



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para Obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica**

José Miguel Valente Tavares

PORTO, Março de 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para Obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica**

José Miguel Valente Tavares

Sob orientação da Professora Lúcia Rocha

PORTO, Março de 2010

RESUMO

No final de um percurso formativo, iniciado em Outubro de 2008, de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, está prevista a redacção de um relatório, que procurará demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões.

A sua estrutura está definida por capítulos. No primeiro capítulo aparece a caracterização dos serviços onde decorreram as práticas, a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio – Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e o Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais Privados de Portugal, Unidade da Boavista. No segundo capítulo serão apresentados os objectivos propostos para o estágio e as principais actividades desenvolvidas, no âmbito da prestação directa de cuidados, da formação e da gestão. No terceiro capítulo serão apresentadas as reflexões sobre os objectivos, as principais actividades desenvolvidas e competências adquiridas, procurando-se sintetizar os aspectos mais marcantes e estruturantes da prática clínica. A introdução, que antecede os capítulos anteriores, apresenta os objectivos, procura enquadrar o relatório no contexto da respectiva unidade curricular, congregando o essencial do desenvolvimento do restante documento. A conclusão apresenta de forma sintética o resumo de todo o documento, as principais sugestões e a análise dos resultados face aos objectivos propostos, a análise crítica dos principais aspectos tratados no relatório e os principais contributos.

Os contextos onde se desenrolaram as práticas clínicas favoreceram um clima de aprendizagem abrangente e profícuo. As oportunidades de aprendizagem foram muito diversificadas, quer no âmbito da prestação de cuidados directos, quer ao nível da formação e da gestão. De referir que os locais onde decorreram as práticas, não tendo sido escolhidos pelo aluno, ofereceram óptimas condições de aprendizagem.

O contributo da orientadora e dos tutores do estágio revelou-se fundamental para a consecução dos objectivos delineados no projecto entregue em tempo oportuno, para o enriquecimento profissional e pessoal do aluno e para o desenvolvimento de competências na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

At the end of the training program, initiated in October 2008, Master of Nursing in the Specialization in Medical - Surgical, the Institute of Health Sciences, Porto, Portuguese Catholic University, is expected to draft a report, which seek to demonstrate the ability to identify problems and develop solutions, to reflect on the actions and their ethical and social implications and communicate their findings appropriately.

Its structure is defined by chapters. In the first chapter appears the characterization of services where it took practice, Intensive Care Unit Surgery Cardio - Thoracic Hospital of Vila Nova de Gaia / Espinho and Urgent Care Service of Private Hospitals of Portugal, Boavista Unit. In the second chapter will find the proposed objectives for the stage and the main activities developed in the direct provision of care, training and management. In the third chapter will be presented reflections based on the objectives, activities and skills acquired in an attempt to synthesize the most striking aspects and structuring of clinical practice. The introduction that precedes the previous chapters, presents the objectives, seeks to place the report in the context of the curricular unite, bringing the essence of development throughout the document. The conclusion summarizes the resume of the whole document, the main suggestions and analysis of results against the objectives, critical analysis of key issues addressed in the report and the main contributions.

The contexts in which the clinical practice took places fostered a climate of learning comprehensive and useful. Learning opportunities are very diverse, both in the provision of direct care, both in training and management. It should be noted that the places where it took practice, not chosen by the student, offered excellent conditions for learning.

The contribution of the supervisor and training of tutors has proved fundamental to achieving the objectives outlined in the project, for the professional and personal enrichment of the student and to develop skills in the specialized area of medical-surgical nursing.

AGRADECIMENTOS

“Digamo-lo de passagem, ser cego e ser amado, é realmente na Terra, onde nada é completo – uma das formas mais estranhamente esquisitas da felicidade. Ter continuamente ao pé de si uma mulher, uma filha, um ser a quem se tem afeição, que está aí porque tendes precisão dele, e porque ele não pode passar sem vós, saber que se é indispensável a quem nos é necessário... poucas felicidades há no mundo iguais a esta”
Victor Hugo, *Os Miseráveis*

À minha esposa: Gina sem ti não conseguia, és o meu porto de abrigo

Aos meus Filhos João e Simão, o farol da minha existência

À minha mãe, por me ter dado a vida, sem egoísmos

No fundo, à minha família, sem excepção

Aos meus amigos e colegas nesta caminhada a que chamamos vida

Aos meus mestres e professores, por tudo o que me deram e ensinaram

Aos meus colegas de trabalho, obrigado pela paciência e colaboração

Aos doentes e seus familiares e amigos, por serem uma enciclopédia

A todos os que fazem parte da minha vida...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIA – Balão Intra-aórtico
BIS - Bispectral Index
CDC - Center for Disease Control
CEC – Circulação Extra - Corporal
CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Espinho
HPP- Hospitais Privados de Portugal
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IPO – Instituto Português de Oncologia
JCI - Joint Commission International
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAU – Serviço de Atendimento Urgente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE – Traumatismo Crânio – Encefálico
UC – Unidade de Cuidados
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Córdio – Torácica
UGI – Unidade de Gestão Integrada

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMENTOS	III
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	IV
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I: CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS ONDE DECORRERAM AS PRÁTICAS CLÍNICAS	12
1. MÓDULO DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CÁRDIO - TORÁCICA.....	12
2. MÓDULO DE URGÊNCIA: SERVIÇO DE ATENDIMENTO URGENTE.....	15
CAPÍTULO II: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS AO REALIZADO	18
1. OBJECTIVOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	18
2. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO.....	35
3. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA GESTÃO.....	39
CAPÍTULO III: REFLEXÃO SOBRE AS PRINCIPAIS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	44
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	64
ANEXO I: Apresentação e Plano da Sessão: “Transmissão de Más Notícias – Protocolode SPIKES”	
ANEXO II: Apresentação e Plano da Sessão: “Cuidar de Nós Próprios e Prevenção de Burn-Out”	
ANEXO III: Apresentação e Plano da Sessão: “Medicação Subcutânea”	
ANEXO IV: Manual de Integração ao SAU	
ANEXO V: Notas sobre o processo de acreditação dos HPP pela Joint Commission International	

INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, está prevista a redacção de um relatório, inserido na unidade curricular com o mesmo nome. Esta unidade curricular decorre sob a orientação directa da orientadora do estágio e procura demonstrar a capacidade do aluno em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais, comunicando adequadamente as conclusões.

O estágio encontra-se dividido em três módulos: serviços de urgência (módulo I), cuidados intensivos / intermédios (módulo II) e um módulo de estágio opcional (módulo III). Neste último módulo, o aluno pode optar em função do seu projecto profissional, o local que melhor se adequa aos seus objectivos profissionais. Devido ao meu percurso profissional, foi-me atribuída creditação ao módulo de opção (módulo III), devido à minha experiência profissional em cuidados paliativos, desde 2002, actualmente no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de São João (desde Janeiro de 2009), tendo exercido anteriormente no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO), onde fui formador em serviço durante três anos. Realizei ainda um estágio de um mês, em Novembro de 2006, na equipa de cuidados paliativos e suporte da Clínica Universitária de Navarra, tendo em Março de 2007 iniciado a Equipa Intrahospitalar do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto. As competências fundamentais adquiridas ao longo deste percurso profissional estão relacionadas com os cuidados de enfermagem ao doente com doença grave, ameaçadora da vida, avançada e progressiva, sobretudo na vertente da avaliação e controlo de sintomas, comunicação com o doente e família, trabalho em equipa e abordagem global das necessidades dos doentes, na vertente física, social, psicológica e espiritual, tal como definido pela OMS (2002): “Visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que ameaçam a vida - e suas famílias - prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.”.

O presente relatório visa cumprir o desiderato de demonstrar a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões.

Neste enquadramento, apresentam-se como objectivos para o presente relatório:

- Caracterizar os serviços onde se desenvolveram as práticas clínicas, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio – Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e o Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais Privados de Portugal, Unidade da Boavista, dando especial destaque aos aspectos mais estruturantes para o estágio;
- Descrever e caracterizar as principais actividades desenvolvidas ao longo das práticas clínicas, relevando os momentos de maior interesse e destacando as principais competências adquiridas;
- Reflectir sobre as principais actividades e competências adquiridas, fundamentando cientificamente as actividades e competências adquiridas;
- Fornecer um referencial de análise e de avaliação para o estágio.

A metodologia adoptada passa então por organizar o relatório em capítulos, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva. No primeiro capítulo aparece a caracterização dos serviços onde decorreram as práticas, a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio – Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e o Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais Privados de Portugal, Unidade da Boavista. No segundo capítulo serão apresentados os objectivos propostos para o estágio e as principais actividades desenvolvidas, no âmbito da prestação directa de cuidados, da formação e da gestão. No terceiro capítulo serão apresentadas as reflexões sobre os objectivos e as principais actividades desenvolvidas, procurando-se sintetizar os aspectos mais marcantes e estruturantes da prática clínica. A conclusão apresenta de forma sintética o resumo de todo o documento, as principais sugestões e a análise dos resultados face aos objectivos propostos, a análise crítica dos principais aspectos tratados no relatório e os principais contributos. Procura-se deste modo uma apresentação dinâmica, onde conste a relação dialéctica entre a descrição das actividades, as reflexões efectuadas, os fundamentos científicos e éticos que informam a acção, a apresentação consistente do percurso efectuado e as suas conclusões, bem como as sugestões para o futuro. No final do relatório poderemos encontrar os anexos,

que procuram apresentar instrumentos utilizados na formação (preparação e apresentação), o Manual de Integração elaborado para o SAU e as notas reflexivas sobre o processo de acreditação dos HPP.

Assim, nesta fase importa apresentar os objectivos gerais delineados para o estágio, transversais aos dois módulos:

- Adquirir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Reflectir sobre os conhecimentos adquiridos, demonstrando capacidade de compreensão da realidade em contexto, bem como de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Compreender a importância da aprendizagem ao longo da vida e adquirir competências que favoreçam essa aprendizagem.

Estes objectivos delineados aquando da redacção do projecto de estágio, serviram para definir os objectivos específicos e as principais actividades, das quais se esperavam ganhos de aprendizagem, sob a forma de aquisição de competências na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.

A pertinência do estágio encontra-se justificada desta forma, alicerçada num curriculum teórico (ocorrido sobretudo durante as aulas, mas não esgotado aqui) e prático, que se consolida com o contacto com a população envolvida (doentes, familiares e profissionais), nos dois locais de estágio: a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio – Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e o Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais Privados de Portugal, Unidade da Boavista. A escolha destes locais não obedeceu a nenhuma preferência individual do aluno, mas à proposta da instituição de ensino, que remeteu para dois locais que garantiram boas

condições para o desenvolvimento das práticas clínicas. Tratou-se de uma unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardíaco-torácica, de um hospital público, com doentes complexos e abrangente no que diz respeito aos doentes críticos e um serviço de atendimento urgente de uma unidade de saúde privada, equipada para fazer face a todo o tipo de situações urgentes ou emergentes, embora estas últimas situações fossem excepcionais. As oportunidades de aprendizagem foram por isso muito diversificadas, quer no âmbito da prestação de cuidados directos, quer ao nível da formação e à gestão.

A motivação para a escolha da especialidade, no percurso pessoal e académico esteve fortemente relacionada com a pessoa na fase final de vida. Ao longo das actividades desenvolvidas, sobretudo em contexto de prática clínica, procurou valorizar os aspectos relacionados com a comunicação, o trabalho em equipa e o controlo de sintomas, temas basilares para os cuidados paliativos. Contudo, estes também são pertinentes nas equipas que trabalham em serviços de urgência e em cuidados intensivos. Se considerarmos que muitos dos doentes que recorrem a estes serviços enfrentam situações ameaçadoras da vida, com a carga emocional e psicológica inelutável que está adjacente a esta situação, quer para o próprio, para os cuidadores e entes queridos e para a própria equipa terapêutica, encontramos uma justificação epistemológica para algumas opções apresentadas, pensadas e planeadas estrategicamente para as actividades desenvolvidas.

Pai e Lautert (2005), colocam a seguinte questão: “Considerando a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca incessante pela manutenção da vida, seria possível pensar em assistência humanizada no âmbito assistencial?”. Para além da inquietação que esta questão coloca, deveremos ser capazes de reflectir sobre estratégias concretas para um cuidado cada vez mais humanizado, quer para os doentes e seus entes queridos, como para os profissionais. Logo, procurou-se ao longo das práticas clínicas, no módulo de cuidados intensivos / intermédios e no módulo de serviços de urgência, conciliar as experiências adquiridas nos contextos referidos com a experiência profissional, a formação e treino do aluno, nas vertentes da comunicação, do trabalho em equipa e controlo de sintomas.

As reflexões em torno dos objectivos traçados para o relatório e a sua conformidade com o desenvolvimento do mesmo serão apresentadas na conclusão.

CAPÍTULO I: CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS ONDE DECORRERAM AS PRÁTICAS CLÍNICAS

“... Passara por tudo e limitava-se a dirigir o barco para o porto, tão bem e tão inteligentemente quanto podia”.

Ernest Hemingway, O Velho e o Mar

No presente capítulo serão apresentadas as principais características dos locais onde decorreram as práticas clínicas, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardio-Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Espinho e o Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais Privados Portugueses, Unidade da Boavista.

O módulo de estágio de cuidados intensivos decorreu de 20 de Abril a 22 de Junho do ano de 2009 e o de urgência de 06 de Outubro a 29 de Novembro, do mesmo ano. A caracterização dos locais de estágio visa caracterizar o contexto formal de ambos os locais.

1. MÓDULO DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CÁRDIO - TORÁCICA

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

Actualmente, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho tem instalações distribuídas pelos Concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho. Em Gaia, localizam-se a Unidade I – antigos Sanatório D. Manuel II e Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem e a Unidade II, próximo do tribunal de Vila Nova de Gaia. Em Espinho, encontra-se a unidade III, antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda.

Com uma lotação de 558 camas, divididas por várias especialidades, o Centro Hospitalar é visitado diariamente por mais de dois mil utentes.

No site do Centro Hospitalar podemos ler que o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho tem por missão prestar, com elevados níveis de qualidade e eficiência, cuidados de saúde diferenciados, em articulação com a rede de saúde primária e com

hospitais do Serviço Nacional de Saúde, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais.

Faz, igualmente, parte da sua missão o ensino pré e pós-graduado, bem como o desenvolvimento de formação considerada necessária ao desenvolvimento dos seus colaboradores. A investigação e o desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde fazem também parte da missão do Centro Hospitalar.

Neste contexto formal, o módulo de estágio decorreu na Unidade I, situada no antigo sanatório conhecido como Casa de Repouso de D. Manuel II, depois baptizado como Hospital de Eduardo Santos Silva, mandado construir por ordem da Rainha D. Amélia, na sequência da epidemia de tuberculose que assolou o país no final do século XIX, início do século passado. Contudo, foi muito depois do fim da monarquia no nosso país, em Setembro de 1947, que o então conhecido por Sanatório de D. Manuel II, iniciou a sua actividade.

O Decreto-Lei nº 20/77 de 16 de Março, cria o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, que irá agregar o Hospital Eduardo Santos Silva, propriedade do Estado, o Hospital Distrital de Gaia, pertencente à Santa Casa da Misericórdia, e o Sanatório Marítimo do Norte, que, por doação, foi integrado no património do hospital.

Este centro serve uma população de cerca de 700 mil pessoas, atribuídas pela rede de referenciação hospitalar, servindo os concelhos de Espinho e Gaia, nas áreas de especialidades e os concelhos de Entre Douro e Vouga, ao nível de especialidades intermédias. Contudo, para as especialidades de elevada diferenciação, onde encontramos a Cirurgia Cardio-torácica, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica, Medicina de Reprodução e Pneumologia, acolhe as populações de todos os concelhos a Norte do rio Vouga, sendo frequente ter internados na Unidade de Cuidados Intensivos da Córdio-Torácica, pessoas residentes nestes concelhos. A unidade hospitalar está organizada por Unidades de Gestão Integrada (UGI), sendo que a Unidade de Cuidados Intensivos de Córdio-Torácica encontra-se na UGI do Tórax e Circulação, que inclui os serviços de cardiologia, pneumologia, cirurgia vascular e cirurgia córdio-torácica.

A localização física da unidade encontra-se sediada no piso 2, do pavilhão central da unidade I (no antigo hospital de Eduardo Santos Silva). Trata-se de instalações novas (inauguradas em 30 de Abril do corrente ano), na sequência de obras orçadas em cerca de 6,5 milhões de euros, que incluíram serviço de internamento, blocos operatórios e unidade de cuidados intensivos.

A unidade de cuidados intensivos tem oito camas, mais duas de isolamento (inactivas, na altura do estágio, embora temporariamente uma delas tenha estado em funcionamento durante cerca de duas semanas) e três camas de intermédios. Os equipamentos, novos, desde as colunas de suporte, passando pelos ventiladores e camas, serão referidos mais à frente, no enquadramento das actividades de prática clínica mais valorizadas. A equipa é constituída por 33 enfermeiros, 11 médicos e 13 assistente operacionais. Dos enfermeiros, existem três com especialidade em enfermagem (uma com especialidade em saúde mental, uma com especialidade em pediatria e uma com especialidade médico-cirúrgica, que orientou o estágio). O bloco operatório conta com duas salas, onde actualmente se realizam cirurgias cardíacas e torácicas, bem como cirurgia vascular e outras, face às obras de reestruturação do hospital. Aleixo (2007) define cuidados de enfermagem intensivos como “os cuidados minuciosos e qualificados prestados por enfermeiros de forma contínua nas 24 horas, ao indivíduo com uma ou mais funções em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas, prevenindo complicações e limitando incapacidades”. O papel do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos é fundamental na abordagem do doente crítico, bem como no apoio à família. A mortalidade neste tipo de unidades é, normalmente, elevada. Contudo, nesta unidade a realidade é distinta, pois a grande maioria dos doentes são internados na sequência de cirurgias programadas ou urgentes, do foro cardíaco ou torácico.

De qualquer modo, a unidade está equipada e formada para tratar de doentes críticos, tendo tido a possibilidade de contactar com doentes com necessidades de suporte avançado de vida (ventilatório, hemodinâmico, renal, etc.), que considero ter enriquecido muito o estágio. Foi neste local, portanto, onde decorreram as práticas clínicas no módulo de cuidados intensivos. Aspectos mais específicos serão melhor explorados, à medida que forem sendo apresentadas as actividades desenvolvidas.

2. MÓDULO DE URGÊNCIA: SERVIÇO DE ATENDIMENTO URGENTE

O módulo de Urgência, inserido no estágio do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica decorreu no Serviço de Atendimento Urgente (SAU) dos Hospitais Privados de Portugal (HPP), Unidade da Boavista no Porto, de 06 de Outubro a 29 de Novembro de 2009. No site oficial dos HPP podemos ler: “A HPP Saúde é um grupo de referência no sector da saúde em Portugal. Desde a sua fundação em 1998, distingue-se por uma visão inovadora, aliada a um forte espírito de melhoria contínua, excelência e rigor. Centrada na personalização e qualidade dos cuidados de saúde, a HPP Saúde proporciona uma oferta de serviços global baseada numa rede, que cobre todo o território nacional, contando com mais de 2.000 profissionais de saúde.”.

Em Portugal, a HPP Saúde detém cinco hospitais: Hospital da Boavista, Hospital da Misericórdia de Sangalhos, Hospital dos Lusíadas, Hospital de Santa Maria de Faro e Hospital São Gonçalo de Lagos e o Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada. Relativamente à Unidade do Hospital da Boavista, onde decorreu o estágio, este hospital foi projectado e construído de raiz, “... o Hospital da Boavista apresenta-se como a mais moderna unidade de saúde na cidade do Porto e pretende distinguir-se como um hospital de nova geração.” (site oficial dos HPP). Dentro das várias valências desta unidade hospitalar, podem-se destacar a Unidade de Cuidados Intensivos e o Serviço de Atendimento Urgente, com salas de observação e sala de reanimação (Unidades de Cuidados de Suporte de Vida).

Relativamente à política de qualidade: “A HPP Saúde é um Grupo privado de cuidados de saúde, que tem por objectivo prestar um serviço centrado nas necessidades do cliente. A actividade de todas as Unidades Hospitalares do Grupo HPP é desenvolvida mediante a adopção de modelos de organização eficientes e flexíveis, e a implementação de programas de melhoria contínua suportados em sistemas de gestão da qualidade internacionalmente certificados.”. A Unidade do Hospital da Boavista encontra-se certificada pelo referencial ISO 9001:2000 desde Maio de 2003, encontrando-se actualmente no início do processo de acreditação pela Joint Commission International Accreditation. O Serviço de Atendimento Urgente de Adultos, da Unidade da Boavista, está sediado no Rés-do-Chão desta unidade hospitalar, sendo o acesso ao

público feito pela parte lateral à fachada do hospital. Este acesso permite o estacionamento de viaturas mesmo em frente. Devido à pandemia de gripe A, existiam, na altura do estágio, duas portas de acesso. Uma geral e outra para doentes com sinais de gripe. Esta contingência previa, portanto, circuitos diferentes: após a triagem feita por um enfermeiro, baseada no inquérito criado pela comissão de controlo de infecção e baseado nas directivas da Direcção Geral da Saúde, o doente com sinais de gripe, se apresenta-se sintomas prováveis de gripe A, seguia um circuito próprio, para evitar contágios. Caso esta situação não se verificasse, o doente seguia o circuito normal do SAU, apresentado no parágrafo seguinte (na altura em que decorreram as práticas clínicas, encontrava-se o nosso país no pico da pandemia da gripe A).

No momento da admissão (excepto nos casos emergentes), os clientes efectuem a sua inscrição na parte administrativa (adstrita à entrada), ficando a aguardar a chamada para um dos três consultórios médicos. Após observação por estes profissionais, apresentam-se os mais variados cenários: O doente tem alta directamente para o domicílio, ou se dirige para um gabinete de tratamento contíguo aos consultórios, onde são efectuados pequenos tratamentos, como pensos pequenos ou administração de fármacos, sobretudo por via intramuscular, ou transitam para uma sala contígua à sala de controlo de enfermagem, que conta com quatro cadeirões, onde normalmente se administram fármacos, sobretudo endovenosos, normalmente anti-inflamatórios, analgésicos, anti-espasmódicos, nebulizações, normalmente, com agonistas adrenérgicos beta (salbutamol) e antagonistas colinérgicos (brometo de ipratópio) ou se procedem às colheitas de espécimes para análise. Estas tarefas efectuadas pelos enfermeiros, estão normalmente contextualizadas num cenário de situações clínicas pouco complexas, com previsão de alta num curto espaço de tempo. Contudo a vigilância e acompanhamento por parte dos enfermeiros é constante, facilitada pela disposição arquitectónica do serviço.

Nos casos mais urgentes, como sejam as situações de dificuldade respiratória moderada a severa, instabilidade hemodinâmica, síncope ou alterações do estado de consciência, os doentes são encaminhados directamente do balcão de admissão ou transitando dos consultórios médicos para uma das cinco salas de observação do serviço. Estas salas permitem a monitorização constante dos principais sinais vitais, nomeadamente a frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva, saturação de oxigénio e temperatura

corporal, contando com uma central de monitorização na sala de trabalho de enfermagem.

Temos ainda a sala de reanimação, equipada para abordar doentes com necessidade de suporte avançado de vida, bem como o seu transporte seguro, intra-hospitalar (por exemplo para a UCI ou meios complementares de diagnóstico) ou inter-hospitalar. De relevar ainda, que as situações de emergência intra-hospitalar são asseguradas pela equipa do SAU, como poderemos ver mais à frente, nas actividades desenvolvidas. O mesmo sucede com o transporte de doentes, quer seja intra-hospitalar, quer seja inter-hospitalar, sempre que este transporte careça da presença de um enfermeiro.

