



A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA E PALIATIVA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Ana Margarida Magalhães e Silva

Porto, abril de 2018



**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM EM
SITUAÇÃO CRÍTICA E PALIATIVA**

**THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN NURSING IN A
CRITICAL AND PALLIATIVE SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Margarida Magalhães e Silva

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto, abril de 2018

RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular - Relatório, inserida no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e descreve os principais contributos dos módulos de estágio desenvolvidos: Unidade de Cuidados Intensivos (módulo II), Serviço de Cuidados Paliativos (módulo III) e Serviço de Urgência Polivalente de adultos (módulo I).

Este documento tem como principais objetivos descrever as experiências e aprendizagens adquiridas durante os estágios, realizar uma análise crítico-reflexiva das mesmas, das situações de melhoria observadas com as respetivas estratégias de resolução e os respetivos contributos, respondendo assim a um processo de avaliação. A metodologia utilizada foi a descritiva e crítico-reflexiva, sustentada em pesquisa bibliográfica em várias bases de dados. Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em três capítulos. Inicialmente, na introdução é efetuado um enquadramento do relatório, do estágio e dos objetivos deste trabalho. Posteriormente, é descrito o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com os quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Por fim é apresentada a conclusão onde se explora o desenvolvimento profissional verificado, com base nas competências adquiridas e nas atividades desenvolvidas. Como contributos para os contextos da prática, de acordo com as necessidades detetadas no serviço, no âmbito dos cuidados intensivos, perante a problemática da comunicação com o doente ventilado, foi desenvolvido um estudo de caso intitulado de “A comunicação nos cuidados intensivos”, assim como uma revisão da literatura sobre o uso de toalhetes de clorhexidina na prevenção da infeção por MRSA, de modo a aprofundar o conhecimento sobre este procedimento. Nos Cuidados Paliativos, em parceria com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, surgiu a oportunidade de participar na colaboração do processo de tradução e validação da Escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool). No âmbito do serviço de urgência, e de modo a responder a uma necessidade do serviço, foi desenvolvido o Manual de Acolhimento do Enfermeiro no Serviço de Urgência.

Em conclusão, foram desenvolvidas competências como futura Enfermeira Especialista em EMC que permitem a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e humanizados, de qualidade, com base na evidência científica e no pensamento crítico e reflexivo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro especialista, competências, doente crítico, doente paliativo, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The elaboration of this report is based on the curricular unit – Report, as part of the 10th Master's Degree in Nursing with Medical-Surgical Specialization, and describes the main module contributions developed during the following internships: Intensive Care Unit (module II), Palliative Care Services (module III) and Emergency Services (module I).

This report aims to describe the experiences and competencies acquired during the different internships, to make a critical and reflective analysis of the knowledge learned and to assess the improvement observed in clinical outcomes with the respective plan of action and resolution strategies, in order to achieve a process of evaluation.

The methodology chosen for the realization of this assignment was a descriptive, critical and reflective analysis, based on a bibliographic research in several databases. This report is divided into three parts. Introduction, where a framework of the assignment, internships and work goals are set. Development, where the competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing are described accordingly to the four competencies domains common to the Specialist Nurse definition by the Order of Nurses. Lastly, the conclusion, where the professional development obtained is explored based on the acquired competencies and the developed activities during the course. According to the needs of each unit, problems where patient outcomes could be improved through the use of nursing interventions were identified, in order to try to improve clinical practice. In Intensive care, a study entitled “Communication in intensive care” was developed based on the difficulties identified when communicating with ventilated patients. Also, a literature review of the use of chlorhexidine wipes to prevent MRSA infections was done, in order to deepen the knowledge about the efficacy of this procedure. During the Palliative Care internship, an opportunity has arisen to participate in the translation and validation of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT), in cooperation with the Portuguese Observatory of Palliative Care. Within the Emergency services, an Emergency Nurse New Starters Manual was developed to address a need of the unit.

In conclusion, during this Master's Degree competencies were developed as a future Specialist Nurse in EMC that will allow to provide differentiated and humanized nursing care based on scientific evidence and critical-reflective knowledge.

KEYWORDS: Specialist Nurse, competencies, critical patient, palliative patient, nursing care.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Coelho, pela sua brilhante orientação, pelos conselhos, e acima de tudo pela sua infinita disponibilidade, paciência, tolerância, partilha e suporte nos momentos mais difíceis.

Aos Enfermeiros tutores e às equipas de enfermagem que me acolheram nos locais de estágio, pela orientação e compreensão, pelas experiências e conhecimentos partilhados.

Às minhas colegas de mestrado, Rita, Catarina, Mafalda e Tânia, pelo apoio nos bons e nos maus momentos, pelo companheirismo, partilha e amizade.

À minha equipa de trabalho, pela paciência e disponibilidade demonstrado durante este período.

À minha melhor amiga Ana Luísa pela sua amizade, presença, carinho e por acreditar sempre em mim.

À minha família por todo o apoio e suporte.

Aos meus pais e irmão por tudo o que fazem por mim, pela paciência, tolerância, suporte e acima de tudo pelo amor incondicional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CI – Cuidados Intensivos

CMEEMC – Curso de Mestrado com Especialização em

CP – Cuidados Paliativos Enfermagem Médico-Cirúrgica

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Úlcera de Pressão

VSC – Via Sub-Cutânea

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	19
2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	22
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	38
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	50
2.4. Domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional	62
3. CONCLUSÃO	77
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
5. APÊNDICES	93

APÊNDICE I – O uso de toalhetes de cloro-hexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infecção por MRSA, e possíveis reações alérgicas – revisão da literatura..... **95**

APÊNDICE II – CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool) – colaboração na tradução e validação da escala..... **111**

APÊNDICE III – A comunicação nos cuidados intensivos – Estudo de Caso**153**

APÊNDICE IV – Apresentação do módulo II – Experiência do estágio numa unidade de cuidados intensivos **215**

APÊNDICE V – Manual de Acolhimento do Enfermeiro no Serviço de Urgência **231**

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, de acordo com as necessidades da sociedade em que vivemos e das exigências sociais a que somos sujeitos diariamente, torna-se fundamental a necessidade de nos mantermos atualizados no nosso dever de manter a excelência do exercício profissional em enfermagem, através da renovação e atualização contínua dos conhecimentos. A Ordem dos Enfermeiros, em Decreto-Lei n.º 104/98, esclarece que o enfermeiro, na procura pela excelência do exercício profissional, assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, de modo a promover a qualidade dos serviços de saúde.

Neste sentido, foi importante para o meu percurso enquanto enfermeira, prosseguir nos estudos pós-graduados, optando assim pela frequência do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEEMC), na Universidade Católica Portuguesa, como resposta à necessidade de enriquecer o conhecimento e obter competências em vários domínios, nomeadamente o científico, técnico e humano, baseando a minha prática profissional na evidência científica, de modo a obter a máxima excelência dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Este Curso de Mestrado insere-se no Processo de Bolonha, previsto nos termos do Decreto-Lei n.º 75/2006, de 24 de março, que tem como questão central a mudança de um paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo ativo baseado no desenvolvimento de competências, quer de natureza genérica quer de natureza específica associadas à área de formação. Deste modo, o estudante assume um papel ativo na identificação de competências e no desenvolvimento de metodologias adequadas à sua concretização, integrando a aplicação de conhecimentos e capacidade de resolução de problemas, em contextos multidisciplinares, colocando assim este novo modelo de ensino em prática. Através deste Processo de Bolonha, o estudante desenvolve uma metodologia de aprendizagem fundamentada na procura do autoconhecimento e na promoção do espírito crítico-reflexivo, desenvolvendo assim competências no âmbito da autonomia e da responsabilidade. (DR, 2006)

Este relatório insere-se no plano de estudos do 10º CMEEMC da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Escola de

Enfermagem, correspondendo à unidade curricular Relatório, onde se pretende apresentar as competências adquiridas durante os estágios, dando igualmente resposta a um processo de avaliação. Assim, os objetivos da realização deste relatório são de seguida enumerados:

- Analisar de forma crítica e reflexiva o processo de concretização dos objetivos de aprendizagem definidos numa fase inicial;
- Avaliar de forma global e crítica o processo de desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem na área da especialização, investigação, gestão de cuidados e autoformação durante os estágios curriculares;
- Executar uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, das atividades desenvolvidas, competências adquiridas e situações de melhoria detetadas com as respetivas estratégias desenvolvidas;
- Fundamentar as opções e atividades desenvolvidas na evidência científica resultante das revisões de literatura realizadas, tendo em conta os critérios éticos aplicáveis e a gestão eficiente dos recursos disponíveis;
- Avaliar os contributos e as aprendizagens dos contextos da prática para a formação enquanto futura enfermeira especialista.

Como tema para este relatório, a escolha recaiu sobre a **importância da comunicação em enfermagem em situação crítica e paliativa**, pela sua importância nos nossos cuidados diários. A comunicação terapêutica em enfermagem é considerada uma competência profissional fundamental, uma vez que todos nós nos relacionamos através da comunicação e sendo através dela que estabelecemos empatia uns com os outros (Silva, 2006). Torna-se por isso primordial comunicarmos com o nosso doente, numa relação bidirecional de troca de experiências, sensações e medos. Ao longo dos três estágios desenvolvidos, a comunicação foi uma base para a relação com o doente/família/equipa multidisciplinar, no entanto as ferramentas comunicacionais e as estratégias usadas foram diferentes, como será descrito ao longo do relatório.

Os estágios desenvolvidos durante o Curso de Mestrado estão inseridos, por sua vez, na unidade curricular Estágio, correspondente a 30 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), aos quais correspondem um total de 750 horas de trabalho, das quais 540 horas são de contacto, sendo as restantes 210 horas para trabalho individual

do estudante. Assim, encontra-se dividido em três módulos de estágio, cada um com 10 ECTS correspondentes a 180h de contacto. Os três módulos foram os seguintes: Módulo I – Serviço de Urgência (SU), Módulo II – Cuidados Intensivos (CI) e Módulo III – Estágio opcional, numa área do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em função do projeto profissional do estudante.

Estes três estágios decorreram sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho, e a sua tutoria ficou ao cargo de enfermeiros definidos pelos serviços, que detinham simultaneamente o grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A realização destes estágios não decorreu de forma sequencial do módulo I ao III, por definição da UCP.

Deste modo, inicialmente realizei o estágio referente ao Módulo II, numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) médico-cirúrgica de um Hospital central de referência da cidade do Porto, no período de maio a junho de 2017. A escolha por este campo de estágio deveu-se ao conhecimento que tinha sobre esta unidade e sobre os cuidados de saúde avançados que eram prestados ao doente crítico, assim como a proximidade da localização geográfica da mesma face ao meu local de trabalho.

Seguidamente, realizei o módulo III referente ao estágio opcional, no período de setembro a novembro de 2017. O módulo opcional é definido pelo estudante, em que este poderá optar por uma área no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em função do seu projeto profissional. As áreas de escolha eram diversas; no entanto, a minha opção foi desenvolver este módulo de estágio numa unidade de cuidados paliativos, num Hospital Privado no Porto. Os cuidados paliativos sempre foram uma área que suscitou interesse no meu percurso enquanto pessoa e enquanto profissional na área do cuidar. De facto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), os cuidados paliativos são cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes com problemas de saúde que ameaçam a sua vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, mas também de todos os problemas psicológicos, sociais e espirituais que envolvem o doente e a sua família. Diariamente, no meu trabalho como enfermeira de um serviço de medicina de um Hospital Central, são inúmeros os doentes com necessidades paliativas, em que as respostas acabavam por ficar aquém do que seria necessário, gerando assim esta vontade de adquirir competências específicas nesta área para um trabalho de maior qualidade.

Por fim, realizei o módulo I de estágio, desenvolvendo-o num serviço de urgência médico-cirúrgica polivalente de adultos, numa Instituição Hospitalar na região do Porto, no período de janeiro a março de 2018. A escolha sobre esta instituição deveu-se ao facto

de ser um campo de estágio constituído por equipas multiprofissionais e multidisciplinares que prestam cuidados específicos e especializados à população, sendo um local com potencial de transmissão de experiências e conhecimentos, no âmbito da urgência e emergência.

É de salientar que durante este relatório de estágio, os locais serão sempre referenciados pela ordem cronológica como foram realizados na prática, e não pela sua numeração estipulada no plano de estudos.

Para a realização deste relatório, foi usada uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, sustentada em pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados, publicações e a trabalhos de investigação em contexto de mestrado e doutoramento, o que permitiu a fundamentação das reflexões e de todas as ações realizadas. Além disto, é importante referir que todas as oportunidades de aprendizagem em contexto de estágio assim como, a partilha de experiências e conhecimentos com os profissionais dos serviços, incluindo os enfermeiros tutores, foram um grande contributo para a realização deste relatório.

Este relatório encontra-se estruturado em três capítulos: introdução, desenvolvimento de competências do enfermeiro Especialista em EMC e conclusão. Na introdução é efetuado o enquadramento deste relatório, definindo os seus objetivos, especificando os locais de estágio desenvolvidos e a respetiva justificação, descrevendo a metodologia utilizada para a sua realização. Numa segunda parte, é efetuada uma descrição e análise critico-reflexiva do percurso desenvolvido em estágio, destacando os objetivos atingidos, as oportunidades de melhoria identificadas e as respetivas soluções encontradas, os contributos para o local de estágio, assim como as competências adquiridas como futura enfermeira Especialista. Por fim, é apresentada a conclusão, onde sucintamente é descrito os contributos da aprendizagem que permitiram o desenvolvimento profissional, com base nas competências adquiridas, sintetizando quais os principais aspetos que maior impacto teve na minha aprendizagem durante este percurso.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A enfermagem, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que está regulamentado em Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, é a profissão, na área da saúde, que tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo durante o seu ciclo de vida, assim como à comunidade em que está inserido, de modo a preservar, melhorar ou restaurar a sua saúde e a atingir o máximo estado funcional tão depressa quanto possível. O enfermeiro é o profissional de saúde com o respetivo curso de enfermagem, legalmente reconhecido pela OE, detentor de uma cédula profissional que lhe confere competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem gerais à pessoa, família, grupos e comunidade, em todos os níveis de prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1998). O exercício profissional de enfermagem deve ser realizado de forma responsável e ética, respeitando os valores e as doutrinas da profissão, tendo como principais objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social do indivíduo e/ou grupo de indivíduos, num cuidado holístico. (REPE, 1998)

Uma das metas mais ansiadas da enfermagem foi atingir a profissionalidade. Segundo Miller (1985), os elementos imprescindíveis para atingir esta profissionalidade são alcançar um corpo de conhecimentos dentro do âmbito universitário e uma orientação científica na graduação, conseguir as competências necessárias para definir o diagnóstico e tratamento das respostas humanas face aos problemas de saúde potenciais ou atuais e definir e especificar as técnicas e competências. Inclusivamente, nas últimas décadas, temos assistido ao crescimento da profissionalidade da enfermagem através da construção de um padrão de conhecimentos de âmbito universitário, integrando experiências e competências específicas que lhe permitem exercer autoridade dentro do seu campo específico, pela formalização de um Código Deontológico do Enfermeiro e pela delimitação da cultura profissional. (Miller, 1985)

O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro de cuidados gerais está relacionado com as competências e qualificações em enfermagem, envolvendo a sua total autonomia científica e técnica. De acordo com BENNER (2001), a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, de forma gradual e temporal, nos contextos de trabalho, num caminho que se inicia no campo do iniciado, passando a iniciante

avançado, a competente, a proficiente e por fim a perito. São três os domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais definidos pela OE (2010): prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

O Enfermeiro Especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe conhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (REPE, 2010, p.95). De facto, enfermeiro especialista é aquele enfermeiro com um conhecimento aprofundado num determinado domínio de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que demonstra níveis elevados de capacidade crítica e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas num determinado campo de atuação (OE, 2010).

Relativamente ao conjunto de competências especializadas que definem um enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) defende que, independentemente da área da especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Por outro lado, a OE identifica ainda um conjunto de competências específicas, definindo-as como “todas as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e dos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2010, p.3). Assim, para além das funções intrínsecas à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional comum a todos os enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista compreende quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida apresento a descrição destes domínios que caracterizam o enfermeiro especialista, segundo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definidos pela OE.

Domínio da Competência	Descrição
Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; - Promove práticas de cuidados que respeitam as responsabilidades profissionais e os direitos humanos.
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinâmico no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas organizacionais; - Colabora, executa e gere programas de melhoria contínua da qualidade; - Desenvolve e mantém um ambiente terapêutico seguro.
Gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Gere cuidados de enfermagem, otimiza as respostas da equipa de enfermagem e a sua agilização com a equipa multidisciplinar; - Lidera e gere os recursos mediante a realidade observada com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados.
Aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve a assertividade e o autoconhecimento; - Desenvolve a prática clínica com base em padrões de conhecimento válido.

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Fonte: adaptado da OE, 2010)

Assim, o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto das competências clínicas especializadas que visa a prestação de cuidados de qualidade nesta área de especialização.

Os próximos subcapítulos foram organizados com base nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista apresentados na tabela anterior: **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria**

contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional. Deste modo, em cada domínio procuro descrever as atividades desenvolvidas ao longo de cada módulo de estágio, as experiências mais relevantes e que são suscetíveis da minha reflexão, sintetizando todo o trabalho desenvolvido para alcançar os objetivos delineados e as competências adquiridas. É de salientar que nos subcapítulos que se apresentam a seguir, inicialmente irão ser discriminados os objetivos atingidos em cada domínio; posteriormente irá ser feita a reflexão crítica das principais aprendizagens em cada módulo de estágio, estando cada um destacado com realce; por fim, serão apresentadas um quadro resumo com as competências adquiridas enquanto futura enfermeira EEMC.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estão diretamente relacionadas com a promoção da prestação de cuidados com respeito pela dignidade humana. É importante que o enfermeiro especialista demonstre uma prática segura, profissional, ética e legal, baseada na tomada de decisão deontológica, promovendo melhores práticas, tendo em conta os valores e princípios dos doentes. De facto, são competências que permitem ao enfermeiro especialista demonstrar uma prática com base no respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando a necessidade de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes. (OE, 2010)

Objetivos:

- **Desenvolver a capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz, com base na evidência científica, nos conhecimentos apreendidos e na ética e deontologia profissional;**

- **Prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico e paliativo, com respeito pela sua singularidade e dignidade, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais.**

A dignidade da pessoa humana constitui um princípio moral básico e estruturante da República Portuguesa, estando consagrado no artigo primeiro da Constituição da República Portuguesa (CRP): “*Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na constituição de uma sociedade livre, justa e solidária.*” (CRP, 2005)

Sarlet (2001), defende que a dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, de modo a garantir as condições existenciais mínimas para uma vida em coexistência com os demais seres humanos. Para Kant (2009), a dignidade da pessoa humana diz respeito à autonomia de vontade do ser humano, sendo um valor inerente a cada um, numa dupla dimensão de autonomia de vontade, autodeterminação em relação à existência e por outro lado à proteção pelo Estado. Como Kant refletiu “*Age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quando na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio.*” (Kant, 2009)

Assim, o princípio da dignidade humana tem um importante papel a cumprir no campo dos direitos sociais fundamentais, percebendo-se que o direito à saúde concretiza diretamente este princípio. A capacidade de fazer a sua própria lei e de se submeter a ela, gera autonomia, resultando assim no conceito da dignidade humana.

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos, detentor de crenças, valores e desejos, de natureza individual, sob influência do ambiente no qual vive e se desenvolve (OE, 2009). De acordo com o princípio bioético fundamental – princípio da autonomia - o respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, detentor de autonomia e liberdade de escolha e decisão, enquanto agente social e intencional de comportamentos. Deste modo, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta o reconhecimento e respeito pelo carácter único e dignidade de cada pessoa, quer o doente, quer a sua família e restante comunidade. De acordo com o artigo 89º, inserido no Estatuto da OE (2012), o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume

o dever de prestar cuidados à pessoa como um ser único inserido numa família e comunidade.

Para Savater (1999), a dignidade humana tem quatro grandes implicações: o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros; o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os seus próprios planos de vida em liberdade, uma vez que *a minha liberdade termina onde começa a do outro*; a identificação que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e não pelas suas características enquanto ser, como a sua raça, etnia, religião; por fim, a adoção de uma postura de solidariedade para com o sofrimento dos outros seres humanos. Durante o desenvolvimento dos três estágios nas diferentes unidades hospitalares, a prioridade foi a prestação de cuidados de enfermagem centrados no doente, tendo sempre presente a sua individualidade como ser único, biopsicossocial e espiritual, com as suas crenças, valores e tradições, inserido num contexto familiar e social. Neste sentido, torna-se primordial que o enfermeiro EEMC esteja desperto para a multiculturalidade atual, assentando em princípios e práticas de uma enfermagem transcultural que adequa o Cuidar às necessidades do doente. O conceito de enfermagem transcultural desenvolve-se com a Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger (1985) em que a teórica enfatiza que a Enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais, centrada na promoção de cuidados ao indivíduo com respeito pelos seus valores culturais, crenças e estilos de vida, numa perspetiva holística (Braga, 1997). Assim, neste conceito de Enfermagem Transcultural de Madeleine Leininger, os cuidados de enfermagem culturalmente orientados contribuem para o bem-estar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade.

Na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores em que a dignidade humana é o verdadeiro pilar e que deverá estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções. No seu exercício profissional, o enfermeiro EEMC observa os valores humanos intrínsecos do indivíduo e dos grupos onde está inserido, assumindo o dever de respeitar e fazer respeitar o indivíduo em toda a sua dimensão. (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005)

No **módulo II – UCI (Unidade de Cuidados Intensivos)**, ao longo do estágio procurei sempre desenvolver uma prática clínica dirigida ao doente crítico, baseada nos princípios fundamentais reguladores da profissão. Nesta unidade, um dos aspetos mais

preponderantes relaciona-se com a questão da autonomia e tomada de decisão consciente por parte do doente.

As UCI diferenciam-se dos outros serviços hospitalares pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes. Um doente internado numa UCI é um doente que necessita de cuidados de excelência, não apenas pelos problemas clínicos e físicos, mas também pelas questões psicossociais, ambientais e familiares que estão intimamente relacionados com a situação de fragilidade que estão a vivenciar. Devido à sua condição clínica, muitos dos doentes internados na UCI necessitam de suporte ao nível da ventilação mecânica invasiva, impossibilitando uma atividade fundamental: a comunicação. Assim, a ventilação mecânica funciona como um factor limitativo à comunicação do doente com quem o rodeia, durante o internamento na UCI. Perante esta dificuldade, existe uma questão pertinente a colocar: Como é que o doente manifesta a sua vontade? Como é que exerce a sua autonomia na tomada de decisão livre, informada e esclarecida?

