos boas, relativamente à iluminação, acústica, espaço e conforto.

Anexo V – Documento-proposta



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DOCUMENTO-PROPOSTA FINAL

10 PROPOSTAS DO ESTUDANTE PARA OS CAMPOS DE ESTÁGIO

Curso _____

Estudante _____

Ano letivo _____ / _____

10 PROPOSTAS	O ESTUDANTE PROPÕE	O SERVIÇO COMPROMETE-SE	PRAZO DE CONCRETIZAÇÃO	VALIDAÇÃO/ ASSINATURAS
1	EXEMPLOS: Colocação de soluções SABA nas mesas dos gabinetes de triagem do serviço de urgência	Execução desta medida sem necessidade de consultar comissão de controlo de infeção	1 Mês a partir da data deste documento	
2	Aplicação de protocolo com as guidellines mais recentes relativo à alimentação entérica	Validar protocolo elaborado pelo estudante em reunião com Direção de Enfermagem e dar a conhecer a todos os colaboradores através de formação em serviço	1 Mês para validar na Direção Enfermagem 2 Meses para implementar no serviço com ações de formação para todos os colaboradores	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Data ____ / ____ / ____

Nota: Estas propostas e compromissos serão aplicados após conclusão da Pós-licenciatura e antes da conclusão do Mestrado, em reunião com Orientador, Tutor, Enfermeiro Chefe e Estudante.