A organização espacial do serviço, permite uma vigilância muito próxima dos doentes. Os enfermeiros assumem neste serviço um papel central, tal como preconizado por Roy, C. e Andrews, H. (1999), que afirma que a enfermagem é uma profissão de saúde que se centra nos processos de vida humanos e uniformiza e enfatiza a promoção da saúde para indivíduos, grupos e sociedade como um todo. O enfermeiro neste contexto assume um papel fundamental na interacção com os clientes, com a tecnologia, com os outros profissionais e com a família. A avaliação atenta das diferentes situações, desde as mais complexas até as menos complexas, permite agir rapidamente sobre os problemas, prevenindo as complicações e na comunicação com o cliente e família que muitas vezes não têm tempo para se adaptar à nova realidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2007), no seu parecer sobre a requalificação dos serviços de urgência, salienta que dada a natureza dos actos de saúde que nas urgências são oferecidos e considerando que, como de todos é conhecido, a gestão permanente do que aí ocorre é assegurada pela equipa de enfermagem. Destaca-se que o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no artigo n.º 9, no seu n.º 4, refere que em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, “... os enfermeiros procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”. Foi neste local, portanto, onde decorreram as práticas clínicas no módulo de serviço de urgência (módulo I).

CAPÍTULO II: DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS AO REALIZADO

“ Tentei explicar aos meus pais que a vida é um presente engraçado. Ao princípio, sobrestimamo-lo: julgamos ter recebido a vida eterna. Depois, subestimamo-lo, achamo-lo uma porcaria, demasiado curto, quase nos sentiríamos prontos a deitá-lo fora. Por fim, apercebemo-nos de que não era um presente, mas apenas um empréstimo. Então tentamos merecê-lo”

Eric-Emmanuel Schmitt, Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa

Neste capítulo serão apresentados os objectivos específicos para o estágio, transversais aos dois módulos. Lembra-se que os objectivos gerais foram apresentados na introdução. A opção por esta estratégia visa sistematizar melhor a informação, evitando repetições e, por conseguinte, tornar a leitura mais fácil. Do desdobramento e aprofundamentos os objectivos gerais, surgiram os objectivos específicos. Opta-se neste relatório por organizar a redacção por áreas de intervenção que tiveram lugar nas práticas clínicas, de forma a destacar os momentos considerados mais relevantes, enquadrando os respectivos objectivos específicos e actividades desenvolvidas, bem como a sua justificação e pertinência.

1. OBJECTIVOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.

No âmbito da prestação directa de cuidados, o enfermeiro proficiente deve ser capaz de mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso profissional, formativo e de vida. Deste modo destacam-se as seguintes actividades:

- Revisão da documentação, apontamentos e bibliografia relacionada com a área de formação em enfermagem médico-cirúrgica;
- Revisão e identificação da documentação, apontamentos e bibliografia relacionada com a temática dos cuidados intensivos, particularmente ligada aos cuidados intensivos de cirurgia cardíaca e torácica, nomeadamente as aulas da professora Isabel Rabiais e

apontamentos e bibliografia relacionada com a temática da urgência de adultos, particularmente ligada aos episódios de emergência médica, algoritmos de acção em situações urgentes, Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM, entre outros;

- Fundamentar a intervenção no contexto da prática e as actividades desenvolvidas numa pesquisa bibliográfica sólida;
- Consultar os protocolos dos respectivos serviços, nomeadamente, manuais de qualidade, manuais da comissão de controlo de infecção, manual de acolhimento de novos funcionários, manual de procedimentos do SAU Adultos, normas de funcionamento, descritivo de funções, guia de actuação em casos suspeitos de gripe A, folha de actividades diárias (conferência da sala de reanimação, dos desfibrilhadores, dos carros de urgência, etc.), protocolo de administração de insulina, face às glicemias, protocolo de diluição de fármacos na UCICT, manuais dos equipamentos usados com mais frequência, nomeadamente, os equipamentos de ventilação assistida, de monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, de técnicas dialíticas, bombas infusoras e camas articuladas, índice de incompatibilidades de fármacos, usados nos serviços, manuais dos equipamentos usados com mais frequência, nomeadamente, os equipamentos de ventilação assistida, de monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, bombas infusoras, frigoríficos e camas articuladas, mecanismos e política da instituição em relação ao horário dos enfermeiros.

A leitura destes documentos, logo no início do estágio revelou-se essencial para poder perceber a dinâmica dos serviços e as actividades desenvolvidas de forma programada, a sua frequência e regularidade, entender as funções previstas para cada profissional, bem como a política da qualidade, assim como os aspectos ligados à prevenção e controlo de infecção. Do mesmo modo, o protocolo de actuação previsto para casos suspeitos de gripe A, no SAU, num momento em que esta questão assumiu uma acentuada pertinência.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.

- Identificar os principais métodos de análise de situações complexas, algoritmos de actuação e escalas de avaliação. Verificou-se que existem na sala de trabalho do SAU afixados dois algoritmos de intervenção, nomeadamente, nos casos de bradicardia e

taquicardia. Por outro lado, as folhas de registo incluem a avaliação da dor, registos de zonas de pressão, antecedentes clínicos relevantes, recolha de sangue arterial e análise por gasimetria, com particular preocupação com a compensação dos valores de potássio, bem como o registo da diurese e dos parâmetros electro-cardiográficos, especialmente na UCICT. O conceito de cadeia de sobrevivência, explanado no Manual de Suporte Avançado de Vida do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), cuja leitura foi realizada antes e durante o início das actividades, revelou-se útil na apreciação das situações possíveis de encontrar no SAU, especialmente nas situações na sala de emergência e de emergência intra-hospitalar. Numa situação específica, de um doente submetido a cirurgia ortopédica no dia anterior e que ficou diaforético e com sensação de mal-estar aquando da realização de uma radiografia, o serviço de radiologia contactou o SAU, solicitando a sua intervenção. Não foi necessário iniciar manobras de suporte básico ou avançado de vida, pois a colocação do paciente em posição de tredelemburg e a administração de fluidoterapia revertera a situação de hipotensão instalada. Depois de verificar que o dreno cirúrgico não apresentava evidência de perdas hemáticas macroscópicas importantes e na ausência de evidência de hemorragia activa, o doente regressou para o serviço de internamento. Na realidade a intervenção célere, associada a algoritmos de intervenção que sistematizem a actuação dos profissionais revela-se como uma arma na resolução de situações urgentes, aumentando significativamente a probabilidade de sucesso;

- Identificar e compreender os diferentes instrumentos de avaliação e registo utilizados no serviço, mobilizando os conhecimentos adquiridos na identificação de situações de risco. No Serviço de Atendimento Urgente de Adultos dos HPP da Boavista, encontram-se afixados, junto ao carro de emergência, dois posters, com o algoritmo da bradicardia e da taquicardia, do Conselho Europeu de Ressuscitação. Estes documentos, abordados no decurso das aulas teóricas não eram novidade, mas considero ser muito importante ter acesso rápido a esta informação, pelo que a sua proximidade e centralidade permitem um rápido acesso visual;

- Relativamente à UCICT, a avaliação dos parâmetros vitais dos doentes é constante. O impacto das intervenções faz-se no momento e as mudanças determinadas pela condição clínica. A monitorização constante e apertada dos mais diversos parâmetros conduz a intervenções decididas rapidamente, no sentido de garantir a segurança dos pacientes e a excelência dos cuidados prestados. Deste modo, a monitorização dos pacientes obedecia a alguns critérios mais ou menos estabelecidos. No pós-operatório imediato, o registo

era horário e a monitorização muito apertada. Eram realizadas gasimetrias nos primeiros 10 minutos, após a admissão e sempre que fosse considerado necessário, no mínimo de quatro em quatro horas. Era dada particular atenção à compensação de valores anormais de glicemia (mais frequentemente hiperglicemias) e de potássio (normalmente hipocaliémias). Relativamente ao SAU, a frequência da avaliação era estabelecida de acordo com o estado clínico do doente. Deste modo, muitos doentes careciam apenas de intervenções de curta duração e a avaliação era realizada antes da intervenção (para confirmar a situação clínica que tinha motivado a visita ao SAU), durante a permanência no serviço (aferindo a evolução e a tolerância aos tratamentos) e no momento que precedia alta. Contudo, as situações mais complexas implicavam uma avaliação constante dos parâmetros vitais (com monitorização do traçado cardíaco, saturação de oxigénio, tensão arterial por método não invasivo, glicemia capilar, estado de consciência, etc.), com o respectivo registo em instrumento próprio.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relacionados com o cliente ou família, especialmente na área de enfermagem médico-cirúrgica.

- Uma preocupação central passou pela identificação dos principais factores geradores de stress para o doente e família, em contexto de cuidados intensivos, especialmente aos familiares de doentes submetidos a cirurgia cardíaca e torácica. A perspectiva de uma cirurgia de “coração aberto” é assustadora para muitas pessoas. A ansiedade manifestava-se frequentemente por aguardar à porta do bloco operatório, à medida que decorria a cirurgia, assim como a abordagem junto da equipa, para aferir acerca da situação clínica dos seus familiares. Mesmo em situações não emergentes, no SAU a visita a qualquer serviço de urgências remete para um contexto frequentemente desconfortável e a ansiedade perante o desconhecido, por exemplo o diagnóstico, resultados de exames complementares de diagnóstico ou o que poderá estar por detrás de um quadro clínico inesperado, mesmo que não emergente, estão frequentemente patentes. A ansiedade manifestava-se frequentemente, por exemplo, pelo questionar frequente sobre os resultados dos exames, dúvidas sobre as etapas seguintes de tratamento, etc.

- Proceder a registos sistematizados, nas respectivas folhas de registo de enfermagem ou no sistema informático, sobre as manifestações de ansiedade, desconforto emocional ou

sofrimento manifestados pelo doente ou família. Esta situação aconteceu com frequência e assumia contornos algo distintos no SAU, em relação a um serviço de urgências de um hospital público, na medida em que à ansiedade com a situação clínica do seu ente querido, acrescia muitas vezes a preocupação manifestada pelos familiares com os custos que a continuidade dos tratamentos poderia onerar. Daqui, que muitas vezes havia a preocupação de informar antecipadamente acerca dos exames complementares de diagnóstico e outros exames, bem como do tratamento subsequente, no sentido de que a decisão acerca dos tratamentos fossem ponderados face a encargos;

- Fazer incidir a intervenção nos momentos de conflito entre a equipa de enfermagem e o doente e ou família. Por vezes surgem dificuldades de comunicação, quer com o doente quer com a família, que perante situações de grande gravidade e complexidade clínica, nem sempre entendem as limitações impostas, por exemplo, ao nível do n.º de visitas permitido, tempos de espera, devido a intervenções decorrentes dentro do serviço, etc. Por vezes nestes serviços esquecemo-nos de que os doentes comunicam e, pelas características físicas e dinâmica de funcionamento, não existem as melhores condições para a expressão de afectos e de outros sentimentos. A valorização destes momentos permitiram diminuir os níveis de ansiedade e uma melhor colaboração no projecto terapêutico, pelo menos no imediato. Para exemplificar, em pleno pico de pandemia da gripe A, os HPP criaram, em colaboração com a Comissão de Controlo de infecção e baseados nas normas da Direcção Geral de Saúde, um circuito próprio de atendimento de clientes, diferente do atendimento geral, desde a inscrição no posto administrativo até ao consultório médico. Num dos casos, a afluência de clientes ao SAU foi bastante superior ao habitual, especialmente nos casos de infecções respiratórias altas, síndromes gripais e casos suspeitos de gripe A. Neste contexto uma das clientes reclamava pela demora do atendimento, ao nível do posto administrativo e pelo facto de ter de estar numa sala de espera à parte. Após a realização do questionário de triagem, utilizado para os casos suspeitos de gripe A, foi-lhe explicada a importância das medidas de protecção e explicada a situação geradora do tempo de espera, que compreendeu. A ansiedade provocada pela suspeita de gripe A e a possibilidade de contágio aos familiares mais próximos gerava ansiedade e era potenciadora de stress;

- Por outro lado, a planificação das intervenções consideradas necessárias para fazer face às necessidades identificadas e recorrer à metodologia científica na aplicação das intervenções visava uma intervenção clínica e cientificamente adequada face às necessidades dos doentes, célere e com uma gestão racional dos recursos. Para tal,

embora gozasse de muita autonomia, concedida pelos tutores e pelos colegas, a verdade é que as intervenções eram conferidas com estes, que colaboravam na definição de prioridades de intervenção e na preparação prévia, nomeadamente de material necessário, permitindo evitar exposições desnecessárias dos doentes, perdas de tempo e desperdício de material, sobretudo em situações novas e no período inicial dos estágios.

Identificar os aspectos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspectiva profissional avançada, na abordagem ao doente com alterações do estado de consciência, necessidade de sedação ou em coma.

- Uma das particularidades da Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cárdio-Torácica do CHVNG/E tem a ver com a extubação precoce dos doentes submetidos a cirurgia. Esta estratégia, pioneira no país, releva frequentemente para situações de recobro pós-operatório e pós-operatório imediatos em que os doentes ainda não estão completamente conscientes e orientados, pelo que a avaliação do estado de consciência, bem como da estabilidade hemodinâmica e respiratória eram uma prioridade;

- A avaliação do estado de consciência do doente, utilizando as escalas mais utilizadas nos respectivos serviços nomeadamente a escala de Glasgow requeria ainda um registo sistemático, bem como de adopção de estratégias que permitam uma evolução favorável neste particular. Esta situação no contexto deste estágio assumiu mais pertinência nas situações de sequelas de TCE (em três situações, com clientes admitidos por complicações tardias de TCE graves e traumatismo vértebro-medular) e em duas situações de intoxicação medicamentosa, no SAU. O Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM, refere que na abordagem ao doente com alterações do estado de consciência obriga à avaliação da escala de Glasgow (abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora) e à reacção pupilar (tamanho, simetria e reactividade). A depressão do estado de consciência "... pode comprometer a protecção da via aérea com o conseqüente risco de aspiração ou obstrução da via aérea" (Manual SAV do INEM, 2006). Considera-se que uma alteração súbita do estado de consciência, com alteração da escala de Glasgow superior a dois remete para uma situação de risco. A par da avaliação constante dos parâmetros vitais, na UCICT a avaliação e registo do estado de consciência era efectuada com muita frequência numa fase inicial e de forma menos frequente à medida que os doentes iam normalizando este parâmetro. Na UCICT, devido à agitação psico-motora, torna-se necessário, após despistar outras causas, a

administração de sedativos / hipnóticos de curta duração, normalmente propofol a 2%, para permitir uma melhor adaptação ao ventilador, ou prevenir situações que ponham em risco a segurança dos doentes (por exemplo, o risco de remoção acidental de drenos ou cateteres, subsidiários a períodos de agitação);

- Outra das preocupações passava pela interpretação de sinais de mudança, súbita ou prolongada, do estado de consciência, identificando prováveis causas. A avaliação do estado de consciência fornece também dados importantes, na análise das melhores modalidades ventilatórias a adoptar em doentes com ventilação mecânica e ainda para aferir precocemente sobre o surgimento de intercorrências (pós-operatórias ou não), como sejam acidentes vasculares cerebrais (AVC), etc. Na UCICT, aconteceu pelo menos em duas situações, o surgimento de casos de AVC no pós-operatório imediato, que carenciaram de realização de TAC e de avaliação pela especialidade de neurologia;

- Recurso a estratégias de orientação do doente, no tempo e no espaço, tendo em especial atenção os doentes que não se conseguem expressar (por exemplo, nos casos de doentes com sequelas de TCE grave). Esta situação merece especial atenção, na medida em que as dificuldades de expressão constituem um entrave à boa comunicação e, por conseguinte, são geradoras potenciais e reais de stress. Informar o doente do local onde se encontra, a data e a hora do dia, facilitam ainda a sua orientação no espaço e no tempo. Mesmo nos doentes com sequelas de TCE grave, este esforço é importante, pois na impossibilidade de aferir com rigor o nível de consciência, face ao pouco tempo de contacto com o doente, importa adoptar este tipo de estratégias. Na UCICT, uma das estratégias, nos casos de pós-operatórios imediatos, passava por informar os doentes de que a cirurgia já terminou e de que tudo está a correr dentro do previsto, solicitando a sua colaboração. Informar o doente do local onde se encontra, a data e a hora do dia, facilitam ainda a sua orientação no espaço e no tempo. Mesmo nos doentes com sedação prolongada, este esforço é premente, na impossibilidade de aferir com rigor o nível de consciência (no serviço não é feita a monitorização do estado de consciência por BIS - Bispectral Index);

- Uma das preocupações centrais, quer na UCICT ou no SAU, passava pela recolha de informações junto da família sobre o estado de consciência anterior, para melhor definir a evolução das alterações. Este tipo de informações eram recolhidas na altura das visitas e eram mais relevantes quando confrontados com situações de comportamentos considerados menos adequados;

- Apoiar e prestar apoio emocional à família, perante a ansiedade sentida em quadros de alteração do estado de consciência, induzidos ou não, procedendo a ensinamentos sobre a melhor forma de abordar o doente. Informar os familiares sobre o estado de consciência dos doentes, diminuindo os níveis de ansiedade, pois a informação prestada permite perceber os motivos da situação em que se encontra o paciente (nos casos de doentes sedados) e o controlo da situação por parte dos profissionais, transmitindo segurança;
- Registo de forma rigorosa e sistemática do estado de consciência do doente, desde a admissão até à alta, salientando eventuais alterações.

Identificar os aspectos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspectiva profissional avançada, na abordagem ao doente com necessidade de suporte ventilatório.

- Mostrar níveis de conhecimento aprofundado sobre o funcionamento dos equipamentos, nomeadamente os ventiladores mecânicos e assegurar a sua boa utilização, especialmente o ventilador instalado na sala de emergência (no SAU) e o ventilador de transporte (no SAU e na UCICT) que eram verificados diariamente. O sucesso da actuação numa situação de assistência ao doente crítico passa pela celeridade da intervenção, pelo que assegurar o bom funcionamento dos equipamentos e o conhecimento sobre a forma como trabalham foi uma preocupação logo no início do estágio. De referir que estes equipamentos são muito versáteis (da mesma marca em ambos os serviços), pois permitem a totalidade das modalidades ventilatórias, invasivas ou não, podendo funcionar como ventilador de transporte. A sua montagem e testagem também é muito fácil, na medida em que basta seguir as instruções que o monitor nos apresenta, sendo a verificação do bom funcionamento do equipamento muito rápida;
- Verificação de todos os equipamentos e materiais necessários para intervenção emergente ao nível da entubação orotraqueal, nomeadamente laringoscópios, tubos de vários calibres, entre outros;
- Na UCICT, o ajuste e adequação dos parâmetros ventilatórios, era efectuada face às necessidades do doente. Se a gasimetria indicar sofrimento respiratório, era necessário por vezes ajustar os parâmetros (aumentar O₂, PEEP, modificar modalidades do ventilador daquelas que favorecem mais autonomia dos doentes para modalidades controladas) e o inverso, isto é, na fase de “desmame” do ventilador, se o estado de consciência do doente assegurasse a sua colaboração e se os valores analíticos fossem

cl clinicamente favoráveis, ia-se procedendo à redução gradual da intervenção do ventilador, aumentando a autonomia do paciente, até à extubação. O mesmo acontecia, em relação ao débito de O₂, que vai sendo ajustado, face à monitorização da saturação de O₂ e aos valores dos gases no sangue;

- O solicitar a colaboração do doente, especialmente no desenvolvimento da capacidade de tossir eficazmente e expelir secreções. Na UCICT, nos turnos da manhã e da tarde todos os doentes tinham a visita de colegas com especialidade de enfermagem de reabilitação, que colaboravam na cinesiterapia respiratória e nos ensinamentos aos doentes. A continuidade destes cuidados na sua ausência e o registo da capacidade ventilatória dos pacientes era uma preocupação dos enfermeiros da unidade;

- Registo horário ou bi-horário da saturação de oxigénio (monitorizada constantemente), bem como dos valores das análises ao sangue arterial e parâmetros do ventilador;

- Colaborar na entubação orotraqueal, cumprindo os requisitos que garantam a segurança do utente, a celeridade do tratamento e a prevenção da infecção nosocomial. Esta situação verificou-se uma vez na minha presença, tendo colaborado na entubação orotraqueal a um paciente que no pós-operatório imediato sofreu de paragem respiratória, provavelmente induzida pelos fármacos anestésicos. A celeridade da intervenção, permitiu assegurar uma ventilação eficaz, sem graves consequências para o doente e sem reflexo nos parâmetros hemodinâmicos, tendo-se conseguido posteriormente retomar a normal e satisfatória sequência do pós-operatório;

- Na UCICT tive oportunidade de prestar cuidados directos ao doente crítico, com necessidade de suporte ventilatório, com entubação orotraqueal, assegurando a boa permeabilidade da via aérea (aspiração de secreções, fluidificação de secreções, etc.). A metodologia utilizada passava pelo recurso a sistemas de aspiração fechados, que comprovadamente garantem de forma mais adequada a prevenção de infecções respiratórias provocadas pela entubação orotraqueal prolongada, bem como protege os profissionais. Por vezes era necessário fluidificar as secreções com soro fisiológico estéril. Os sistemas de aspiração de secreções fechados possuem um dispositivo onde é possível adaptar uma seringa para administração do soro, que fluidifica as secreções brônquicas e facilita a sua remoção. Por outro lado, os ventiladores em uso no serviço, da marca Maquet®, Servo-i, automaticamente compensam a descompensação provocada pelas manobras de aspiração de secreções;

- Foi realizada a monitorização dos parâmetros ventilatórios, registo e interpretação correcta dos dados e intervenção de enfermagem dirigida para os problemas detectados (desadaptação ventilatória, obstrução do tubo, monitorização);
- Colaborei na fase de desmame do ventilador, avaliando os parâmetros ventilatórios e procurando assegurar que esta fase decorra sem complicações. Este processo decorria de forma muito controlada, sendo avaliados os parâmetros de estado de consciência, de saturação de O₂ e dos valores dos gases no sangue arterial, nomeadamente a pressão de O₂ e de CO₂, bem como os valores dos lactatos e do pH. Quando era decidida a extubação, após a fase de “desmame”, continuava-se a monitorizar de forma muito apertada os indicadores respiratórios do doente (saturação de O₂ e frequência respiratória), assim como os valores analíticos, aumentando ou diminuindo o oxigénio por máscara, consoante era necessário;
- Conhecer o funcionamento dos equipamentos e assegurar a sua boa utilização. Como já foi referido, os ventiladores utilizados na unidade são da marca Maquet®, Servo-i. Uma das primeiras preocupações, no contacto com doentes ligados ao ventilador e na preparação da unidade para admissão na unidade, passou exactamente por conhecer o equipamento, a sua forma de funcionar e a forma de testagem. Para isso contei com o apoio dos colegas e com os manuais de instruções;
- Tive oportunidade de prestar apoio ao doente e família, durante o período de ventilação assistida e na fase de desmame, pois trata-se sempre de uma situação potencialmente geradora de stress. Para o doente porque não consegue comunicar adequadamente, pois não tem fonação e para os familiares porque a visão do seu ente querido, com um tubo inserido na orofarínge, sem poder falar, é constrangedora;
- Prestei cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado. Na sequência do que actualmente é considerado boa prática em cuidados intensivos, durante o decurso da minha permanência na UCICT, aconteceram duas situações em que doentes com tempos prolongados de necessidade de ventilação mecânica, foram sujeitos a traqueostomia, que facilita o desmame do ventilador, pois reduz as resistências e o espaço morto e evitam sequelas relacionadas com tempo de entubação prolongados, como sejam as traqueomalácias e parésias das cordas vocais. Os cuidados de enfermagem são apresentados resumidamente aqui, como os cuidados inerentes ao traqueostoma, nomeadamente o penso ao estoma (especialmente no pós-operatório imediato), permeabilidade da traqueostomia (aspiração de secreções como já atrás foi descrito), mudança da cânula e prevenção de hemorragias.