No caso do doente ventilado e sedado, em que se verifica depressão do estado de consciência, a sua autonomia na tomada de decisão e a obtenção do consentimento devidamente informado não é viável, pelo que foi importante perceber que a prática clínica como futura enfermeira EEMC poderia seguir dois caminhos: consentimento presumido ou pela diretiva antecipada de vontade (DAV). De facto, no caso dos doentes inconscientes que não conseguem verbalizar a sua vontade e em que a necessidade dos cuidados impera, a atitude tomada por parte da equipa e como futura enfermeira EEMC era a prestação dos cuidados necessários atuando no respeito pelo princípio da beneficência e da não maleficência, prestando assim cuidados tendo em vista o melhor interesse para cada doente. (Phipps, 2003) Optar-se-ia então pelo consentimento presumido. É de salientar que o consentimento só pode ser substituído pelo consentimento presumido nos casos em que o doente crítico não pode dar o seu consentimento.

Por outro lado, para resolução deste tipo de questões, faz parte das funções do enfermeiro EEMC perceber se existe algum documento que defina a vontade daquele doente, documento este denominado de DAV. De acordo com o artigo 2º, do capítulo I, da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, constituem um documento unilateral e livremente revogável pelo próprio, no qual a pessoa maior de idade e capaz, manifesta a sua vontade

consciente, livre e esclarecida sobre os cuidados de saúde que deseja receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoalmente.

As diretivas antecipadas de vontade são formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Se um documento de diretivas antecipadas de vontade constar do RENTEV ou for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo. Deste modo, este documento tem elevada importância na medida em que, num prazo de cinco anos, o doente tem salvaguardada a sua vontade consciente, livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte artificial ou outro qualquer cuidado de saúde, podendo inclusive o próprio alterar essa mesma vontade a qualquer momento. As DAV encontram-se registadas no RENTEV, ao qual o médico assistente do doente tem acesso. Após aceder a este documento, o médico assistente deve anexa-la ao processo clínico do doente (Artigo 17º, Lei n.º 25/2012 de 16 de julho).

Durante o meu percurso na UCI, esta questão foi discutida com a equipa e com a enfermeira tutora, vivenciando apenas uma situação em que este processo ocorreu. Foi igualmente interessante perceber que outro dos papéis importantes do enfermeiro como EEMC era junto da família perceber a vontade do doente e se este a tinha expressado verbalmente ou por escrito, através da DAV.

Outra das reflexões importantes a referir deste estágio foi a perceção que tive enquanto futura enfermeira especialista em EEMC, relativamente à exposição corporal dos doentes em CI. De facto, no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 86, está claramente definido que o enfermeiro assume o dever de: salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, a privacidade e intimidade da pessoa.

A privacidade do doente em CI assenta no direito deste de preservar o seu corpo da exposição e manipulação de outrem, sendo que o desrespeito por esse direito implica a sua invasão (Pupulim, 2005). Os cuidados como a higiene corporal e a eliminação vesical/intestinal, são cuidados que correspondem a determinadas necessidades dos doentes e que envolvem a exposição corporal e a invasão da intimidade. A enfermagem é a profissão que mais mantém contato com o doente durante o internamento e que, consequentemente, mais toca, manuseia e expõe o corpo do doente na prestação dos cuidados. Considerando que a nudez do doente, parcial ou total, é, de facto, indispensável em diversos procedimentos referentes ao ato de cuidar, torna-se imprescindível que o

enfermeiro EEMC tenha como prioridade respeitar e manter a dignidade humana dos doentes hospitalizados, preservando a sua privacidade. (Pupulim, 2005)

Na UCI, tornou-se evidente esta situação, uma vez que cada doente permanecia a maior parte do tempo despido e protegido apenas com lençol. Após discussão desta temática com a tutora e com a restante equipa, esta condição foi justificada pela necessidade de manipular o corpo e manusear materiais, aparelhos e equipamentos, administrar medicamentos e facilitar a assistência ao doente em situações críticas ou de emergência. Apesar de serem justificações viáveis, é fácil perceber que esta situação pode trazer ao cuidar em enfermagem, impessoalidade, insensibilidade, automatização, mecanização e desumanização, gerando insegurança e angústia nos doentes e nos respetivos familiares (Pupulim, 2005). Perante esta situação, a postura adotada enquanto futura enfermeira EEMC foi apresentar cuidado no manuseio do lençol que cobria o doente aquando algum procedimento, assim como, após a prestação dos cuidados de higiene corporal, era sugerido a aplicação das batas hospitalares, que permitiam a cobertura do doente pela parte frontal do corpo, permitindo o fácil acesso ao corpo do mesmo. Relativamente aos doentes conscientes nesta unidade, privilegiava-se o vestuário completo, de modo a minimizar a exposição corporal. Foi interessante perceber que a própria equipa começou a ter mais atenção a esta problemática, principalmente aquando a presença das visitas ou de pessoas externas à unidade, oriundas de outras equipas.

Outra das situações passíveis de reflexão neste estágio, referente ao respeito pela privacidade do doente foi o número de profissionais presentes durante a prestação de cuidados que pode igualmente converter-se numa violação da intimidade da pessoa, designadamente quando estes não se encontram implicados no processo direto do cuidar. Esta questão coloca-se com alguma pertinência no caso de alunos ou profissionais estagiários, se a presença dos mesmos não for consentida pela pessoa a quem os cuidados são prestados. Torna-se importante salientar a importância desta particularidade, ou seja, a solicitação da autorização do doente, para a presença de estagiários ou outros profissionais durante a prestação dos cuidados de saúde. (Almerinda Silva, 2007) No caso dos doentes em UCI, muitos deles estão sedados o que condiciona o seu consentimento para a presença de outros profissionais. Nesta unidade onde o estágio se desenvolveu, a presença de estudantes era uma constante. De facto, os estágios fazem parte do processo de aprendizagem de futuros profissionais, tendo um papel fulcral no desenvolvimento do estudante. Como futura enfermeira EEMC e também como estudante naquela situação específica, é importante perceber essa necessidade de ensino, mas também assegurar que

na prestação dos cuidados estão o número mínimo de elementos necessários e que não haja interferência com a privacidade e intimidade do doente.

É assim reconhecível que a manutenção da privacidade do doente é um desafio para a equipa, pela especificidade da assistência e pelas características físicas das UCI. Por isto, é importante perceber que se torna necessário visualizar o doente considerando toda a estrutura que o compõe, não negligenciando os valores culturais, históricos, sociais e emocionais que completam o ser humano hospitalizado.

No **módulo III**, desenvolvido numa unidade de internamento de **cuidados paliativos** (CP), a minha intervenção enquanto enfermeira EEMC baseou-se na promoção e maximização da qualidade de vida do doente paliativo, com respeito pela sua dignidade, tendo presente a ética e deontologia profissional.

De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2010, p.2), CP definem-se como *“uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”*. Assim, os CP são cuidados de saúde ativos, assentes no humanismo, em que a valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas ou em fim de vida é primordial. (Nunes, 2005)

Já de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012), no seu capítulo I, descreve estes cuidados como cuidados ativos prestados por unidades e equipas específicas, em contexto de internamento ou apoio domiciliário, a doentes em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, promovendo o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. O alívio do sofrimento, a promoção da qualidade de vida e a dignidade do ser humano são três conceitos que estão inevitavelmente direcionados para os CP (Schwartz e Lutfiyya, 2012). A dignidade humana é intrinsecamente característica ao ser humano; é algo adquirido. No entanto, pode ser facilmente “retirado”, nomeadamente quando o indivíduo se encontra numa posição de maior fragilidade, como é o caso de uma situação de doença avançada ou fim de vida. (Magalhães, 2015)

Atualmente, com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas, os profissionais de saúde são cada vez mais confrontados com doentes

com necessidades de cuidados paliativos e em fim de vida. Neste sentido, torna-se primordial que os profissionais de saúde sejam dotados de ferramentas que promovam a dignidade do ser humano em contexto de cuidados paliativos. O respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na sua tomada de decisão livre e esclarecida face ao que entende por cuidados em fim de vida, é um dos aspetos primordiais na relação entre o enfermeiro EEMC e o doente. Assim, o enfermeiro especialista assume o papel de salvaguardar e proteger os direitos humanos daquele doente, sustentado pela obrigação ética, deontológica e legal, desenvolvendo um plano avançado de cuidados com o intuito de perceber e respeitar as preferências dos doentes.

Outra das questões com maior ênfase em contexto de CP é o controlo sintomático. De facto, o seu fundamento tem duas vertentes essenciais: aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida. MMacdonald (2002) refere que o controlo inadequado dos sintomas ao longo do percurso de doença, além de produzir sofrimento no indivíduo pode ter um efeito adverso na progressão do estado de saúde. Assim, ao se controlarem adequadamente os sintomas pode-se favorecer a qualidade de vida do doente, valorizando-a, sem nunca esquecer que os cuidados paliativos consideram que a morte é um fenómeno natural, pelo que não a aceleram nem a retardam, e que o seu objetivo central é a redução do sofrimento e a promoção da máxima qualidade de vida possível. (MMacdonald, 2002)

O não controlo sintomático provoca no doente stress e medo, assim como nas respetivas famílias e nos profissionais de saúde que os acompanham. Foram várias as situações observadas durante o estágio em CP. Muitas vezes, os doentes com elevado grau de descontrolo sintomático eram aqueles mais ansiosos, apreensivos, não colaborantes, tornando a família muito mais apelativa e preocupada.

Uma das situações vivenciadas enquanto estudante foi o internamento de um doente com um carcinoma gástrico em fase terminal com objetivo do controlo sintomático. Era um doente com um grau de dor elevado, em que o próprio nem conseguia quantificar, mas através de uma escala de faces, conseguia-se perceber que tinha dor máxima. O que mais era pedido à equipa, por parte do doente e da sua família, era que este tivesse “uma morte tranquila e confortável, sem dor, nem que para isso tenha que estar a dormir”. O próprio doente pediu muitas vezes à equipa que “o ajudasse a morrer para acabar com aquele sofrimento”, comportamento este que levanta várias questões éticas complexas. Perante estas situações, o papel como futura enfermeira EEMC baseava-se em quatro atividades: o controlo de sintomas, o apoio emocional e

comunicação adequados, o trabalho de equipa e a criação de estratégias que permitissem o melhor conforto daquele doente e família. Assim, era importante avaliar o quadro sintomático que caracterizava aquele doente, iniciar o tratamento combinado (farmacológico e não farmacológico), estabelecer o plano terapêutico com o doente e família, reavaliar regularmente e apresentar disponibilidade para ambos.

Nesta situação específica, as estratégias enquanto futura enfermeira EEMC, além da administração de terapêutica de acordo com a prescrição médica e as necessidades do doente, passaram por promover um maior conforto. A promoção de um ambiente calmo dentro do quarto, com a luz suave e ruídos sonoros ausentes, a presença constante da família mais próxima (neste caso esposa e filhos), e ainda numa fase em que o doente se encontrava acordado, foi permitido (apesar das indicações da instituição) que este mantivesse, ainda que poucos, um dos momentos que lhe dava mais prazer e que automaticamente o tranquilizava, que era fumar. Toda a equipa multidisciplinar envolveu-se com a situação, com o doente e sua família de modo a conseguir-se uma solução para o sofrimento que estes estavam a sentir.

No entanto, todas as estratégias acima enumeradas não alcançaram os objetivos pretendidos pois o doente continuava em sofrimento e continuava a apelar pelo sossego e para que “tudo terminasse”. Assim, no intuito de oferecer conforto e aliviar a angústia intolerável do doente, optou-se pela redução do nível de consciência do doente, usando a sedação paliativa. Foi uma tomada de decisão da equipa, resultante da reunião multidisciplinar, em que o doente e os seus familiares constituíram parte integrante da equipa assistencial, colaborando assim na tomada de decisão dos profissionais de saúde.

De acordo com a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, a sedação paliativa tem como principal objetivo aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos titulados apenas para o controle de sintomas refratários, onde o estado de consciência do doente é reduzido apenas até ao nível suficiente para o alívio dos sintomas. Considerando ser um procedimento importante e necessário para determinados doentes paliativos que estejam em angústia, deve ser aplicada com rigor clínico de modo a não se tornar uma prática nociva e anti-ética. (Cherny & Radbruch, 2009). A sedação paliativa do doente terminal deve ser distinguida da eutanásia na medida em que, enquanto que na primeira o objetivo é aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos, na segunda a principal intenção é tirar a vida do doente, administrando assim um fármaco letal. Ou seja, a sedação paliativa, corretamente indicada, na dose correta e por via adequada, pretende ser uma forma de alívio do sofrimento do doente em fase terminal de vida. (Nogueira, 2012)

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Bioética (2010), de acordo com o seu Parecer n.º P/20/APB/10, divulgou algumas *guidelines* que regulam a sedação paliativa, dando algumas indicações importantes, das quais se destacam a questão de que o doente deverá ter uma doença terminal estando em profundo sofrimento existencial e deverá prestar o seu consentimento válido e eficaz. Deste modo, considero que, como futura enfermeira EEMC, conhecer e seguir as *guidelines* estipuladas para a sedação paliativa torna-se fundamental para a tomada de decisão consciente e informada, respeitando assim os princípios éticos que o procedimento assim obriga e envolvendo todos os intervenientes no processo.

Neste caso específico, e enquanto futura enfermeira EEMC, a decisão de iniciar este tratamento foi algo discutido em reunião multidisciplinar com a família do doente, de modo a que houvesse acordo entre o doente, família e a equipa. A decisão ética baseou-se no princípio da beneficência ser muito superior ao da maleficência, como foi discutido anteriormente. Foi importante que as contraindicações, as metas e as expectativas em relação a este tratamento fossem discutidas com a família de modo a promover o consentimento livre e esclarecido por parte da mesma. A prestação de apoio e suporte emocional foi também um dos objetivos do papel do enfermeiro enquanto EEMC. Ficou assim decidido que iria ser administrado ao doente uma sedação ligeira e intermitente, que permitisse trazer tranquilidade para aquele doente, reduzindo o seu estado de consciência, mas permitindo ainda que este tivesse capacidade para interagir com os que o rodeavam. Inclusivamente, esta medida permitiu que se cumprisse um outro desejo do doente e do casal – a oficialização do casamento. Foi um dos momentos mais marcantes durante este meu percurso, pois foi emocionante ver a entrega e empenho de toda a equipa para proporcionar esse momento, chamando a conservatória ao internamento e oficializando assim, a relação do casal na presença da respetiva família e de toda a equipa multidisciplinar.

Todas estas estratégias permitiram promover o conforto daquele doente, enaltecendo assim a sua dignidade enquanto doente em fim de vida. O doente com sintomas não controlados é uma prioridade, um desafio constante na arte de cuidar em paliativos. Quando cuidamos de uma pessoa em fim de vida, é importante trata-la de acordo com a sua identidade, pensamentos e valores, vendo-o mais do que um corpo físico. Cuidar é atender à privacidade e respeitar as escolhas, desejos e necessidades das pessoas em fim de vida e sua respetiva família (Kinnear, 2014). Como Coelho (2014; p.39) refere, “*o respeito pela vida traduz-se pela importância dada a cada pessoa, no*

momento da morte, não sendo necessário esgotar-se, todos os meios tecnológicos até à exaustão, provocando um sofrimento insustentável, adiando apenas a hora de morrer”. Assim, a vida humana deve ser preservada, privilegiando a qualidade de vida e o conforto do doente e família.

Foi importante perceber que à medida que as estratégias eram colocadas em prática, o conforto do doente aumentava exponencialmente e a satisfação da família também, criando uma relação de confiança entre o doente/família/equipa de enfermagem.

No **módulo I – SU (Serviço de Urgência)**, ao longo do estágio desenvolvi uma prática baseada no respeito pela autonomia e autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida, privilegiando a dignidade dos cuidados de enfermagem. Como futura enfermeira EEMC, foi essencial adotar uma prática de acordo com a ética e deontologia profissional, respeitando a pessoa como ser humano único, com respeito pela sua dignidade, privacidade, crenças e valores.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a emergência é uma situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe origina uma situação de perda de saúde, em que se não for imediatamente assistido, o colocará em grave risco de vida. Atualmente, existe cada vez mais afluência aos serviços de urgência, pelo número crescente de doenças crónicas que agudizam, pelo aumento do número de acidentes de viação ou das situações de violência no seio da população. Isto implica que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham que estar cada vez mais aptos a assistir estes doentes de uma forma rápida e eficaz, tendo sempre em atenção a relação comunicacional e terapêutica que estabelecem com os doentes. Durante este estágio, foi importante recorrer a técnicas de comunicação como a escuta ativa, a empatia ou linguagem corporal, de forma a criar uma relação de ajuda com o doente/família, de modo a envolvê-los no processo de doença/tratamento, respeitando as suas crenças e valores, tendo por base o pensamento ético e deontológico reguladores da profissão.

Foram várias as situações em que os doentes/famílias, recusavam determinados tratamentos, pelas mais variadas razões, muitas vezes associada a experiências anteriores menos positivas neste contexto ou então às crenças, valores e características individuais de cada um, na sua individualidade. Perante estas situações, as ferramentas comunicacionais foram um trunfo importante, no sentido em que era fundamental esclarecer aquele doente/família acerca de todo e qualquer tratamento/procedimento.

Durante o estágio no SU, foi fácil perceber que o doente/família que chega a um serviço de urgência apresenta-se ansioso, nervoso, com medo e receio perante a situação crítica que está a viver. Neste sentido, a comunicação entre a equipa e o doente/família torna-se fundamental para o esclarecimento de dúvidas, aumento da confiança e consequentemente, a redução da ansiedade.

O Código Deontológico do Enfermeiro, define no seu artigo 84º o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, tendo por base as crenças e valores de cada um. Também se torna importante salientar nestas situações a importância do princípio da autonomia como princípio ético fundamental, no sentido em que cada pessoa é capaz, autónoma e livre para decidir sobre determinada situação, quando devidamente informada. Assim, quando apesar de devidamente informado, o doente recusava os cuidados, o papel do enfermeiro EEMC é aceitar a decisão daquele doente. Durante este estágio deparei-me com uma situação semelhante. Um doente recusou a punção venosa para colheita de sangue e posterior administração de medicação, justificando-se com experiências anteriores que tive vivenciado. Foi interessante observar que a postura de alguns profissionais passou pelo habitual pensamento de que “é consciente e orientada, como tal vou respeitar a sua decisão”. No entanto, como futura enfermeira EEMC foi importante estabelecer uma relação terapêutica e comunicacional com aquele doente, percebendo quais as razões para a sua decisão, explanando todo o procedimento e explicando a sua necessidade para a melhoria do seu estado de saúde. Foi criada uma relação de confiança, permitindo que este alterasse a sua decisão e consentisse, de modo consciente e informado, a realização do procedimento. A comunicação é, de facto, uma ferramenta essencial na prestação dos cuidados. Assim, o enfermeiro EEMC, no âmbito das suas competências, deve fornecer todo o tipo de informação solicitada pelo doente, de modo a esclarecer todas as dúvidas existentes. É igualmente seu dever, impedir todo o tipo de manipulação e coação por parte dos profissionais de saúde, de modo a obter o seu consentimento, respeitando, defendendo e promovendo o direito à liberdade informada do doente e o direito à sua opção esclarecida (OE, 2010).

No entanto, nem sempre temos um doente consciente e orientado ao nosso cuidado. É fácil perceber que, num serviço de urgência, onde existem doentes de todas as faixas etárias, com as mais diversas patologias, e situações de emergência com doentes inconscientes em que não conseguem verbalizar a sua vontade e a emergência dos cuidados impera, o poder de decisão do doente é, de facto, algo relativo e de difícil

decisão. Nestes casos, a prestação dos cuidados com o intuito de reverter a situação clínica do doente, embora desconhecendo a sua vontade e crenças, era a atitude tomada nas situações de emergência, atuando no respeito pelo princípio da beneficência e da não maleficência, ou seja, prestando cuidados tendo em vista o melhor interesse para aquele doente (Phipps, 2003). Além disto, no caso dos doentes que chegavam à sala de emergência, muitas vezes inicialmente não acompanhados, quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção do consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros de que o doente se oporia a uma determinada intervenção, optar-se-ia pelo consentimento presumido, como falado anteriormente. (Deodato, 2017)

Outra das reflexões realizadas durante este estágio no SU relaciona-se com a privacidade e intimidade dos doentes no serviço de urgência, uma vez que esta questão pode ser facilmente negligenciada. Glen (1995) encontra a origem do termo “privacidade” na palavra latina *privatus*, que significa literalmente “pertence a alguém”, sendo algo que se constitui para a pessoa como um valor fundamental que lhe é próprio. No código deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 86º (2005), está claramente definido que o enfermeiro assume o dever de salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, a privacidade e a intimidade da pessoa. Perante este facto, uma questão pertinente se coloca: é respeitado o direito à privacidade dos doentes nos serviços de urgência?

As urgências médico-cirúrgicas constituem o primeiro nível de acolhimento em situações de urgência/emergência, constituindo unidades diferenciadas com recursos humanos, tecnológicos e arquitetónicos, inseridos nos hospitais gerais centrais. (Silva, 2007) No entanto, os principais espaços amplos dos serviços de urgência são de facto os corredores. Estes são maioritariamente zonas crítica e locais de passagem obrigatória para os doentes, profissionais e familiares, constituindo locais de espera, de permanência de macas, frequentemente ocupadas por doentes já observados ou que aguardam observação. Quando o hospital atinge o limite em termos de ocupação, os corredores transformam-se em enfermarias improvisadas onde os cuidados de saúde são prestados, e em que os doentes, com diferentes graus de gravidade e dependência, partilham o mesmo espaço enquanto aguardam, muitas vezes, por um simples resultado analítico. De facto, a acumulação de macas e cadeiras nos corredores de um serviço de urgência constitui um flagelo no nosso quotidiano. Nesta linha, Jean Peneff (2003, p.18) descreve as urgências como sendo “*uma rua onde a circulação é incessante*”, descrevendo os corredores como um local em que “*pacientes e não pacientes encontram-se comprimidos uns contra os*

outros ou estão frente a frente, enquanto o centro do cenário é o local de passagem do pessoal (...)”.