Identificar os aspectos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspectiva profissional avançada, na abordagem ao doente com comprometimento da função cardíaca e alterações hemodinâmicas.

- Na UCICT, a avaliação dos diferentes parâmetros dos utentes, especialmente a frequência cardíaca, tensão arterial, pressão venosa central, era feita com muita regularidade e frequência. Numa unidade de cuidados intensivos, a monitorização é constante. Dos parâmetros avaliados e registados, alguns já foram descritos, destacando-se contudo:

Frequência cardíaca (com alarme parametrizado no monitor), bem como traçado cardíaco e ondas de entrada de pace-maker. Tratando-se de uma unidade onde maioritariamente se encontram doentes submetidos a cirurgia cardíaca, a relevância de conhecer e distinguir as principais alterações cardíacas é fundamental. Constata-se que os enfermeiros desta unidade são portadores de elevada formação na interpretação de traçados eléctricos, sabendo distinguir as diferentes situações. Vi-me na contingência de pesquisar e aprofundar conhecimentos sobre esta vertente. Assim, um dos primeiros objectos de estudo passou pela temática da interpretação dos traçados cardíacos. Identificar entre traçados em ritmo sinusal, fibrilhação auricular, infra e supra desnivelamento de ondas T, bisminismo e trisminismo, foram algumas das situações que consegui identificar, depois de confirmar com os colegas se a minha avaliação estava correcta;

Todos os doentes internados submetidos a cirurgia, traziam do bloco operatório linha arterial, normalmente implantadas na artéria radial ou cubital. Este acesso permite a monitorização da tensão arterial invasiva de modo constante, permitindo ainda realizar colheitas de sangue arterial para análise. Excepcionalmente, era avaliada a tensão arterial por método não invasivo (vulgarmente conhecido por manga de insuflação), em doentes admitidos de urgência (que ainda não haviam sido operados) e quando a linha arterial não se encontrava funcionando. Aqui, parametrizava-se o monitor para avaliar a TA nos intervalos considerados adequados para a situação clínica do doente.

Muitos dos doentes internados na UCICT do CHVNG/E, careciam de suporte inotrópico, pelo que a monitorização dos parâmetros de frequência cardíaca e de tensão arterial eram fundamentais. Por vezes, nos casos de hipotensão, colocar a cama em posição de trendelenburg era o suficiente para compensar este parâmetro.

Outra das características dos doentes internados na UCICT tinha a ver com a importância atribuída ao valor da pressão venosa central (PVC). Para além de informar sobre o preenchimento vascular dos pacientes é de especial relevo nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. Um valor de PVC elevado pode ser indiciador de tamponamento cardíaco, por hemorragia, pelo que a monitorização deste parâmetro é essencial;

- Registrar e interpretar os valores avaliados, variando a frequência segundo o grau de complexidade do utente e a rotina do serviço. Os registos eram normalmente horários ou bi-horários;

- Relativamente à capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, nomeadamente alterações súbitas do equilíbrio hemodinâmico, paragens cardíacas, etc., importa referir que durante o decurso do estágio, não surgiu nenhuma situação de paragem cardíaca. Contudo é fundamental num serviço de urgência e numa unidade de cuidados intensivos, onde muitas vezes os doentes entram com queixas inespecíficas e num quadro muito abrangente, a sistematização da abordagem e o conhecimento dos algoritmos de bradicardia e taquicardia. Tal como o Manual de SAV do INEM (2006), já citado, refere e que aqui utilizamos para exemplificar: “A maior parte dos casos de morte súbita ocorre em vítimas com patologia cardíaca prévia, desconhecida ou não diagnosticada em alguns casos. Embora o risco seja mais elevado nos doentes com doença cardíaca grave, a maioria das mortes súbitas ocorre em doentes com doença ainda não diagnosticada”. Logo o conhecimento dos algoritmos da bradicardia e taquicardia (identificação de ritmos peri-paragem), a análise dos traçados cardíacos nos doentes nas salas de observação, nomeadamente na identificação de ritmos que possam comprometer o débito cardíaco, etc., é fundamental. De salientar que uma das situações que também foram vividas teve a ver com a realização de electrocardiogramas (ECG) de doze derivações, sobretudo no turno da noite, no SAU. A realização desta técnica e a análise dos traçados (nos três casos em que isto aconteceu, tratou-se de doentes com actividade cardíaca normal no ECG, excepto num caso em que havia taquicardia sinusal), validadas com os colegas e com o médico, permitiram aferir da boa realização da técnica e da interpretação efectuada;

- Participar nas medidas terapêuticas necessárias para o restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico (fluidoterapia, administração de fármacos em perfusão contínua ou em bólus, etc.);

- Uma das situações mais complexas, vividas durante o estágio, teve a ver com a entrada de um doente, operado de urgência, que entrou no bloco operatório em paragem cardíaca, encontrando-se muito instável, do ponto de vista hemodinâmico, à chegada à UCICT e que careceu de alterações terapêuticas muito frequentes. De madrugada., por suspeita de tamponamento cardíaco, com descida do débito de drenagem dos drenos torácicos, hipotensão e aumento da PVC, houve necessidade de levantar o penso esterilizado que protegia a esternotomia (não tinha havido encerramento da parede torácica, devido à instabilidade hemodinâmica). Após confirmar a boa localização e permeabilidade do dreno, voltou-se a colocar novo penso esterilizado. A necessidade de vigilância constante dos doentes e a experiência dos profissionais no tratamento destes doentes, levavam a prevenir muitas complicações, pois o papel dos enfermeiros na UCICT era fundamental. Outra das situações, com que contactei por duas vezes, foi a utilização do BIA (Balão Intra-aórtico). Numa das situações, devido à instabilidade hemodinâmica do doente no intra-operatório, fez com que se mantivesse o BIA no pós-operatório imediato. Contudo, foi-se diminuindo a frequência de entrada do balão, até que foi possível removê-lo. Na outra situação, o doente, admitido no pré-operatório, trazia o balão, devido a insuficiência cardíaca, com fracção de ejeção baixa, após ter sido submetido a revascularização do miocárdio, já não necessitou do BIA no pós-operatório imediato;

- Manter o doente e família informados sobre a situação clínica, razões para as alterações e justificação dos tratamentos, prestando apoio. A comunicação assume um papel central na abordagem ao doente crítico, bem como aos seus familiares. A comunicação permite estabelecer pontes de colaboração terapêutica, diminuir os níveis de ansiedade e de stress. Aproveitar os momentos das visitas, mostrar disponibilidade para ouvir as dúvidas e anseios, faz parte do papel do enfermeiro, seja numa unidade de cuidados intensivos ou num serviço de urgência.

Identificar os aspectos fundamentais a ter em conta, segundo uma perspectiva profissional avançada, na abordagem ao doente com falência multi-orgânica.

- Releve-se a importância de identificar os principais sinais e sintomas do doente com falência multi-orgânica. Para além dos parâmetros referidos anteriormente, importa salientar aqui as situações de falência renal, com necessidade de tratamentos de suporte, nomeadamente técnicas dialíticas. Na UCICT, tive ocasião de abordar situações de

hemofiltração e hemodiafiltração veno-venosa. A prescrição dos tratamentos, débitos e solutos eram da responsabilidade do médico da nefrologia do hospital. Nos casos de tratamento de hemofiltração e hemodiafiltração veno-venosa contínua, a responsabilidade pela montagem do equipamento, manutenção e registo era da responsabilidade dos enfermeiros do serviço. Durante o estágio, pude participar nos cuidados de enfermagem prestados a estes doentes, pelo menos em três casos, durante alguns dias. Tratou-se dois doentes com insuficiência renal crónica agudizada e uma situação de insuficiência renal aguda, de provável origem séptica. Os cuidados começaram na fase de colocação do cateter para a realização da técnica, na veia femoral, passando pelos cuidados ao penso e prevenção de infecção, montagem das linhas e kit de hemofiltração, manutenção das linhas, substituição de fluidos e de anticoagulantes e os respectivos registos;

- Colaborar na colheita de amostras, para exame analítico, nomeadamente hemograma, bioquímica, espécimes sanguíneos para exames culturais, secreções brônquicas para exame cultural, doseamentos de fármacos, etc;

- Registrar os principais parâmetros vitais do doente, para além dos parâmetros já referidos, como sejam a diurese, sinais e sintomas indicativos de falência de órgão (icterícia, hálito urémico e/ou cetónico), dificuldade respiratória, sudorese ou outros;

- Prevenir a infecção, e a instalação de quadros de choque séptico. Por definição, um doente crítico e/ou internado numa UCI, é um doente com risco acrescido de vir a desenvolver uma infecção, seja ela por via endógena ou exógena. Para termos uma ideia, na UCICT a maioria dos doentes eram portadores de cateter venoso central, de linha arterial, de sonda vesical, de drenos torácicos, de feridas cirúrgicas e de cateteres venosos periféricos. Alguns eram portadores de tubo oro-traqueal e poucos de cateteres de hemofiltração, pelo que o risco de adquirir infecções associadas aos cuidados de saúde é exponencialmente aumentado. Se a isto associarmos os factores nutricionais, metabólicos e imunológicos, compreenderemos com facilidade a importância de prevenir o risco de infecção. Relativamente aos dispositivos intravasculares, procurou-se a utilização de técnica esterilizada na realização dos pensos do local de inserção, bem como no manuseamento dos sistemas dos prolongamentos e das torneiras utilizadas para a administração de fármacos. O mesmo sucedeu com as colheitas de espécimes sanguíneos para análise. Não sendo uma prática habitual na UCICT, a substituição de sistemas de administração de fármacos com a regularidade recomendada pelo CDC (Center for Disease Control), de 72 em 72 horas, houve da minha parte a preocupação

de colocar esta questão à consideração da equipa, que considerou este factor um aspecto a rever na dinâmica clínica habitual. Na verdade, é habitual que um doente submetido a cirurgia cardíaca tenha alta às 72 ou 96 horas de internamento na unidade. Nesta altura, remove-se o cateter vesical, a linha arterial e o cateter venoso central. Contudo, a questão da substituição dos sistemas de administração de infusões e de outros fármacos é mais premente, no contexto desta unidade, nas situações de internamentos mais prolongados.

Por isso, sempre que esta situação era detectada, após apresentar a situação à tutora, os sistemas eram mudados, se subsistissem dúvidas sobre a data da última substituição. De referir, que nos casos de pacientes com alimentação parentérica, os sistemas eram mudados diariamente. Relativamente à sonda vesical, os cuidados eram os padronizados pelas normas internacionais e pela Comissão de Controlo de Infecção do hospital. A mesma atenção era tida com as feridas cirúrgicas, onde eram respeitados os mais rigorosos princípios de protecção de infecções associadas aos cuidados de saúde na realização dos pensos, protegendo a incisão com penso estéril e técnica asséptica, o mesmo acontecendo no manuseamento dos drenos torácicos, onde se procurou sempre assegurar a preservação do circuito fechado e a manutenção do dispositivo de drenagem abaixo do nível do tórax e assegurando que o local de inserção era protegido por penso estéril;

- Manter o doente e família informados sobre a situação clínica, razões para as alterações e justificação dos tratamentos, prestando apoio. No caso de uma doente internada no quarto de isolamento, foi fundamental explicar à família a razão de ser das medidas preventivas tomadas, de forma a diminuir os níveis de ansiedade e a garantir a sua colaboração na prevenção da infecção.

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, na abordagem ao doente grave.

-Na identificação dos aspectos mais relevantes na abordagem do doente grave foi fundamental a experiência de seis anos a exercer funções em unidades de cuidados intensivos polivalentes, o apoio dos tutores e as aulas teóricas que antecederam as práticas clínicas. O papel de um enfermeiro especialista em contexto de cuidados intensivos ou num serviço de urgência, passam frequentemente pela capacidade de

reagir perante situações imprevistas, nomeadamente alterações súbitas do equilíbrio hemodinâmico, paragens cardíacas, etc. Durante o decurso do estágio, não surgiu nenhuma situação de paragem cardíaca. Contudo, e como já foi descrito, sucedeu uma situação de paragem respiratória.

- Outra competência fundamental nos contextos descritos passou pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, centrada nas necessidades dos doentes e suas famílias. Para tal, a planificação dos cuidados visava não apenas os procedimentos imediatos, mas a antecipação de situações problema ou potenciais complicações, face à situação clínica, estado de consciência ou factores geradores de stress;

- Valorizar as diferentes vertentes relacionadas com uma correcta colheita de dados, dando ênfase às necessidades e preferências de cada doente. Os registos foram uma das preocupações centrais de todo o processo formativo, no âmbito das práticas clínicas;

- Conhecer os instrumentos de colheita de dados e de registos constitui-se como uma das primeiras actividades desenvolvidas, nomeadamente o recurso a registos informáticos, em plataforma própria da instituição (SAU) e SAPE (UCICT);

- Procurou-se sempre que as decisões fossem fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas dos enfermeiros. Para tal, procedeu-se a uma reflexão ética individual e à partilha de opiniões, com os tutores e com os colegas, particularmente em situações de decisão complexas, fundadas no código deontológico dos enfermeiros, recurso e alicerce na prática clínica, quer em contexto formativo, quer na prática profissional. O código Deontológico do Enfermeiro (1998) salienta, no artigo 78º, n.º 1, que: “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”. Logo, as intervenções são fundadas numa reflexão ética e numa perspectiva humanista solidamente consolidadas, segundo uma perspectiva profissional avançada;

- Embora não estivesse previsto no projecto para o estágio, por sugestão da tutora e da enfermeira chefe, passei um dia no bloco operatório da cirurgia cardíaco-torácica, onde pude assistir a uma cirurgia completa, de revascularização cardíaca sem circulação extra-corporal (triplo by-pass sem CEC). Os colegas do bloco, ao explicaram-me todos os passos do circuito do doente antes de entrar no bloco, as precauções dentro do bloco, os equipamentos, a assepsia e os principais momentos durante a cirurgia. Ao longo de todo o acto cirúrgico foi-me dada a possibilidade de conhecer *in loco* os procedimentos cirúrgicos, pois foi-me concedida uma posição privilegiada, onde o visionamento era muito facilitado. Trata-se de um acto cirúrgico moroso e minucioso, pois o risco de

laceração da aorta é relevante, pois atendendo a que não havendo circulação extracorporal este risco é real e muito grave, caso aconteça. Um dos dispositivos utilizados, que me foi mostrado e explicado é o Heartstring III®, da Maquet®. Este dispositivo é um dispositivo de vedação hemostática proximal, utilizado em cirurgia cardíaca para favorecer a hemostasia e facilitar a conclusão da anastemose proximal.

Ser capaz de demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

- A comunicação é uma peça fundamental do cuidar em enfermagem. Comunicar é mais do que informar e é a base de sustentação de uma relação terapêutica eficaz. A comunicação permite ao doente participar no processo de tomada de decisão, no respeito pelo princípio ético da autonomia, favorecendo um clima de participação no projecto terapêutico, reduzindo a ambiguidade, geradora de angústia para o doente. Para tal foram sendo desenvolvidas, ao longo do percurso profissional, competências de escuta activa, mostrando atenção e disponibilidade ao que nos vai sendo referido, quer pelos doentes, quer pelos seus familiares, explorando as pistas que nos vão sendo dadas ao longo das conversas ou entrevistas, devolver as questões para melhor aprofundamento da comunicação, validação de sentimentos, atenção pela linguagem corporal e resumo e confirmação das principais conclusões;

- Desenvolvimento da relação de ajuda, ao longo das práticas clínicas, baseada no respeito incondicional pelo outro, na empatia, na autenticidade, na congruência e na compaixão;

- Não utilização de perguntas orientadoras e o evitar de perguntas fechadas, na abordagem aos doentes e seus familiares, favorecendo perguntas abertas, orientando o diálogo para as necessidades manifestadas, ou potenciais, nomeadamente na avaliação de sintomas, evitando questões do tipo: “não tem dor, pois não?”, mas colocando questões abertas, orientando o discurso para os objectivos terapêuticos desejados;

- Procurou-se sempre dar atenção à linguagem não verbal, como a expressão facial, a distância em relação ao interlocutor (nem excessivamente afastado, nem excessivamente próximo), contacto olhos nos olhos, postura corporal, ao tom e à velocidade da voz e ao tacto;

- Procurou-se constantemente evitar comportamentos de distanciamento, mostrando-se disponibilidade para abordar as questões colocadas, valorização dos sentimentos e angústias, apoio emocional e mostrando disponibilidade, procurando resolver as dúvidas e questões apresentadas, remetendo sempre para o profissional melhor colocado, no respeito pelo direito à informação.

2. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO

Formular e analisar questões problemáticas de maior complexidade relacionada com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica, comunicando aspectos complexos de âmbito profissional e académico.

- Identificação de necessidades formativas na área de especialização junto do enfermeiro orientador / enfermeiro chefe (análise de necessidades de formação) no sentido de aferir sobre a pertinência de realização de uma actividade formativa na temática da comunicação, na vertente da transmissão de más notícias - protocolo de SPIKES. Em ambos os serviços, logo no início das práticas clínicas, houve a preocupação de reunir com os tutores do estágio e os responsáveis pelos serviços e pela formação em serviço, avançando-se com vários temas possíveis para formação, ligados à comunicação. O tema da transmissão de más notícias foi, em ambos os locais, o que mereceu melhor acolhimento, por considerarem os responsáveis que os aspectos ligados à comunicação revestem-se de uma importância central no âmbito das intervenções de enfermagem. Constatou-se que uma má notícia é qualquer informação que possa alterar drasticamente a perspectiva sobre o futuro da pessoa. A maioria dos profissionais de saúde não tem formação nesta área, pelo que foi preparado todo o dispositivo formativo (ver anexo I);

- Reconhecer momentos de stress profissional ou de conflitos entre a equipa. Constatou-se que as equipas de ambos os serviços trabalhavam de uma forma muito uniforme nas suas intervenções. Contudo, em termos de actividades conjuntas verifica-se uma grande escassez de encontros para reflexão e sustentação interna, quer numa, quer noutra equipa (SAU e UCICT). No caso do SAU, o facto de a maioria dos profissionais exercer neste serviço em tempo parcial, fazia com que muitos viessem esporadicamente ao serviço. Por outro lado, o grau de envolvimento com as novas realidades,

nomeadamente no que diz respeito ao processo de acreditação em curso, fundamental para sucesso da operação, exigente ao nível da disponibilidade de ir para além da actividade clínica diária, gerava mal-estar e comentários, potencialmente geradores de stress. Neste sentido, considerou-se que a realização de uma actividade formativa, consagrada ao tema “Cuidar de Nós Próprios e Prevenção de Bur-Out” (ver anexo II) se apresentava como muito pertinente. Esta actividade contou com participação de colegas do SAU e de outros serviços e de uma das médicas, que considerou o tema muito pertinente para a realidade do serviço. Em relação à UCICT, esta actividade de formação mereceu o acolhimento da enfermeira chefe, da enfermeira formadora em serviço e da tutora do estágio, que consideraram ser de grande pertinência, pois a equipa atravessava momentos conturbados, devido à saída de alguns colegas, com a entrada de novos colegas, com as contingências relacionadas com a integração que isto acarreta. Por outro lado, a passagem para novas instalações implicou um aumento do n.º de camas e, por conseguinte, de carga de trabalho, sem o correspondente aumento do n.º de profissionais, o que gerava mal-estar.

- No momento da discussão do projecto de estágio com o Sr.º Enf.º Chefe e tutor do estágio, no SAU, este considerou que a temática da medicação subcutânea (ver anexo III) seria de muito interesse para a formação, pelo desconhecimento que este responsável considerava existir junto dos colegas e por se tratar de uma via alternativa segura e eficaz à via endovenosa (Galvão, 2005). Perante esta possibilidade, foi considerado que a possibilidade ter uma sessão teórico-prática, com apresentação de um filme e da demonstração da técnica de punção e de infusão, teria interesse para os colegas, não apenas do SAU, mas de outros serviços também. Por dificuldades de agenda, esta actividade de formação decorreu conjuntamente com a actividade de formação: “Cuidar de Nós Próprios e Prevenção de Burn-Out”;

- Para elaboração das formações, contou-se sempre com a colaboração dos respectivos tutores, dos enfermeiros chefes, dos formadores em serviço e da orientadora do estágio. Assim, logo na primeira semana procurou-se aferir sobre a pertinência de realização de actividades de formação, que conciliassem os interesses do aluno, face ao que havia sido proposto no projecto de estágio e as necessidades sentidas nos serviços, bem como os moldes operacionais para a ocorrência das actividades (sala, material necessário, datas, etc.). No culminar deste processo, passou-se pela fase de operacionalização das actividades, que passou pela pesquisa e posterior elaboração dos suportes para a formação, nomeadamente os slides animados (ver anexos I,II e III), folhas de presença,

folhas de avaliação das actividades, divulgação das actividades, preparação das pastas (pois cada um dos enfermeiros, de ambos os serviços, tiveram acesso a uma pasta com as cópias das formações em papel e um cd-rom), tendo por fim tido lugar cada uma das actividades de formação, cuja avaliação foi considerada muito positiva pelos participantes;

- Para além das actividades de formação desenvolvidas, o cd-rom entregue aos enfermeiros do SAU e da UCICT continha vários artigos relacionados com dificuldades de comunicação, habilidades de comunicação, habilidades de escuta, tratamento da dor, espiritualidade, entre outros. Estes artigos visavam enriquecer as actividades de formação, promovendo a auto-formação dos colegas, com títulos e artigos ligados aos temas apresentados nas formações, mas não só. De notar que os artigos foram apresentados e discutidos com os enfermeiros tutores, por se considerar que abrangiam os três temas abordados na formação (transmissão de más notícias, prevenção de burn-out e medicação subcutânea, esta última exclusiva do SAU) como forma de completar os conhecimentos e conteúdos apresentados nas actividades de formação;

- Participação, enquanto formando, em actividade de formação sobre Sepsis, no dia 13 de Outubro de 2009, promovida pela Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade da Boavista dos HPP. Esta actividade de formação, pelo seu carácter informal, permitiu o debate aberto, onde houve a possibilidade de mobilizar os conhecimentos obtidos nas aulas teóricas, num clima de intercâmbio que se revelou profícuo, nomeadamente sobre o papel do enfermeiro na prevenção e detecção precoce de situações de sépsis.

Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, comunicando os resultados da prática clínica e de investigação aplicada.

- Este objectivo foi um dos grandes desafios e constituiu-se como uma das mais relevantes preocupações. A gestão do tempo previsto para o estudo individual, face às outras responsabilidades familiares e profissionais, de forma a tornar estes tempos proveitosos e de qualidade, implicou uma necessidade de escolha criteriosa de artigos, livros e outros documentos. Para isso foi muitíssimo importante a bibliografia utilizada nas aulas teóricas;

- Procedeu-se a uma pesquisa sistemática sustentadora da prática profissional, enquadrando as horas previstas para estudo individual;

- Foram sendo guardados, em pasta própria, os mais variados documentos e cópias de documentos, considerados relevantes para o enquadramento das actividades, nomeadamente ficheiros com os manuais da qualidade, de integração à instituição, de acreditação da Joint Commission International, de abordagem ao cliente com suspeita de gripe A (exclusivamente no SAU) e de controlo de infecção, da constituição do carro de emergência, de reanimação, para ambos os serviços;
- Foram feitos apontamentos dos acontecimentos mais importantes, das experiências novas e a sua contextualização, em bloco de apontamentos (diário de campo), que serviram para realizar os respectivos portefólios e o presente relatório;
- Valorizado o contacto informal e não formal com os tutores do estágio, bem como com os outros colegas do serviço, no sentido de proceder a uma avaliação constante dos momentos ocorridos no estágio, análise crítica das situações novas e colocação de dúvidas ou questões;
- Para garantir a segurança dos utentes, foi solicitada o apoio dos tutores e dos colegas, na realização de actividades junto dos doentes, assegurando uma vigilância eficaz da sua situação clínica, realização de procedimentos ou técnicas.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

- Colaborar com os enfermeiros e restantes profissionais nos cuidados de enfermagem aos utentes, dentro do âmbito da competência profissional. Este âmbito foi sendo apresentado ao longo do relatório. Mostrar abertura para colaborar com os colegas, procurando manter um ambiente ameno e respeitando o campo das competências profissionais de cada grupo, em ambos os serviços, foram ferramentas úteis para colaborar num clima de colaboração e respeito por todos;
- Procurei mostrar respeito pelos colegas e restantes elementos da equipa, assumindo uma atitude colaborativa. As sugestões foram sempre feitas numa perspectiva construtiva e visando sempre colaborar para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem;
- Colaborar e apoiar na liderança de equipas de prestação de cuidados.

3. OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA GESTÃO

Participar nas actividades de gestão do serviço mais frequentes, colaborando com os enfermeiros chefes, numa forma sistematizada e crítica

- O agendamento das actividades mais ligadas à gestão visou poder tomar contacto com os momentos considerados mais relevantes, particularmente, a realização dos horários. No CHVNG/E o enfermeiro chefe tem a responsabilidade de realizar os horários dos enfermeiros, ficando o horário das assistentes operacionais a cargo de outra estrutura hierárquica. Os horários são feitos numa plataforma informática desenvolvida e utilizada pelo Hospital de São Sebastião e pelo CHVNG/E. É uma plataforma que automaticamente apresenta os períodos de férias, em conformidade com plano de férias aprovado, contabiliza as horas, mediante os turnos que são inseridos, faz transitar de uns meses para outros as horas em débito ou em excesso, tem escalas predefinidas, entre outras funcionalidades. A realização de um horário, para tantos profissionais, que abrangesse os períodos de férias, o reforço dos turnos onde estavam elementos em integração (que contavam como elemento extra à escala normal de 5 enfermeiros por turno), folgas nos dias de aniversário, horários compatíveis para os colegas a fazer a especialidade, horários de amamentação e os pedidos dos colegas, foi um verdadeiro desafio. Na verdade, conseguir conciliar todos estes factores é um verdadeiro trabalho de artesão. Depois de me ter sido apresentada a plataforma e explicadas as condicionantes e escalas das equipas, tive a oportunidade de realizar uma parte do horário, pelo que julgo, com conhecimento de causa, que é muito difícil satisfazer todos os pedidos. O horário foi conferido e corrigido pela Enf.^a Chefe e enviado para a Direcção de Enfermagem para aprovação.

Relativamente ao SAU, A realização do horário mensal conta com a contingência das disponibilidades entregues antes do fim dos mês, por parte dos colegas com horário parcial, para a realização do horário do mês subsequente, completando os turnos remanescentes e compondo os turnos em falta, com o horário dos colegas do quadro da instituição. Do mesmo modo acontece com o horário das assistentes operacionais.

- Outras das actividades passou pela reposição de stocks. Uma unidade de cuidados intensivos, pela complexidade dos doentes que cuida, remete para um consumo muito elevado de material e quando este falta, as consequências podem ser desastrosas. Daqui advém que logo pela manhã a enfermeira chefe reveja todos os materiais armazenados. Por norma, os pedidos são feitos à 2ª e 5ª feira, devendo chegar ao serviço à 3ª e 6ª feira. Quando o material em falta requer uma reposição imediata ou no mesmo dia, uma assistente operacional leva a requisição em mão e trás o material carenciado. Do mesmo modo em relação à farmácia. O consumo e a variedade de fármacos obrigam a uma vigilância e a uma atenção muito grande. Depois da recepção dos fármacos, cumpre verificar a consonância entre o requisitado e o recebido e o seu armazenamento nos locais próprios. Os pedidos para o armazém e para a farmácia são feitos on-line.

- Colaboração na inventariação de equipamentos, nomeadamente seringas infusoras e bombas infusoras (todas da B-Braun®), para saber quantas se encontravam fora do serviço, para garantir a sua devolução, logo que possível.

- Por outro lado, o sistema informático onde se realizam os registos do SAU, está concebido para que de uma forma sintética se proceda aos registos de enfermagem e sequencialmente os registos dos consumos de material clínico. Os registos não funcionam na plataforma SAPE, mas numa plataforma criada para todos Hospitais HPP. Tal como já foi referido, o rigor e celeridade com que são feitos os registos e consumos de material clínico são uma preocupação que normalmente não encontramos noutros contextos. Isto implica conhecer detalhadamente as designações dos produtos e materiais. Para assegurar a correcta e atempada reposição de materiais e produtos farmacêuticos os pedidos são feitos às segundas e quintas-feiras, por rotina, sendo possível fazer os pedidos noutros momentos, sempre que necessário. Esta actividade está francamente facilitada pelo facto de existir stocks mínimos previstos para o serviço. Mesmo tratando-se de um serviço recente, as previsões dos consumos foram correctamente efectuadas pelo Enf.º Chefe, pois a previsão é de cerca 10000 euros anuais e que se tem mostrado adequada. Os pedidos são feitos on-line e a sua reposição é feita no mesmo dia ou no dia seguinte. No caso de necessidade urgente de reposição de algum produto, a assistente operacional do serviço dirige-se ao respectivo departamento, evitando-se deste modo rupturas. Uma vez por mês é verificado o prazo de validade de todos os produtos farmacêuticos do serviço, normalmente num dia de semana, no turno da manhã. Deste modo evitam-se erros relacionados com a estabilidade dos produtos e o desperdício.

- Relativamente à medicação da sala de emergência e carro de emergência (no SAU), as chek-list dos produtos apresentam os prazos de validade de todos os fármacos, nomeadamente do que vence mais cedo. Deste modo, o controlo dos prazos de validade encontra-se muito mais facilitado. A conferência da sala de emergência é efectuada todos os dias de manhã, desde a organização da sala e equipamentos, ao seu bom funcionamento e se estão ligados à respectiva fonte de energia. Do mesmo modo se processa com a mala de reanimação, pois lembramos que é da responsabilidade da equipa do SAU a emergência intrahospitalar e o transporte intrahospitalar e inter-hospitalar de doentes.

Participar no processo de integração de novos elementos na equipa, por via directa ou indirecta, de forma sistematizada e crítica.

- Redacção do Manual de Integração ao SAU, tendo por base o modelo do Manual de Integração à Unidade de Cuidados Intensivos dos HPP, os documentos da plataforma, nomeadamente os valores, missão e objectivos da instituição, o Manual de Controlo de Infecção, os circuitos de logística e armazém e as Normas e Procedimentos estabelecidos para a instituição. Aquando da minha apresentação ao enfermeiro tutor, este tomou conhecimento de que ao longo do meu percurso profissional tinha colaborado na redacção do manual de integração de dois serviços (o da unidade de cuidados intensivos do IPO de Lisboa e do serviço de cuidados paliativos do IPO do Porto). Nesta sequência e atendendo a uma demanda da direcção de enfermagem dos HPP, considerou-se que seria oportuno colaborar na redacção do documento (anexo IV), considerado importante para a dinâmica do serviço e para o processo de consolidação da equipa. Este documento teve como alvos os processos de integração de enfermeiros e de assistentes operacionais. Os aspectos principais abordados no Manual, passam pela missão e valores do grupo HPP Saúde, a missão do SAU, a caracterização do serviço e o programa de integração, os procedimentos e circuitos, os procedimentos específicos do SAU, a articulação funcional com outros serviços e instituições e os manuais e impressos mais utilizados. Depois foi criada uma check list com as principais etapas do processo de integração de enfermeiros e assistentes operacionais, para verificação e registo ao longo de todo o processo;

- Colaborar na supervisão clínica de alunos ou de enfermeiros em integração. No decurso das práticas clínicas, na UCICT, encontravam-se colegas em integração. Nos

turnos em que coincidíamos, participei com eles no seu processo de crescimento profissional e de integração à nova realidade. A integração a uma unidade de cuidados intensivos, com a especificidade da UCICT, carece de um tempo estruturado e relativamente longo, que pude acompanhar. Pese embora a pressão temporal e a sobrecarga de trabalho, havia a preocupação de acompanhar o novo elemento, oferecendo uma supervisão próxima, face ao patamar profissional em que se encontrava. Para poder alcançar este desígnio, os enfermeiros em integração são escalados para os mesmos turnos do enfermeiro responsável pela integração, colaborando com este nas actividades, mas sem ter doentes atribuídos. Depois e numa fase mais posterior, vai aumentando o seu nível de autonomia. Mesmo após ter findado o tempo previsto para integração, havia o cuidado por parte dos chefes de equipa ou enfermeiro responsável em atribuir doentes menos complexos, procurando desta forma que a adaptação e socialização profissional à nova realidade acontecesse de forma paulatina e serena.

Ser capaz de demonstrar capacidade de iniciativa na abordagem de situações complexas na vertente da gestão na área de enfermagem médico-cirúrgica, face a situações novas e não previstas.

- Tive a oportunidade de estar presente no SAU no início do processo de acreditação da qualidade pela Joint Commission International. No seguimento deste processo foi redigido um documento, tendo por base os indicadores previstos pela Joint Commission e entregue ao Enf.º tutor, como forma de reflexão de todo o processo. Este, por considerar que o documento era merecedor de atenção, remeteu-o à Sr.ª Enf.ª Directora, que o apresentou ao Conselho de Administração, tendo ficado o mesmo como base de trabalho para esta fase embrionária do processo de acreditação (ver anexo V). De realçar que o documento apresenta resumidamente alguns aspectos fundamentais do processo de acreditação, como resultado da leitura e análise dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, em português, destacando os aspectos ligados à formação e supervisão clínica.

CAPÍTULO III: REFLEXÃO SOBRE AS PRINCIPAIS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

“É muito vulgar em todos os Mestres pela ciência, que professam, ou arte, que exercitam, ser preciso atributo das suas artes ensinar, discorrer e postilhar, conforme a doutrina, ou método, a que Calliope pelo teórico a uns ao tálamo conduziu, ou Minerva pela ciência a outros nas aulas destinou, não só por crédito da faculdade, que ensinam, braço do que sabem, e proeminência do que logram, mas para aproveitamento dos que aprendem, obrigação, que os precisa para satisfação do emprego, abono da erudição, e cabal desempenho do lugar, em que se acham”

Diogo de Santiago, Postilha Religiosa e Arte de Enfermeiros, 2005 (Edição fac-símile da obra original de 1741).

Pensar a enfermagem e a prática profissional dos enfermeiros leva-nos a procurar analisar os conceitos e modelos estruturantes para a enfermagem e empenharmo-nos em compreender o papel da via experiencial na definição das práticas profissionais.

Watson (1985) considera que a maneira de entender a enfermagem implica compreendê-la no seu contexto e na sua relação com outras ciências ou matérias. Para esta autora: “Nursing, the science of caring, includes both humanistic and scientific approaches that help it respond to the need for holistic health care” (Watson, 1985). É possível identificar ao longo da história práticas que podem ser ligadas à enfermagem, especialmente práticas ligadas à função da mulher, mas a constituição de um corpo de saberes e o reconhecimento da enfermagem como profissão é relativamente recente e está muito ligada à medicina (Collière, 1999), visando a prestação de cuidados para manutenção da vida.

Os cuidados de saúde começaram por ser da responsabilidade do núcleo familiar, que acolhia os doentes e os cuidava em casa, sendo o hospital um albergue de pessoas sem recursos. Os hospitais surgiram como locais de acolhimento dos enfermos e dos desvalidos, “...numa perspectiva de protecção dos indigentes e abandonados” (D’Espiney, 1999).

A questão que se coloca reside então em problematizar os contextos onde os enfermeiros exercem a sua prática, equacionando se esses contextos são territórios onde

se cria e recria um discurso crítico da profissão, se inquire a prática individual e colectiva e onde se produz saber em enfermagem.

Os contextos onde se desenrolaram as práticas clínicas foram variados, uma unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardíaco-torácica, de um hospital público, com doentes complexos e abrangente no que diz respeito aos doentes críticos, sobretudo cirúrgicos e um serviço de atendimento urgente de uma unidade de saúde privada, equipada para fazer face a todo o tipo de situações urgentes ou emergentes, embora estas últimas situações fossem excepcionais. As oportunidades de aprendizagem foram por isso muito diversificadas, quer no âmbito da prestação de cuidados directos, quer ao nível da formação e à gestão.

Ao nível da prestação de cuidados, como se pode constatar no capítulo anterior, as experiências foram muito enriquecedoras. A prestação de cuidados ao doente crítico e / ou grave não pode conduzir a perda de perspectiva do cuidar em enfermagem. Esta preocupação foi um dos aspectos centrais em toda a intervenção, pois vai de encontro aos resultados dos estudos de Fernandes, et. al. (2004), que analisando 51 monografias de enfermeiros a frequentar o curso de especialização em enfermagem intensivista no Brasil, e abordando a construção do conhecimento de enfermagem em unidades de cuidados intensivos, conclui que o cuidar não está desgarrado da tecnologia nem da investigação: "... também evidencia que a produção sobre o cuidar vem acompanhada de um processo de reflexão e crítica, onde os sujeitos foram intervir na qualidade desse cuidado através do produto dessa produção. Essa predominância temática reafirma, ainda, que o cuidar e o pesquisar não se constituem em elementos dicotomizados ...". Deste modo, procurou-se sempre fazer coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos nas aulas, na pesquisa efectuada e na experiência profissional, com uma perspectiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, assumindo como centro dos cuidados não apenas o doente, mas também a pessoas significativas, procurando desenvolver actividades e competências nos domínios verbais, procedimentais e atitudinais tal como foram definidos por Carvalho (2005).

Deste modo, importa destacar ao nível das competências adquiridas nas três áreas referidas, fundaram-se na capacidade de manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal foi muito importante

reflectir na e sobre a acção, recorrendo a uma pesquisa bibliográfica robusta e ponderada.

Na tentativa de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente ou família, especialmente na área de enfermagem médico-cirúrgica, destacam-se as actividades relacionadas com a identificação dos principais factores geradores de stress, o seu registo sistematizado, no respectivo sistema de informação, fazendo incidir a intervenção nos momentos de conflito entre os intervenientes, nos aspectos ligados às dificuldades de comunicação e a planificação das intervenções consideradas necessárias para fazer face às necessidades identificadas, recorrendo à metodologia científica na realização das actividades visando uma intervenção clínica e cientificamente adequada face às necessidades dos doentes, célere, sem esquecer a gestão racional dos recursos.

Destaca-se ainda na vertente da prestação de cuidados, o atingimento de um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização ao doente com alterações do estado de consciência, necessidade de sedação ou em coma, materializados nas actividades ligadas à avaliação do estado de consciência, recorrendo às escalas utilizadas nos respectivos serviços, como referido no capítulo anterior e pela interpretação de sinais de mudança, súbita ou prolongada, identificando prováveis causas. Importa realçar o recurso a estratégias de orientação do doente, no tempo e no espaço, tendo em especial atenção os doentes que não se conseguem expressar, pois as dificuldades de comunicação são potenciais geradoras de stress e de sofrimento. Outro aspecto muito relevante passou pela clarificação junto da família da evolução do estado de consciência anterior, para melhor definir a evolução das alterações, procedendo ao seu registo, de forma a acompanhar melhor a evolução deste parâmetro. Apresentando um exemplo, na UCICT, houve um doente internado que apresentava deficits aparentes de compreensão e discurso lentificado. O utente havia sido transferido de um outro hospital e apenas alguns dias após o ingresso, é que foi possível constatar de que este era o seu comportamento normal, pelo que nada de novo havia surgido, em termos neurológicos. Esta situação veio confirmar a ideia de que a família deve ser vista como uma aliada essencial, por exemplo, na avaliação inicial dos utentes.

Outra das competências adquiridas passou pelo aprofundamento de conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao doente com necessidade de suporte ventilatório, destacando-se as actividades ligadas à colaboração na entubação orotraqueal, cumprindo os requisitos que garantam a segurança do utente, a celeridade do tratamento e a prevenção da infecção nosocomial, mostrando níveis de conhecimento aprofundado sobre o funcionamento dos equipamentos e assegurando a sua boa utilização. A verificação de todos os equipamentos e materiais necessários para intervenção emergente ao nível da entubação orotraqueal, ajuste e adequação dos parâmetros ventilatórios, de acordo com as necessidades apresentadas pelos doentes, solicitar a colaboração do doente, especialmente no desenvolvimento da capacidade de tossir eficazmente e expelir secreções, também foram competências trabalhadas.

Foram reforçadas as competências na abordagem ao doente traqueostomizado. De referir que no meu contexto profissional actual, este contacto acontece com frequência, pelo que foi interessante renovar a revisão da literatura e a troca de experiências com os colegas, ao nível dos cuidados inerentes.

Este estágio favoreceu o desenvolvimento de competências ao nível da abordagem ao doente com comprometimento da função cardíaca e alterações hemodinâmicas, sobretudo na UCICT, o mesmo acontecendo na abordagem ao doente com falência multi-orgânica. As actividades desenvolvidas e as experiências adquiridas na avaliação, interpretação e registo dos parâmetros vitais mais frequentemente monitorizados, a participação nas medidas terapêuticas necessárias para o restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico são disso prova. Neste aspecto importa destacar a possibilidade de contactar com doentes com necessidade de balão intra-aórtico (BIA). Revelou-se ainda importante identificar os principais sinais e sintomas do doente com falência multi-orgânica, o desenvolvimento de competências na abordagem ao doente com necessidade de técnicas de substituição da função renal (técnicas dialíticas) e as atitudes concernentes à prevenção de infecções adquiridas nos cuidados de saúde.

Relativamente à capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, nomeadamente alterações súbitas do equilíbrio hemodinâmico, de referir as situações já descritas de suspeita de tamponamento cardíaco em doente em pós-operatório de cirurgia cardíaca de urgência e na situação de paragem respiratória também descrita.

Os locais onde decorreram as práticas clínicas foram favoráveis ainda à consecução dos objectivos gerais apresentados no projecto e lembrados neste relatório, bem como os objectivos específicos apresentados no capítulo anterior, no que diz respeito à prestação directa de cuidados.

Relativamente à vertente da formação, destacam-se as competências que visavam promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas, nomeadamente na identificação das necessidades de formação, procurando mobilizar e demonstrar um nível de aprofundamento na área de formação de enfermagem médico-cirúrgica, sendo capaz de produzir um discurso pessoal e fundamentado, face às necessidades de formação encontradas.

Para Abreu (2001): “... o estudo da formação em contexto de trabalho envolve a abordagem do colectivo a partir de duas lógicas fundamentais: a lógica da aprendizagem e a lógica estrutural”. Relativamente à formação destacam-se os momentos formais de formação, ocorridos em ambos os serviços, que foram precedidos de reuniões com os responsáveis, no sentido de aferir sobre a pertinência da realização das actividades de formação, a selecção dos temas, de um leque proposto por mim, as datas e as questões logísticas. Os temas tiveram em conta os objectivos pessoais do aluno e a conjugação de interesses dos respectivos serviços, em coerência com o projecto de estágio.

Relativamente à temática sobre transmissão de más notícias, assumiu-se que a assistência em contextos onde as situações ameaçadoras da vida, potenciais ou reais, conduzem muitas vezes os profissionais a confrontar-se com o fim da vida dos doentes e com a sua própria finitude. Contudo esta situação não se esgota com a informação sobre a morte dos pacientes, mas muitas vezes está relacionada com a necessidade de comunicar diagnósticos, prognósticos difíceis, alterações do padrão normal de vida, etc. Para Bayle, et. al. (2000): “Breaking bad news can be particularly stressful when the clinician is inexperienced, the patient is young, or there are limited prospects for successful treatment”. Esta perspectiva é também defendida por Neto (2003) que destaca a importância da comunicação nesta área, ao afirmar que sabemos hoje que para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo da maior importância na qualidade dos cuidados recebidos. Constata-se que uma má notícia é

qualquer informação que possa alterar drasticamente a perspectiva sobre o futuro da pessoa. A maioria dos profissionais de saúde não tem formação nesta área.

O trabalho em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, conduzem frequentemente a situações de transmissão de notícias desagradáveis e que confrontam os doentes e entes mais significativos com informações que mudam drasticamente as suas vidas e a perspectiva futura. Lima, A. (2003), salienta que: “Comunicar malas noticias es, probablemente, una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los profesionales de la salud. Los profesionales que trabajan en unidad coronaria, terapia intensiva, sala de emergências y oncología pueden verse enfrentados con el hecho de tener comunicar malas noticias con mucha frecuencia y esto puede ser un motivo de gran ansiedad.”. Logo as questões da comunicação assumem-se como um vector fundamental pelo respeito pela autonomia dos doentes e da atenção aos mais vulneráveis.

Devemos reflectir ainda sobre as implicações éticas que estas questões colocam aos enfermeiros, segundo uma perspectiva profissional avançada. O código deontológico dos enfermeiros salienta que no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação e a informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem sobre a maneira como os obter.

A este propósito, Santos (2001) refere que as questões da ética nos serviços de cuidados intensivos podem agrupar-se nos domínios das dificuldades de concretização dos direitos dos doentes, organização interna das equipas e as tomadas de decisão em situações críticas, o estabelecimento de vias de comunicação com os doentes e pessoas que os rodeiam e o reconhecimento dos desejos e valores dos doentes. Relativamente à comunicação este autor refere: “O estabelecimento de uma comunicação adequada e eficaz exige tempo, treino, planeamento e um ambiente adequado. É preciso que toda a equipa tenha uma linguagem simples, objectiva e verdadeira, e não haja contradições nas informações facultadas” (Santos, 2001).

Fujimori, M. e Uchitomi, Y (2009), numa meta-análise realizada, que incidiu sobre artigos da MEDLINE e PsychINFO, constataram que em alguns artigos encontrados e que abordavam a forma de transmissão de um diagnóstico de cancro, a maioria dos doentes preferem que a comunicação de más notícias seja feita de forma clara e honesta, para que os doentes possam perceber claramente o que lhes é transmitido.

Por outro lado, a relevância da temática de prevenção de burn-out, encontra-se sustentada pelo stress que os enfermeiros que exercem em serviços de cuidados intensivos e em serviços de urgência são obrigados a enfrentar. Salomé, G, et. al. (2009), num estudo efectuado numa sala de emergência de um grande hospital de São Paulo, lembram-nos que “Os profissionais que atuam em unidades de emergência convivem, diariamente, com pacientes em condições de saúde instáveis... Esse cenário sinalizador de manutenção da vida pode gerar situações de estresse, principalmente quando o paciente morre.”.

Já Batista, K. e Bianchi, E. (2006) destacam que o stress no trabalho ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de afrontar as dificuldades. Deste modo, podemos encontrar associado ao desgaste físico, sofrimento psicológico e, em alguns casos, problemas sociais (por incapacidade de fazer face aos encargos assumidos), potencialmente geradores de burn-out. As características do trabalho dos enfermeiros, remetem para as preocupações de Neto e Garbaccio (2008) que nos lembram que: “O trabalho em turnos, necessário no hospital pela oferta de assistência de 24 horas ao paciente, intensifica a vivência do enfermeiro neste ambiente, fazendo-o experimentar em seu cotidiano contínua mobilização de energia adaptativa, podendo ser suficiente para desenvolver o estresse (Pafaro; Martino, 2004).”.