No SU em que desenvolvi o estágio referente ao módulo I, a acumulação de macas nos corredores e a proximidade entre as mesmas em horas de maior afluência, a predominância de um grau de dependência elevado nos doentes que frequentam este serviço e que pressupõem cuidados de higiene e conforto mais frequentes, entre outros, são algumas das reflexões levantadas durante este período de estágio e que comprometem a privacidade, intimidade e dignidade dos doentes. A estrutura física deste serviço de urgência não está preparada para a afluência que frequentemente tem, o que condiciona a localização dos doentes. Neste caso, os corredores serviam de enfermarias improvisadas, onde os doentes aguardavam a prestação de cuidados. Como futura enfermeira EEMC, foi importante desenvolver algumas estratégias/atividades para promover a privacidade e dignidade dos doentes, tais como: gerir a localização das macas tendo em conta o espaço físico existente; coordenar e supervisionar a equipa de assistentes operacionais de modo a estarem sensibilizados para esta temática; transferência dos doentes que necessitam de cuidados de higiene e conforto ou mesmo de determinados procedimentos invasivos que interfiram com a sua privacidade, para espaços que se encontrem vazios; o uso, sempre que possível, das cortinas divisórias ou dos biombos; o acompanhamento pelos assistentes operacionais ou mesmo pelos familiares à casa de banho dos doentes com capacidades físicas para tal, de modo a evitar o uso das aparadeiras/urinol que por sua vez aumenta a exposição e diminui a privacidade do doente. Todas estas atividades permitiram promover a dignidade e a privacidade dos doentes que se encontravam no SU, aumentando assim a qualidade dos cuidados. Mais do que um número, tendo em conta a afluência elevada de doentes nos serviços de urgência, ou a condição clínica de severa gravidade, o doente, espelho de uma inevitável vulnerabilidade, deve merecer a atenção dos profissionais neste tipo de pormenores que no global fazem toda a diferença.

O que foi também observado neste estágio é que, muitas vezes, com a sobrecarga de trabalho existente em oposição à escassez de recursos humanos e físicos, torna-se difícil gerir o espaço tendo em conta as estratégias anteriormente mencionadas. Enquanto futura enfermeira EEMC, as propostas sugeridas para solucionar esta situação, passam por alterações estruturais e de recursos humanos, que estão fora do alcance da equipa. Assim, é importante que o enfermeiro EEMC assuma a responsabilidade e adote uma postura correta de defesa da intimidade e privacidade do doente, salvaguardando assim a sua dignidade e servindo de exemplo para a equipa. Através da discussão deste tema e da

partilha de soluções com a equipa de trabalho, assim como com a adoção destas estratégias, verificou-se mudanças de comportamento na prestação de cuidados por parte da equipa deste SU.

Existem outras situações que podemos identificar associado ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que é a partilha de informação confidencial sobre um doente num corredor ou nas passagens de turno que ocorrem junto dos doentes. No artigo 85º do Código Deontológico, na alínea b), está descrito que o enfermeiro assume o dever de partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico do doente.

As denominadas pré-consultas no corredor são consideradas motivo de desrespeito pela privacidade do doente. Acontecem sobretudo quando os serviços de urgência ficam superlotados e não existe espaço físico nas áreas estipuladas. Assisti muitas vezes à entrevista informal pela equipa médica para a anamnese, feita no meio da sala ou corredor, junto do doente/familiar em causa, mas esquecendo que em volta se encontravam outros tantos doentes/familiares que ficam também a conhecer a história clínica daquele doente. Mais uma vez, o espaço físico é uma condicionante, existindo áreas no SU onde estas situações eram mais frequentes, nomeadamente na área médica, por ser a zona de permanência mais longa no SU. A mesma ideia se aplica às passagens de turno realizadas pela equipa de enfermagem. De facto, durante este estágio no SU foi observado que a passagem de turno era efetuada juntos dos doentes, havendo uma grande probabilidade de fuga de informação. Outra questão observada foi a falta de privacidade existente nos locais de triagem. A triagem neste SU era realizada em dois postos de triagem, 1 e 2, mas que por sua vez eram áreas contíguas ao mesmo espaço, estando divididas apenas por uma parede, aumentando a probabilidade de fuga de informação. Como futura enfermeira EEMC, existem algumas estratégias/atividades adotadas para minimizar a partilha de informação confidencial, em que o enfermeiro especialista deverá assumir o seu papel de liderança de modo a que o sigilo profissional seja cumprido. O uso de um tom de voz mais baixo, usando um local mais resguardado, mas com igual visualização dos doentes; evitar a exposição dos diagnósticos dos doentes nos quadros de serviço, sobretudo quando o acesso a esses locais não é exclusivo dos profissionais de saúde, foram algumas das soluções encontradas e colocadas em prática pela equipa neste contexto, após a partilha com a tutora e os restantes elementos da equipa do SU. Foi igualmente sugerido à equipa a existência de um gabinete/espaço próprio para a comunicação com as famílias na recolha de dados do doente e da história de doença atual,

assim como gabinetes individuais para cada posto de triagem. Mais uma vez, o espaço físico é uma condicionante para a resolução destas adversidades; no entanto, em partilha com a enfermeira tutora, foi-me explicado que o SU em questão formalizou recentemente uma candidatura a um programa internacional de reconstrução do serviço de urgência, estando ainda em fase de avaliação da candidatura.

Em suma, o conflito de obter, utilizar e partilhar informação e cuidar da pessoa com o objetivo de proporcionar, num curto espaço de tempo, os melhores cuidados de saúde sem violar a sua intimidade e privacidade, constitui em si mesmo uma questão complexa. O cuidar da pessoa na sua privacidade implica muito mais do que a simples atenção a aspetos estruturais e de ambiente. Os profissionais devem interiorizar a privacidade como algo abrangente e imprescindível, como uma necessidade humana básica.

Através do desenvolvimento de todas estas atividades e com o atingimento dos objetivos enumerados anteriormente, existem um conjunto de competências adquiridas como futura enfermeira EEMC, que serão apresentadas a seguir.

Competências adquiridas:

- Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa doente e família, especialmente na área da EEMC;**
- Prestei cuidados de enfermagem eficazes com base na evidência científica e segundo a ética e deontologia profissional.**

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria da qualidade relacionam-se com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, em que o enfermeiro EEMC desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro. (OE, 2010)

Objetivos:

- **Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da EEMC;**
- **Participar ativa e passivamente na formação e investigação;**
- **Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral.**

Na atualidade, assistimos a um aumento exponencial do número de doenças de início súbito, agudização das patologias crónicas assim como o aumento dos acidentes de viação e da sua gravidade, os casos de violência e as catástrofes naturais. Além disso, o número de doenças incapacitantes aumenta e o cancro traduz-se por uma problemática cada vez mais atual. Estas são situações em que as funções vitais ficam em risco de falência, podendo conduzir à morte do indivíduo, se não lhe forem prestados cuidados de saúde imediatos e especializados. Atualmente, assistimos à crescente necessidade da existência de equipas de profissionais de enfermagem especializadas, nos contextos extra e intra-hospitalar, que prestem cuidados de excelência à pessoa/família em situação crítica e paliativa. (Diário da República, 2015) Atendendo à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro EEMC assume-se como um profissional qualificado na implementação de cuidados seguros e especializados, de qualidade, ao doente crítico e paliativo, do Sistema Nacional de Saúde Português. (Diário da República, 2015)

A qualidade dos cuidados de saúde tornou-se uma questão intemporal. Desde sempre, esta foi uma problemática que acompanhou a evolução das sociedades e organizações. A procura pela qualidade é um princípio transversal prioritário a todas as organizações, desde os sectores industriais até às organizações de saúde. (Machado, 2013)

A relação interpessoal enfermeiro/doente/família em situação crítica ou em fim de vida passa por uma intervenção de enfermagem avançada que engloba um conjunto de estratégias comunicacionais facilitadoras do processo de satisfação das necessidades emocionais, de suporte e conforto do doente (Silva, 2013). Revela-se assim como um desafio importante com o qual os enfermeiros diariamente lidam no cuidar do doente crítico e em fim de vida, relacionando-se diretamente com a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, e objetivando a escolha do tema deste relatório, a comunicação é a base da relação terapêutica, a essência dos cuidados de enfermagem transversal a qualquer área de intervenção, enriquecendo a prestação dos profissionais de saúde, e realçando a qualidade desses mesmos cuidados.

Donabedian (2003) refere que a qualidade em saúde relaciona-se com a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o doente, benefícios estes em função dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes. O mesmo autor estabelece ainda três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica relacionada com a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na resolução do problema de saúde do doente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço (profissional) e quem o recebe (doente); por fim, a dimensão ambiental que engloba as condições oferecidas ao doente em termos de conforto e bem-estar. (Donabedian, 2003)

Os enfermeiros, num desafio permanente de prestação de cuidados de saúde de qualidade, reconhecem que esta resulta da conjugação de múltiplos esforços e saberes. Já a OE (2002, p.39), refere que a qualidade em saúde é uma *“tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”*. Já em regulamento publicado em Diário da República, a OE define sete categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que correspondem aos padrões de qualidade presentes na profissão de enfermagem: satisfação do doente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e

controlo da infeção associada aos cuidados. (OE, 2015) Estes enunciados visam explicitar a natureza da enfermagem e englobar os diferentes aspetos da profissão, pretendendo-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante na definição do papel do enfermeiro especialista perante os doentes, famílias e comunidades, distinguindo-o assim de outras profissões. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional e da qualidade dos cuidados que presta, o enfermeiro EEMC procura elevados níveis de satisfação dos seus doentes; promove a saúde da pessoa em situação crítica; previne complicações para a saúde do doente crítico; maximiza o bem-estar do doente, complementando as atividades de vida diária em que o doente é dependente; desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; assegura a máxima eficácia na organização dos cuidados; e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção. (OE, 2015)

No **módulo II – UCI**, ao longo do estágio procurei desenvolver uma prática dirigida à segurança e qualidade dos cuidados ao doente crítico. Uma das questões que foi suscetível de reflexão foi a prevenção de úlceras de pressão (UP) no doente crítico, em contexto de cuidados intensivos, sendo este considerado um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O Ministério da Saúde define em 2015 o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), para os anos compreendidos entre 2015-2020. Este plano visa apoiar os gestores e clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade da equipa, de acordo com as competências individuais de cada um dos seus elementos. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é assim um processo que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes suscetíveis de comprometerem a qualidade dos cuidados do SNS. (Ministério da Saúde, 2015)

O PNSD tem vários objetivos estratégicos, dos quais se destaca a prevenção da ocorrência de úlceras de pressão. De acordo com a CIPE (versão 2, p. 29) úlcera de pressão é definida como “*dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada*”. Ou seja, as UP baseiam-se em processos inflamatórios cuja origem está associada à pressão exercida por

forças extrínsecas ao organismo sobre a pele e às estruturas subjacentes, nomeadamente músculos, provocando assim uma perfusão tecidual inadequada.

As UP são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a sua presença causa sofrimento para o doente, aumentando a prevalência de infeções, diminuindo a qualidade de vida dos doentes e aumentando diretamente o número de dias de internamento (Ministério da Saúde, 2015). Uma úlcera de pressão pode desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, tendo como principais fatores de risco a imobilidade do doente, o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e também o nível de oxigenação do sangue. De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* (2011), um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma úlcera de pressão. Já Costeira (2006) refere que, relativamente a Portugal, a prevalência de úlceras de pressão em meio hospitalar apresenta valores na ordem dos 17,4% em serviços de medicina, 16,6% em cuidados intensivos, 15,3% nas urgências e 7,1% em serviços de cirurgia.

No caso dos doentes em cuidados intensivos, as situações de maior risco para o desenvolvimento de UP estão relacionadas com a restrição ao leito, a instabilidade do doente que torna por vezes impossível de ser posicionado com frequência, a constante elevação do leito associada ao uso do ventilador que pode aumentar a fricção sobre o leito são alguns exemplos. Além disto, de acordo com Morais (2015), a gravidade do doente associado diretamente ao risco de UP, as características analíticas do doente e a administração de vasopressores são também fatores de risco para o desenvolvimento de UP na pessoa em situação crítica. A avaliação do risco de úlcera de pressão nos serviços é assim fundamental. Na maioria deles, e mais propriamente a UCI onde desenvolvi o estágio, é usada a escala de Braden como avaliador do Risco de UP. De acordo com a DGS (2011), a utilização desta escala numa UCI deverá ser feita inicialmente até 6 horas após a admissão do doente, repetindo essa avaliação de 24/24 horas, mantendo sempre o recurso a esta escala. A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos na área da prevenção de úlceras de pressão são essenciais para a correta prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades específicas do doente, enaltecendo a qualidade dos cuidados. No serviço de CI onde estagiei, a preocupação perante este tema era grande. De facto, em discussão com a equipa e com a enfermeira tutora, concluiu-se que a prevalência de UP's nesta unidade era significativa. A própria equipa tinha grupos de trabalho atribuídos em que discutiam e desenvolviam conhecimentos acerca da prevenção de UP's e de estratégias benéficas para a sua redução. Enquanto futura

enfermeira EEMC foi importante desenvolver estratégias para reduzir a prevalência de UP no doente crítico, tais como, o posicionamento regular do doente de acordo com as necessidades do mesmo, o uso de utensílios acessórios que diminuem a fricção nas zonas de pressão, a avaliação regular da pele do doente, de modo a identificar alterações significativas. A partilha e discussão com a equipa foi também importante, permitindo a discussão de algumas estratégias, para reduzirem a prevalência de UP.

A formação, a investigação e a procura de conhecimento por parte dos profissionais permite a constante possibilidade de atualização e reflexão perante situações da prática de enfermagem, assim como a reflexão sobre oportunidades de melhoria de modo a que a equipa consiga prestar cuidados de qualidade. À medida que o conhecimento e a tecnologia evoluem, muitas estratégias vão surgindo para a melhoria dos cuidados de saúde, havendo novos procedimentos e materiais que vão aparecendo, permitindo a evolução dos cuidados. Na UCI onde desenvolvi o estágio referente ao módulo II, foi identificada uma situação de melhoria face a um determinado protocolo. Constatou-se que, por protocolo, os enfermeiros deviam realizar a higiene corporal dos doentes, nos primeiros cinco dias de internamento, com toalhetes impregnados com clorohexidina a 2%, com o objetivo de prevenir a infeção por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina). Após o questionamento e partilha acerca deste tema com a equipa e a enfermeira tutora, foi concluído que a informação existente sobre este procedimento por parte da equipa era diminuta, pelo que havia necessidade de conhecer mais o propósito desta prática e quais as vantagens efetivas da mesma. Além disto, a equipa através da prestação de cuidados ao doente e após o início do uso destes toalhetes na unidade, observaram em alguns casos, esporádicos é certo, algumas reações cutâneas de hipersensibilidade a algum produto, sem perceberem em concreto se existiria alguma relação direta entre estas reações e o uso destes toalhetes. Após esta reflexão conjunta, por proposta da enfermeira tutora e com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados prestados, decidi juntamente com a orientadora que, como futura enfermeira EEMC, seria interessante realizar uma pesquisa bibliográfica acerca deste tema, desenvolvendo posteriormente uma revisão de literatura.

Neste módulo de estágio, foi então desenvolvido uma revisão da literatura intitulada de “O uso de toalhetes de clorohexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infeção por MRSA, e possíveis reações alérgicas”, como pode ser consultado em **Apêndice I**. A realização desta revisão teve como objetivo identificar e analisar a informação existente na literatura sobre o uso dos toalhetes impregnados com

clorhexidina a 2% nas unidades de cuidados intensivos e a possível existência de possíveis reações alérgicas ao produto.

Nas unidades de cuidados intensivos, pela complexidade dos doentes e pelo número de procedimentos invasivos a que são submetidos, é fácil perceber que a probabilidade de infeção é maior. (Lowy, 1998) *Staphylococcus aureus* é uma bactéria comensal que coloniza várias zonas do corpo tais como as narinas, axilas, faringe, superfícies cutâneas lesadas, entre outras. Esta bactéria apresenta uma forte capacidade de invadir o organismo e provocar doença em tecidos previamente saudáveis em qualquer parte do corpo do indivíduo. O processo de contaminação passa pela existência de uma solução de continuidade na pele ou mucosas, que permite o acesso do microorganismo aos tecidos vizinhos ou à corrente sanguínea. (DGS, 2014) No mercado existem diversos antissépticos disponíveis na prevenção dos mais diversos microorganismos. A clorhexidina é considerada um antisséptico tópico comum de largo espectro de ação antibacteriana e antiviral. (Reis, 2011) Assim, de acordo com documentos protocolares existentes nos serviços das UCI, nomeadamente na unidade onde foi desenvolvido o estágio, e de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados, constatou-se que todos os doentes com mais de dois meses de idade corrigida, internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos à higiene corporal (excluindo o couro cabeludo e a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros cinco dias após a admissão no serviço de internamento. A metodologia escolhida foi a revisão da literatura na medida em que constitui um método preferencial que nos permite, de uma forma geral, recolher, sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre o tema em estudo. Como principais resultados obtidos, foi percebido que um dos maiores grupos de risco dos doentes que podem desenvolver MRSA são todos aqueles que se encontram internados em unidades de cuidados intensivos, pelo que se torna fundamental a implementação de duas medidas básicas pelos profissionais de saúde: a higiene corporal dos doentes com clorhexidina a 2% em toalhetes durante os primeiros cinco dias de internamento e a higiene oral com clorhexidina a 0,2% durante todo o internamento. Relativamente às possíveis reações alérgicas a este produto, existe pouca evidência sobre esta questão; no entanto, a sua prevalência é reduzida o que não justifica a descontinuidade da prática.

A realização desta revisão foi importante durante o meu percurso, no sentido em que como futura enfermeira EEMC permitiu o desenvolvimento de competências no

âmbito da identificação das necessidades formativas do serviço, percebendo quais as situações de melhoria para a qualidade e segurança dos doentes. No serviço em questão, a equipa de trabalho encontrava-se dividida em pequenos grupos de trabalho, em que cada um deles desenvolve determinado tema predominante da prática diária, apresentando-o e oferecendo formação à restante equipa, não se tornando assim pertinente a realização de sessões de formação à equipa enquanto estudante.

Foi igualmente importante assumir o papel de investigadora, trabalhando nas bases de dados e produzindo conhecimento importante para a prática clínica. É fundamental referir que este trabalho encontra-se ainda em processo de revisão para uma posterior publicação.

No **módulo III – CP**, a preocupação com a prestação de cuidados de qualidade aos doentes paliativos foi uma prioridade enquanto futura enfermeira EEMC. De acordo com Capelas (2011, p.12), os cuidados paliativos são cuidados que “se dirigem mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas procuram e melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente/família e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a «reconciliação» do que com a cura, sendo que a reconciliação se refere às relações positivas consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com Deus”. A qualidade em cuidados paliativos é vital; os doentes e as suas famílias esperam sempre qualidade dos cuidados que lhes são prestados, em que a equipa deverá avaliar e abordar os doentes e famílias, sem esquecer nenhum problema importante, implementando abordagens de forma mais segura e efetiva. (Capelas, 2011)

Os indicadores de qualidade são instrumentos válidos e fidedignos que avaliam a qualidade dos cuidados de saúde e que permitem identificar áreas de melhoria para consequentemente proporcionar a mudança com vista à melhoria dos cuidados. (Capelas, 2011) De acordo com a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2006) a definição de critérios de qualidade é fulcral para a garantia e monitorização dos cuidados prestados, permitindo a uniformização das práticas. Os critérios definidos pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos contemplam três componentes essenciais: cuidados ao doente e família, trabalho em equipa e avaliação e melhoria da qualidade.

Relativamente ao componente cuidados ao doente e família, este integra algumas questões, nomeadamente a avaliação das necessidades dos mesmos. Os doentes e famílias/cuidadores têm necessidades tanto a nível físico como psicológico, social e

espiritual, que devem ser avaliadas no momento da anamnese inicial. Neste sentido, e durante o estágio no internamento de cuidados paliativos, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool) – Escala de Avaliação das Necessidades de Apoio do Cuidador, como processo de colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, a desafio da Professora orientadora Patrícia Coelho, trabalho este que pode ser consultado no **Apêndice II**. Foi um desafio colocado também a outra colega de Mestrado que se encontrava a desenvolver o mesmo estágio, sob orientação da mesma professora.

A família desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural dos seus membros e, na maioria das sociedades, a prestação dos cuidados é entendido como uma das suas funções, cuidados estes que englobam não só o aspeto físico, mas também aspetos psicológicos, éticos, sociais, demográficos, clínicos, entre outros. (Luders, 2000) Em cuidados paliativos, a família inclui-se no cuidado integral do doente, adaptando o papel de cuidador informal, mediador dos cuidados prestados pelos profissionais e uma importante referência emocional durante todo o processo de doença. No entanto, é impossível esquecer que a adaptação a este novo papel pode gerar nos cuidadores altos níveis de stress e ansiedade, podendo significar uma alteração nas rotinas habituais daquele elemento. Assim, é fácil perceber que serão muitas as necessidades de apoio que terão que ser percebidas e trabalhadas em parceria com o profissional de saúde, de modo a promover a qualidade dos cuidados prestados, quer ao doente, quer à respetiva família. (Almeida, 2012) O conhecimento das necessidades da família/cuidadores é algo imprescindível, algo que a Escala CSNAT nos permite saber, ao compreender catorze domínios onde os cuidadores têm a oportunidade de exprimir quais as áreas em que precisam de mais apoio naquele momento. A nossa colaboração no processo de validação da escala baseou-se na reunião das duas traduções já existentes, procedendo paralelamente à sua análise e sincronização, sendo vários os pontos de discussão analisados, tendo sido então elaborada a primeira versão. Como contributos, a participação neste projeto simultaneamente à realização deste estágio foi importante pois permitiu a constante reflexão e partilha de ideias com a equipa multidisciplinar, tornando todas as experiências enriquecedoras para este processo. É de salientar a importância da parceria com as enfermeiras tutoras do estágio, pois permitiu aferir alguma terminologia, assim como a sua aplicabilidade. Neste momento, esta escala continua em processo de validação, trabalho este que está a ser desenvolvido com uma outra estudante de mestrado em CP, com a qual também estabelecemos parceria durante o processo. Como futura

enfermeira EEMC, a colaboração neste projeto foi importante para a obtenção de competências na identificação de situações de melhoria para a qualidade e segurança do doente e dos profissionais.

Voltando aos critérios de qualidade definidos pela ANCP, como referido anteriormente, relativamente ao componente trabalho em equipa multidisciplinar, este integra algumas questões, nomeadamente os sistemas de trabalho em equipa. Quando pensamos em cuidados paliativos torna-se imprescindível identificar o trabalho efetivo e adequado da equipa multidisciplinar, pois é através do funcionamento coordenado e interdisciplinar desta que se consegue avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente/família (ANCP, 2006)

Durante o estágio em CP, uma das reflexões efetuadas recaiu sobre as reuniões interdisciplinares realizadas neste serviço. Neste local de estágio, estas reuniões são desenvolvidas uma vez por semana, com uma duração de mais ou menos uma hora, e tem como propósito fazer o ponto de situação dos doentes internados no momento atual no serviço de cuidados paliativos, assim como discutir soluções ou opções terapêuticas. Objetivamente, cada doente e respetiva situação é apresentada ao grupo e depois procede-se à respetiva discussão. Nesta reunião normalmente estão presentes: o médico responsável pelos doentes, o diretor clínico da instituição, o enfermeiro de cuidados paliativos, a psicóloga, a nutricionista e o enfermeiro responsável pela equipa de apoio domiciliário. De acordo com a ANCP (2006), um dos pilares dos cuidados paliativos são as reuniões multidisciplinares, uma vez que permitem a obtenção de bons resultados por parte da equipa. Estas reuniões permitem objetivar a avaliação multidimensional das necessidades dos doentes, a discussão e o consenso sobre os objetivos terapêuticos, a elaboração de um plano terapêutico integral e integrado, a avaliação dos resultados e a identificação das necessidades da própria equipa para a prestação de cuidados de qualidade. (ANCP, 2006) Como futura enfermeira EEMC, a participação nas reuniões de grupo foram momentos de aprendizagem importantes. Constatou-se que estas reuniões são muito úteis para discutir ideias e estratégias que muitas vezes são benéficas para o processo terapêutico do doente, de forma holística.

No **módulo I – SU**, a minha prática enquanto futura enfermeira EEMC baseou-se numa conduta promotora de cuidados de enfermagem de qualidade. Atualmente, sabemos que existe cada vez mais afluência aos serviços de urgência, o que implica que os

profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham que estar cada vez mais aptos a assistir estes doentes de uma forma rápida e eficaz, tendo em atenção a relação comunicacional e terapêutica que estabelecem com os doentes. O doente/família que chega a um serviço de urgência apresenta-se ansioso, nervoso, com medo e receio pela situação que estão a viver. Neste sentido, a comunicação entre a equipa e o doente/família torna-se fundamental para o esclarecimento de dúvidas, aumento da confiança e consequentemente a redução da ansiedade e da incerteza. Mishel, em 1988, formula a Teoria da Incerteza, em que define este estado como a incapacidade que o indivíduo tem de determinar o significado de eventos relacionados com a doença que ocorre quando os indivíduos são incapazes de atribuir valor definitivo a determinados eventos, não sendo capazes de prever com precisão os resultados. (Mishel, 1988) Assim, qualquer indivíduo com incerteza no seu processo de doença pretende reorganizar-se de modo a recuperar a sua saúde. Nesta teoria, Mishel atribui ao trabalho dos profissionais de saúde a sua importância como *fornecedores de estrutura*, através da transmissão de confiança nas situações de doença em que a incerteza impera. Torna-se evidente que desde os cuidados de saúde primários ao momento em que o indivíduo entra num serviço de urgência e consecutivamente é internado, a incerteza pode imperar e o nosso papel como enfermeiros *fornecedores de estrutura* é fundamental. A principal estratégia usada pelos profissionais é a comunicação terapêutica, ou seja, a habilidade que um profissional detém para ajudar os indivíduos a enfrentarem os seus problemas, identificando e respondendo às necessidades de cada pessoa, de modo a desenvolver a melhoria da prática de enfermagem. (Cielo, 2013)

No estágio desenvolvido no SU foram muitas as situações em que se percebe claramente a importância da comunicação como um fator desencadeante da satisfação do doente/família e consequentemente uma melhoria na qualidade dos cuidados. Tornou-se fácil concluir que uma comunicação pouco clara e escassa provoca no doente insegurança e ansiedade, enquanto que, por outro lado, uma comunicação clara e disponível proporciona um sentimento de segurança. Foram muitas as situações em que se observou que doentes e familiares confusos, ansiosos e sem informação eram aqueles que menos toleravam os tempos de espera, mesmo os estritamente necessários, a falta de condições físicas e humanas do serviço, entre outros fatores, o que muitas vezes pode originar os comportamentos agressivos e violentos que vemos hoje nos meios de comunicação social como sendo cada vez mais frequentes nos serviços de urgência. Como futura enfermeira EEMC foi importante desenvolver um conjunto de estratégias comunicacionais com os

doentes/famílias e também com a equipa multidisciplinar, tais como a escuta ativa e a compreensão empática. O enfermeiro precisa manter uma boa comunicação e saber ouvir, de forma a perceber a maneira como o doente e os seus familiares estão a vivenciar a hospitalização, a situação de doença, o tratamento, além de conhecer os seus receios, desejos e sentimentos. Isto é fundamental para o enfermeiro poder planear os seus cuidados, de forma singular para cada doente, atendendo às suas necessidades. Além disso, é muito importante o enfermeiro demonstrar disponibilidade, pois para que ocorra uma comunicação efetiva, é necessário que o doente/familiar e o enfermeiro estejam disponíveis um para o outro, escutando e valorizando as suas necessidades, sentimentos e comportamentos. (Cielo, 2013) A partir do diálogo, os profissionais de enfermagem podem aumentar a capacidade de os doentes fazerem escolhas, inclusive quanto às atividades de enfermagem, o que se traduz em oferecer-lhe a possibilidade de autonomia. Outra das ferramentas utilizadas foi a empatia e a escuta ativa, pois muitas vezes serviram como apaziguadoras de momentos de elevada tensão e ansiedade. Principalmente para as famílias que veem os seus familiares num momento de doença e que mesmo assim têm que esperar muitas vezes no corredor ou na sala de espera da urgência, pelas condicionantes do próprio serviço, gerando sentimentos de angústia e stress pela ausência de informação.

Nas alturas de maior fluência no serviço de urgência, a comunicação dos enfermeiros ficava comprometida. Nos dias em que o serviço se encontrava lotado, tornava-se difícil para os enfermeiros apresentarem disponibilidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva. Como futura enfermeira EEMC, foi importante adotar uma postura atenta e disponível para as necessidades dos doentes e das suas famílias, gerindo o stress nos momentos de maior dificuldade, observando o doente para além do procedimento, como ser individual, com necessidades próprias. Além disso, estar atenta à equipa também é uma função por parte do enfermeiro especialista, desenvolvendo um trabalho em equipa, promovendo o espírito de equipa e a capacidade de trabalho eficaz. É essencial, que apesar dos momentos de maior trabalho, em que o cansaço impera, a comunicação não verbal do enfermeiro não demonstre este sentimento, mas sim confiança e disponibilidade.

Durante este estágio, outra das reflexões associada à prestação de cuidados de qualidade, relaciona-se com o controlo de infeção. Os enfermeiros EEMC podem desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controlo de infeção hospitalar. O cumprimento de algumas normas, como atender à distribuição e alocação

de doentes, à higiene das mãos, bem como, a utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas essenciais e recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde. (DGS 2013) Como foi referido anteriormente, com uma elevada afluência de doentes no serviço de urgência, a acumulação de macas num espaço físico pequeno torna-se um problema. Com a reforma da rede de referenciação hospitalar em contexto de urgência e o encerramento de alguns serviços, houve necessidade de redirecionar a população para os hospitais de referência o que culminou no aumento do fluxo de doentes nestes locais (DGS 2013). No entanto, a estrutura física e humana destes serviços não sofreu quaisquer alterações para colmatar estas mudanças, o que faz com que com o aumento da afluência nestes serviços, o número de doentes num SU chega a ser desproporcional em relação à dimensão do espaço. De acordo com a DGS (2013), as camas hospitalares devem ter entre si um metro de distância mínima, sendo o ideal de pelo menos 1,30m. Neste serviço de urgência, em dias de maior afluência, isto não era muitas vezes possível de cumprir. Logicamente, quanto mais próximas as macas se encontram, maior a probabilidade de se promover a propagação de infeções associadas aos cuidados de saúde. Como futura enfermeira EEMC, foi importante assumir uma prática baseada na gestão do espaço, estando sempre atenta à localização das macas, tentando evitar a aproximação entre os doentes e promovendo assim o controlo de infeção.

Além disso, quanto maior era a afluência, maior era a sobrecarga de trabalho dos profissionais, o que muitas vezes poderia comprometer o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, nomeadamente a higienização correta das mãos. De acordo com a DGS, a higienização das mãos é uma técnica simples, de baixo custo, facilmente apreendida e que requer pouco tempo para a sua execução, reduzindo substancialmente a transmissão de infeção dos profissionais de saúde para os respetivos doentes. (DGS, 2010) Ao longo deste estágio, como futura enfermeira EEMC foi importante promover a sensibilização da equipa para a importância das precauções básicas de controlo de infeção, nomeadamente da higienização das mãos, realizando este procedimento, e discutindo em equipa a sua extrema necessidade.

Através do desenvolvimento de todas estas atividades e com o atingimento dos objetivos enumerados anteriormente, existem um conjunto de competências adquiridas como futura enfermeira EEMC, que serão apresentadas a seguir.

Competências adquiridas:

- Zelei pelos cuidados prestados na área da EEMC, criando um ambiente terapêutico e seguro;
- Promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos;
- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente/família, na área da EEMC, assegurando uma prática baseada na evidência científica;
- Identifiquei situações de melhoria para a qualidade dos cuidados e segurança do doente e dos profissionais, participando e promovendo a investigação em serviço na área da EEMC.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros estabelece que o enfermeiro EEMC deverá ter como competência realizar a gestão dos cuidados, otimizando os cuidados de enfermagem e da equipa de saúde, adequando os recursos às necessidades de cuidados e identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados. (OE, 2010)

Objetivos:

- **Desenvolver um método de trabalho eficaz na prestação e gestão dos cuidados ao doente crítico e paliativo;**
- **Demonstrar capacidade de integrar conhecimentos sobre a gestão de cuidados, recursos humanos e materiais;**
- **Desenvolver espírito de equipa e capacidade de trabalho inserido numa equipa multidisciplinar.**

A gestão de uma empresa/instituição foi, desde sempre, uma parte integrante e essencial para o seu sucesso. Ao longo do tempo foram surgindo na sociedade novos paradigmas que significaram enormes transformações de ordem económica, social e tecnológica. Torna-se assim inquestionável que atualmente haja uma constante necessidade de mudança e renovação contínua dentro das organizações, para que seja possível um acompanhamento do mundo atual e das suas exigências. A gestão atualizada e contemporânea torna-se por isso fundamental.

Os conceitos de gestão/gestor e liderança/líder são conceitos distintos, mas facilmente vistos como conceitos similares. Para Zaleznik (2004), gestores e líderes desempenham funções diferentes. Para este autor, os gestores são aqueles que focam a sua atenção nos objetivos e resultados a atingir, na estrutura e nos recursos da organização, de forma racional e controlada, adaptando-se aos factos, excluindo a sua transformação. Os líderes são aqueles que desenvolvem as suas funções de forma a exercer influência no sentido de alterar estratégias e decisões organizacionais, motivando o grupo que lideram, sendo deste modo mais intuitivos do que racionais. Rost e Smith (1992) definem que enquanto a gestão assenta em lógicas de autoridade, a liderança baseia-se nas relações interpessoais. Ou seja, enquanto que na gestão existe uma preocupação entre a coordenação de pessoas, recursos e atividades com vista ao cumprimento dos objetivos da organização, na liderança, os líderes e os constituintes do grupo que é liderado procuram mudanças que traduzam os objetivos comuns.

A liderança de uma organização, de acordo com Chiavenato (2004), não deve ser percebida como direção ou gestão. Uma das principais ferramentas da gestão é a liderança e é na gestão que coexiste o seu papel crítico pois é aqui que todos os objetivos e necessidades da organização são definidos, produzindo assim metas de trabalho a serem implementados de modo a atingir o sucesso da instituição. Por sua vez, Cunha (2007),

distingue liderança de gestão na medida em que considera que a liderança é mais emocional, emotiva e inovadora ao contrário da gestão que é mais racional, planeada, controlada e sem riscos. Podemos então concluir que liderança e gestão são processos distintos que podem ser ambas características intrínsecas ao indivíduo e que são imprescindíveis ao gestor/líder de uma organização. São assim conceitos diferentes, mas não antagónicos, no sentido em que ambos são necessários para atingir determinado objetivo dentro de uma organização sendo indispensável liderar pessoas e gerir recursos para o sucesso de uma organização.

Liderança caracteriza-se pelo processo de influenciar pessoas e grupos no alcance de objetivos comuns, dando primazia às relações interpessoais, permitindo o desenvolvimento de competências, com vista a uma liderança eficaz, tornando-se imprescindível para o alcance do sucesso das organizações. Tradicionalmente, os enfermeiros têm ocupado e desenvolvido cargos de liderança e gestão em saúde. Atualmente, a gestão na enfermagem é desempenhada pelo enfermeiro chefe e pelos diretores de enfermagem. No entanto, o próprio enfermeiro na prestação dos seus cuidados diários ao doente, acaba por ser gestor das suas intervenções estipulando prioridades de tarefas, distribuindo funções dentro da equipa e organizando o próprio material usado nos cuidados (Galvão, 1998). A gestão desde sempre foi fulcral na prática diária dos enfermeiros, sem ser necessariamente denominada como tal. A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) refere que a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde. (APEGL, 2009)

Reconhecendo a importância e os benefícios da liderança dos enfermeiros para os sistemas de saúde e para os doentes, o Conselho Internacional dos Enfermeiros criou um programa em 1996, que mais tarde, em 2006, a OE começa a desenvolver em Portugal – Programa de Liderança para a Mudança (LPM). O desenvolvimento deste programa teve como objetivo ajudar os enfermeiros a desenvolverem-se como líderes e gestores num ambiente de saúde, promovendo a qualidade dos cuidados, através de estratégias apropriadas e proativas de liderança. Neste mesmo programa são delineadas algumas características que um líder em enfermagem deverá ter para ser efetivo e bem-sucedido: compreender a reforma do sistema de saúde, ser visionário, pensar de forma estratégica, planear de forma eficiente, gerir a mudança e trabalhar de forma efetiva em equipas. (OE, 2006) Além disto, a OE (2006) define também que um líder em enfermagem deverá ter

algumas competências interpessoais fundamentais, como a comunicação, a negociação, capacidade de motivar e influenciar os que o rodeiam e realizar gestão de recursos.

Em consenso para a maioria dos autores supracitados, a comunicação é o elemento fundamental no processo de uma liderança eficiente. De acordo com Santos (2003), a comunicação é essencial para exercer a influência, coordenação das atividades e concretização da liderança, além de fazer com que as pessoas se encontrem constantemente envolvidas numa relação interpessoal. É através da comunicação que o líder/gestor conquista a confiança da equipa, ouve os seus elementos atentamente, promove relacionamentos interpessoais e estimula a sua motivação de modo a chegar ao atingimento de objetivos comuns. Posto isto, uma questão se coloca: Qual será o melhor estilo de liderança nas organizações de saúde?

Hersey e Blanchard (1986) desenvolvem a teoria situacional que assenta na premissa de que não existe um único estilo de liderança apropriado para toda e qualquer situação. Estes defendem que o êxito de determinado estilo de liderança altera-se de acordo com a maturidade dos liderados assim como das características da situação. Desta forma, Hersey e Blanchard salientam que não existe um único modo de influenciar as pessoas. O estilo de liderança que uma pessoa deve adotar com indivíduos ou grupos depende do nível de maturidade das pessoas que o líder deseja influenciar. Defendem ainda que a maturidade dos liderados corresponde à disposição destes para aceitar as responsabilidades, ao conhecimento e ao modo como realizam as tarefas. O estilo de liderança em que o líder se apoia depende assim da situação e das características do liderado. Esta teoria pode assim, proporcionar uma estrutura de referência que dará ao enfermeiro líder uma maior competência para liderar em contexto hospitalar.

Seguidamente irão ser abordadas as diferentes experiências obtidas durante os três estágios, percebendo-se qual o estilo de liderança adotado pelas respetivas equipas de enfermagem.

No **módulo II – UCI**, o foco do meu desenvolvimento profissional enquanto futura EEMC foi a investigação, a gestão e a prestação dos cuidados, traduzindo a sua aplicabilidade através da metodologia científica da profissão – o Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem e a respetiva aplicação através do plano de cuidados de enfermagem definido para cada doente é fundamental em qualquer área de intervenção

do enfermeiro EEMC, enquanto profissional altamente qualificado e com um campo de intervenção próprio. Tem constituído o modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional de modo a organizar as condições necessárias à realização do cuidado e a documentação da prática profissional. Assim, ele deve ser entendido como um meio e não como um fim em si mesmo (Garcia, 2009).

Alfaro (1986) define as cinco etapas do processo de enfermagem: avaliação inicial e recolha de dados acerca do estado de saúde/doença do doente, identificação dos problemas e definição dos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e do plano de cuidados, execução desse plano, e por fim a avaliação da intervenção de modo a perceber se foi ou não bem-sucedida e se significou ganhos em saúde para o doente. Já de acordo com o artigo 5º, do capítulo II do REPE (1996), os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem uma metodologia científica denominada de Processo de Enfermagem e que inclui determinados pontos sequenciais que corroboram o que Alfaro definiu anteriormente. É com base neste Processo de Enfermagem que assenta o plano de cuidados que definimos para cada doente. Phaneuf (2001) atribui ao processo de enfermagem determinadas características fundamentais, definindo-o como sendo um processo: sistemático, uma vez que pressupõe uma abordagem sequencial para a resolução de problemas; dinâmico, pois evolui com as mudanças que ocorrem no estado da pessoa; interativo, uma vez que é contruído com base na relação terapêutica existente com o doente; flexível, pois ajusta-se a diferentes contextos da prestação dos cuidados; por último, essencial, como ferramenta no processo clínico do doente.

Neste estágio numa UCI, a implementação do processo de enfermagem foi efetuada segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Como futura enfermeira EEMC, através da aplicação do Processo de Enfermagem, mobilizei o conhecimento adquirido de forma a identificar os problemas e as necessidades do doente, formulando diagnósticos de enfermagem de acordo com as situações, planeando e implementando posteriormente intervenções de enfermagem adequadas. No final da sua aplicação, era importante reavaliar o doente a fim de perceber os resultados da implementação do plano de cuidados e da respetiva eficácia. Diariamente e quase de uma forma espontânea, em todos os turnos de trabalho pensamos no processo de enfermagem mentalmente, e pela exigência muitas vezes de uma resposta rápida, colocamos em prática o plano de cuidados individualizado e adequado às necessidades do doente, promovendo assim a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

Outra das reflexões importantes a referir neste módulo de estágio, relaciona-se com o processo de liderança existente neste serviço de CI. A equipa de enfermagem da UCI está inserida numa equipa multidisciplinar, em que os cuidados de enfermagem são prestados em complementaridade com outros profissionais de saúde, dispondo de medidas de controlo contínuo de qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença e permitir a melhor recuperação funcional possível daquele doente. O REPE, no seu Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, define no seu artigo 8º e 9º que o enfermeiro tem uma atuação de complementaridade funcional com outros profissionais de saúde. Assim, a gestão dos cuidados de enfermagem pode distinguir-se em dois tipos de intervenções – autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais. Por outro lado, as intervenções interdependentes são todas as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, de modo a atingir um objetivo comum. (REPE, 1996) É precisamente pelo Processo de Enfermagem que resultam as intervenções autónomas.

No percurso desenvolvido ao longo do Estágio estabeleci, progressivamente, relações com as equipas multidisciplinares e interdisciplinares de forma construtiva, coesa e firme. Na prestação de cuidados especializados de enfermagem é fundamental o trabalho em equipa, para obter benefício dos mesmos e constituir ganhos em saúde. Como refere Silva (2007) a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, por isso, melhora a qualidade dos cuidados de saúde. O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para todos os profissionais e é considerado como uma experiência no campo da saúde suscetível de afetar positivamente, tanto a satisfação dos doentes, como profissionais (Chaves, 2000).

Nesta UCI, diariamente o trabalho é organizado tendo em conta as funções a desempenhar por cada um dos elementos da equipa. Por cada turno existe um enfermeiro coordenador de turno EEMC, um enfermeiro especialista em reabilitação e a respetiva equipa de enfermeiros que estarão na prestação direta dos cuidados ao doente crítico, num rácio normalmente de 1 enfermeiro para cada doente, no máximo para 2, de acordo com algumas condicionantes, nomeadamente a existência de faltas de alguns profissionais ou então a complexidade do doente em questão. De acordo com a Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da OE (2014), o tempo médio em horas

de cuidados de enfermagem necessários por dia de internamento nas UCI polivalentes, como é o caso, é de 16,94 horas, definindo assim um rácio de 1:1 (rácio enfermeiro: doente). Já de acordo com Campus (2006), o cálculo da dotação segura de enfermeiros deve ter em conta o número de doentes, as suas necessidades individuais e a exigência dos cuidados. Como enfermeira EEMC, a reflexão sobre este tema foi constante durante o estágio, com a enfermeira tutora e a restante equipa multidisciplinar, concluindo que maioritariamente dos dias esta recomendação relativa ao rácio era cumprida, excetuando em casos excecionais como a falta de algum profissional ou o aumento do número de doentes na unidade. A distribuição da equipa era realizada pela enfermeira-chefe (EC) que detinha assim funções de gestão do serviço, recursos humanos e materiais. Relativamente ao enfermeiro coordenador de turno, este era sempre EEMC, e tinha como responsabilidade supervisionar e coordenar a equipa, gerir o número de vagas, receber as famílias no momento das visitas, identificar as falhas técnicas ou materiais e efetuar os respetivos pedidos, providenciar a substituição dos recursos humanos em situações de ausência, registar as ocorrências do turno no livro de ocorrências, efetuar auditorias nos dias estipulados, e dar apoio à equipa na prestação direta dos cuidados quando assim se justificava. Durante este estágio, tive oportunidade de observar o desempenho de vários enfermeiros coordenadores, assim como de participar nestas atividades juntamente com o enfermeiro Tutor. Foi interessante perceber e refletir que consoante o elemento que estivesse a realizar a coordenação do turno e de acordo com o tipo de liderança que adotava, os comportamentos da equipa eram diferentes. Como futura EEMC, compreendi a importância de o enfermeiro coordenador ser um EEMC na medida em que detém competências de gestão e liderança importantes, como a organização dos cuidados e dos recursos humanos e materiais assim como, a consciência crítica para os problemas da prática atual. Como estilo de liderança, sempre que realizei atividades nesta área, foi importante basear a minha prática de acordo com o modelo de liderança de Hersey e Blanchard (1986), adotando um estilo de liderança de acordo com o nível de maturidade e as características do profissional.