O próprio padrão de trabalho dos enfermeiros, nomeadamente o trabalho por turnos, com a conseqüente alteração do ritmo sono – vigília, padrões de alimentação desorganizados, associados a factores ambientais, tais como ruídos, pressões atmosféricas (por exemplo, nos quartos de isolamento) e variabilidade de temperatura, associados a factores laborais, como a sobrecarga de trabalho e de intensidade física, ligado aos aspectos psico-sociais já referidos, conduzem a que os enfermeiros que

exercem em serviços de urgência e em unidades de cuidados intensivos sejam sujeitos a uma sobrecarga geradora de stress e de potencial entrada em situação de burn-out.

Relativamente à actividade de formação sobre administração de medicação subcutânea, que aconteceu exclusivamente no SAU, por sugestão do enfermeiro tutor do estágio que considerou que a temática seria de muito interesse, por ser desconhecida e também por ser uma novidade, assim como por se tratar de uma via alternativa segura e eficaz à via endovenosa (Galvão, 2005). Do mesmo modo, Sasson e Shvartzman (2001), lembram-nos que : “Hypodermoclysis is a method of infusing fluid into subcutaneous tissue that requires only minimal equipment. Technically, it is easier to administer fluids subcutaneously than intravenously”. Daqui se ter considerado que conhecer esta via útil e fiável de administração de terapêutica, mesmo assumindo que é pouco conhecida e usada no SAU, justificou a abordagem do mesmo.

Ao nível da gestão, considera-se que o estágio forneceu condições para aquisição e desenvolvimento de competências na área da gestão, sob uma perspectiva profissional avançada, nomeadamente na colaboração na integração de enfermeiros, na gestão dos cuidados e na demonstração de actuar perante situações novas e não previstas de forma criativa.

Como já foi referido pude estar presente no SAU no início do processo de acreditação da qualidade pela Joint Commission International. Na Unidade da Boavista dos HPP foram criados grupos de trabalho para as diferentes vertentes major do processo, nomeadamente de farmácia, de meios complementares de diagnóstico, de higiene e segurança e de formação, para além dos grupos já existentes, como a Comissão de Controlo de Infecção e o Serviço de Instalações e equipamentos. No seguimento deste processo foi redigido um documento, tendo por base os indicadores previstos pela Joint Commission e entregue ao Enf.º tutor, como forma de reflexão de todo o processo. Este documento resultou da leitura e análise dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais em português. Estes padrões, que servem de base a todo o processo de acreditação, apresenta as políticas de acreditação da organização e nos capítulos funcionais apresenta os padrões centrados dos doentes, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde e a continuidade de cuidados, os direitos dos doentes e suas famílias, a avaliação e prestação de cuidados aos doentes, cuidados

cirúrgicos e anestésicos, a gestão e utilização de medicação e a educação dos doentes e suas famílias. Os padrões de organização de entidades prestadoras de cuidados de saúde incluem a melhoria da qualidade e segurança dos doentes, prevenção e controlo de infecção, administração, liderança e orientação, gestão e segurança das instalações, qualificações e formação do pessoal e para a gestão da comunicação e da informação.

O documento centrou-se sobretudo nas questões ligadas à formação e supervisão clínica dos profissionais da instituição. Para tal, valorizaram-se as questões ligadas à certificação de competências, principais áreas de intervenção ao nível da formação, previstas no processo de acreditação como sejam os cursos de suporte básico e avançado de vida, os processos de registo das credenciais dos profissionais e o processo de supervisão clínica.

Não se tendo tratado de uma situação prevista, foi verdadeiramente enriquecedor analisar o documento orientador e inteirar-me de toda a logística e estrutura que é necessária criar e sustentar, para poder ver uma instituição acreditada por uma das maiores organizações mundiais nesta área. A consulta da apresentação efectuada na Unidade da Boavista dos HPP, pelos responsáveis do Conselho de Administração e disponibilizada na intranet da instituição, no início do processo, facilitou a compreensão da complexidade de todo o processo e a clarificação de alguns conceitos, como sejam as diferenças entre acreditação e certificação da qualidade.

Um dos aspectos fundamentais teve a ver com a importância dada à vertente formativa, nomeadamente à supervisão clínica, como forma de garantir a segurança para clientes, familiares e profissionais. O HPP do Porto não tem centro de formação, pelo que este aspecto assumiu uma relevância no documento apresentado e já referido.

No caso dos HPP, o processo é mais complexo, pois envolve todas as unidades do grupo (Hospital da Boavista, local onde se desenvolveu o estágio, Hospital dos Lusíadas, Hospital de Cascais e Hospital de Lagos). Este processo implica a decisão estratégica de procurar atingir a excelência nos cuidados clínicos através da melhoria clínica da qualidade. Não se trata apenas da melhoria organizacional. O modelo da Joint Commission International (JCI), segundo os Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais (2007) é centrado no doente, dá relevância à

segurança do cliente, utiliza sistematicamente indicadores de qualidade e é um modelo institucional, que não permite a acreditação apenas de alguns serviços, mas de toda a instituição. Implica, entre outras vantagens, o melhor conhecimento da instituição, mais segurança para clientes e profissionais, garante suporte educacional ao doente e colabora na implementação de um processo de formação e qualificação profissional, comprometendo-se com a segurança ambiental e a qualidade.

Este processo implica quatro fases antes da acreditação final. Uma primeira fase, com a realização de um seminário, em cada uma das unidades, a fase dois, aquela em que participei, durante as práticas clínicas, de visita às instalações e avaliação inicial, a terceira fase de visitas e assistência técnica, a quarta fase de simulação de auditoria, que precede a avaliação final. Na segunda fase, a equipa da JCI, constituída por uma enfermeira, que chefiava a equipa, um médico e uma gestora, visitou todos os serviços do hospital, inspeccionando e inquirindo os profissionais, tomando nota dos circuitos de funcionamento, dos processos e procedimentos, chegando ao pormenor de questionar os colegas acerca da técnica de punção. Tomou notas de aspectos a melhorar. Neste decurso, fui questionado acerca de aspectos práticos, aos quais dei resposta, sempre em inglês. As actividades desta fase por hospital incluem: entrevistas com responsáveis, staff, revisão do edifício e equipamentos, revisão de documentação, revisão dos registos clínicos, admissão, transferência e alta de doentes, direitos do doente, educação do doente e da família, revisão de serviços de suporte, como laboratório, farmácia, observação da prestação de cuidados, etc., nas quais participei, mesmo não estando previsto no projecto.

Logo no início do estágio, o enfermeiro tutor solicitou a minha colaboração na redacção do Manual de Integração do serviço. Para Benner (2001): “... As competências associadas à construção da equipa requerem uma integração social antes que o novo profissional possa efectivamente ser competente fazendo parte e integrar realmente a equipa terapêutica.”.

Recorrendo a um conjunto de informações e documentos existentes no serviço, da autoria de um colega que exercia neste serviço e nos documentos existentes na plataforma informática dos HPP, foi redigido um documento, designado por Manual de Integração ao SAU, que depois de analisado pelo enfermeiro chefe, ficou para

aprovação pela direcção de enfermagem. O modelo seguido baseou-se no modelo adoptado pela instituição e como orientador recorreu-se ao Manual de Integração da Unidade de Cuidados Intensivos dos HPP. O Manual está organizado por capítulos, começando pela missão e valores dos HPP, missão do SAU, procedimentos e circuitos, articulação funcional e os manuais e impressos mais frequentemente usados no SAU. Acrescentou-se ainda duas check-list (uma para os enfermeiros e outra para as auxiliares operacionais), com as diferentes etapas do processo de integração, como uma forma de sistematizar o registo e confirmação dos momentos considerados mais relevantes.

O Manual apresenta como objectivos: dar a conhecer a instituição e o serviço, facilitar a adaptação de novos elementos à dinâmica do serviço, promover e facilitar a avaliação de desempenho e normalização de procedimentos. Torres M. e Silva, I.(1999) referem que a integração é o desenvolver de um processo, que tem o seu início no momento em que o recém-admitido inicia as suas funções numa UC (Unidade de Cuidados), e termina quando este conhece bem, os aspectos mais importantes, no que concerne à sua estrutura física, organizacional e funcional. Por isto este documento deve ser de consulta fácil, abrangente, informativo e versátil.

Foram apresentadas neste capítulo as competências desenvolvidas em contexto de ensino clínico da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, consideradas mais relevantes, tendo em conta os objectivos traçados inicialmente no projecto e as principais actividades desenvolvidas e experiências vividas. Existe, contudo, a consciência de que muitas outras poderiam ser apresentadas, mas destacaram-se aquelas que mais impacto tiveram no decurso das práticas, ora por se tratar de experiências novas, ora por serem mais marcantes para quem teve a oportunidade de as experienciar.

CONCLUSÃO

A história recente veio confirmar a consolidação da enfermagem enquanto disciplina, como domínio do conhecimento e ramo de ensino, por um lado, e enquanto ramo especializado da prática, no universo da saúde, portanto como profissão, por outro. A profissão de enfermagem tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Como podemos constatar, a abrangência de intervenção do enfermeiro com especialidade médico-cirúrgica é evidente. Como já foi sendo referido, a prática em contexto clínico ocorrida foi muito variada em termos de experiências formativas, profissionais e pessoais. Para Kolb (1984), a aprendizagem pela experiência é um processo no decurso do qual o saber é criado, graças à transformação pela experiência. Neste tipo de aprendizagem é necessária a reflexão, com base na modificação da experiência, pressupondo uma transformação.

A importância de conjugar os objectivos formais para o mestrado, com as características e contingências dos locais onde se desenvolveram as práticas clínicas, com as expectativas e ensejos individuais do aluno, conduz-nos a procurar compreender como cada pessoa se forma e encontrar as relações entre as pluralidades que atravessam a vida: “Ninguém se forma no vazio. Formar-se supõe troca, experiência, interacções sociais, aprendizagens, um sem fim de relações. Ter acesso ao modo com cada pessoa se forma é ter em conta a singularidade da sua história e sobretudo o modo singular como age, reage e interage com os seus contextos” (Moita, M., 1995). Da variedade de experiências, vivenciadas pela primeira vez ou revisitadas, destacaram-se as directamente ligadas aos cuidados de enfermagem ao doente crítico.

O módulo de cuidados intensivos apresentou-se assim como um terreno fértil, que vai de encontro ao perspectivado para um estágio no âmbito de estudos pós-graduados de especialização de enfermagem médico-cirúrgica. Relativamente ao SAU, procurou-se valorizar as vertentes mais ligadas à formação e à gestão. Se em termos de prestação de

cuidados ao doente crítico, a frequência e regularidade de contactos com este tipo de situação são escassos, procurou-se tirar o melhor partido de um contexto que oferece uma especificidade em termos de gestão difícil de encontrar num contexto de hospitais públicos, destacando-se a preocupação com o rigor na utilização e registo do material de consumo clínico e a filosofia da instituição.

Em ambos os contextos valorizou-se a vertente das actividades de formação, procurando fazer coincidir os temas propostos com a experiência e formação do aluno. Foram referidas ainda as actividades não previstas no projecto de estágio, nomeadamente a redacção do Manual de Integração do SAU e a participação na primeira fase do processo de acreditação dos HPP e a observação de actos cirúrgicos em cirurgia cardíaca, na UCICT.

Algumas dificuldades sentidas estiveram intimamente ligadas ao desconhecimento dos locais de estágio, pois por razões alheias ao aluno e à própria Universidade, houve necessidade de reajustamentos em relação aos locais, pouco tempo antes do início das actividades. Contudo, a flexibilidade estampada no projecto de estágio e as reuniões ocorridas muito pouco tempo depois do início de cada módulo permitiram ajustar a planificação dos diferentes momentos, minimizando eventuais constrangimentos.

A título de sugestão para o futuro, especialmente para outros colegas que possam vir a efectuar o mesmo percurso académico, parece pertinente reflectir sobre a possibilidade de seleccionar os locais onde decorrerão as práticas clínicas com a antecedência que permita conhecer melhor o contexto e as possibilidades formativas do mesmo, procurando fazer coincidir as expectativas individuais com os locais onde decorrerão as práticas.

Fazendo o balanço dos objectivos traçados para o estágio e a sua realização e materialização nas actividades e nas competências adquiridas ou desenvolvidas, fica o resultado patente na multiplicidade de momentos ricos e que ficarão no portefólio formativo do aluno. A relevância dada a este percurso, faz perspectivar o futuro ligado ao aprofundamento de conhecimentos na área de enfermagem, eventualmente pelo prosseguimento numa via académica ligada ao doutoramento em enfermagem, num

enriquecimento pessoal e profissional que continue a avançar no sentido de uma prática proficiente e de enfermagem avançada.

Sobre o relatório, importa referir que a apresentação das actividades desenvolvidas enquadrou-se numa lógica de reflexão e não na mera descrição de tarefas. A ligação entre as várias actividades, um dos factores que confere coerência ao estágio, também parece estar salvaguardada. A estruturação do documento, como já foi referido, visou congregar de forma sintética e tão clara quanto possível a essência do estágio e os principais aspectos e competências adquiridas, evitando perder pelo caminho aspectos importantes, sem ser, ao mesmo tempo muito extenso e maçador.

Deste modo considera-se que os objectivos traçados para o presente relatório foram alcançados. Ao longo do documento foi-se tentando reflectir e justificar, à luz de alguns conceitos estruturantes e baseados na literatura existente, as opções tomadas. Esta conclusão é desta forma, o culminar do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra e Lisboa: EDUCA e Sinais Vitais.

ABREU, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parceria Para a Excelência da Saúde?*. Coimbra: Formasau, Cadernos Sinais Vitais.

ALEIXO, F. (2007). *Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Enfermagem*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/.../Manual de Enfermagem UCI.pdf>

BATISTA, K. E BIANCHI, E. (2006). Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Julho - Agosto (4), 534-9.

BAYLE, W., BUCKMAN, R., et. al. (2007). “SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer”. *Oncologist* 2000;5;302-311. Também acessível em: <http://www.TheOncologist.com/cgi/content/full/5/4/302>.

BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

CARVALHO, L. (2005). *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso da Licenciatura em Enfermagem*. Porto: Instituto Piaget.

COLLIÉRE, M-F. (1999). *Promover a Vida, da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2007). *Desenvolvimento Profissional - Que Futuro? Certificação de Competências e Especialidades*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

COSTA, A. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

D'ESPINEY, L. (1999). *Aprender a Aprender Pela Experiência: A Formação Inicial de Enfermeiros*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

DURÃO, M., (1995). *Características do Melhor e do Pior Professor de Estágio- Opinião de Alunos e Professores*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

FERNANDES, J., et. al. (2004). *Construção do Conhecimento de Enfermagem em Unidades de Tratamento Intensivo: Contribuição de Um Curso de Especialização*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, Vol. 7, n.º 3, p. 325-32.

FREITAS, J.; NATÀLIO, E.; FERRAZ, I.(1988). *Perfil do Enfermeiro de UCI*. Boletim da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Lisboa. Publicação Quadrimestral, N° 1. (Janeiro/Abril)

FUJIMORI, M. E UCHITOMI, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.

GALVÃO, C. (2005). “Utilização da Via Subcutânea no Doente Idoso e Terminal”. *Postgraduate Medicine*, vol. 23, n.º 2. Fevereiro.

HEBERT, S. e XAVIER, R. (1995). *Ortopedia e Traumatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

HEMINGWAY, E. (2006). *O Velho e o Mar*. Lisboa. Editora Livros do Brasil.

HONORÉ, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

HUDAK, C.; GALLO, B. (1997) - *Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma Abordagem Holística*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

HUGO, V. (2005). *Os Miseráveis*. Mem Martins. Publicações Europa – América.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2006): *Técnicas de Extracção e Imobilização de Vítimas de Trauma*. Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2006): *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. (2007). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International Para Hospitais*. Illinois. Department of Publications Joint Commission Resources.

KOLB, D. (1984). *Experiential Learning – Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey. Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs.

LEE, I., et al (2004). Needs of Families with a Relative in a Critical Care Unit in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. N.º 9 (2004) p. 46-54.

LESKE, J. (2002). *Protocols for Practice: Applying Research at Bedside*. *Critical Care Nurse*. Vol 22, n.º 6 (Dezembro 2002) p.61-65.

LIMA, A. (2003). Como Comunicar Malas Noticias a Nuestros Pacientes y no Morir en el Intento?. Buenos Aires, *Revista Argentina de Cardiología*, Vol. 71, n.º 3, Maio-Junho.

MOITA, M. (1995). *Percursos de Formação e Trans-Formação*. In: NOVOA, A. (1995). *Vidas de Professores*. Porto. Porto Editora.

MONEY, S. R. (1998). *Cirurgia Vasculiar e Cardiorácica*. Rio de Janeiro. Interlivros.

NASCIMENTO, E., TRENTIN, M. O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de paterson e Ziderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto*. – Vol. 12, n.º 2 (Março/Abril 2004) p.250-257.

NETO, I. (2003). A Conferência Familiar Como Instrumento de Apoio à Família em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 19, 68-74.

NETO, N. e GARBACCIO, J. (2008). O Estresse Ocupacional no Serviço de Enfermagem Hospitalar. *Belo Horizonte: Revista Interseção*, vol. 1, n.º 2, pag. 71-81.

NUNES, L., AMARAL, M., GONÇALVES, R. (Coord.) (2005): Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007): Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem. Proposta Apresentada na Assembleia Geral de 17 de Março. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PAI, D., LAUTERT L. (2005). Suporte Humanizado no Pronto Socorro: Um Desafio Para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Março - Abril, 58(2):231-4.

ROY, C. E ANDREWS, H. (1999). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*. Norwalk. Appleton e Lange.

SÁ-CHAVES, I. (2000). *Portfolios Reflexivos: Estratégia de Formação e Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

SALOMÉ, G., CAVALI, A., ESPÓSITO, V. (2009). Sala de Emergência: O Cotidiano das Vivências com a Morte e o Morrer Pelos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, Set.-Out, 62(s), 681-6.

SANT-IAGO, D. (2005). *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*. Braga. Alcalá.

SANTOS, A. (2001). Ética nas Unidades de Cuidados Intensivos. In: ARCHER, L., et. al. (2001). *Novos Desafios à Bioética*. Porto. Porto Editora.

SASSON, M e SHVARTZMAN, P. (2001). Hypodermoclysis: Na Alternative Infusion Technique. *American Family Physician*, vol. 64, n.º 9, Novembro. www.aafp.org/afp

SCHMITT, E-E. (2007). *Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa*. Lisboa. Ambar.

SILVA, M. J. P. (2006). *Comunicação tem Remédio. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde*. 4ª ed. S. Paulo: Edições Loyola.

SOORIAKUMARAN, P., et. al. (2007). *Guia Prático Climepsi das Urgências Médicas*. Lisboa. Climepsi Editores.

TOMEY, A.M., ALLIGOOD, M. (2003). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.

TORRES, M., SILVA, I. (1999). Integração do Pessoal de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, n.º 22, Janeiro.

TWYLCROSS, R. (2003): *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.

URIZZI, F, CORRÊA, A. (2007). Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: o Outro Lado da Internação. Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. – Vol. 15, n.º 4, Julho/Agosto 2007.

VIEIRA, M. (2008). Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência. Lisboa. Universidade Católica Editora.

WATSON, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing. Norwalk. Appleton – Century – Crofts.

WATSON, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem. Camarate. Lusociência.

ZINN, G. R., et. al. (2003) Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Revista Latino- Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. – Vol. 11, n.º 3 (Maio/jun. 2003), p. 326-332.

DOCUMENTOS LEGAIS

CONSELHO DE MINISTROS (2006): Resolução do Conselho de Ministros n.º 168 / 2006 de 18 de Dezembro.

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998): Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (1996): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto - Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

SÍTIOS DA INTERNET CONSULTADOS

www.chvng.pt/assets/html/chvnge_caracterizacao.html

<http://www.cprportugal.net>

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=364&version=1>

www.min-

saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/1/rede+urgencia

[.htm](#)

<http://www.hppsaude.pt/Politica-da-Qualidade.html>

www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci_arttext

<http://www.hppsaude.pt/quem-somos.html>

<http://216.128.26.225/Hospital-da-Boavista.html>

www.who.int/cancer/palliative/en/

ANEXOS

Anexo I

Apresentação e Plano da Sessão: “Transmissão de Más Notícias – Protocolo de SPIKES”

TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS – PROTOCOLO DE SPIKES

PLANO DA SESSÃO						
ACTIVIDADE DE FORMAÇÃO: Competências na Transmissão de Más Notícias – Protocolo de SPIKES				DESTINATÁRIOS: Equipa do SAU e outros colegas dos HPP		
LOCAL: Sala de Formação Piso 6		FORMADOR: José Miguel Tavares		DATA: 12 de Novembro de 2009		DURAÇÃO DA SESSÃO: 1h.30min.
PÚBLICO ALVO: Equipa dos Serviços		N.º de FORMANDOS POR SESSÃO: Max. 20		PRÉ-REQUISITOS: Aberto a todos os profissionais		
OBJECTIVO GERAL: Compreender os aspectos mais importantes a ter em conta na transmissão de más notícias, nomeadamente o protocolo de SPIKES						
FASE	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO	AVALIAÇÃO
Introdução	Conhecer os formandos e formador Familiarizar com o ambiente da formação Motivar os formandos para a formação	Apresentação dos conteúdos e objectivos da sessão	Apresentação do formador, solicitando aos formandos que procedam do mesmo modo.	Papel e caneta	05 min.	Não se aplica
Desenvolvimento	Conhecer os principais conceitos relacionados com uma comunicação eficaz	Comunicação; Comunicação eficaz; Relação de ajuda;	Apresentação dos conceitos básicos de comunicação e de comunicação eficaz; Apresentação dos conceitos de relação de ajuda Abordagem das experiências dos profissionais	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Avaliação formativa
	Identificar as principais barreiras à comunicação	Barreiras à comunicação; Preconceitos; Dificuldades em abordar temas difíceis;	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	15 min.	Avaliação formativa
	Conhecer o protocolo de transmissão de más notícias (SPIKES)	Protocolo de SPIKES (também conhecido como Buckman)	Apresentação do protocolo de 6 passos de SPIKES (expositivo) Comparar com as estratégias normalmente utilizadas (activo)	Computador, projector, tela, canetas e papel	15 min.	Avaliação formativa
	Treinar algumas competências a ter em conta na transmissão de más notícias	Competências de comunicação	Jogos didácticos Role-playing	Papel, caneta e disposição da sala	25 min.	Avaliação formativa
Conclusão	Definir estratégias de comunicação	Resumo da sessão	Solicitar o feed-back	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa
Avaliação	Avaliação da sessão e da satisfação dos formandos		Teste de escolha múltipla	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa

TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS – PROTOCOLO DE SPIKES

PLANO DA SESSÃO

ACTIVIDADE DE FORMAÇÃO: Competências na Transmissão de Más Notícias – Protocolo de SPIKES			DESTINATÁRIOS: Equipa da Unidade de Cirurgia Cadiotorácica do CHVNG-E			
LOCAL: Sala anexa ao serviço		FORMADOR: José Miguel Tavares		DATA: 05 de Junho de 2009		DURAÇÃO DA SESSÃO: 1h.30min.
PÚBLICO ALVO: Equipa dos Serviços		N.º de FORMANDOS POR SESSÃO: Max. 20			PRÉ-REQUISITOS: Aberto a todos os profissionais	
OBJECTIVO GERAL: Compreender os aspectos mais importantes a ter em conta na transmissão de más notícias, nomeadamente o protocolo de SPIKES						
FASE	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO	AVALIÇÃO
Introdução	Conhecer os formandos e formador Familiarizar com o ambiente da formação Motivar os formandos para a formação	Apresentação dos conteúdos e objectivos da sessão	Apresentação do formador, solicitando aos formandos que procedam do mesmo modo.	Papel e caneta	05 min.	Não se aplica
Desenvolvimento	Conhecer os principais conceitos relacionados com uma comunicação eficaz	Comunicação; Comunicação eficaz; Relação de ajuda;	Apresentação dos conceitos básicos de comunicação e de comunicação eficaz; Apresentação dos conceitos de relação de ajuda Abordagem das experiências dos profissionais	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Avaliação formativa
	Identificar as principais barreiras à comunicação	Barreiras à comunicação; Preconceitos; Dificuldades em abordar temas difíceis;	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	15 min.	Avaliação formativa
	Conhecer o protocolo de transmissão de más notícias (SPIKES)	Protocolo de SPIKES (também conhecido como Buckman)	Apresentação do protocolo de 6 passos de SPIKES (expositivo) Comparar com as estratégias normalmente utilizadas (activo)	Computador, projector, tela, canetas e papel	15 min.	Avaliação formativa
	Treinar algumas competências a ter em conta na transmissão de más notícias	Competências de comunicação	Jogos didácticos Role-playing	Papel, caneta e disposição da sala	25 min.	Avaliação formativa
Conclusão	Definir estratégias de comunicação	Resumo da sessão	Solicitar o feed-back	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa
Avaliação	Avaliação da sessão e da satisfação dos formandos		Teste de escolha múltipla	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa

**Transmissão de Más Notícias
Protocolo de SPIKES**

Serviço de Atendimento Urgente dos Hospitais
Privados de Portugal - Porto

1 José Miguel Tavares 03-05-2011

**Transmissão de Más Notícias
Protocolo de SPIKES**

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia
Cárdio-Torácica do CHVNG / Espinho

2 José Miguel Tavares 03-05-2011

Objectivos da Sessão

- Reflectir sobre as principais estratégias a adoptar na transmissão de más notícias;
- Conhecer os princípios ético legais que concedem ao doente o direito da saber ou não a sua situação clínica;
- Reflectir sobre algoritmos a adoptar na transmissão de más notícias;

3 José Miguel Tavares 03-05-2011

Comunicação ou informação?