No **módulo III, estágio em CP**, foi interessante observar o processo de gestão e liderança inerente a este serviço.

A liderança pode assumir essencialmente três tipos de líder: autocrático, democrático e liberal. O líder autocrático é aquele que mantém um total controlo sobre o

grupo e sobre a tomada de decisão; é dominador, sendo ele que fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo; determina qual a tarefa que cada um deve executar, sem ter a opinião dos outros profissionais. Por outro lado, o líder democrático é aquele que se caracteriza pela participação de todos os membros do grupo na tomada de decisão e no estabelecimento dos objetivos, a divisão das tarefas fica ao critério do próprio grupo e tenta ser um membro normal do grupo, ajudando os seus liderados no necessário. Por último, o líder liberal ou mais conhecido por *Laissez-faire*, é aquele que assume uma atitude passiva e não diretiva, onde todas as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo intervenção do líder (Pinto, 2006). Como já fora referido anteriormente, não existe na literatura evidência que defenda a adoção de um tipo de liderança específico em detrimento de outro, pois qualquer um dos tipos de liderança possui vantagens e desvantagens. Assim, e de acordo com Hersey e Blanchard (1986), um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias encontradas, às características dos profissionais e de acordo com as necessidades e objetivos do grupo.

Na unidade de CP onde realizei este módulo de estágio, a equipa de cuidados paliativos era heterogénea, liderada por um enfermeiro perito na área. Patrícia Benner (2001) desenvolveu um Modelo de Aquisição de Competência, no âmbito da socialização num serviço de saúde, que permite explicar e refletir sobre a evolução dos profissionais à medida que vão obtendo experiência profissional. A autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, sendo o iniciado aquele que detém os conhecimentos básicos e o perito aquele que demonstra capacidade de perceber e interpretar de forma intuitiva os problemas que lhe são apresentados, não necessitando de estratégias de apoio à decisão para resolver a situação, dando resposta com segurança e certeza, de acordo com as competências adquiridas. (Benner, 2001) Deste modo, o meu estágio foi desenvolvido tendo como tutor um enfermeiro perito em cuidados paliativos e que liderava a equipa. Foi assim um momento de aprendizagem pois a partilha sobre as variadas situações que apareciam era momentos constantes e que me trouxeram grandes aprendizagens. Como futura enfermeira EEMC foi importante perceber que a enfermeira perita/responsável pela equipa adotava um tipo de liderança democrático, estimulando a participação de todos os membros do grupo na tomada de decisão e no estabelecimento dos objetivos dos cuidados prestados. De facto, a equipa de cuidados paliativos funcionava como um só, em parceria com as outras equipas, em que todas tinham um objetivo comum a cumprir: a promoção da qualidade de vida dos doentes,

independentemente da situação. Como estudante de mestrado e futura enfermeira EEMC, as aprendizagens na área de gestão neste campo de estágio foram bastantes. Constatei que ao enfermeiro EEMC, no cuidado ao doente paliativo, é atribuído o papel de administrador de relacionamentos, gestor conflitos, formador de equipas, negociador com os elementos das mesmas e elemento proporcionador da ligação entre os objetivos da equipa e os institucionais.

A determinada altura deste estágio ocorreu uma situação que retrata o papel do enfermeiro responsável como líder na tomada de decisão da equipa. Uma doente do sexo feminino foi internada no serviço com o diagnóstico médico de carcinoma no pâncreas, vinda de uma outra unidade hospitalar com mau prognóstico. O marido da doente, à admissão no serviço, apresentava-se confiante e esperançoso pois acreditava que a situação da esposa se iria resolver rapidamente. Quando confrontado com a realidade, demonstrou uma atitude de revolta perante a situação, aliado a um comportamento agressivo perante a equipa. Neste momento, cada enfermeiro da equipa tentou diversas abordagens; no entanto, sem sucesso. Perante esta situação, o enfermeiro perito teve como principal função, reunir a equipa, liderando um momento de diálogo e partilha de experiências, com o principal objetivo de identificarem a melhor solução para aquele comportamento, de modo a aliviar o sofrimento daquele marido e a promover cuidados de qualidade à doente. A minha postura como futura enfermeira EEMC foi participar nas reuniões e partilhar algumas estratégias comunicacionais à equipa que poderiam ajudar na relação com o marido da doente, tais como: o estabelecimento da relação terapêutica, desenvolver uma escuta ativa, perceber quais eram as principais preocupações do marido, respeitar o direito de não querer saber ou falar sobre a doença da esposa e manter sempre uma esperança realista. Após a reunião de equipa e o estabelecimento do plano terapêutico para aquele casal, as estratégias foram colocadas em prática e os resultados, apesar de demorados, foram conseguidos. A esposa acabou por falecer no serviço; no entanto, até neste momento, a postura do marido traduziu a confirmação de que a equipa tinha conseguido atingir os objetivos propostos, pela sua tranquilidade demonstrada e a aceitação no momento da morte da esposa.

Assim, a sensibilidade da equipa multiprofissional demonstra a humanização no processo de cuidar e a importância da integralidade do cuidado (Silveira, 2014).

No **módulo I – SU**, a minha prática como futura enfermeira EEMC baseou-se na abordagem da metodologia de trabalho utilizada no serviço. O serviço de urgência é um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes que deles necessitam. Portanto, estes serviços são locais que necessitam dar respostas rápidas, devendo ser constituídos por equipas qualificadas, com competências na área da comunicação e na tomada de decisão rápida e eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico. Neste contexto, a liderança assume um papel fundamental, pois é a partir dela que se obtém a sincronização do trabalho em equipa, promovendo assim um atendimento de qualidade e melhores cuidados de saúde para o doente.

No estágio desenvolvido no SU, tornou-se claro a existência de dois tipos de liderança: o enfermeiro-chefe e o enfermeiro coordenador. O enfermeiro-chefe geria a equipa de enfermagem, na sua totalidade, adotando as suas funções de gestor enquanto chefia da equipa. Não prestava cuidados diretos aos doentes; executava a gestão dos recursos humanos e materiais do serviço de urgência, adotando um estilo de liderança democrático. Por conseguinte, os enfermeiros encontravam-se distribuídos por equipas em que a cada uma delas estava associado um enfermeiro coordenador de equipa que assumia determinadas funções durante o turno de trabalho, não prestando também cuidados diretos aos doentes. Este era nomeado pelo Enfermeiro-Chefe, detinha a EEMC, e tinha como competências colaborar com a direção do serviço de urgência, assumindo as funções que lhe são delegadas pelo Enfermeiro-chefe, preservando a coerência profissional da equipa multidisciplinar e multiprofissional, de forma a permitir o contínuo melhoramento organizacional do serviço. Como futura enfermeira EEMC, tive oportunidade de realizar alguns turnos com os enfermeiros coordenadores e participar ativamente nas funções por eles desempenhadas, tais como: gerir a equipa e distribuir os profissionais pelos setores do SU, de acordo com a sua experiência, habilitações e tempo de carreira; monitorizar os tempos de espera da zona de triagem de modo a gerir o serviço; apoiar os diversos setores e colaborar na prestação de cuidados se necessário; solicitar as refeições para os doentes que se encontram no SU; efetuar e enviar relatórios de ocorrências, com os principais acontecimentos do respetivo turno; rececionar estupefacientes e gerir o *stock* da farmácia do SU e realizar o plano de trabalho da equipa para o turno seguinte. Através desta atividade, foi importante para a minha aprendizagem na área da EEMC perceber os diferentes tipos de liderança que cada enfermeiro coordenador exercia relativamente à equipa e a reação desta perante este líder. Os estilos

de liderança variaram entre o democrático e o liberal, sendo que o que tinha mais eficácia e permitia um trabalho de equipa com mais qualidade era o democrático, em que todos eram considerados na tomada de decisão. É de salientar que todos os coordenadores compreendiam o processo de liderar, demonstrando competências na área da comunicação, relacionamento interpessoal e tomada de decisão. Como futura enfermeira EEMC foi importante perceber que estes três tópicos são importantes para alcançar o sucesso e a qualidade dos cuidados prestados.

Outra das reflexões desenvolvidas neste estágio relaciona-se com o trabalho em equipas. Foi possível constatar que apesar de existirem equipas definidas com os respetivos coordenadores atribuídos, muitas vezes, por motivos de trocas de horário por parte dos profissionais, estavam elementos de várias equipas a trabalhar no mesmo turno. Em partilha com a enfermeira tutora foi interessante concluir que o trabalho desenvolvido pelas equipas completas era diferente do trabalho que apresentavam quando os profissionais das várias equipas se misturavam no mesmo turno. Tendo em vista que na área de urgência e emergência a equipa deve trabalhar de forma sincronizada, rápida e com segurança em prol de uma melhor qualidade dos cuidados, é importante que haja coerência, conhecimento e parceria entre os elementos da equipa. Desta forma, a rotatividade dos profissionais de enfermagem não é aconselhável, uma vez que os vínculos teriam que ser restabelecidos a cada troca de profissional, condicionando assim os cuidados. (Silva, 2014)

Durante este estágio neste serviço, outra das reflexões efetuadas relaciona-se com a gestão do trabalho e a metodologia de trabalho existente. Ao contrário das outras áreas de estágio, que eram serviços de internamento e que havia uma distribuição de doentes por cada profissional, no SU o trabalho era organizado essencialmente à tarefa. Como sabemos, o número de doentes é usualmente elevado pelo que se torna impossível a atribuição de doentes a cada profissional. Assim, quando uma prescrição médica é efetuada no sistema informático, surge um aviso no computador, e o primeiro a constatar a prescrição assume a responsabilidade pela execução da tarefa e não pelo doente. O que significa que, se posteriormente surgir uma nova prescrição para o mesmo doente, mas o profissional que primeiro observar esta indicação for outro, é este que executa o procedimento. Por isso, podemos constatar que a maioria das intervenções neste serviço são interdependentes. Esta metodologia de trabalho tem como principais vantagens a execução de um elevado número de intervenções num curto período de tempo e o conhecimento global da sala por parte de todos os enfermeiros. No entanto, em reflexão

como futura enfermeira EEMC, constatei que a probabilidade de erro torna-se maior e contribui que cada membro da equipa esteja mais focado na tarefa do que nos doentes, o que pode significar a não prestação de cuidados de qualidade. De acordo com Lopes (1995), a ênfase é apenas executar, levando a que os cuidados de enfermagem sejam prestados com base na tarefa, sugerindo uma “linha de montagem”, no qual o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas apenas pela concretização de tarefas automatizadas de natureza apenas executiva (Lopes, 1995) A personalização e a individualização dos cuidados e o atendimento com qualidade pode estar assim comprometida, uma vez que não há uma definição clara de quem efetivamente assume a responsabilidade final pelo doente. Face a esta questão, foi pensada uma proposta de melhoria enquanto estudante em parceria com a enfermeira tutora, nomeadamente a divisão do espaço físico de cada área do SU, ficando cada um destes espaços atribuído a um enfermeiro e consecutivamente todos os doentes que estejam alocados nesse mesmo espaço. No entanto, tendo em conta a rotina diária do SU, a escassez de profissionais e o comprometido espaço físico, torna-se difícil a implementação desta proposta.

Com a constante mudança que assistimos diariamente e com as exigências da sociedade, é solicitado um novo perfil do profissional de enfermagem EEMC, com novos conhecimentos, habilidades e competências.

Desde modo, no domínio da gestão dos cuidados, as principais competências adquiridas como futura enfermeira EEMC será apresentado no esquema seguinte.

Competências adquiridas:

- Demonstrei conhecimentos e capacidades na área da gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais;**
- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática atual, relacionados com a prestação de cuidados na área da EEMC;**
- Liderei equipas de prestação de cuidados na área da EEMC;**
- Participei em atividades na área da gestão de cuidados.**

2.4. Domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a Ordem dos Enfermeiros (2010) define que o enfermeiro EEMC deverá ser capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento válidos e sólidos.

Objetivos:

- **Promover e participar na formação em serviço na área da EEMC;**
- **Conhecer as principais características dos serviços e dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, nas três áreas distintas: cuidados intensivos, serviço de urgência e cuidados paliativos;**
- **Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação eficazes com o doente, família e equipa multidisciplinar;**
- **Demonstrar capacidade de reação e resposta perante situações imprevistas e complexas no âmbito da prestação de cuidados.**

Atualmente, de acordo com as necessidades da sociedade em que vivemos e das exigências sociais a que somos sujeitos diariamente, torna-se fundamental a necessidade de nos mantermos atualizados no nosso dever de manter a excelência do exercício profissional, através da renovação e atualização contínua dos conhecimentos. É exigido às organizações que estejam em constante desenvolvimento, inserindo os seus profissionais nessas necessidades formativas, criando condições para tal investimento. Dotar os profissionais de competências, comportamentos e atitudes atualizadas, permite à instituição potencializar a qualidade dos cuidados prestados. (OE, 2010)

A formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com o objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também é considerado um dever para com a profissão, não assumindo, no entanto, um carácter obrigatório uma vez que o enfermeiro é autónomo na sua formação pós-graduada. Deste modo, a formação contínua destes profissionais torna-se imperativa como forma de adaptação e aquisição de novas competências, face aos constantes progressos tecnológicos e científicos, tendo como objetivo primordial a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. Aliás,

a OE no seu estatuto publicado em Decreto-Lei n.º 104/98, artigo 88º, esclarece que o enfermeiro, na procura pela excelência do exercício profissional, assume o dever de “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”. (OE, 1998, p. 1755-1756)

É verdade que a Enfermagem é uma profissão cuja área de intervenção está sujeita a uma evolução tecnológica e científica constante. D’Espiney (1997) defende que a produção do saber em enfermagem pressupõe dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, privilegiando o confronto e o debate de ideias. A reflexão sobre a prática e a produção de novos conhecimentos torna-se por isso um modo de estar na profissão. Como futura enfermeira EEMC torna-se fundamental referir a importância que a reflexão crítica e a partilha de conhecimentos entre os vários profissionais, com diferentes características e experiências, tem na construção de um enfermeiro especialista, constituído de competências necessárias à prática baseada na evidência e à prestação de cuidados de excelência. (D’Espiney, 1997)

Ao longo da prática desenvolvida nos estágios, foi importante desenvolver o conhecimento através da pesquisa em bases de dados, repositórios, manuais, aulas lecionadas durante o mestrado, assim como a partilha de experiências e de informações com os enfermeiros tutores e com as respetivas equipas de enfermagem. Perante esta premissa, foram desenvolvidas diversas atividades que permitiram o meu desenvolvimento profissional e que vão ser apresentadas de seguida.

A realização do **módulo II – UCI** foi uma experiência enriquecedora fundamental no decurso do meu desenvolvimento profissional na medida em que foi a primeira experiência que tive numa unidade de cuidados intensivos polivalente, tendo assim contacto pela primeira vez com a prestação de cuidados intensivos ao doente crítico. Foram muitas as oportunidades de aprendizagem durante este percurso o que permitiu, enquanto futura enfermeira EEMC, o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências técnicas, relacionais e comunicacionais nesta área de prestação de cuidados. Um dos trabalhos desenvolvidos neste estágio na UCI foi a realização de um estudo de caso, como se apresenta em **Apêndice III**.

De acordo com Coutinho 2011, um estudo de caso constitui um método de investigação qualitativa, baseado na observação detalhada de um contexto ou indivíduo específico, em que são transportados para casos gerais factos observados num caso

específico. Desde sempre que o tema da comunicação foi a base da minha prática ao longo de todos os estágios; para a realização deste estudo de caso optei por selecionar um doente internado na UCI e refletir sobre as estratégias comunicacionais desenvolvidas entre o doente e a família numa unidade com estas características. Por definição, os cuidados intensivos são uma unidade onde se prestam tratamentos a doentes críticos que necessitam de vigilância permanente por pessoal especializado. Por consequência, os doentes, quanto ao nível de consciência, podem ir do consciente e orientado ao coma profundo. Muitos deles, estão mesmo impossibilitados de comunicar verbalmente pela presença de um tubo orotraqueal que permite a ventilação mecânica. Neste sentido, o processo comunicacional assenta num desafio constante para as equipas prestadoras de cuidados. A comunicação é assim a forma que temos de estabelecer relação com o nosso doente/família, percebendo as suas preocupações, medos, receios e como o podemos ajudar. É impossível não comunicar! Até o silêncio é uma forma de comunicação. Por isso se torna imprescindível que o enfermeiro tenha as ferramentas mais acertadas para comunicar, não só com o seu doente e respetiva família, mas também com a restante equipa de trabalho.

O doente escolhido foi um doente que deu entrada na unidade de cuidados intensivos no mês de maio de 2017, com o diagnóstico de politraumatismo com TCE (traumatismo crânio-encefálico), após um acidente de viação. Para a construção deste estudo de caso foi feita recolha de dados através da observação do doente/caso em estudo, assim como nos registos clínicos. Além disso, foi também realizada uma revisão bibliográfica de modo a sustentar a informação científica incluída no trabalho. Quanto ao método utilizado, foi essencialmente descritivo, analítico e reflexivo. Inicialmente é feita a apresentação do caso, seguida da avaliação de acordo com a metodologia A (via aérea), B (respiração), C (Circulação), D (avaliação neurológica) e E (exposição) usada na abordagem da vítima em emergência. Posteriormente é apresentado um plano de cuidados para o doente de acordo com as suas necessidades ao longo do internamento, terminando o estudo de caso com uma reflexão crítica sobre o caso, em que se explora as diversas estratégias comunicacionais usadas pelos profissionais e familiares na relação comunicacional com o doente.

Foram muitas as aprendizagens profissionais técnicas, humanas e relacionais desenvolvidas neste estágio. Inicialmente foi importante inteirar-me dos protocolos existentes assim como dos manuais de procedimentos, de qualidade e de controlo de infeção de modo a compreender as dinâmicas organizacionais e funcionais dos serviços. A colaboração na prática dos cuidados prestados ao doente crítico assim como a partilha

de experiências com a enfermeira tutora e com a restante equipa multidisciplinar foram atividades fundamentais para a aquisição de competências como futura enfermeira EEMC. De facto, cada pessoa é detentora de experiências, vivências e saberes próprios que merecem ser partilhados de modo a aumentar o conhecimento de todos. A observação, a colaboração e a participação nos cuidados diários dos enfermeiros tutores, foram igualmente estratégias que permitiram o desenvolvimento de competências na identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

Outros dos aspetos importantes a salientar neste estágio e que foi alvo de reflexão foi a humanização dos cuidados. Num mundo de máquinas, técnicas, luzes, sons e alarmes constantes, a humanização dos cuidados ao doente que maioritariamente das vezes se encontra inconsciente e ventilado, totalmente dependente em todas as atividades de vida diárias do cuidado dos enfermeiros, pode ficar facilmente comprometida. Contudo, neste estágio tenho a salientar que todos os profissionais desta unidade contrariam esta ideia do tecnicismo e mecanicismo associado aos CI, evidenciando a humanização dos cuidados ao doente e família. De acordo com Corbani (2009), a humanização dos cuidados em enfermagem é assim o cuidado baseado numa relação de ajuda, numa relação inter-humana, em que o enfermeiro assiste o ser humano como um ser único, composto de corpo, mente, vontade, dotado de dignidade e com direito a que lhe sejam prestados cuidados holísticos. Foram vários os aspetos que mais evidenciaram a humanização dos cuidados e que mais desenvolvi enquanto futura enfermeira EEMC, tais como, a comunicação, a relação terapêutica e o toque terapêutico.

Segundo Pacheco (2007), o toque terapêutico é um método holístico não invasivo e uma técnica contemporânea já desenvolvida na década de 70, que assenta no princípio de que o ser humano possui um campo de energia que pode estender-se para além da pele. Quando o silêncio se impõe, o toque é uma ferramenta fundamental para comunicarmos com os doentes/famílias, demonstrando atenção e preocupação para com eles, notando a nossa presença e diminuindo sentimentos como a solidão, a insegurança e o medo. Se pensarmos, hoje em dia na sociedade em que vivemos, cada vez mais existe um distanciamento entre as pessoas devido às tecnologias existentes, tornando o toque uma ferramenta comunicacional essencial. O toque faz parte de todas as culturas, embora haja a necessidade de termos em conta o contexto sócio-cultural do indivíduo, para percebemos que cada pessoa pode entender o toque de diferentes maneiras. Ainda de acordo com Pacheco (2007), todos precisamos do toque e de o sentir, independentemente da faixa etária, desde as crianças para estabelecer relações e vínculos, até aos idosos de

modo a minimizar a sensação de solidão. Torna-se fácil entender que o toque é uma componente fundamental na comunicação com o outro, essencialmente quando outros meios de comunicação se encontram menos desenvolvidos, como acontece numa UCI. Ao longo deste estágio, e como futura enfermeira EEMC, foi importante perceber que numa UCI, em que o doente se encontra muitas vezes sedado e analgesiado, o toque é uma ferramenta essencial, e muitas vezes única, para comunicarmos com o doente. Além disso, mostrar à família a importância do toque na relação com o seu familiar é uma intervenção igualmente importante. O primeiro contacto da família com o doente numa UCI é um processo complicado por todo o ambiente que o envolve, desde as máquinas ao estado de consciência. Como futura enfermeira EEMC, o acompanhamento da família neste primeiro momento torna-se uma intervenção de enfermagem fundamental, com o objetivo de esclarecer dúvidas, desmistificar mitos e tranquilizar os familiares. É nesta altura que o enfermeiro encontra o momento de excelência para introduzir o toque entre família-doente, explicando aos familiares que apesar do medo existente, é através do toque que conseguem comunicar com o seu familiar mantendo a relação e o vínculo afetivo. O toque torna-se por isso fundamental como uma forma de comunicação não verbal. Na UCI onde desenvolvi o estágio, este trabalho é feito de forma muito cuidada pelos enfermeiros do serviço, o que me permitiu adquirir competências comunicacionais importantes, percebendo que estas intervenções permitem a melhoria da relação dos familiares com a equipa, aumentando a relação de confiança entre ambos.

A comunicação com o doente em cuidados intensivos tem uma elevada importância pois permite a criação de uma relação empática entre o doente e o profissional que lhe presta cuidados, influenciando os níveis de ansiedade e conforto do doente, afetando a sua recuperação e o tempo de internamento e diminuindo a sensação de isolamento que muitas vezes estes doentes sentem. Nestas unidades, comunicar pode ser mais difícil pelas características dos doentes; no entanto, constitui um desafio para os profissionais que cuidam, desenvolvendo o espírito de criatividade que tanto caracteriza esta classe profissional. Nesta unidade, por exemplo, quando o doente iniciava o desmame ventilatório e o seu estado de consciência permitia estar vígil, apesar de ventilado, estratégias como quadros com as letras do alfabeto, o estabelecimento do contacto visual, a mímica facial, o piscar de olhos ou o aperto de mão como resposta a perguntas simples permitiam o estabelecimento de um processo comunicacional com o doentes com os profissionais mas também com os familiares, traduzindo numa sensação de conquista, conforto e bem-estar para aquele doente e para a sua família.

A família foi igualmente foco da minha prática como futura enfermeira EEMC nesta UCI. Numa fase inicial, em que os doentes se encontram inconscientes, as suas famílias são a entidade que mais sofre e que é constantemente levada a experimentar sentimentos como o medo, a raiva, a negação, a tristeza e a perda de controlo. A primeira visita das famílias numa UCI é um momento angustiante e problemático, em que o nervosismo e a ansiedade imperam. Todo o espaço é estranho e o próprio familiar lhes parece estranho pela quantidade de fios, máquinas e ruídos sonoros que o rodeiam. O acompanhamento da família neste primeiro momento e o acolhimento que é feito pela equipa de enfermagem torna-se fundamental, de modo a esclarecer dúvidas, desmistificar mitos e tranquilizar os familiares. Demonstrar disponibilidade e preocupação em responder às questões que são colocadas, de forma segura e verdadeira são as principais ferramentas que desenvolvi neste estágio, permitindo a obtenção de competências na área da comunicação com as famílias em CI.

Para finalizar, resta abordar outros dos trabalhos desenvolvidos neste estágio e que é apresentado em **Apêndice IV**, intitulado de “Apresentação do módulo II- estágio numa unidade de cuidados intensivos”. Este trabalho foi realizado após o término deste módulo e teve como principal objetivo a apresentação aos colegas e professores do mestrado EEMC das principais aprendizagens, contributos e competências adquiridas durante este estágio, assim como os objetivos atingidos e as atividades desenvolvidas para o seu atingimento. É de salientar que este trabalho encontra-se no formato *PowerPoint*, uma vez que foi esta a ferramenta utilizada para proceder à sua apresentação.

Relativamente ao **módulo III – CP**, as maiores aprendizagens que obtive como futura enfermeira EEMC foi o controlo sintomático e as estratégias comunicacionais. O controlo inadequado dos sintomas ao longo da progressão da doença, de acordo com MMacdonald (2002), para além de produzir sofrimento para o indivíduo, poderá ter mesmo um efeito adverso na progressão da mesma. São vários os sintomas que podem interferir com o bem-estar do doente: as náuseas e vómitos, a dor, a fadiga, a xerostomia, a anorexia, obstipação, retenção urinária, confusão/delírio, depressão, ansiedade, insónia, entre outros. Durante este módulo de estágio, o meu foco de interesse foi a dor.

De acordo com a DGS (2013), no seu Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, a dor é assumida como 5º sinal vital, assumindo uma elevada importância uma vez que contribui diretamente para o bem-estar e qualidade de vida do

doente, devendo assim ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde. A dor consiste numa experiência individual, sensorial e emocional desagradável, podendo ser aguda ou crónica. A dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado. Por outro lado, a dor crónica é aquela que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, estendendo-se no tempo e sendo muitas vezes considerada como uma doença, muito para além do sintoma. (DGS, 2013)

Para combater a dor, uma das estratégias utilizadas nas unidades de CP é a rotação de opióides. Este procedimento tem como principal objetivo a redução dos efeitos secundários intoleráveis e a melhoraria a analgesia. A prática recomendada para a rotação de opióides é usar uma equianalgesia, tendo em conta a existência de uma tabela protocolada que calcula a equivalência de dosagem para o novo opióide em relação ao anterior, sendo aconselhado uma redução de cerca de 30-50% da dose do novo opióide (Mercadante & Portenoy, 2010). Com esta prática, eram observadas melhorias significativas no bem-estar dos doentes, pois tinham a sua dor controlada.

Neste sentido, a terapêutica pode ser administrada por várias vias. O que importa aqui salientar é a importância da via subcutânea (VSC) nos CP. Esta é considerada a via por excelência nos cuidados paliativos, por várias razões: pode ser usada em simultâneo com a via oral, permite um bom controlo de sintomas, é uma técnica pouco agressiva e com menos efeitos secundários e tem aplicabilidade no domicílio. (Neto, 2008) O seu uso para a hidratação e administração de terapêutica têm-se vindo a desenvolver e aplicar nos últimos anos. No entanto, de acordo com Querido e Guarda (2006), esta via de administração é ainda desconhecida por muitos profissionais de saúde e talvez por essa razão é usada poucas vezes apesar da sua eficácia. De acordo com Neto (2008), apesar de a via oral ser a preferida pela facilidade de administração, ter boa tolerabilidade, mínimo desconforto e menor custo, existem vários motivos para preferir a via SC. No caso de náuseas e vômitos constantes, lesões na cavidade oral, entre outros sintomas característicos dos doentes paliativos e que comprometem a via oral, esta fica automaticamente bloqueada. Relativamente às contraindicações da via SC, Neto (2008) evidencia algumas tais como: edema/anasarca, distúrbios da coagulação, tecidos junto de cicatrizes operatórias e/ou irradiadas e proeminências ósseas ou articulações.

Outra das reflexões importantes durante este estágio é a compreensão de que o controlo da dor, enquanto foco de atenção da prática de enfermagem, não deve ser exclusivamente dirigido à dor física. Em CP, a abordagem à dor deve ser sempre global

e sustentada no conceito de dor total, ou seja, é a dor que engloba várias vertentes como a física, psíquica, social e espiritual (Capelas, 2008)

Compreender a farmacologia dos opiáceos, o impacto da via de administração, o potencial de interação medicamentosa e a compreensão sobre o processo de rotação de opióides torna-se fundamental para o desenvolvimento de competências que permitam uma intervenção diferenciada como futura enfermeira EEMC. Assim, fui capaz de identificar com maior eficácia os sinais de desconforto manifestados pelo doente, quantificando e qualificando a dor com maior rigor, adotando as medidas terapêuticas adequadas. Como medidas não farmacológicas, o profissional pode optar por várias estratégias, nomeadamente as terapias complementares como a massagem, a crioterapia ou a aplicação de calor, o toque terapêutico, entre outras. Ao longo deste estágio e em contexto de internamento em cuidados paliativos, não observei grande prevalência destas medidas, sendo o toque terapêutico a mais vulgarmente usada.

Outra das grandes aprendizagens obtidas neste estágio foi a comunicação em cuidados paliativos. Como referido anteriormente, a comunicação assenta num processo complexo de partilha de informações, emoções e angústias que permite aos doentes desenvolverem uma relação de confiança e empatia com o profissional de saúde, de modo a sentirem-se apoiados e compreendidos. Numa primeira fase do estágio, a observação da forma como a equipa comunicava com os doentes e respetivas famílias tornou-se fundamental para a obtenção de estratégias comunicacionais. A relação terapêutica estabelecida tinha como principal objetivo o estabelecimento de um compromisso e de uma relação de confiança entre enfermeiro/doente/familiar, de modo a definir um plano terapêutico individualizado. Foi igualmente importante perceber que as principais necessidades da família e do próprio doente quando estabelecem uma relação terapêutica com o enfermeiro prendem-se com a necessidade de receber uma informação honesta, realista e adaptada sobre a doença e tudo que lhe está associado (Moraes, 2009). A confiança assume assim um elemento chave no processo comunicacional em cuidados paliativos. (Moraes, 2009) À medida que o estágio ia avançando, foram surgindo várias oportunidades de aprendizagem em que consegui desenvolver competências ao nível da comunicação. As entrevistas realizadas ao doente e à família nos primeiros dias de internamento constituíam excelentes momentos de aprendizagem. Como futura enfermeira EEMC, a minha prática nestes momentos era desde logo demonstrar disponibilidade para escutar aquela família, fazendo-os sentirem-se compreendidos, esclarecidos e apoiados neste momento de grande fragilidade. O escutar, respeitar os

silêncios, reconhecer o doente como pessoa, não mentir e manter uma esperança realista foram algumas das estratégias desenvolvidas.

A comunicação de más notícias é outra temática que suscitou interesse neste percurso. De acordo com Pereira (2005), a comunicação de más notícias é outra temática que suscitou interesse neste percurso. A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se numa das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Toda e qualquer informação que pode alterar repentinamente a perspetiva sobre o futuro daquele doente é considerada como má notícia pelo próprio e pela respetiva família. Tudo o que se pretenda conversar com as famílias já é entendido por estas como uma má notícia, e conseguimos perceber isso pela comunicação não verbal que expressam. O reconhecimento desta realidade e da sua importância no processo de adaptação à doença implica uma reorientação dos cuidados prestados (Pereira, 2005). Algumas das estratégias que desenvolvi neste estágio como futura enfermeira EEMC foram importantes para este processo: proporcionar um ambiente adequado; responder com verdade às questões; perceber o que o doente/família sabe e o que efetivamente quer saber; utilizar os denominados “tiros de aviso” no momento certo, ou seja, através de determinada introdução nós conseguimos realizar uma preparação psicológica e emocional do outro para aquilo que se pretende dizer *“infelizmente, não tenho uma notícia muito boa para lhe dizer”*. Ao longo do estágio, percebi que o atingimento da excelência do processo de comunicação de más notícias não resulta necessariamente de uma vasta experiência profissional, mas sim de um treino adequado, com o desenvolvimento de competências comunicacionais eficazes (Buckman, 1998). Outra das estratégias importantes durante este estágio foi a descodificação da “conspiração do silêncio” pelo obstáculo que ocupa no processo de cuidar do doente em fim de vidas e das suas famílias. A “conspiração do silêncio” consiste num processo de ocultação de informação ao doente em que os familiares, quando confrontados com as más notícias, pedem explicitamente aos profissionais para não informar o doente acerca destas más notícias (Pereira, 2005). Pode ser mesmo definida como “uma tendência para o encobrimento de uma situação incómoda” desenvolvendo uma cultura de mentira e/ou omissão (Almeida & Almeida, 2007, p. 25). Pode igualmente definir-se como um acordo utilizado pela família, amigos ou profissionais de saúde, com o objetivo de ocultarem a informação a transmitir ao doente, e conseqüentemente o prognóstico ou a gravidade da situação (Sá, 2012). É uma situação que ocorre com muita frequência em CP, sendo fundamental a desmistificação e esclarecimento das conseqüências desta atitude.

De acordo com Pereira (2005), neste processo, podemos identificar três intervenientes: doente, família e equipa multidisciplinar. Como futura enfermeira EEMC foi importante perceber que os sentimentos e comportamentos de cada um destes intervenientes é variado. O doente é aquele que espera que as mentiras sejam substituídas pela verdade, sendo informado sobre tudo aquilo que deseja saber acerca do seu estado de saúde. Os doentes têm necessidade de comunicar, expressando os seus medos e preocupações, o que implica que a conspiração do silêncio se apresente como uma verdadeira barreira à comunicação, o que pode se traduzir em sentimentos de solidão, isolamento e falta de compreensão (Pereira, 2005). Relativamente à família, esta surge como principal elemento responsável pela conspiração do silêncio, com o objetivo de proteger o doente, criando assim uma barreira à comunicação entre o profissional e o doente. Por fim, a equipa multidisciplinar tem como função demonstrar aos familiares as consequências que a conspiração do silêncio pode provocar na relação familiar e no próprio doente, criando a incapacidade de este resolver assuntos considerados importantes, muitas vezes na fase de fim de vida, podendo mesmo dificultar posteriormente a vivência do luto (Almeida & Almeida, 2007). Cabe ao profissional, nestas situações, perceber os motivos para determinada decisão, e com a máxima honestidade, explicar quais as suas implicações e consequências, sendo muitas vezes um período de crescimento partilhado ou um período de derrota e destruição mútua. De acordo com a OE, no seu artigo 99º, da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, na relação profissional do enfermeiro são valores universais a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Ao longo deste estágio em CP, como futura enfermeira EEMC, foi essencial adquirir competências nesta temática, percebendo que todos os profissionais deverão ser capazes de proporcionar ao doente e à sua família a capacidade de expressarem os seus sentimentos sobre esta fase final de vida e sobre a morte, rompendo com a conspiração do silêncio, e criando assim uma relação de confiança, abertura e proximidade entre todos os intervenientes.

Em suma, a comunicação nos CP é um pilar fundamental pois permite desenvolver uma relação de confiança com o doente, ajudando-o a ultrapassar medos, receios e conflitos, envolvendo a família no processo terapêutico, e prestando assim cuidados de qualidade ao doente.

Por fim, resta abordar o estágio referente ao **módulo I – SU**. Durante este módulo de estágio, foi desenvolvido como trabalho o Manual de Acolhimento do Enfermeiro no SU, destinado aos novos profissionais que iniciavam funções neste local. Este trabalho apresenta-se em **Apêndice V** deste relatório.

Esse trabalho surgiu de uma necessidade detetada pelo estudante após a partilha de informações com a enfermeira Tutora. O desenvolvimento deste manual já havia sido iniciado por outra estudante de curso que estagiou neste serviço anteriormente, tendo a mesma tutora e orientadora, e assim, por mútuo acordo entre as estudantes, a tutora e a orientadora, ficou decidido que iria continuar a desenvolver este trabalho, de forma a aproveitar as experiências vividas por ambas.

O serviço de urgência é um serviço complexo, no sentido em que abrange vários sectores, com atividades específicas e necessidades de profissionais competentes. Assim, torna-se necessário e pertinente para este serviço a existência de um suporte que seja colocado ao dispor de novos elementos que iniciam funções no SU. O manual de acolhimento e integração a novos profissionais é uma ferramenta cada vez mais indispensável na gestão dos recursos humanos, sendo um elemento facilitador do processo de acolhimento e integração de novos colaboradores na instituição. É assim um documento valioso de um serviço na medida em que contém as bases e as orientações necessárias à atuação dos profissionais, novos elementos na equipa, constituindo uma ferramenta única na gestão de recursos humanos e atuando como elemento facilitador no processo de integração de novos colaboradores. Pretendeu-se que o manual crie as melhores condições de acolhimento e integração, para que assim, ao ser consultado, o profissional fique a conhecer, de algum modo, a forma de funcionamento da instituição, as regras e valores partilhados que possibilitem uma identificação mais rápida com a cultura organizacional e uma integração como membro ativo da mesma. O resultado que se pretende é que seja criado um clima de confiança sustentado numa política flexível, permitindo a inovação e criatividade que os novos elementos poderão trazer à instituição (Carvalho, 2016). De facto, a integração de novos profissionais deve representar uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à instituição, nunca esquecendo as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais que acompanham o processo. (Macedo, 2013) Com a realização do manual de acolhimento, pretende-se que este funcione como um auxiliar no acolhimento e integração de novos elementos, de forma a proporcionar uma perceção mais rápida da dinâmica e do funcionamento do serviço,

oferecendo assim um conhecimento e uma identificação com a cultura/política organizacional, podendo assim contribuir para um bom desempenho e adaptação à nova realidade profissional, de forma integradora e uniforme/coerente com a política institucional. Enquanto estudante do Curso de Mestrado, e como futura enfermeira EEMC, a realização deste documento foi importante para a consolidação de conhecimentos no âmbito do processo de integração de novos profissionais, permitindo também o conhecimento da estrutura interna daquele serviço de urgência. Assim, foi importante refletir sobre todo este processo, partilhando informações e experiências com a enfermeira tutora, permitindo assim o desenvolvimento de competências na área da reflexão crítica, identificação de problemas e criação de soluções para os mesmos.

Neste estágio no SU, foram muitas as experiências vividas que permitiram o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, permitindo-me, como futura enfermeira especialista, desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas necessárias ao desempenho da enfermagem num serviço de urgência. As estratégias usadas para a obtenção destas competências basearam-se numa constante observação do dia-a-dia do serviço de urgência, com espírito crítico e reflexivo, na discussão com os elementos da equipa e com a enfermeira tutora e na procura de novos conhecimentos com base na evidência científica existente.

Apesar das oportunidades de aprendizagem terem sido nos vários setores do SU, desde a triagem à área laranja, a sala de emergência foi um dos setores que mais interesse me suscitou e sobre o qual se direcionou a minha prática enquanto futura enfermeira EEMC. Era uma área totalmente desconhecida para mim enquanto enfermeira e sobre a qual tinha alguma curiosidade para perceber qual a função dos enfermeiros neste setor da urgência. A sala de emergência é uma zona vital do SU de qualquer hospital, onde a incerteza do processo de doença dos doentes admitidos impera, exigindo assim uma capacidade de atuação rápida e eficaz por parte da equipa. Os doentes emergentes, identificados com a cor vermelha segundo a Triagem de Manchester, são admitidos diretamente na Sala de Emergência para observação e realização de procedimentos considerados relevantes e de extrema importância para a sobrevivência daquele doente. A Sala de Emergência é uma sala devidamente equipada, com equipa própria e coordenada por um médico com competências específicas em emergência e intensivismo. Quanto ao seu espaço físico, tem capacidade para dois doentes emergentes em simultâneo com os respetivos dispositivos e materiais necessários a este tipo de doentes. Encontra-se estrategicamente num local contíguo à entrada do SU de modo a permitir uma rápida

assistência. É um sector do SU que exige a existência de equipas especializadas e bem treinadas na área da reanimação e na assistência a diversas situações de emergência que necessitem de uma resposta rápida, coordenada e eficaz, para que as intervenções terapêuticas se possam traduzir em vidas recuperadas. (Ferreira, 2008) Nesta perspetiva, a presença do enfermeiro especialista em EMC torna-se fundamental neste setor como enfermeiro especializado na prestação de cuidados de excelência ao doente crítico.

Outro dos sectores que suscitou interesse na minha prática neste módulo de estágio foi o sector da triagem. Em termos físicos, existem neste SU dois gabinetes de triagem, gabinete 1 e 2, em locais físicos distintos, mas paralelos. Em cada um encontramos um enfermeiro triador que será responsável por ouvir o motivo de vinda do doente ao SU e que de acordo com um fluxograma estipulado em formato electrónico, procede ao encaminhamento do utente para as diversas áreas existentes e que melhor resposta poderá dar à situação. O Enfermeiro responsável pela triagem deve seguir as indicações do fluxograma protocolado no serviço de acordo com o Grupo Português de Triagem (2015), sendo que também é portador de juízo clínico, revelando-se de extrema importância que o enfermeiro detenha destreza e capacidade de tomar decisões, sem emitir diagnósticos, para que o doente seja corretamente triado. O Enfermeiro triador atribui assim ao utente uma pulseira identificativa colorida, que pode ser azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho, conforme a prioridade da situação for não urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente ou emergente, respetivamente. É de salientar que um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. (Grupo Português de triagem, 2015) A triagem existente neste SU, baseia-se no sistema de triagem de Manchester. Este sistema foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, com os objetivos claros de existirem normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico, com nomenclaturas, definições e metodologias comuns. (Grupo Português de triagem, 2015) Assim, a avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada, ou seja, de acordo com o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Deste modo, existe uma lista com cerca de 50 fluxogramas possíveis que se baseiam nas queixas iniciais e que trazem os doentes ao serviço de urgência. Cada um destes fluxogramas, de acordo com alguns discriminadores gerais e específicos, irá apontar para uma determinada cor, identificativa da pulseira que é colocada ao doente. (Grupo Português de triagem, 2015) Pressupõe-se

ainda que este momento de triagem seja realizado no menor tempo possível, de modo a que os cuidados necessários sejam iniciados o mais precoce possível.

No setor da triagem, a minha intervenção enquanto futura enfermeira EEMC baseou-se na colaboração com a enfermeira tutora na triagem dos doentes, compreendendo e apreendendo as queixas do doente de acordo com o fluxograma adequado. As principais dificuldades sentidas foi a definição de prioridades e proceder à filtragem da informação que o doente transmitia. Torna-se essencial que neste processo o enfermeiro proceda à avaliação do doente, colha os dados objetivos e estabeleça prioridades, baseando-se numa boa capacidade de comunicação e de interpretação em que a tomada de decisão eficaz se torna fundamental, uma vez que a atribuição da prioridade influencia diretamente o percurso do doente no SU. Foi igualmente importante perceber que a triagem realizada por enfermeiros EEMC contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, estabelecer uma boa relação comunicacional entre o enfermeiro e o doente, podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente e família, que se torna cada vez mais característico dos serviços de urgência nos hospitais portugueses (Teixeira, 2006).

Em suma, após a realização destes estágios, e no domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional, as principais competências adquiridas como futura enfermeira EEMC são esquematizadas seguidamente.

Competências adquiridas:

- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar;**
- Mantive, de forma contínua, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**
- Suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, aplicando os conhecimentos apreendidos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;**
- Incorporei na prática os resultados da investigação;**
- Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa doente e família.**

3. CONCLUSÃO

Atualmente, a formação contínua do enfermeiro torna-se imperativa face aos constantes progressos tecnológicos e científicos, constituindo uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional através da aquisição de novas competências e aptidões que permitem a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e a obtenção de ganhos em saúde. O desenvolvimento profissional que permite a atribuição do título de Enfermeiro Especialista é promovido pela Ordem dos Enfermeiros, alicerçado num modelo de aquisição de competências que une a experiência profissional à prática clínica reflexiva, de modo a promover cuidados de enfermagem de qualidade.