“É frequente encontrar os termos informação e comunicação usados indistintamente. A informação é apenas uma parte da comunicação e, em cuidados paliativos, envolve habitualmente um grande dilema: informar ou não, de toda a verdade ao doente”

(Querido, Salazar, Neto, 2006: 359)

4 José Miguel Tavares 03-05-2011

Comunicação de Más Notícias

Uma má notícia é qualquer informação que possa alterar drasticamente a perspectiva sobre o futuro da pessoa. A maioria dos profissionais de saúde não tem formação nesta área.

A transmissão de más notícias é um desempenho e não um dom.

5 José Miguel Tavares 03-05-2011

Comunicação de Más Notícias

- A comunicação fortalece a relação profissional de saúde/ doente, reforça a colaboração do doente no seu plano de cuidados e permite-lhes viver melhor com a doença planeando o seu futuro.
- A comunicação de más notícias requer treino e tempo.
- Sem treino esta tarefa pode ser desconfortável para os profissionais de saúde resultando num afastamento da situação e consequentemente do doente.

6 José Miguel Tavares 03-05-2011

Sofrimento Espiritual

- O Homem é o único animal que sabe que envelhece;
- O Homem é o único animal que sabe que vai morrer;
- O Homem é o único animal que sofre com a velhice e que teme a morte;
- O que cria problemas ao homem não é a morte, mas saber que vai morrer.

(Gómez Sancho)

7 José Miguel Tavares 03-05-2011

Situações Problemáticas

Mais frequentes:

- Comunicação do diagnóstico;
- Comunicação do prognóstico;
- Dar más notícias;
- Conspiração do silêncio;
- Negação;
- Agressividade, etc..

8 José Miguel Tavares 03-05-2011

Código Deontológico (art. 84º)

“No respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação (...);
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem sobre a maneira como os obter”

9 José Miguel Tavares 03-05-2011

Carta dos direitos e deveres do doente...

6 – O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.

10 José Miguel Tavares 03-05-2011

Código deontológico dos enfermeiros

Artigo 78º - Princípios Gerais

2. São valores universais a observar na relação profissional:

- A verdade e a justiça

3. Princípios orientadores

- O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes

11 José Miguel Tavares 03-05-2011

Um Pensamento

“Depois de um silêncio, o médico soergueu-se um pouco e perguntou-lhe se tinha alguma ideia acerca do caminho que era preciso seguir para se chegar à paz.

-Tenho. A simpatia”

(Albert Camus: A Peste, 2006)

12 José Miguel Tavares 03-05-2011

Transmissão de más notícias

“A partilha de informação com o doente é importante, no entanto, devemos ter em conta aquilo que ele quer ou não saber. O doente tem o direito a saber tudo sobre a sua doença, mas só se quiser.”

(Pais, 2004: 32)

13 José Miguel Tavares 03-05-2011

Factores que dificultam a comunicação com o paciente e com a sua família
(Arranz, Albornoz & López)

- Recurso a perguntas fechadas, que implicam uma resposta desejada;
- Impor, dizendo à pessoa o que tem de fazer;
- Múltiplas perguntas, sendo que a pessoa não sabe a qual responder;
- Dizer ao paciente que não há motivo para se preocupar, mesmo quando ele manifesta explicitamente o contrário;
- Dar soluções, em vez de deixar que seja o próprio a encontrar a solução que considera mais apropriada para si;
- Transmitir juízos de valor negativos;
- Falar apressadamente, não dando tempo para que o indivíduo se pronuncie.

Código deontológico dos enfermeiros
Artigo 82º- Dos direitos à vida e à qualidade de vida

- O enfermeiro assume o dever de recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

15 José Miguel Tavares 03-05-2011

Comunicação
Considerações a ter em conta:

- Nunca dois pacientes ou diagnósticos são iguais
- Temos que nos adaptar a cada paciente e à situação em si mesma
- Cada paciente é único – Individualização do processo

Comunicação

A literatura indica que o paciente, independentemente do seu estado de gravidade, manifesta continuamente desejos de comunicar porque a comunicação associa-se, inconscientemente, a sentimentos de esperança, confiança e protecção. (Flórez Lozano, J. A., 1996).

Transmissão de más notícias

“Má notícia” – Qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro, num sentido negativo (Buckman, 1992).

Stress causado no profissional de saúde ao dar a má notícia :

- - Medo de se considerado Culpado
- - Medo da falha terapêutica
- - Sensação de impotência/ fracasso
- - Medo pessoal da doença e da morte



Protocolo de SPIKES

1. **Conseguir o ambiente correcto;**
2. **Descobrir o que o doente já sabe;**
3. **Descobrir o que o doente quer saber;**
4. **Partilhar a informação;**
5. **Responder às reacções do doente;**
6. **No fim: Planear e acompanhar.**

(Baile, et. al., 1998)

Comunicar as Más Notícias

(Baile, Buckman et al, 2000) (Uma aplicação em 6 passos do modelo CLASS na comunicação das más notícias)

- S- Preparar o ambiente (Setting)
- P- Percepção do paciente (Perception)
- I- Necessidade de Informação por parte do paciente (Invitation)
- K- Fornecer informação (knowlegde)
- E- Empatizar e Explorar as emoções do paciente (Empathizing and Exploring)
- S- Planificação de Estratégias e resumo (Strategy and summary)

Protocolo de SPIKES

1. **Conseguir o ambiente correcto:**
 - Fase inicial;
 - Quem deve informar;
 - Quando;
 - Onde;
 - Como informar.

Protocolo de SPIKES

2. **Procurar saber o que o doente sabe da sua doença:**

Ex.:

 - Conte-me um pouco do seu percurso aqui na instituição;
 - O que é que o seu médico lhe tem dito.

Protocolo de SPIKES

3. **Saber o que o doente deseja saber**

Ex.:

 - Pretende saber a cada momento o que está a acontecer?;
 - Diz que não sabe o que tem, mas quer saber?;
 - Devolver a pergunta.

Protocolo de SPIKES

4. Partilhar a informação:
Ex.:

- Lançar tiros de aviso;
- Dar tempo ao doente para assimilar a informação;
- Poderá ser necessário dar a informação de forma fascada.

26 José Miguel Tavares 03-05-2011

Protocolo de SPIKES

5. Responder às emoções do doente:

- Validar como normal o que o doente está a sentir;
- Valorizar os tempo de silêncio, choro, ansiedade, etc.);
- Dar importância ao toque.

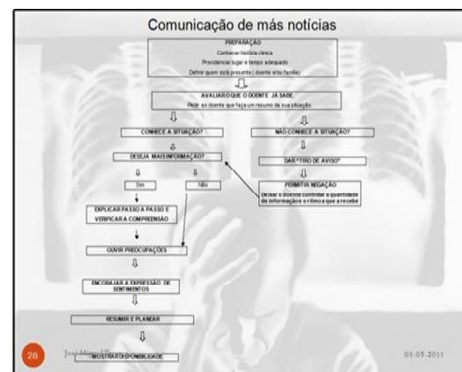
28 José Miguel Tavares 03-05-2011

Protocolo de SPIKES

6. Organizar e planificar:

- Fazer um resumo das situações;
- Elaboração de um plano em função das necessidades do doente;
- Analisar as prioridades com o doente;
- Identificar estratégias e redes de apoio.

27 José Miguel Tavares 03-05-2011



EXERCÍCIO

ROLLE PLAYING

29 José Miguel Tavares 03-05-2011

Em Resumo

- A comunicação é um pilar fundamental;
- A eficácia na comunicação consegue-se através de formação e treino de todos os elementos da equipa;
- Ter em conta as situações mais problemáticas (comunicação sobre os diagnóstico, prognóstico, más notícias, etc.);
- Não esquecer que cada doente é único, bem como a sua situação, não esquecendo os factores culturais que concorrem na comunicação.

30 José Miguel Tavares 03-05-2011

Em Resumo

Princípios fundamentais:

- Nunca mentir;
- Evitar a candura irreflectida.

“Se um paciente dá sinais, directos ou indirectos, de que não deseja considerar a doença como fatal, é errado forçá-lo a admitir a verdade.”
(Twycross, 2001: 42)


31 José Miguel Tavares 03-05-2011

Conspiração do Silêncio

Define-se como um acordo implícito e explícito de alterar a informação ao doente, por parte dos familiares, amigos e/ou profissionais de saúde com o objectivo de ocultar o diagnóstico e /ou prognóstico e/ou da gravidade da situação.

**SEM QUALIDADE
RELACIONAL
NÃO HÁ
QUALIDADE
ASSISTENCIAL**

“O senhor é importante por ser quem é.
Continua a ser importante até o último dia da sua vida, e faremos todo quanto pudermos, não só para que morra em paz, mas para que viva até morrer”



Cecily Saunders



A RUA DE SÃO FRANCISCO POR FAVOR?

VÁ A DIREITO ATÉ AO SUPERMERCADO, VOLTE À DIREITA NA META E QUANDO CHEGAR AO SEMÁFORO ENCONTRA A RUA DE SÃO FRANCISCO

OBRIGADO

A FELICIDADE, SE FAZ PAZOR.

32 José Miguel Tavares 03-05-2011



“POR TERRÍVEL QUE SEJA QUERO SABER A VERDADE. DOUTOR, SER UM BOM HOMEM É UMA DOENÇA INCURÁVEL”

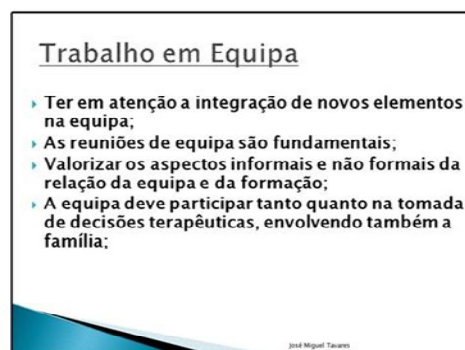
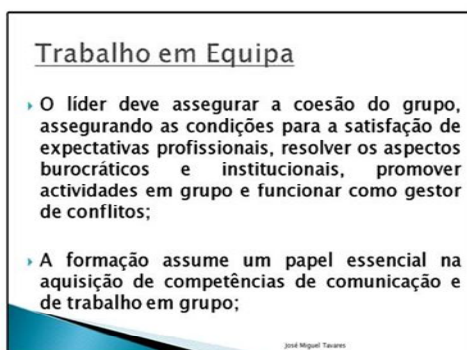
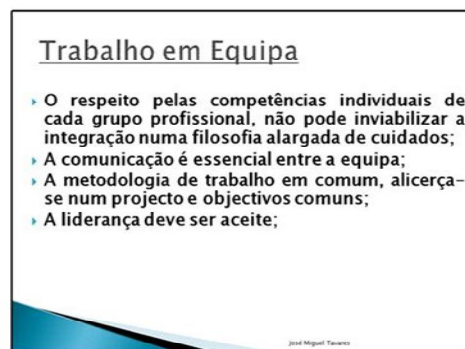
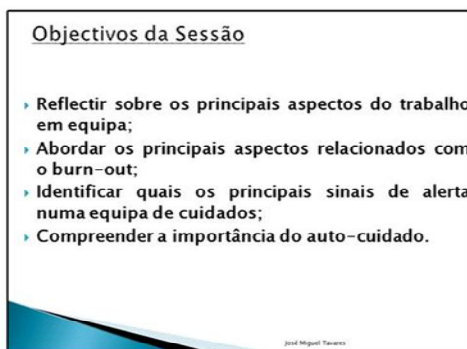
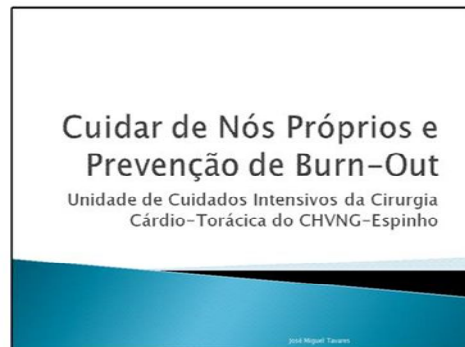
Anexo II

Apresentação e Plano da Sessão: “Cuidar de Nós Próprios e Prevenção de Burn-Out”

CUIDAR DE NÓS PRÓPRIOS / PREVENÇÃO DE BURN-OUT						
PLANO DA SESSÃO						
ACTIVIDADE DE FORMAÇÃO: Cuidar de nós próprios / Estratégias de autocuidado e de prevenção de burn-out				DESTINATÁRIOS: Equipa do SAU e outros colegas dos HPP		
LOCAL: Sala de Formação Piso 6		FORMADOR: José Miguel Tavares		DATA: 13 de Novembro de 2009		DURAÇÃO DA SESSÃO: 1h.
PÚBLICO ALVO: Equipa dos Serviços		N.º de FORMANDOS POR SESSÃO: Max. 20		PRÉ-REQUISITOS: Aberto a todos os profissionais		
OBJECTIVO GERAL: Compreender a importância do autocuidado, para a satisfação pessoal e profissional e prevenção de burn-out						
FASE	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO	AValiaÇÃO
Introdução	Conhecer os formandos e formador Familiarizar com o ambiente da formação Motivar os formandos para a formação	Apresentação dos conteúdos e objectivos da sessão	Apresentação do formador, solicitando aos formandos que procedam do mesmo modo.	Papel e caneta	05 min.	Não se aplica
Desenvolvimento	Conhecer os principais conceitos relacionados com o burn-out, modelos explicativos da adaptação profissional e factores predisponentes	Conceito de burn-out Modelos de adaptação profissional	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Avaliação formativa
	Identificar as principais causas de sofrimento pessoal e profissional e agentes stressores	Principais factores geradores de sofrimento Factores geradores de stress profissional	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Avaliação formativa
	Conhecer estratégias individuais e de equipa, ao nível do autocuidado e de promoção do bem-estar	Estratégias individuais e colectivas Liderança	Expositivo e activo; Brainstorming Jogos pedagógicos	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Avaliação formativa
	Treinar algumas competências a valorizar para enriquecimento da equipa		Jogos didácticos Role-playing	Papel, caneta e disposição da sala	10 min	Avaliação formativa
Conclusão	Definir estratégias de comunicação	Resumo da sessão	Solicitar o feed-back	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa
Avaliação	Avaliação da sessão e da satisfação dos formandos		Teste de escolha múltipla	Papel, caneta	05 min.	Avaliação formativa

CUIDAR DE NÓS PRÓPRIOS / PREVENÇÃO DE BURN-OUT

PLANO DA SESSÃO						
ACTIVIDADE DE FORMAÇÃO: Cuidar de nós próprios / Estratégias de autocuidado e de prevenção de burn-out				DESTINATÁRIOS: Equipa da Unidade de Cirurgia Cadiotorácica do CHVNG-E		
LOCAL: Sala anexa ao serviço		FORMADOR: José Miguel Tavares		DATA: 12 de Junho de 2009		DURAÇÃO DA SESSÃO: 1h.30min.
PÚBLICO ALVO: Equipa dos Serviços		N.º de FORMANDOS POR SESSÃO: Max. 20			PRÉ-REQUISITOS: Aberto a todos os profissionais	
OBJECTIVO GERAL: Compreender a importância do autocuidado, para a satisfação pessoal e profissional e prevenção de burn-out						
FASE	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO	AValiaÇÃO
Introdução	Conhecer os formandos e formador Familiarizar com o ambiente da formação Motivar os formandos para a formação	Apresentação dos conteúdos e objectivos da sessão	Apresentação do formador, solicitando aos formandos que procedam do mesmo modo.	Papel e caneta	05 min.	Não se aplica
Desenvolvimento	Conhecer os principais conceitos relacionados com o burn-out, modelos explicativos da adaptação profissional e factores predisponentes	Conceito de burn-out Modelos de adaptação profissional	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Aviação formativa
	Identificar as principais causas de sofrimento pessoal e profissional e agentes stressores	Principais factores geradores de sofrimento Factores geradores de stress profissional	Expositivo e activo; Brainstorming	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Aviação formativa
	Conhecer estratégias individuais e de equipa, ao nível do autocuidado e de promoção do bem-estar	Estratégias individuais e colectivas Liderança	Expositivo e activo; Brainstorming Jogos pedagógicos	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	10 min.	Aviação formativa
	Treinar algumas competências a valorizar para enriquecimento da equipa		Jogos didácticos Role-playing	Papel, caneta e disposição da sala	10 min	Aviação formativa
Conclusão	Definir estratégias de comunicação	Resumo da sessão	Solicitar o feed-back	Papel, caneta	10 min.	Aviação formativa
Aviação	Aviação da sessão e da satisfação dos formandos		Teste de escolha múltipla	Papel, caneta	05 min.	Aviação formativa



Princípios Fundamentais

- ▶ Clara atribuição de responsabilidades e papéis, sem esquecer o objectivo comum;
- ▶ Todos os membros deve possuir competências de comunicação;
- ▶ Os conflitos devem ser vistos como oportunidades;
- ▶ As críticas devem ser feitas de forma construtiva;
- ▶ A liderança deve ser factor de coesão;

José Miguel Tavares

Princípios Fundamentais

- ▶ Dinâmica de grupo;
- ▶ Filosofia e linguagem comum;
- ▶ Crescimento e valorização harmoniosa da equipa;
- ▶ Reconhecimento das atribuições e sucessos de cada um, promovendo a apresentação ao exterior do trabalho realizado;
- ▶ Promover a iniciativa na tomada de decisão;
- ▶ Motivação.

José Miguel Tavares

Características

- ▶ Propósito partilhado;
- ▶ Empowerment;
- ▶ Relações e comunicação;
- ▶ Flexibilidade;
- ▶ Óptimo rendimento;
- ▶ Reconhecimento;
- ▶ Motivação.

(Bernardo, et. Al., 2006)

José Miguel Tavares

Dificuldades

- ▶ Problemas de comunicação;
- ▶ Dificuldade em tomar decisões complexas;
- ▶ Necessidade de dedicação e co-responsabilidade;
- ▶ Conflito e confusão nas funções;
- ▶ Competitividade;
- ▶ Confidencialidade;
- ▶ Indiferença, ambiente tenso;
- ▶ Pouca participação do grupo;

José Miguel Tavares

Dificuldades

- ▶ Falta de compreensão das finalidades ou confusão na sua definição;
- ▶ Deficits de comunicação e falta de capacidade de escuta;
- ▶ Crítica personalizada e destrutiva;
- ▶ Atribuições pouco claras;
- ▶ Mal entendidos ou conflitos não resolvidos;
- ▶ Não se analisar o funcionamento da equipa.

José Miguel Tavares

Resolução de Conflitos

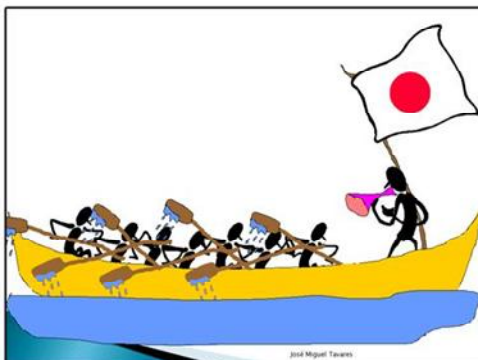
- ▶ Tempo: Os problemas devem ser resolvidos tão cedo quanto possível;
- ▶ Localização: O ambiente deve ser calmo, privado e sem interrupções;
- ▶ Descrever o acontecimento;
- ▶ Descrever os actos que conduziram aos problemas;
- ▶ Manter os respeito;

José Miguel Tavares

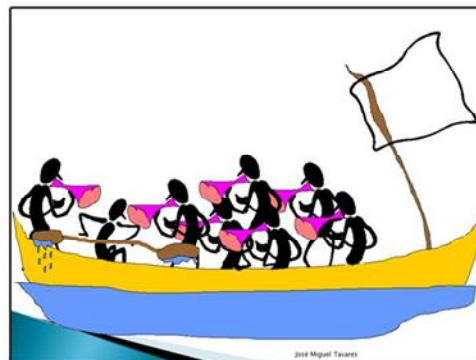
Resolução de Conflitos

- › Auto-crítica, mostrando disponibilidade para a ajuda;
- › Definir um conjunto de soluções possíveis, de consenso entre os intervenientes;
- › Escolher a melhor solução.

José Miguel Tavares



José Miguel Tavares



José Miguel Tavares

O caminho faz-se caminhando!!!



Burnout

“O burnout define-se como um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento intenso com pessoas, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso, compreende 3 aspectos importantes:

- › Exaustão emocional;
- › Despersonalização;
- › Baixa realização profissional.”

(Bernardo, et. al., 2006)

José Miguel Tavares

Burnout

- ▶ Área Interpessoal;
- ▶ Área intrapessoal;
- ▶ Área da saúde física.

- Pressão Temporal;
- Urgência Temporal.

José Miguel Tavares

Fases

- ▶ Fase de entusiasmo;
- ▶ Fase de estagnação;
- ▶ Fase de Frustração;
- ▶ Fase de apatia.

Trata-se de uma reacção adversa ao stress ocupacional, relacionados com a responsabilidade por pessoas.

José Miguel Tavares

Causas

- ▶ Medo da própria morte;
- ▶ Medo de causar danos ao doente;
- ▶ Medo de ser agredido;
- ▶ Medo de ser absorvido pela enorme implicação pessoal;
- ▶ Conflitos entre a equipa.

José Miguel Tavares

Factores Condicionantes

- ▶ Variáveis pessoais;
- ▶ Personalidade e motivação;
- ▶ A rede de apoio social (família, amigos, colegas);
- ▶ Acontecimentos stressantes anteriores.

José Miguel Tavares

Modelo de Adaptação Profissional

- ▶ Estadio I (1-3 meses): Intelectualização;
- ▶ Estadio II (3-6 meses): Trauma emocional;
- ▶ Estadio III (6-9 meses): Depressão;
- ▶ Estadio IV (9-12 meses): Acomodação emocional;
- ▶ Estadio V (12-24 meses): Compaixão.