A concretização da Unidade Curricular – Estágio permitiu-me como futura enfermeira especialista obter competências técnicas, científicas, humanas e relacionais na área da enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação crítica ou em fim de vida. Assim, esta unidade curricular gerou momentos de formação e aprendizagem na área do saber, saber-fazer e saber ser/estar. Como principais contributos para cada módulo de estágio, foram várias as atividades desenvolvidas em parceria com os enfermeiros tutores e a enfermeira orientadora.

No módulo II – Cuidados intensivos, o meu contributo manifestou-se através da realização de dois trabalhos. Inicialmente, desenvolvi uma revisão da literatura intitulada de “O uso de toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infeções por MRSA, e possíveis reações alérgicas” e que teve como principal objetivo analisar a informação existente na literatura sobre o uso deste produto nas unidades de CI, trazendo ao serviço e às equipas um aumento do conhecimento sobre uma prática diária protocolada. Paralelamente, a realização de um estudo de caso baseado no tema da comunicação em cuidados intensivos, permitiu à equipa e a mim enquanto futura enfermeira EEMC, uma reflexão sobre a prática, desenvolvendo competências no domínio do desenvolvimento profissional.

Como contributo para o módulo III – Cuidados Paliativos, desenvolvi um trabalho em colaboração com o Observatório Nacional de Cuidados Paliativos que consistiu na colaboração na tradução e validação da escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool) que pretende compreender quais as necessidades da família e dos cuidadores no momento de doença do seu familiar, permitindo assim a reflexão crítica por parte da equipa de trabalho.

Por último, no módulo I – Serviço de Urgência, o meu contributo relacionou-se com a elaboração de um manual de acolhimento de novos profissionais num SU, permitindo assim ao serviço ter uma ferramenta indispensável na gestão dos recursos humanos, sendo um elemento facilitador no processo de integração de novos colaboradores.

As principais dificuldades sentidas durante a realização desta unidade curricular relacionam-se com a disponibilidade que necessitei ao longo dos estágios de modo a conseguir integrar esta atividade pedagógica na minha atividade profissional e familiar já existente. Esta foi sem dúvida a maior dificuldade, mas considero que foi uma experiência enriquecedora. A reflexão crítica sobre os problemas da prática profissional, associados à prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, constituíram sem dúvida as bases de todo este processo, vivenciando as mais variadas experiências que permitiram o meu crescimento enquanto profissional e enquanto pessoa.

Como grandes aprendizagens deste percurso posso concluir que, atualmente, na minha prática diária como profissional de enfermagem, sinto e transmito maior segurança, qualidade e evidência científica na tomada de decisão diária, resultante das competências específicas desenvolvidas ao longo deste percurso como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Além disso, e tendo em conta o tema deste relatório, foi importante sair da minha área de conforto e encarar diferentes serviços e contextos com métodos de trabalho próprios onde a comunicação é uma ferramenta essencial na prestação de cuidados, permitindo assim, a aquisição de competências na aplicação das mais diversas estratégias comunicacionais, proporcionando-me alicerces importantes para a minha prática enquanto futura enfermeira EEMC.

Concluído este trabalho, considero que todos os objetivos definidos inicialmente foram cumpridos de forma satisfatória, adquirindo assim competências que permitem a prestação de cuidados especializados na área da EEMC, através de processos de tomada de decisão com base na reflexão e mobilização de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, no sentido de prestar cuidados de qualidade à população com base nos princípios éticos e deontológicos reguladores da profissão.

Não posso deixar de salientar que este foi, sem dúvida, um dos projetos mais desafiantes e exigentes da minha vida profissional e pessoal, ao qual me entreguei na totalidade durante este período. Foi muito gratificante por todas as aprendizagens e experiências que vivenciei, juntamente com todos aqueles que fizeram parte deste

caminho. A partir de agora, resta-me como enfermeira especialista continuar a desenvolver a enfermagem como profissão e disciplina, através da investigação e da formação.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, R. (2005). Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED

ALMEIDA, A. (2012). Avaliação da Satisfação dos Familiares dos Doentes em Cuidados Paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina; Lisboa

ALMEIDA, O. (2007). O Consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – 2º Curso de Mestrado de Bioética. Porto

ALMEIDA, A., & ALMEIDA, M. (2007). A conspiração do silêncio: sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. *Sinais Vitais* nº(73) , 25-29.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. “Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos”. 2006. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf. Consultado a 15/04/2018

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA (2009), “Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão”, <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>, consultado a 02 de abril de 2018.

BENNER, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. Coimbra. Quarteto. ISBN: 972853597X.

BUCKMAN, R. (1998). Communication in palliative care: a practical guide. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 141-146.

BRAGA, C. (1997). Enfermagem Transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano”. Ver. Esc. Enf. USP. V. 31. n.º 3. P. 498-516

CAPELAS, L.; VICUNA, M.; COELHO-ROSA, F. (2011). Avaliar a qualidade em Cuidados Paliativos: como e porquê?. Patient Care. P.11-16

CAPELAS, M. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. Cadernos de Saúde, Volume 1, Nº1, 9-24.

CAMPOS, A. (2006). Dotações Seguras Salvam Vidas. [em linha]. Lisboa, 2006 [Consultado em 10 de abril 2018] Disponível em: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/FileGet.aspx?FileId=1488>

CARVALHO, A. (2016). "A Supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros". 174. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto

CHERNY, N.; RADBRUCH, L. (2009). European Association for Palliative Care recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine Volume 23, Nº 7, 581–593. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=RKDokneiDJc%3d&tabid=38;> Consultado a 10/04/2018

CHIAVENATO, I. (2004). Gerenciando com as Pessoas – Transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas. (7ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.

CHUANG, K.; WU, S.; MA, A.; YH, C.; CL, W. (2005). Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. Journal of Nursing Research. Vol.13, nº2, p.117-128

CIELO, C.; CAMPONOGARA, S.; PILLON, R. (2013). A comunicação nos cuidados à saúde em unidade de urgência e Emergência: relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*. ISSN 2236-1987

COELHO, M.; SEQUEIRA, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602014000200005&lng=pt&tlng=pt. Consultado a 15/04/2018

COELHO, S.; SÁ, L. (2012). Revisão de Produção Científica sobre Conspiração do Silêncio. Referência. III série. Consultado a 25 de maio de 2018. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18540/1/2012035.pdf>

COELHO, S.; SILVA, A.; COSTA, T.; CAPELAS, M. 2014. Dos intensivos aos paliativos: revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care*. N.º 19; p. 43-50.

CORBANI, N.; BRÊTAS, A.; MATHEUS, M. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm*. Brasília. Vol.62, nº3, p.349-354.

COSTEIRA, A. (2006), *Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de Pressão*. Atheneu

COUTINHO, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina

CUNHA, M.; REGO, A.; CUNHA, C.; et al (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (5ª ed.). Lisboa: Editora RH

DEODATO, S. (2017). *Direito da Saúde*. 2ª edição: Almedina. ISBN: 978-972-40-6788-9

D' ESPINEY, L. (1997). Formação Inicial/Formação contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em contexto de trabalho. In: Canário, Rui (Org.). Formação e situações de trabalho. Porto Editora. Porto

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas unidades de saúde. Norma n.º 13/DQS/DSD. DGS. 2010. Consultado em 13 de abril de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>. Consultado a 17/04/2018

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma n.º 018/2014. Direção Geral da Saúde. 2014. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2016). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. [Consult. 3 março 2018]. Disponível na http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf

DONABEDIAN, A. (2003). An introduction to quality assurance in Health Care. Oxford: University Press.

FERREIRA, F.; ANDRADE, J.; MESQUITA, A.; et al. (2008). Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um modelo orgânico funcional. Revista Portuguesa de Cardiologia [Em linha]. Vol.27, 2008, p.889-900. [Consult. 4/03/2018]. Disponível na <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/958.pdf>

FERRIS, FD; GÓMEZ, Batiste; FURST, Connor. (2007). Implementing Quality Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 33(5): 533-41.

GALVÃO, C.; TREVIZAN, M.; SAWADA, N.; DELA COLETA, J. Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(1), 81-90. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000100011>. Consultado a 13-04-2018

GARCIA, T.; NOBREGA, M. (2009). “Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa”. *Esc. Anna Nary Ver. Enferm.* p. 188-193

GLEN, S.; JOWNALLY, S. (1995). Privacidade: Um Conceito-Chave em Enfermagem. *Nursing*, nº 94, Lisboa, p. 35

HERSEY, P; BLANCHARD, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Grupo Português de Triagem, 2015 - Disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 - consultado em 20 de fevereiro de 2018

KANT, I. (2009). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Discurso Editorial. Barcarolla, São Paulo

KINNEAR, D; WILLIAMS, V; VICTOR, C. (2014). The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals’ perspectives working with older people [em linha]. *BMC Research Notes*. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/854>; Consultado a 10 de abril de 2018

LOPES, A. (1996). TQM Neotaylorismo versus cultura de qualidade: Que perspectivas para as organizações portuguesas. *Revista portuguesa de gestão*, 79-87.

LOWY, FD. (1998). Staphylococcus aureus infections. *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society. 520-532.

MACDONALD, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*, 301-304

MACEDO, A. (2013). A supervisão de estágios em enfermagem: entre a escola e o hospital. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 11*

MACHADO, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem – um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação – Tese de doutoramento em Enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde. Consultado a 13 de abril de 2018. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1.pdf>

MAGALHÃES, L. (2015). *Dignidade em cuidados paliativos – A influência da representação social em Portugal e na Suíça*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

MERCADANTE, S.; PORTENOY, R. (2010). Opioid poorly-responsive cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. Volume 21, Issue 2, 144-150. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00228-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00228-1)

MILLER (1985), p. 25, in KOZIER, B.; ERB, G. e OLIVIERI, R. (1993), *Enfermeria Fundamental: Conceptos, Procesos y Prácticas*, 4ª ed., Tomo I, Madrid: Interamericana-McGRAW-HILL, p. 8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, n.º 28. 2015. Consultado em 15 de abril de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=26938>

MISHEL, M. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 20. Nº4. págs. 225-232.

MORAES, T. (2009). Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. ISSN 0104-7809. Nº 33 (2), 231-238.

MORAIS, J. (2015). Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

NETO, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica artigos de revisão in *Publicação Trimestral*. Vol 15 nº 4 out./dez. Disponível em

http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf. Consultado em 10-04-2018.

NOGUEIRA, F.; SAKOTA, R. (2012) Sedação Paliativa do Paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 62, N.º 4.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (Março de 2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Ordem dos enfermeiros, pp. 39-42.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Liderança para a Mudança, <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/LPM.aspx>, consultado a 02 de abril de 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento nº 122/2011. Diário da República, n.º 35 - 2ª série - 18 de fevereiro de 2011. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das
ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf . Consultado a 18/04/2018

PACHECO, S.; VIEGAS, S.; ROSA, Z. (2007). Toque Terapêutico – fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. Nursing Edição Portuguesa. N.º 224. 2007

PENEFF, J. (2003). Os Doentes das Urgências: Uma Forma de Consumo Clínico (trad. do original francês por Graça Maria Coelho Ramos), Coimbra: Formasau.

NUNES, Rui; REGO, Guilhermina. (2010). Parecer n.º P/20/APB/10 – Guidelines sobre sedação em doentes terminais. Associação Portuguesa de Bioética. Disponível em http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao_em_doentes_terminais.pdf.

Consultado em 11/04/2018. Consultado a 10/04/2018

PEREIRA, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto – contributos para a formação em enfermagem. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. 2005

PHANEUF, M. (2001). Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada. Coimbra: Quarteto editora.

PHIPPS, W.; MAREK, J. (2004). Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. 6ª edição. Vol. I. Loures. Lusociência.

PINTO, C., RODRIGUES, J., SANTOS, A. et al. (2006). Fundamentos de Gestão (3ª ed). Barcarena: Editorial Presença.

PUPULIM, J.; SAWADA, N. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. Revista Latino-americana Enfermagem. N.º 13. P. 388-396

QUERIDO, A.; GUARDA, H. (2006). Hidratação em Fim de Vida **in** BARBOSA, A. NETO, I., Manual de Cuidados Paliativos, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8

ROST, J., SMITH, A. (1992). Leadership: A postindustrial approach. 193-201.

SANTOS, K.; SILVA, M.; (2003). Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. Revista Escola de Enfermagem USP. 37(2):97-108

SARLET, I. (2007). Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 5.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

SAVATER, F. (2005) As perguntas da Vida. D. Quixote. Lisboa

SCHARTZ, K.; LUTIFIYYA, Z. (2012). In pain waiting to die: Everyday understandings of suffering. Palliative and Supportive Care. Vol.10. 2012, p.27-36

SILVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Revista Servir, Volume 55, 11-20.

SILVA, A.; LAGE, M. (2010). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Coimbra: Formasau

SILVA, A. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Universidade do Porto - Faculdade de Medicina – 3º Curso de Mestrado em Bioética. Porto

SILVA, D.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C.; ROCHA, F.; CALDANA, G. (2014). A liderança do Enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência”. Revista Eletrónica de Enfermagem. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/19615>. Consultado a 15-04-2018

SILVA, J. (2013). A família e o doente em situação crítica em fim de vida: Estratégias de Comunicação em Enfermagem Especializada. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado a 25 de Maio de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15695/1/2%C2%BA%20Curso%20de%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20PSC%20Relat%C3%B3rio%20Final%20Jos%C3%A9%20Silva%204015.pdf>

SILVA, M. (2006). Comunicação tem remédio. A comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. 4ª ed. S. Paulo; Edições Loyola

SILVA, V.. (2014). A dignidade da pessoa Humana e o direito à saúde. Web artigos. Disponível em <https://www.webartigos.com/artigos/a-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-saude/123541/>. Consultado a 03/04/2018

SILVEIRA, Maria; CIAMPIONE, Maria; GUTIERREZ, Beatriz. (2014). “Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos”. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro

TEIXEIRA, J. (2006). Manual de Urgências e Emergências. Lidel, Lousã.

WONG, F.; CHOW, S.; CHUNG, L; CHANG, K.; CHAN, T.; LEE, V.; LEE, R. (2008). Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. Vol.62, nº5 p.585-595.

ZALEZNIK, A. (2004). Managers and Leaders: Are they different? Harvard Business Review. Consultado a 17-04-2018. Disponível em <https://hbr.org/2004/01/managers-and-leaders-are-they-different>

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, Diário da República, n.º 181 – 1ª série. Assembleia da República. Disponível

em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Constituição da República Portuguesa, definida pela Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de Agosto. Diário da República, n.º 155, I Série – A. Assembleia da República. Disponível em <https://dre.pt/constituicao-da-republica-portuguesa>. Consultado a 1/04/2018

DECRETO-LEI n.º 104/98. D. R. I Série. 93 (98/04/21). 1755-1756 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Lei de Base dos Cuidados Paliativos – Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República, n.º 172 – 1ª série. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>

Lei do Testamento Vital - Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República, n.º 136 - 1.ª série. Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/179576>

Processo de Bolonha, Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, n.º 176 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

5. APÊNDICES

APÊNDICE I- O uso de toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados intensivos na prevenção de infecção por MRSA, e possíveis reações alérgicas- revisão da literatura

O uso de toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infeção por MRSA, e possíveis reações alérgicas – Revisão da literatura

The use of chlorhexidine wipes in intensive care units in the prevention of MRSA infection and possible allergic reactions – literature review

Autor: Silva, Ana (1); Coelho, Patrícia (2).

(1) Enfermeira no serviço de medicina do Centro Hospitalar de S. João. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto

(2) Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Resumo: O uso de toalhetes de clorhexidina usados nas unidades de cuidados intensivos na prevenção do MRSA torna-se uma problemática atual e importante. Assim, esta revisão teve como objetivo analisar a informação existente na literatura sobre o uso deste produto nas unidades de cuidados intensivos. **Método:** revisão da literatura através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas Web of Science, b-ON e EBSCO com as palavras-chave: “intensive care unit”, “methicillin-resistant staphylococcus aureus”, “chlorhexidine”, “wipes”, “hypersensitivity”, “allergic reaction”. Como critérios de inclusão considerou-se os artigos existentes nos últimos cinco anos (2012-2017) disponíveis em texto integral e que faziam referência ao tema. **Resultados:** No total, obteve-se nove de artigos, verificando-se que a higiene corporal com toalhetes impregnados com clorhexidina a 2% durante os primeiros cinco dias de internamento é

considerada uma solução para a redução das taxas de contaminação por MRSA nas unidades hospitalares, não se verificando reações alérgicas importantes no seu uso.

Conclusão: O uso dos toalhetes de clorhexidina nos primeiros cinco dias de internamento de um doente numa unidade de cuidados intensivos têm uma redução significativa no risco de aquisição de MRSA.

Palavras-chave: intensive care unit, methicillin-resistant staphylococcus aureus, chlorhexidine, wipes, hypersensitivity, allergic reaction.

Abstract: The use of chlorhexidine wipes in intensive care units on prevention of MRSA becomes a current and important problem. Therefore, the purpose of this review was to understand known information in the literature about the use of this product in intensive care units. **Method:** review of the literature by searching through electronic databases Web of Science, b-ON and EBSCO. Inclusion criteria were articles inserted in the last five years (2012-2017) available in full text and which reference the theme. In total the number of articles obtained was seven. **Results:** In total, nine articles were obtained, it being verified that body hygiene with 2% chlorhexidine wipes during the first five days of hospitalization is considered a solution for the reduction of MRSA contamination rates in hospital units, not verifying important allergic reactions in its use. **Conclusion:** The use of chlorhexidine wipes in the first five days of hospitalization of a patient in an intensive care unit has a significant risk reduction of MRSA acquisition.

Keywords: Intensive care, methicillin-resistant staphylococcus aureus, chlorhexidine baths, wipes, hypersensitivity, allergic reaction

Introdução

Uma unidade de cuidados intensivos define-se por uma unidade onde se prestam tratamentos a doentes em estado grave, doentes críticos, que necessitam de vigilância permanente por profissionais especializados. Segundo Pinheiro (1994), “o conceito de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente tende a ser cada vez mais aquele que abrange o internamento de doentes em que uma função vital está em falência ou risco de falência”.

(1) Pela complexidade dos doentes e pelo número de procedimentos invasivos a que são submetidos, é fácil perceber que a probabilidade de infeção é maior. Determinadas áreas hospitalares como serviços ou unidades de medicina intensiva, unidades ou serviços de hematologia, unidades ou serviços de neonatologia, queimados, transplante, traumatologia/ortopedia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia vascular e nefrologia (incluindo a hemodiálise) são locais em que a disseminação da colonização ou infeção por MRSA associa-se a complicações mais graves, maior probabilidade de procedimentos invasivos ou maiores dificuldades na abordagem terapêutica dos doentes. (2)

Staphylococcus aureus é uma bactéria comensal que coloniza várias zonas do corpo tais como as narinas, axilas, faringe, superfícies cutâneas lesadas, entre outras. Esta bactéria apresenta uma forte capacidade de invadir o organismo e provocar doença em tecidos previamente saudáveis em qualquer parte do corpo do indivíduo. O processo de contaminação passa pela existência de uma solução de continuidade na pele ou mucosas, que permite o acesso do microorganismo aos tecidos vizinhos ou à corrente sanguínea (3). Atualmente, o MRSA é o agente etiológico mais frequente de infeções associadas aos cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos no mundo.

No mercado, existem diversos antissépticos disponíveis na prevenção dos mais diversos microorganismos. Os antissépticos são por definição “formulações com função de eliminar ou inibir o crescimento de microorganismos quando aplicados sobre a pele ou mucosas”. (4) Existem inclusivamente dois grandes grupos de antissépticos: os agentes bactericidas que têm como função “destruir as bactérias nas formas vegetativas” e os agentes bacteriostáticos que “inibem o crescimento do microorganismo sem destruí-lo”. (4) A clorhexidina é considerado um antisséptico tópico comum de largo espectro de acção antibacteriana e antiviral.

De acordo com documentos protocolares existentes nos serviços das Unidades de Cuidados Intensivos dos Hospitais Portugueses e com base da Norma I da Direcção-Geral

da Saúde, é definido que “todos os doentes, com mais de dois meses de idade corrigida, internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão”. (3) É de salientar que esta norma é classificada como categoria IB, de acordo com as categorias do CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*). De acordo com o CDC, as normas podem ser categorizadas em quatro categorias (IA, IB, IC e II) indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação. Como Categoria IA definem-se todas as medidas de adoção fortemente recomendada e apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais; já a Categoria IB, consiste numa medida de adoção fortemente recomendada, apoiada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma fundamentação teórica; a Categoria IC engloba todas as medidas preconizadas pelas recomendações de outras federações e associações; por fim, a Categoria II são todas as medidas de adoção sugeridas para implementação, de acordo com estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos. (5)

Esta revisão tem assim como objetivo analisar a informação existente na literatura sobre o uso deste produto nas unidades de cuidados intensivos.