(Adaptado de Harper, 1977)

José Miguel Tavares

- ▶ Para cuidar bem de alguém, precisamos cuidar bem de nós mesmos.
- ▶ Satisfazer as nossas próprias necessidades, cuidar das nossas próprias dores.

**Este é o melhor caminho para um
cuidar
mais pleno e mais humano.**

José Miguel Tavares

Quando não o fazemos....

Existe um constante sofrimento emocional, físico e/ou existencial.

↓

A somatização deste desconforto é frequente

↓

**Permanecemos doentes,
CARENTES DE CUIDADOS E ATENÇÃO**

José Miguel Tavares

•O sofrimento dos técnicos de saúde e voluntários exprime-se à volta de três eixos:

Confrontação com a morte, a perda, o luto
(para nos protegemos, cada um de nós constrói mecanismos de defesa que vão da negação até à tentativa de utilizar conceitos e representações da morte mais ou menos tranquilizadora). Ninguém se habitua à morte e muito menos ao sofrimento

Confrontação com a equipa pluridisciplinar

Confrontação com a própria morte
(pensar a vida, a partir do que nos dizem os doentes. E o que é que eles nos dizem? Que é preciso saber viver, não passar ao lado do essencial, que a única coisa que emergem no fim são os laços de amor ou de amizade, os momentos de alegria ou de tristeza que vivemos.

José Miguel Tavares

Factores causadores de sofrimento

- ▶ Adaptação às limitações humana;
- ▶ Exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabelecemos uma relação;
- ▶ Envolvimento em conflitos emocionais;
- ▶ Absorção da cólera, da mágoa, da tristeza, da frustração,..., quer dos doente como dos familiares;
- ▶ Idealismos pessoais;
- ▶ Desafios ao sistema de crenças pessoais.

José Miguel Tavares

Desafios individuais a ultrapassar

- ▶ Enfrentar a própria mortalidade;
- ▶ Enfrentar as limitações, pessoais e profissionais;
- ▶ Lidar honestamente com as próprias emoções, por exemplo: frustração, cólera, luto, mágoa.

José Miguel Tavares

“Manter a distância...”

- ▶ Mantermo-nos perto do sofrimento do outro sem por isso nos identificar-mos com ele – é um grande desafio de equilíbrio.

**Isto não significa erguer barreiras,
ser frio ou falso.**

José Miguel Tavares

O AUTO-CUIDADO

- É da responsabilidade de cada um de nós tomar conta de si próprio;
- Desenvolver a sua capacidade de ser;
- Ficar atento à sua qualidade de vida;
- Saber renovar forças.

José Miguel Tavares

Pré-requisitos para o autocuidado

- ▶ Sentir-me amado;
- ▶ Auto-estima;
- ▶ Imaginação;
- ▶ Criatividade;
- ▶ Flexibilidade;
- ▶ Humor;
- ▶ Compaixão;
- ▶ Capacidade para aceitar erros e competência para corrigi-los;
- ▶ Prontidão para aceitar desafios.

José Miguel Tavares

Estratégias...

- ▶ Trabalho em equipa:
 - Partilhar ideias e sentimentos com a equipa
 - Apoio e respeito mútuo
- ▶ Estabelecer metas realistas;
- ▶ Estar disponível para receber o apoio dos outros;
- ▶ Estar disponível para aceitar desafios permanentes

José Miguel Tavares



Sugestões

- ▶ Auto disciplina e definição de objectivos e metas
- ▶ Exercício físico moderado,
- ▶ Estilo de vida equilibrado
- ▶ Relaxamento e/ou meditação
 - Relaxamento muscular e mental progressivo
 - Meditação
 - Acupunctura
 - Aromaterapia
 - Treino autogénico
 - Ioga

José Miguel Tavares

Sugestões

- ▶ Ler
- ▶ Passear
- ▶ Ir ao cinema
- ▶ DAR SENTIDO AO VOSSO SERVIÇO!!!
- ▶ ...

José Miguel Tavares



Anexo III

Apresentação e Plano da Sessão: “Medicação Subcutânea”

Administração de Medicação Subcutânea

PLANO DA SESSÃO						
ACTIVIDADE DE FORMAÇÃO: Administração de Medicação SC				DESTINATÁRIOS: Equipa do SAU e outros colegas dos HPP		
LOCAL: Sala de Formação Piso 6		FORMADOR: José Miguel Tavares		DATA: 13 de Novembro de 2009		DURAÇÃO DA SESSÃO: 1 h.
PÚBLICO ALVO: Equipa dos Serviços		N.º de FORMANDOS POR SESSÃO: Max. 20		PRÉ-REQUISITOS: Aberto a todos os profissionais		
OBJECTIVO GERAL: Compreender os principais aspectos da administração de medicação SC e da hipodermoclise						
FASE	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO	AVALIAÇÃO
Introdução	Conhecer os formandos e formador Familiarizar com o ambiente da formação Motivar os formandos para a formação	Apresentação dos conteúdos e objectivos da sessão	Apresentação do formador, solicitando aos formandos que procedam do mesmo modo.	Papel e caneta	5 min.	Não se aplica
	Principais aspectos ligados à medicação SC. Fármacos e Solutos, técnica de punção.	Medicação SC, técnica de punção, vantagens e solutos	Expositivo e activo	Computador, projector, tela, canetas, papel, quadro	20 min.	Avaliação formativa
Desenvolvimento	Apresentação de filme com técnica de punção e de infusão	Técnica de punção e de infusão	Exposição do filme realizado pelo Princess Alice Hospice	Computador, projector, tela	10 min.	Avaliação Formativa
	Treinar algumas competências a valorizar para enriquecimento da equipa	Importância da Medicação SC no controlo de sintomas	Expositivo e activo;	Papel, caneta e disposição da sala	10 min.	Avaliação formativa
Conclusão	Resumo da sessão	Resumo da sessão	Solicitar o feed-back	Papel, caneta	5 min.	Avaliação formativa
Avaliação	Avaliação da sessão e da satisfação dos formandos		Teste de escolha múltipla	Papel, caneta	10 min.	Avaliação formativa

Administração de Medicação Sub-Cutânea

Serviço de Atendimento Urgente dos
Hospitais Privados de Portugal – Porto

José Miguel Tavares 03-05-2011 1


Controlo sintomático

“ O controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajectória da doença para além de produzir sofrimento poderá ter um efeito adverso na progressão da doença.”

MMacdonald - J. Palliativa Medicina 2002
"Redefining Symptom Management"

▶ A administração de medicação deve ser feita preferencialmente por via oral. A via subcutânea (SC) é uma alternativa eficaz à via EV mostrando-se muito útil em situações específicas. Pela sua comodidade e na ponderação custo benefício esta via constitui um bom recurso.

Via sub-cutânea



Pode ser usada em simultâneo com a via oral (dose oral / SC)
Permite bom controlo de sintomas
Técnica pouco agressiva e com menos efeitos secundários que a via EV
Hipodermoclise
Pode ser usada no domicílio

Vantagens :

- ▶ Técnica pouco agressiva e com menos efeitos secundários que a via EV
- ▶ Menor risco de infecção sistémica
- ▶ Permite bom controlo de sintomas
- ▶ Pouco desconforto
- ▶ Permite a administração de soros, sem risco de sobrecarga rápida: Hipodermoclise
- ▶ Maior facilidade no domicílio

Desvantagens/Complicações da Via Subcutânea:

- ▶ Podem surgir reacções a nível local:
 - eritema,
 - prurido,
 - Inflamação/ infecção
 - dor
 - Induração Local

Zonas de punção

- ▶ Região supramamária (evitando o tecido mamário)
- ▶ Face exterior do braço na região deltóide
- ▶ Região do trapézio (particularmente útil em doentes agitados)
- ▶ Coxas (região externa)
- ▶ Região abdominal / peri-umbilical (respeitando a circunferência à volta do umbigo)

Nota: Evitar peles irradiadas, locais com edema, inflamação, infiltração tumoral ou ulceradas.

Zonas de punção

- zona subclavicular evitando o tecido mamário;



Zonas de punção

- zona abdominal, respeitando a circunferência à volta do umbigo



Zonas de punção

- região externa das coxas



Via Sub-cutânea

- ▶ Permite:
 - Administrar medicação:
 - Em bolús
 - Em perfusão contínua
 - Hipodermoclise

Material necessário:


- ▶ Butterfly 23G a 25G ou Abocath pediátricos 22 G a 24 G
- ▶ Penso transparente
- ▶ Desinfectante da pele

Via subcutânea – Técnica de Punção

- 1- Desinfectar a zona eleita (se existirem pêlos cortá-los previamente);
- 2- Com a mão não dominante fazer uma prega de tecido na região a punccionar;
- 3- Inserir a agulha com um único movimento, com o bisel para cima, num ângulo de 45° em relação à pele e no sentido da cabeça do doente;
- 4- Aspirar o sistema para garantir que não foi punccionado um vaso;
- 5- Soltar a pele do doente;
- 6- Cobrir o cateter com penso preferencialmente transparente para melhor visualização da zona de punção.



Via subcutânea – Perfusão sub-cutânea contínua

- 
- Butterfly 23G a 25G ou Abocath pediátricos 22 G a 24 G
 - Diluir medicação em SF até perfazer a quantidade necessária
 - Escolher zona de punção
 - Colocar butterfly já preenchido com medicação
 - Conectar seringa na máquina
 - Regular débito



Vantagens da PSC

- ▶ Níveis constantes de medicação
- ▶ Melhor controlo de sintomas
- ▶ Não limita a mobilidade
- ▶ Número reduzido de injecções
- ▶ Recarregada 1 ou 2 vezes/ dia
- ▶ Permite adicionar diferentes fármacos

Cuidados especiais



Cuidados especiais

- Sinais inflamatórios ou dor
- Presença de sangue na tubuladura
- Sinais de extravasamento
- Não injectar no mesmo local:

DEXAMETASONA

FENOBARBITAL

Hipodermoclise

- › Administração de fluidos e electrolitos por via sub-cutânea
- › Indicado é necessário administrar líquidos por via parentérica
- › O ritmo de perfusão não deve ser superior a 80 ml/h
- › Escolher locais de maior absorção como zona de punção
- › Pode ser administrado de forma continua ou intermitente (noite)

Hipodermoclise

- › Vantagens:
 - Pode ser iniciada ou suspensa por qualquer elemento da equipa sem risco de trombose ou hemorragia
 - Fácil implementação no domicilio, após ensino da família/ cuidador primário
 - Não necessita de bomba infusora
 - Evita ou encurta internamentos

Hipodermoclise

- › Complicações:
 - Edema local (pode ser reduzido com a administração de Hialuronidase)
 - Equimose
 - Infecção

Solutos que podem ser administrados por via sc (hipodermoclise)

Recomenda-se :

- › - NaCl a 0,45% e 0,9%;
- › - Dextrose 5% em H2O;
- › - Dextrose 5% em NaCl.
- › O volume máximo não deve ultrapassar os 3000 ml./dia, administrados por dois locais diferentes (1500 ml. em cada um)
- › Pode-se usar KCL, mas apenas por profissionais treinados.

Factores que influenciam a absorção do fármaco

- › O fluxo sanguíneo da zona,
- › A irrigação do tecido subcutâneo,
- › A massagem no local da administração do fármaco,
- › O exercício e aplicação de calor no local de injeção,
- › As características do soluto a administrar

Anexo IV

Manual de Integração ao SAU

INDICE**CAP. I – MISSÃO E VALORES DA HPP SAÚDE****CAP. II - MISSÃO DO SERVIÇO**

1. OBJECTIVOS DO SAU
2. OBJECTIVOS DO MANUAL
3. CARACTERIZAÇÃO DO SAU
4. PLANTA DO SAU
5. ORGANIGRAMA FUNCIONAL
6. RECURSOS HUMANOS
- 6.1. PLANO DE INTEGRAÇÃO
 - 6.1.1 INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS
 - 6.1.2 INTEGRAÇÃO DE ASSISTENTES OPERACIONAIS
- 6.2 FUNÇÕES DO ENFERMEIRO
- 6.3 FUNÇÕES DOS ASSISTENTES OPERACIONAIS
7. HORÁRIOS

CAP. III – PROCEDIMENTOS E CIRCUITOS

1. CIRCUITO DO CLIENTE
2. CIRCUITO DE MATERIAIS
 - 2.1. ESPECIMENS
 - 2.2. EXAMES E DOCUMENTAÇÃO
 - 2.3. MATERIAL DA FARMÁCIA E ARMAZEM GERAL
 - 2.4. ROUPA
 - 2.5. LIXO
 - 2.6. MATERIAL ESTERILIZADO
3. PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS SAU

CAP. IV - ARTICULAÇÃO FUNCIONAL

TRANSFERENCIAS INTRA-HOSPITALARES
TRANSFERENCIAS INTER-HOSPITALAR
IMAGIOLOGIA
ESTERILIZAÇÃO
SERVIÇO DE FARMACIA
ARMAZEM MATERIAL
ECONOMATO
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
MANUTENÇÃO
LABORATÓRIO/ANÁLISES CLINICAS
LABORATÓRIO EXTERNO / HEMODERIVADOS
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO
SERVIÇO DE ROUPARIA

CAP. V- MANUAIS E IMPRESSOS UTILIZADOS NO SAU

Missão e valores da HPP SAÚDE

A missão da **HPP SAÚDE** consiste em:

- Servir o público necessitado de cuidados de saúde, preventivos ou curativos, fazendo-o de acordo com as melhores práticas, colocando o cliente como centro da sua actividade, atendendo-o o melhor possível;
- Criar uma oferta complementar alternativa e concorrencial no sector da saúde e conquistar um espaço de eleição;
- Obter adequada rendibilidade para promover o seu crescimento sustentado e para um retorno satisfatório para os accionistas.

A **HPP SAÚDE** assume os seguintes valores como evidentes e possuindo um valor intrínseco de aplicação universal nas suas Unidades Hospitalares:

- ✓ **Pessoas:** Valoriza todas as pessoas, as que servem e as que trabalham na entidade. Incentiva as pessoas a expressar as suas ideias e considera as suas sugestões. Privilegia as melhores condições de trabalho e as relações interpessoais.
- ✓ **Serviço:** A completa dedicação ao serviço dos Clientes, seguindo elevados padrões de comportamento ético, demonstrando o empenho não só em ir ao encontro das suas necessidades, mas também exceder as suas expectativas.
- ✓ **Comunicação:** Valoriza a comunicação efectiva dentro da organização e com o público assistido pelos colaboradores das equipas hospitalares.
- ✓ **Utilização de Recursos:** Valoriza os seus recursos e reconhece que só prosseguem completamente a sua missão mediante a gestão eficiente e adequada dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos.
- ✓ **Melhoria Contínua:** Valoriza a melhoria contínua em tudo o que é feito de forma a alcançar a excelência nos resultados. Um dos princípios que norteiam a actividade da **HPP SAÚDE** é a prestação de cuidados de saúde segundo elevados padrões de qualidade e excelência, internacionalmente certificados.

A Política da Qualidade da **HPP SAÚDE** visa garantir a satisfação das necessidades dos Clientes das suas Unidades Hospitalares, respeitando procedimentos eticamente correctos, para obter o melhor resultado em termos de saúde, com adequados níveis de preços, de serviço e segurança, assumindo o compromisso de melhorar continuamente a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados nas suas Unidades Hospitalares, com equipas qualificadas, motivadas e centradas no Cliente.

Por isso os profissionais da HPP SAÚDE devem honrar os seguintes princípios:

- ✓ **Princípio 1. Intangibilidade:** consciência de que o serviço prestado - cuidados de saúde -, ao contrário de um produto físico, não se consegue ver, provar, sentir, ouvir ou cheirar antes de ser adquirido. Antes da prestação do cuidados de saúde, não se consegue ter o resultado e a nossa missão é tornar tangível o intangível.
- ✓ **Princípio 2. Inseparabilidade:** o serviço prestado é tipicamente produzido e consumido em simultâneo, ao contrário de um produto físico. A pessoa, no papel de prestador do serviço, mais ou menos complexo, é parte desse mesmo serviço, assim como o é o cliente que o recebe, por ter que estar presente. Uma excelente interação entre ambos é fundamental para ter sucesso.
- ✓ **Princípio 3. Variabilidade:** porque o serviço depende de quem e onde está a ser prestado, pode ter um grau enorme de variabilidade. Conscientes deste princípio, apostamos em proporcionar elevados níveis de formação, ferramentas de gestão que inovem e melhorem de forma contínua a nossa organização e monitorizar o grau de satisfação dos nossos clientes.
- ✓ **Princípio 4. Perecibilidade:** o serviço disponibilizado não pode ser armazenado e, por isso, introduz uma dinâmica permanente e uma responsabilidade pessoal de cada um na busca da melhor otimização da capacidade disponível em cada momento.
- ✓ **Princípio 5. Singularidade:** o serviço depende em muito das pessoas que o prestam e, por isso, temos que ter pessoas com capacidades distintas: competência, cortesia, credibilidade, confiáveis, responsáveis e que saibam comunicar.

Manual Acolhimento HPP SAÚDE 2007

MISSÃO DO SERVIÇO

1. Objectivos do SAU (Serviço Atendimento Urgente)

Gerais:

- Atender o cliente numa perspectiva holística do cuidar, prestando cuidados de saúde segundo elevados padrões de qualidade e excelência;
- Eficácia e eficiência no diagnóstico e tratamento das necessidades do cliente.
- Valorizar a equipa multidisciplinar, numa constante actualização e desenvolvimento do conhecimento científico.

Específicos:

- Prestação de cuidados de saúde, tendo como base uma relação de ajuda, criando uma interacção com o cliente, acompanhando-o em todo o processo;
- Proporcionar o meio envolvente adequado, garantindo a privacidade e o conforto;
- Manter uma equipa multidisciplinar pautada de conhecimentos técnico científicos actualizados e fundamentada no desenvolvimento das ciências da saúde;
- Articulação funcional e permanente com os serviços de Especialidades médicas, Imagiologia e Laboratório análises clínicas.

2. Objectivos do Manual

- Dar a conhecer a Instituição e o serviço;
- Adaptar os elementos da equipa multidisciplinar ao local de trabalho;
- Promover a avaliação de desempenho;
- Normalizar procedimentos.

3. Caracterização do SAP

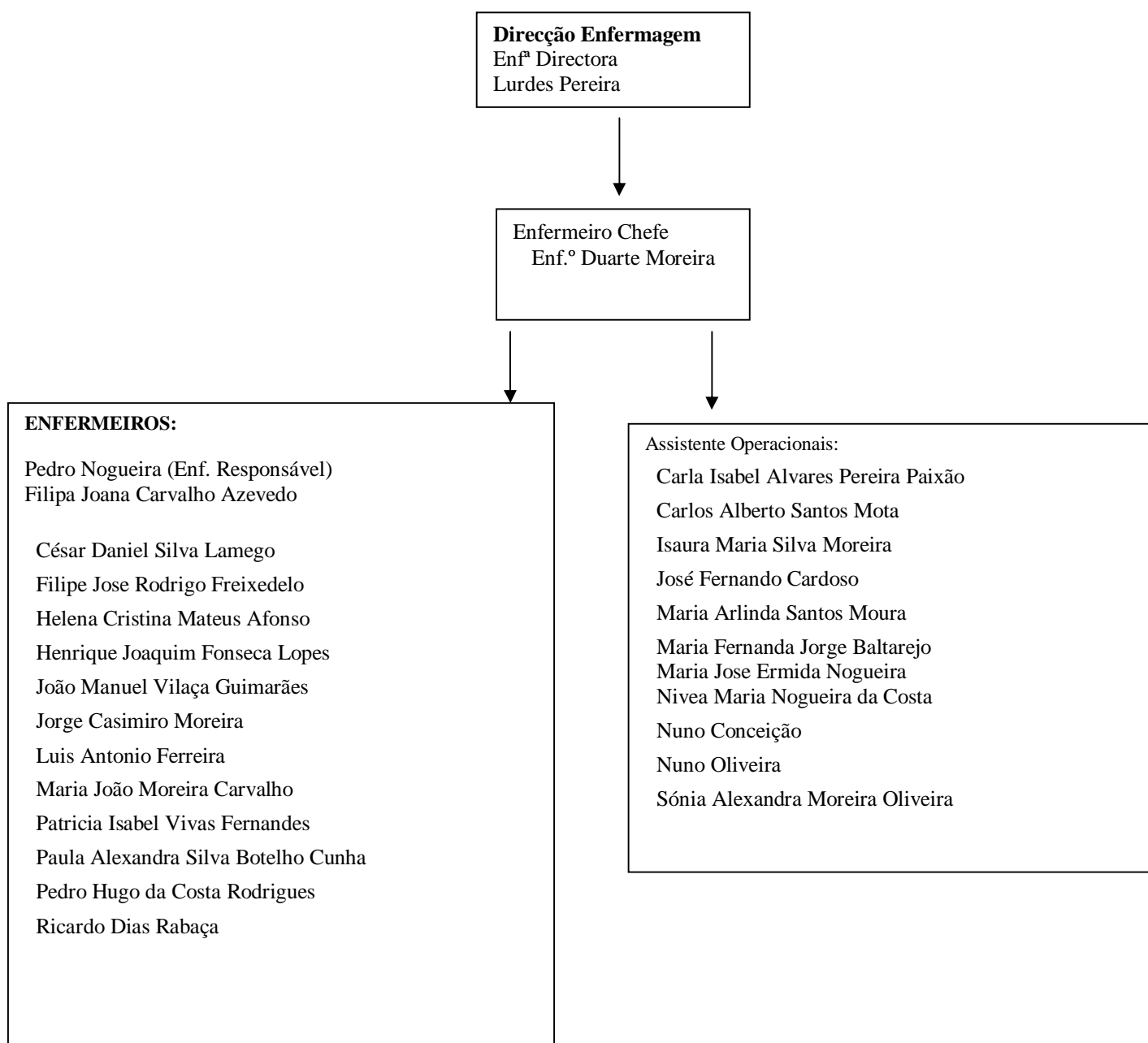
O Atendimento Permanente encontra-se no Hospital da Boavista, no piso 0. Tem entrada directa para o serviço, disponibilizando na rua privada o estacionamento de ambulâncias e outros meios de transporte dos clientes. É constituído pelas seguintes áreas:

- Sala de espera
- Área administrativa
- Triagem
- 3 Gabinetes médicos
- 1 Salas de Tratamento
- 1 Sala de Ambulatório
- Controlo Enfermagem
- 5 Salas de Observação
- Sala de Emergência
- Pequena cirurgia
- Sala Ortopedia
- Armazém
- Área para cadeira rodas e macas
- Sala de sujos
- 2 Áreas de casas de banho
- Copa
- Gabinete Enfermeiro Chefe
- Quarto médico

4. Planta do SAU



3. Organigrama Funcional



6. Recursos Humanos

Na Hospital da Boavista – SAU existe uma equipa multidisciplinar constituída por:

Equipa de Enfermagem:

- 1 Enfermeiro chefe exercendo funções inerentes à sua categoria profissional do quadro da instituição;
- 2 Enfermeiros do quadro da instituição;
- 12 Enfermeiros em prestação de serviços.

Equipa de Assistentes Operacionais:

- 4 Elementos do quadro a exercer funções inerentes à carreira;
- 7 Assistentes operacionais em prestação de serviços.

6.1 Funções dos Enfermeiros

As funções dos enfermeiros reportam à carreira de enfermagem (ver decreto lei 437/91) e de acordo com X:\Manuais de qualidade\Versão final\DESCRITIVO DE FUNÇÕES e o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98).

6.2 Plano de Integração para Enfermeiros no SAU:

1º dia

Recepção no serviço

Apresentação da Instituição e do serviço:

- Dar a conhecer a missão da instituição;
- Visita guiada ao Hospital/ Serviço;
- Apresentar os objectivos do serviço e a sua equipa multidisciplinar;
- Dar a conhecer o horário do serviço;

Apresentar as diferentes áreas de actuação no SAU:

- Funções específicas da equipa multidisciplinar nas respectivas áreas;
- Documentação e tipo de registos realizados;
- Circuitos e respectivos protocolos instituídos.

Entrega do Manual de Integração do SAU

2º dia até às 80 horas

Acompanhamento de um elemento da equipa de Enfermagem na área da:

- Triagem;
- Apoio consulta médica;
- Sala de emergência;
- Sala Pequena Cirurgia;
- Sala Ortopedia;
- Salas de observação;
- Emergência intra-hospitalar;
- Transporte de clientes.

No final deste período deverá ser realizada uma primeira auto e hétero avaliação.

Deverá ser colocada a hipótese de acompanhar novamente um elemento de Enfermagem em áreas onde apresente mais dificuldades.

Das 81 horas até às 160 horas

O elemento realiza actividades nas áreas onde já se encontre devidamente integrado, tendo como base a avaliação realizada. Nas valências em que sentir mais dificuldades deve ser acompanhado por outro enfermeiro.

Este período de integração será personalizado de acordo com as necessidades individuais.

A integração completa do enfermeiro será por um período mínimo de 60 dias.

Deve ser realizada nova auto e hétero avaliação. Se houver necessidade deverá ser alargado prazo de integração em áreas mais específicas e onde o elemento em causa apresente mais dificuldades.

6.3 Funções das Assistentes Operacionais.

Designação: Assistente Operacional "é o profissional que presta apoio ao pessoal médico e de enfermagem, na prestação de cuidados de saúde, higiene e conforto e procede à manutenção, limpeza, desinfeção e arrumação de instalações, equipamentos e materiais de consumo para higienização".

E de acordo com X:\Manuais de qualidade\Versão final\DESCRITIVO DE FUNÇÕES

1. Colaboração nos cuidados aos doentes

- Apoio aos doentes
- Apoio a todas as necessidades do serviço (telefones, campanhas, transporte de materiais, alimentação)
- Transporte de doentes
- Ajuda a doentes dependentes
- Colaboração com a equipe de saúde multidisciplinar

2. Limpeza e Higienização

- Limpeza das instalações
- Limpeza e desinfeção dos equipamentos
- Separação, acondicionamento e transporte dos lixos

3. Apoio ao serviço e/ou Unidade

- Abastecimento do serviço (reposição de medicamentos, roupa, materiais de consumo corrente)
- Vigilância das instalações

6.4 Plano de Integração para Assistentes Operacionais

1º dia

Recepção no serviço

Apresentação da Instituição e do serviço:

- Dar a conhecer a missão da instituição;
- Visita guiada ao Hospital/ Serviço;
- Apresentar os objectivos do serviço e a sua equipa multidisciplinar;
- Dar a conhecer o horário do serviço;

Apresentar as diferentes áreas de actuação no SAU:

- Funções específicas da equipa multidisciplinar nas respectivas áreas;
- Documentação e tipo de registos realizados;
- Circuitos e respectivos protocolos instituídos.

Entrega do Manual de Integração do SAU.

1ª Semana

Acompanhamento de um elemento da equipa de Assistente Operacional

No final deste período deverá ser realizada uma primeira auto e hétero avaliação.

Deverá ser colocada a hipótese de acompanhar novamente um assistente operacional em áreas onde apresente mais dificuldades.

2ª Semana

O elemento realiza actividades nas áreas onde já se encontre devidamente integrado, tendo como base a avaliação realizada. Nas valências em que sentir mais dificuldades deve ser acompanhado por outro Assistente Operacional.

Este período de integração será personalizado de acordo com as necessidades individuais.

A integração completa do assistente operacional será por um período mínimo de 15 dias.

Deve ser realizada nova auto e hétero avaliação. Se houver necessidade deverá ser alargado prazo de integração em áreas mais específicas e onde o elemento em causa apresente mais dificuldades.

7. Horários

O Horário no Serviço é dividido nos seguintes turnos:

Manha – 8h às 15:30

Tarde – 15h às 22:30

Noite – 22h às 8:30

Os elementos da equipa que trabalham em regime de prestação serviços deverão entregar as suas disponibilidades até dia 25 de cada mês. A distribuição é realizada de acordo com as necessidades do serviço e tendo em conta a os turnos que são disponibilizados por cada elemento.

Para os Enfermeiros e assistentes operacionais pertencentes ao quadro o horário é realizado preferencialmente sobre a forma de roullment.

PROCEDIMENTOS E CIRCUITOS

3. CIRCUITO DO CLIENTE

Entrada do cliente no serviço, sendo atendido na área administrativa, aguarda na sala de espera.

Chamada pelo assistente operacional para o consultório.

Em casos específicos e após avaliação pela equipa médica e/ou enfermagem, a entrada do cliente pode ser directa para área de OBS ou Sala Emergência.

Se necessário o cliente pode-se deslocar de cadeira de rodas ou maca. O assistente operacional acompanha-o pelas diferentes áreas do serviço.

A imagiologia é ao lado do SAU, para qualquer deslocação deve ser utilizado o corredor técnico.

Para deslocações para o piso 1 (especialidades médicas), piso 2 (exames especiais, bloco operatório, uci), piso 4 e 5 (internamentos) deve ser utilizado o elevador contíguo a sala de espera e em casos específicos o bloco de elevadores central.

Na sala de espera podem ficar clientes a aguardar resultados exames.

O processo de alta é novamente finalizado na área administrativa do serviço.

4. CIRCUITO DE MATERIAIS

4.1. ESPÉCIMENS

O assistente operacional transporta o material devidamente embalado e identificado cumprindo as regras de higiene e segurança estipuladas. Utiliza o elevador contíguo a sala de espera ou bloco central elevadores.

4.2. EXAMES E DOCUMENTAÇÃO

O assistente operacional transporta o material devidamente embalado e identificado. Utiliza o elevador contíguo a sala de espera ou o bloco central de elevadores.

4.3. MATERIAL DA FARMÁCIA E ARMAZEM GERAL

O material é entregue pelo assistente operacional do serviço proveniente directamente pela área técnica, sendo depositado no armazém e posteriormente distribuído pelos assistentes operacionais do SAU.

4.4. ROUPA

A roupa suja é recolhida, pelo “Ciclo Azul”, em contentores próprios cumprindo-se as regras de higiene e segurança estipuladas. Utilizado o corredor técnico e o 3º bloco elevadores.

A roupa é levantada na rouparia, pelo assistente operacional do serviço, utilizando-se igualmente o corredor técnico e o 3º bloco elevadores.

4.5. LIXOS

O lixo é recolhido, pelo “Ciclo Azul”, em contentores próprios cumprindo-se as regras de higiene e segurança estipuladas.

4.6. MATERIAL ESTERILIZADO

O Material é enviado e recolhido de acordo com a norma N° 21 / D.E. pelo assistente operacional do serviço. Utilização do corredor técnico e 3º bloco elevadores.

5. PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS SAU

Deverá ser realizada diariamente a check list da Sala Emergência e Mala de Emergência pela Equipa Enfermagem do turno da manhã.

Telefone portátil (20049) acompanha sempre enfermeiro para “contacto rápido” de qualquer serviço que solicite apoio.

Reposição de stocks, diariamente pelos assistente operacional, nas unidades de OBS, carros punção, salas de trabalho.

ARTICULAÇÃO FUNCIONAL**1. TRANSFERENCIA INTRA-HOSPITALAR**

A transferência para Especialidades médicas, Exames especiais, Internamento, UCI e Bloco Operatório deve ser precedida de contacto telefónico. O acompanhamento deve ser realizado pelo assistente operacional e se necessário pelo Enfermeiro e/ou Médico. Devidamente acompanhado de informação clínica, material e equipamento apropriado. Todo o processo informático deve ser transferido pela área administrativa.

2. TRANSFERENCIA INTER-HOSPITALAR

A transferência para outras Unidades hospitalares deve ser inicialmente preparado pelos serviços administrativos, com fecho do processo e pedido transporte necessário. O acompanhamento deve ser realizado se necessário pelo Enfermeiro e/ou Médico de acordo com norma interna. Devidamente acompanhado de informação clínica, material e equipamento apropriado.

3. IMAGIOLOGIA

O horário de funcionamento é das 8h às 20h (dias úteis), apenas o serviço radiologia prolonga-se até as 22h e existe um técnico de chamada 24h todos os dias.

O pedido deve ser realizado informaticamente pelo médico e marcado pelos serviços administrativos. São realizados através do sistema informático, programa “Allcare”.

O cliente é acompanhado pelo assistente operacional (se necessário enfermeiro e/ou médico).

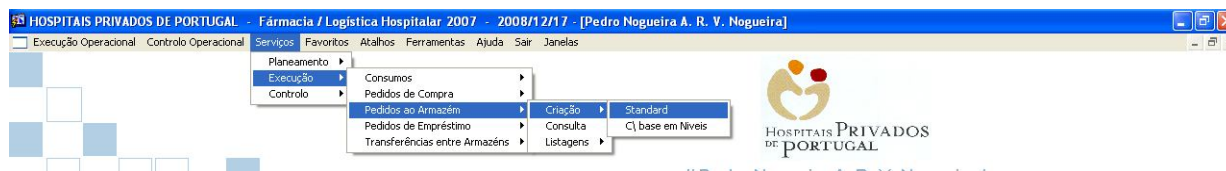
4. ESTERILIZAÇÃO

Os contentores são transportados pelos assistente operacional e cumprindo a Norma N° 21 / D.E.

SERVIÇO DE FARMÁCIA

São realizados pedidos à farmácia através do sistema informático, programa “Allcare”.

Semanalmente são realizados dois pedidos de medicação, geralmente terça-feira e quinta-feira. Podem ser realizados pedidos extra sempre que se justifique. Fora do horário normal da Farmácia do hospital (10h-18h nos dias úteis) deve preceder ao pedido o contacto telefónico com responsável pela Farmácia hospitalar. Fazer chamada através do contacto inicial com assistente logística hospitalar. Nestes casos deverá ser preenchido impresso SQ próprio que é cedido pelo assistente de logística hospitalar.



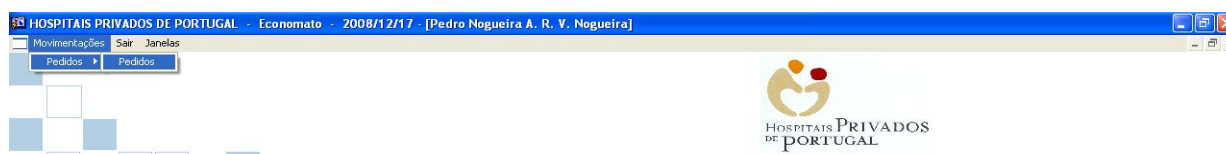
5. ARMAZEM MATERIAL

São realizados pedidos através do sistema informático, programa “Allcare” (da mesma forma que para a farmácia).

Semanalmente são realizados dois pedidos, geralmente terça-feira e quinta-feira. Podem ser realizados pedidos extra sempre que se justifique.

6. ECONOMATO

Semanalmente são realizados geralmente dois pedidos ao economato, terças e quintas-feiras, em casos esporádicos podem ser realizados mais pedidos. O horário de funcionamento é em dias úteis das 9h às 18h.



7. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Os serviços administrativos estão presentes no serviço das 8h às 24h. Fora deste horário as suas funções são realizadas pelo assistente de logística hospitalar.

8. MANUTENÇÃO

Devem ser requisitados os serviços de manutenção através do programa “Allcare” pelo Enfermeiro Chefe. Em situações mais urgentes devem ser contactados telefonicamente. Para além da manutenção de todo o espaço físico e equipamentos, a substituição das garrafas de O2 também é realizada por este serviço.

9. LABORATÓRIO/ ANÁLISES CLINICAS

O Laboratório funciona 24h. Sendo que a requisição deve ser realizada informaticamente pelo médico e validada informaticamente, na aplicação interna, pelo enfermeiro após colheita. Os resultados são apresentados informaticamente.



10. LABORATÓRIO EXTERIOR/ HEMODERIVADOS

Deve ser seguida a norma funcionamento N° 8,16,18 / D.E.

11. SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO

Deve ser preenchida uma requisição HPP 012 e contactado telefonicamente o refeitório. Horário 7:30 às 22h

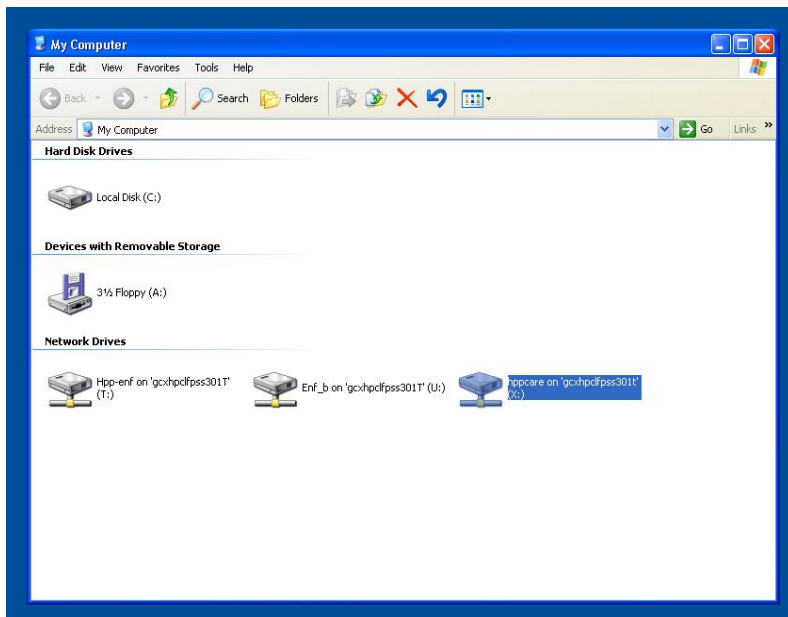
12. SERVIÇO DE ROUPARIA

Todas as necessidades inerentes a este serviço podem ser resolvidas directamente na rouparia ou telefonicamente. Preenchimento requisição HPP 053A. O horário funcionamento é em dias úteis das 8h - 22h e ao sábado das 8h – 13h.

MANUAIS E IMPRESSOS DO SAU

É possível em qualquer terminal informático aceder ao manual de qualidade do HPP:

X:\Manuais de qualidade\Versão final\



Sendo as seguintes pastas as mais utilizadas:

X:\Manuais de qualidade\Versão final\COMISSÃO CONTROLO INFECCÃO

X:\Manuais de qualidade\Versão final\IMPRESSOS DO SQ\DIR CLINICA E ENFERMAGEM

X:\Manuais de qualidade\Versão final\MANUAL ACOLHIMENTO NOVOS COLABORADORES

X:\Manuais de qualidade\Versão final\MANUAL DE PROCEDIMENTOS\CAP. XXIV - SAU ADULTOS

X:\Manuais de qualidade\Versão final\NORMAS DE FUNCIONAMENTO VERSÃO FINAL\Dir.Enfermagem

X:\Manuais de qualidade\Versão final\DESCRITIVO DE FUNÇÕES

Chek-list das Etapas do Processo de Integração de Assistentes Operacionais

ACTIVIDADE A DESENVOLVER	Rubrica Enf. Chefe / Responsável pela Integração	Rubrica do Profissional em Integração
1. Apresentação do Enf. Chefe / Responsável		
2. Apresentação do elemento Integrador		
3. Apresentação da Instituição / Serviço:		
3.1. Dar a Conhecer a Missão da Instituição		
3.2. Visita Guiada ao Serviço		
3.3. Visita aos Cacifos e Entrega de Chave		
3.4. Visita ao Refeitório		
3.5. Visita ao Serviço de Pessoal		
3.6. Entrega do Horário		
3.7. Entrega do Manual de Integração		
3.8. Consulta do Manual da Qualidade		
3.9. Consulta das Normas da Instituição		
3.10 Consulta do Manual do CCI		
4. Observação das Diferentes Actividades do Serviço		
4.1. Triagem		
4.2. Apoio à Consulta Médica		
4.3. Apoio na Solicitações do Serviço (Telefone, Campainhas, etc.)		
4.4. Ajuda nos cuidados a doentes dependentes		
4.5. Colaboração com a equipa de saúde multidisciplinar		
4.6. Limpeza das instalações		
4.7. Limpeza e desinfeção dos equipamentos		
4.8. Separação, acondicionamento e transporte dos lixos		
4.9. Transporte de Clientes		
4.10. Reposição de Stocks		
4.11. Realização de Registos		
5. Avaliação Intercalar do Processo de Integração		
6. Participação Supervisionada nas Diferentes Actividades do Serviço		
6.1. Triagem		
6.2. Apoio à Consulta Médica		
6.3. Apoio na Solicitações do Serviço (Telefone, Campainhas, etc.)		
6.4. Ajuda nos cuidados a doentes dependentes		
6.5. Colaboração com a equipa de saúde multidisciplinar		
6.6. Limpeza das instalações		
6.7. Limpeza e desinfeção dos equipamentos		
6.8. Separação, acondicionamento e transporte dos lixos		
6.9. Transporte de Clientes		
6.10. Reposição de Stocks		
6.11. Realização de Registos		
7. Avaliação Definitiva do Processo de Avaliação		

Chek-list das Etapas do Processo de Integração de Enfermeiros

ACTIVIDADE A DESENVOLVER	Rubrica Enf. Chefe / Responsável pela Integração	Rubrica do Profissional em Integração
1. Apresentação do Enf. Chefe / Responsável		
2. Apresentação do elemento Integrador		
3. Apresentação da Instituição / Serviço:		
3.1. Dar a Conhecer a Missão da Instituição		
3.2. Visita Guiada ao Serviço		
3.3. Visita aos Cacifos e Entrega de Chave		
3.4. Visita ao Refeitório		
3.5. Visita ao Serviço de Pessoal		
3.6. Entrega do Horário		
3.7. Entrega do Manual de Integração		
3.8. Consulta do Manual da Qualidade		
3.9. Consulta das Normas da Instituição		
3.10 Consulta do Manual do CCI		
4. Observação das Diferentes Actividades do Serviço		
4.1. Triage		
4.2. Apoio à Consulta Médica		
4.3. Sala de Emergência		
4.4. Sala Pequena Cirurgia		
4.5. Sala Ortopedia		
4.6. Salas de Observação		
4.7. Emergência Intra-hospitalar		
4.8. Transporte de Clientes		
4.9. Realização de Registos		
5. Avaliação Intercalar do Processo de Integração		
6. Participação Supervisionada nas Diferentes Actividades do Serviço		
6.1. Triage		
6.2. Apoio à Consulta Médica		
6.3. Sala de Emergência		
6.4. Sala Pequena Cirurgia		
6.5. Sala Ortopedia		
6.6. Salas de Observação		
6.7. Emergência Intra-hospitalar		
6.8. Transporte de Clientes		
6.9. Realização de Registos		
7. Avaliação Definitiva do Processo de Avaliação		

Anexo V

Notas sobre o processo de acreditação dos HPP pela Joint Commission International

Processo de Acreditação pela Joint Commission International

Vertente de Formação (Algumas Reflexões)

Autor: José Miguel Tavares

Dirigido a: Enf.º Duarte Moreira, Enf.^a Lurdes Pereira.

Resumo: O presente documento é fruto de algumas reflexões pessoais, na sequência da segunda fase do processo de acreditação pelos HPP, pela Joint Commission International, na vertente da formação / educação, que partilho convosco, fruto da análise dos documentos disponibilizados na plataforma informática, na expectativa de que possa ser útil.

Desenvolvimento:

A acreditação de uma instituição de saúde é o reconhecimento dado por uma entidade externa (nesta caso a Joint Commission International, uma das mais importantes entidades no sector), através da atribuição de um certificado de conformidade, válido por três anos, de que a prestação de serviços de saúde está de acordo com princípios internacionalmente aceites.

A criação de um departamento de formação permanente é imperativa, na medida em que é uma exigência para acreditação. Penso que como estão envolvidos várias unidades dos HPP, este centro poderá ser centralizado, no seu núcleo, com elos de ligação, para uma mais racional gestão de recursos.

Este centro de formação deverá proceder à planificação das actividades de formação, tendo em conta o carácter estratégico que esta assume nas suas mais variadas vertentes, de valorização e satisfação profissional, segurança na prestação de cuidados e excelência e qualidade de cuidados.

Este departamento penso que deve ser multi-profissional e com uma ligação íntima aos conselhos de administração, devido aos financiamentos. O plano de formação deverá ser

anual, mas com uma vertente de médio / longo prazo, estabelecendo objectivos para três anos.

Um dos aspectos a ter em conta é a solicitação das credencias de qualificação (diplomas) e a sua actualização permanente.

Ter ficheiro actualizado sobre a experiência profissional dos funcionários. Tem do conta a especificidade desta instituição, a valorização dos currículos dos profissionais, para além desta instituição pode ser uma mais valia (validação de competências).

Avaliar para cada serviço o “currículo mínimo de formação”. Ex.: Suporte Avançado de Vida para o SAU, Suporte Básico e Avançado Pediátricos em pediatria, existência de especialistas em pediatria, etc.

Atenção ao pessoal não clínico (nomeadamente assistentes operacionais e pessoal técnico). Verificação de que todos possuem informações sobre o conteúdo funcional específico das suas actividades (Manual de Integração e outros), que deverão ser assinados. Parece-me importante incluir no Manual de Integração esta informação.

Atenção ao plano de formação. Deverá incluir a forma como foi realizada a avaliação de necessidades de formação da instituição (consulta às chefias / responsáveis pela formação nos serviços, se existirem, que por seu lado deverão ter uma forma de avaliação nos respectivos serviços).

Atenção aos ficheiros / cadastros dos profissionais que deverão estar actualizados. Por exemplo, todos os anos os médicos e enfermeiros deverão fazer prova da actualização da inscrição na respectiva ordem profissional.

Atenção às técnicas de reanimação, cursos de suporte básico de vida, que deverão ser actualizados de 2/2 anos.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

Deve estar previsto o apoio e acompanhamento aos profissionais, sobretudo aos mais jovens. Deve estar prevista a realização de reuniões regulares. Este aspecto tem ligação com as questões de segurança dos profissionais.

Códigos deontológicos e normas de conduta. O pessoal clínico abrangido por código deontológico devem fazer prova de conhecerem o respectivo código deontológico, bem como o manual de boas práticas e de conduta aplicado na instituição. O mesmo acontece com o pessoal não clínico, que deve conhecer, por exemplo, o dever de sigilo, etc., que deverá constar do manual de boas práticas. Para isso, cada serviço deve ter um exemplar de cada um destes documentos.

Planeamento por objectivos de formação. O plano de formação deve incluir objectivos de formação a atingir. Por exemplo, que em dois anos 80% dos profissionais tenham curso de suporte básico de vida, ou que 90% dos enfermeiros do SAU e UCI tenham o curso de suporte avançado.

A dotação de pessoal deve ter em conta tempo para actividades de formação (externa e interna).

Estágios. Deve estar previsto um manual de acolhimento para estagiários, com apresentação geral da instituição, os seus valores, etc. Deve-se ter em atenção à identificação dos estagiários. Não esquecer, de acordo com as escolas, que os projectos de estágio devem ser entregues às chefias e aos tutores.

Devem estar previstos em documentos formalizados os processos de acompanhamento de alunos, o n.º de alunos que em simultâneo poderão realizar estágio em cada serviço e os pedidos de estágio devem ser planificados tão cedo quanto possível. Para isso deve estar definido um circuito de estágio, que começa no pedido, autorização, acolhimento e acompanhamento.

Todos estes aspectos devem ser formalizados e fazer parte do dossier para acreditação.