Metodologia

Revisão da literatura no sentido em que constitui um método preferencial que nos permite de uma forma geral, recolher, sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre o tema em estudo. Pela complexidade do tema, com a revisão da literatura consegue-se reunir a informação existente na literatura de modo a compilar o conhecimento já existente nesta temática. (6)

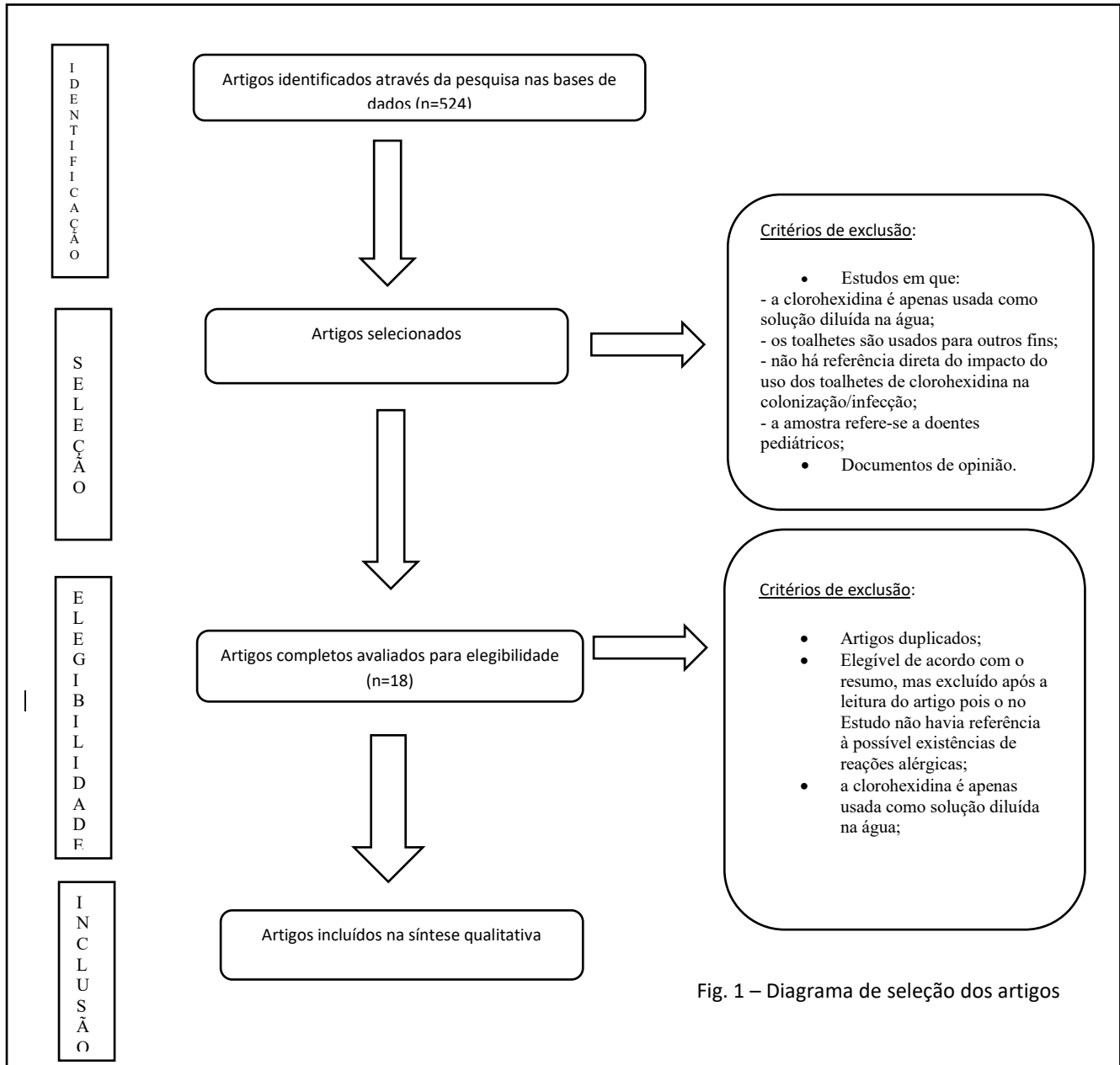
Para a realização desta revisão, foram percorridas cinco etapas: definição da questão de investigação (Qual a importância do uso de toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infeção por MRSA? Qual o predomínio de reações alérgicas associadas ao uso dos toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados

intensivos?) determinação dos critérios de inclusão e exclusão, tratamento da informação dos artigos selecionados, interpretação dos resultados encontrados e construção do artigo. Durante o período de maio e junho de 2017, foi efetuada a pesquisa em bases de dados como ISI - web of science, b-ON e EBSCO. Relativamente aos critérios de inclusão na seleção dos artigos foram os seguintes: data de publicação referente aos últimos cinco anos, ou seja, todos aqueles que tenham sido publicados entre 2012 e 2017, inclusive; estarem disponíveis em texto integral; serem correspondentes a uma população de adultos; por último, serem escritos em língua inglesa ou portuguesa. Já os critérios de exclusão foram: os artigos cuja população era pediátrica; e aqueles cujas palavras-chave estavam presentes, mas o assunto estava em desacordo com o tema da revisão. Quanto às palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: “intensive care unit”, “methicillin-resistant staphylococcus aureus”, “chlorhexidine”, “wipes”, “hypersensitivity”, “allergic reaction”.

Resultados

Numa primeira análise e pesquisa nas bases de dados já referidas, após a inserção das palavras-chaves selecionadas, foram obtidos cerca de 524 artigos. Destes, foram excluídos 469 artigos por serem estudos em que a cloro-hexidina apenas era usada como solução diluída na água e não em toalhetes, não existindo referência direta do impacto do uso dos toalhetes de cloro-hexidina na colonização/infecção, ou a amostra ser referente a doentes pediátricos, ou até mesmo consistirem em documentos de opinião.

Assim, numa segunda análise aos 55 artigos, dos quais 46 encontrados na web of science, 7 na b-ON e 2 na EBSCO, foram excluídos 46 artigos de acordo com os seguintes critérios de exclusão: artigos elegíveis de acordo com o resumo, mas excluídos após a leitura do artigo; artigos duplicados; estudos onde não há referência à possível existência de reações alérgicas; estudos em que a cloro-hexidina é apenas usada como solução diluída na água. Assim, obteve-se um total de 9 artigos que foram analisados criteriosamente e que serviram de base para a realização desta revisão. O diagrama de seleção dos artigos é apresentado na figura 1 e é estruturado segundo o Prisma Guidelines.



Posteriormente, os estudos foram analisados e sintetizados, resultando na tabela de evidências que se apresenta na figura 2, correspondente aos resultados da análise dos artigos.

Autores	Título	Ano	Revista / publicação	Metodologia	Objetivo do estudo	Principais resultados
1.Climo et al.	“Effect of Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection”	2013	The New England Journal of Medicine	Estudo observacional	Perceber qual o benefício de um banho diário com cloro-hexidina na prevenção das infecções hospitalares	O banho diário dos doentes com cloro-hexidina pode prevenir infecções sanguíneas adquiridas no Hospital e a aquisição de organismos resistentes a múltiplos fármacos.
2.Martínez-Reséndez et al.	“Impact of daily chlorhexidine baths and hand hygiene compliance on nosocomial infection rates in critically ill patients”	2014	American Journal of Infection Control	Estudo observacional	Avaliar o banho de cloro-hexidina e a higiene das mãos na redução das infecções nosocomiais nas unidades de cuidados intensivos.	As medidas combinadas dos banhos diários com cloro-hexidina e a higiene das mãos correta dos profissionais de saúde reduzem a taxa global de infeção no doente crítico.
3.Vartul et al.	“Impacts of a long-term programme of active surveillance and chlorhexidine baths on the clinical and molecular epidemiology of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in na Intensive Care Unit in Scotland”	2012	International Journal of Antimicrobial Agents	Estudo observacional	Investigar os impactos de uma estratégia de controle a longo prazo, incluindo o banho com cloro-hexidina sobre a epidemiologia clínica e molecular de MRSA numa unidade de cuidados intensivos no Nordeste da Escócia.	Este estudo garante a eficácia de medidas como o uso de toalhetes de cloro-hexidina no controle de MRSA em ambientes de cuidados intensivos.
4.Nakonechna et al.	“Immediate hypersensitivity to chlorhexidine is increasingly	2014	Allergol Immunopathol – Elsevier Doyma	Estudo observacional	Descrição de seis pacientes que tiveram reações anafiláticas atribuídas ao uso	A hipersensibilidade imediata à cloro-hexidina é comum, mas subestimada em muitas unidades hospitalares.

	recognised in the United Kingdom”				da clorohehidina durante o ato cirúrgico.	
5.Elsa Afonso et al.	“The value of chlorhexidine gluconate wipes and prepacked washcloths to prevent the spread of pathogens”	2013	Australian Critical Care - Elsevier	Revisão sistemática	Avaliar o impacto do uso dos toalhetes de clorohehidina na prevenção da disseminação de agentes patogénicos.	Evidências atuais apoiam a utilidade dos toalhetes de clorohehidina em ambiente de cuidados intensivos.
6.Petlin et al.	“Chlorhexidine Gluconate Bathing to reduce Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Acquisition”	2014	American Association of Critical Care Nurses Journals	Estudo comparativo	Examinar as diferenças de eficácia/custo no uso de toalhetes pré-embalados impregnados em clorohehidina versus o soluto de clorohehidina na bacia do banho do doente.	O protocolo de banho de clorohehidina é fácil de implementar, com custo reduzido efetivo e levou à diminuição das taxas de MRSA adquiridas em unidades de terapia intensiva para adultos.
7.Musuuzza et al.	“Assessing the sustainability of daily chlorhexidine bathing in the intensive care unit of a Veteran’s Hospital by examining nurses’ perspectives and experiences”	2017	BioMed Central Infections Diseases	Entrevista	O objetivo deste projeto foi descrever o processo de banhos diários com clorohehidina e identificar as barreiras e as estratégias que podem influenciar a sua adoção e sustentabilidade numa unidade de cuidados intensivos.	O banho dos doentes com clorohehidina numa unidade de cuidados intensivos é um processo complexo que pode ser impedido por diversos fatores tais como a carga de trabalho dos profissionais, a estabilidade clínica do doente ou a hipersensibilidade à clorohehidina, mas que se torna fundamental na estabilidade do doente crítico.
8.Johnson et al.	“The impact of Hospital-Acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in a Burn Population	2015	Journal of Burn Care & Research	Estudo observacional	Examinar o impacto da descolonização com toalhetes de clorohehidina a 2% e com o uso da mupirocina nasal, em unidades de cuidados	A implementação de um protocolo universal de descolonização com toalhetes de clorohehidina a 2% e mupirocina nasal nas unidades de cuidados intensivos de adultos

	After Implementation of Universal Decolonization Protocol”				intensivos de adultos, nas infeções hospitalares adquiridas.	permitiu uma diminuição significativa na taxa de infeções por MRSA.
9.Boonyasiri et al.	“Effectiveness of Chlorhexidine Wipes for the Prevention of Multidrug-Resistant Bacterial Colonization and Hospital-Acquired Infections in Intensive Care Unit Patients: A Randomized Trial in Thailand”	2016	Infection Control & Hospital Epidemiology	Ensaio clínico randomizado	Determinar a eficácia do banho diário com toalhetes impregnados com clorexidina a 2% na prevenção da colonização bacteriana gram-positiva multirresistente e da infecção da corrente sanguínea.	A eficácia da utilização de toalhetes impregnados com cloro-hexidina a 2% na prevenção da colonização de bactérias multirresistentes e infeções hospitalares adquiridas em doentes adultos em UCI não foi comprovada.

Fig. 2 – Tabela de evidências da análise dos artigos

Discussão

As unidades de cuidados intensivos têm doentes complexos que podem atuar como um reservatório importante de MRSA, com respetiva disseminação. Deste modo, os toalhetes de clorohexidina pré-embalados que estão disponíveis para uso nas unidades Hospitalares, são considerados uma solução para a redução das taxas de contaminação. A maior parte dos estudos incluídos nesta revisão, salientam o uso de clorohexidina sobre a forma de toalhetes pré-embalados na prevenção de infeções por agentes patogénicos, incluindo os multirresistentes.

Nas UCI são usados os toalhetes que contêm cerca de 2% de gluconato de clorexidina que tem como principais funções eliminar as bactérias prejudiciais que existem na pele assim como criar uma barreira invisível contra os microorganismos, mantendo a pele limpa até 6h após a sua utilização. Existem, no entanto, algumas contraindicações associadas ao uso destes toalhetes com clorohexidina, tais como a não utilização se existir alguma alergia documentada à clorohexidina, se tiver realizado radioterapia no mesmo dia ou quimioterapia com determinados químicos nas últimas 36 horas. (3)

Relativamente à técnica do banho com os toalhetes de clorohexidina, os estudos definem a existência de zonas de limpeza preconizadas, nomeadamente: pescoço, tórax anterior e ambos os braços e pernas, região dorsal, nádegas, períneo. A ordem de limpeza segue uma lógica cefalo-caudal, iniciando na parte anterior do corpo e terminando com a face posterior. É importante salientar a zona da face não deve ser limpa com os toalhetes, na medida em que pode causar irritabilidade na zona dos olhos e da boca. (3) Os toalhetes podem ser utilizados à temperatura ambiente; no entanto, em algumas unidades, e apenas por uma questão de conforto do doente, são aquecidos em micro-ondas durante 30 segundos no máximo a uma potência de 1000W. No entanto, esta recomendação só deverá ser adotada caso o aquecimento se efetue na embalagem de origem fechada e em condições de garantia de não contaminação, ou seja, antes de entrar em contacto com o ambiente do doente.

Atualmente, o MRSA é o agente etiológico mais frequente de infeções associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos no mundo. Inclusivamente, em 2008, na Europa, as infeções por MRSA representaram 44% das infeções hospitalares, sendo responsáveis por um acréscimo de 41% de dias de internamento e 21% da mortalidade resultante das infeções hospitalares (3). De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), tendo por base o último inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos

hospitais portugueses, que decorreu em 2012, o staphylococcus aureus foi o microorganismo mais frequente (17% do total dos isolamentos), com uma taxa de resistência à meticilina de 80% (3).

Na situação particular de Portugal é necessário considerar que a colonização/infecção por Staphylococcus aureus e MRSA pode dever-se a vários fatores. O facto de as unidades de saúde serem constantemente expostas a um elevado número de indivíduos portadores ou colonizados, a redução do número de profissionais de saúde abaixo dos requisitos mínimos e consequentemente a má adesão às medidas de higiene das mãos e das precauções de contacto necessárias, aumenta significativamente a prevalência de MRSA nos hospitais. (3)

Noutro dos estudos encontrados, em 2013, é publicado um estudo observacional no *New England Journal of Medicine* efetuado num hospital nos Estados Unidos, que compara o uso de toalhetes impregnados em clorohexidina por um período de seis meses numa determinada amostra (n=7727 doentes em 9 unidades, entre agosto de 2007 e fevereiro de 2009), seguindo-se de um igual período de seis meses em que eram usados toalhetes não antimicrobianos. Deste modo, perceberam que a taxa global de aquisição de organismos multirresistentes foi de 5,10 casos por 1000 doentes com banho com os toalhetes de clorohexidina *versus* 6,60 casos por 1000 doentes com toalhetes não antimicrobianos, o que equivale a uma taxa de 23% menor de prevalência dos microorganismos com o uso de toalhetes de clorohexidina. Assim, durante o período de estudo, identificaram que enquanto usavam os toalhetes não antimicrobianos, surgiam 165 novos casos de MRSA; enquanto usavam os toalhetes com clorohexidina, surgiam apenas 127 novos casos de contaminação. (5)

Num estudo observacional realizado por Johnson et al em 2015, o banho diário com clorohexidina demonstrou diminuir tanto a colonização da pele como a carga microbiana existente, o que permitiu a limitação do potencial de infeções secundárias e a diminuir o risco de transmissão de doentes para doentes. Estes resultados forneceram suporte adicional para a utilização da descolonização universal com os toalhetes de modo a diminuir as infeções adquiridas em ambiente hospitalar. (11)

Porém, na pesquisa efetuada nas bases de dados, encontrou-se um estudo em que a eficácia da utilização dos toalhetes impregnados com clorohexidina a 2% na prevenção da colonização de bactérias multirresistentes e infeções hospitalares adquiridas em adultos em UCI não foi comprovada. De acordo com o estudo observacional de Adhiratha, a limpeza diária dos doentes internados em UCI com os toalhetes impregnados com clorohexidina a 2% não preveniu ou retardou a colonização de bactérias gram-negativas, comparativamente

com a limpeza diária com sabão antimicrobiano. Muitas razões foram apontadas para este facto, nomeadamente a concentração demasiado reduzida de clorohexidina e a sua periodicidade de aplicação (1x dia), as práticas adicionais de controlo de infeção serem inadequadas ou até mesmo o facto de a maioria das bactérias gram-negativas encontradas nas amostras não terem sido afetadas pelos banhos com clorohexidina. (12)

Outra das conclusões definidas pelos investigadores é que as medidas combinadas do banho diário com os toalhetes de clorohexidina e o aumento das medidas de lavagem das mãos, reduziram a taxa global de infecção no doente crítico, dado este importante nas normas de controlo de infecção dos hospitais portugueses. (7)

Relativamente à ocorrência de reações alérgicas associadas ao uso dos toalhetes impregnados com clorohexidina, na maioria dos estudos revistos não foi identificada qualquer reação alérgica. No entanto, existem alguns autores que relatam a sua existência.

Em 2014, é realizado um estudo por Nakonechna sobre seis doentes que tiveram reações anafiláticas atribuídas à exposição à clorohexidina sobre a forma de géis, esfregaços e cateteres, durante o procedimento cirúrgico, em que esta é usada como desinfetante e antisséptico. As principais reações identificadas a este produto manifestam-se principalmente através de sintomas como prurido, urticária e dermatite de contacto, e em casos mais graves, mas menos frequentes, o broncoespasmo e asma ocupacional. Como é relatado, estas reações anafiláticas são reportadas desde 1984, mas são consideradas raras.

Relativamente à documentação de possíveis reações alérgicas, não existe evidência de que a clorohexidina seja um produto altamente reativo; porém há relatos de reações cutâneas observados durante os estudos descritos que sugerem a existência de alguma hipersensibilidade à clorohexidina, enquanto produto de desinfeção da pele, quer na sua forma diluída na água quer sob a forma de toalhetes.

Recentemente, os panos pré-embalados impregnados com clorohexidina foram amplamente disponíveis, uma vez que constitui um mecanismo de lavagem com clorohexidina impregnada num pano descartável de poliéster, que fornece na pele clorohexidina de forma mais eficaz e consequentemente é o melhor a reduzir a carga bacteriana. (10)

Considerações finais

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento das resistências aos antibióticos são um problema, mas também um desafio nos hospitais portugueses. Contudo, o uso dos toalhetes com clorohexidina podem ser uma solução para a redução da incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente na prevenção das infeções por MRSA. O MRSA é um grave problema em Portugal, sendo de extrema importância a adoção de medidas simples que permitem uma rápida e sustentada redução da colonização e infeção por MRSA. O grupo de risco dos doentes que podem desenvolver MRSA são todos aqueles que se encontram internados essencialmente em unidade de cuidados intensivos pelo que se torna fundamental a implementação de duas medidas básicas pelos profissionais de saúde:

- Higiene corporal dos doentes com clorohexidina a 2% em toalhetes durante os primeiros cinco dias de internamento;
- Higiene oral com clorohexidina a 0,2% durante todo o internamento.

É também importante referir que existe pouca evidência da presença de reações alérgicas ao uso da clorohexidina aquando os cuidados de higiene dos doentes, bem como da predominância de reações cutâneas e de hipersensibilidade. No entanto, a sua prevalência é reduzida, o que não justifica a descontinuidade da prática.

Por último, como limitação a este estudo ressalvamos o número reduzido de estudos encontrados o que revela a necessidade de aumentar a pesquisa nesta área de forma a melhorar os cuidados prestados ao doente crítico e redução da taxa de infeções por MRSA e conseqüentemente, redução direta e indireta, dos custos associados ao internamento destes doentes.

Referências bibliográficas

1. Pinheiro, Armando. Acta Médica Portuguesa – *O conceito de uma unidade de cuidados intensivos*. 1994. Volume 7. Número 1. ISSN: 1646-0758
2. Lowy FD. *Staphylococcus aureus infections*. New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society; 1998. 520-532.
3. Direção Geral da Saúde. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de*

- Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma n.º 018/2014. Direção Geral da Saúde. 2014. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>
4. Reis, Lúcia Margarete. 2011. “Avaliação da atividade antimicrobiana de antissépticos e desinfetantes utilizados em um serviço público de saúde”. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64. 870-875
 5. Climo, Michael W., Yokoe, Deborah S., Warren, David K. (et all). 2013. “Effect of Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection”. *The New England Journal of Medicine*. 368.
 6. MANCINI, Marisa Cotta and SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2006, vol.10, n.4. ISSN 1413-3555. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000400001>.
 7. Reséndez, Michel F. M.; González, E. Garza; Olazaran, S. Mendoza (et all). 2014. “Impact of daily chlorhexidine baths and hand hygiene compliance on nosocomial infection rates in critically ill patients”. *American Journal of Infection Control*. 1-5
 8. Nakonechna, A; Dore, P.; Dixon, T. (et all). 2014. “Immediate hypersensitivity to chlorhexidine is increasingly recognised in the United Kingdom”. *Allergol Immunopathol*. 44-49
 9. Petlin, Ann; Schallom, Marilyn; Prentice, Donna (et all). 2014. “Chlorhexidine Gluconate Bathing to Reduce Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Acquisition”. *Critical Care Nurse Journals*. Vol. 34. No.5. 17-24
 10. Sangal, Vartul; Girvan, E; Jadhav, Sagar (et all). 2012. “Impacts of a long-term programme of active surveillance and chlorhexidine baths on the clinical and molecular epidemiology of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in an Intensive Care Unit in Scotland”. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 323-331
 11. Johnson, Arthur; Nygaard, Rachel; Cohen, Ellie (et all). 2015. “The impact of Hospital-Acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in a Burn Population After Implementation of Universal Decolonization Protocol”. *Journal of Burn Care & Research*. DOI: 10.1097/BCR.0000000000000301
 12. Boonyasiri, Adhiratha; Thaisiam, Peerapat; Permpikul, Chairat (et all). 2015. “Effectiveness of Chlorhexidine Wipes for the Prevention of Multidrug-Resistant Bacterial Colonization and Hospital-Acquired Infections in Intensive Care Unit Patients: A randomized Trial in Thailand”. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 245-253. DOI: 10.1017/ice.2015.285

APÊNDICE II – CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool) – tradução e validação da escala



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool)

Colaboração na tradução e validação da Escala

**Estudantes: Ana Carolina da Rocha Monteiro
Ana Margarida Magalhães e Silva**

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Porto, novembro de 2017

ÍNDICE

1. Introdução.....	115
2. Pertinência da Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>).....	119
3. Processo de Tradução e Validação da Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>)	123
4. Conclusão	125
5. Referências Bibliográficas.....	127
Apêndice.....	129
Apêndice I – Primeira Versão da Escala Portuguesa do CSNAT.....	131
Anexos.....	135
Anexo 1 – Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>).....	137
Anexo 2 – Declaração da Colaboração com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos	141
Anexo 3 – Tradução 1.....	145
Anexo 4 – Tradução 2.....	149

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Módulo III – Cuidados Paliativos, do Estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Mestre Patrícia Coelho. A componente prática deste módulo foi realizada no Serviço de Internamento de Cuidados Paliativos, de um Hospital Privado no Porto, de 4 de setembro a 6 de novembro de 2017.

Durante o decorrer do módulo, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*), como processo de colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, a desafio da Professora Patrícia Coelho e do Professor Manuel Luís Capelas. Desafio esse aceite por nós de imediato e que encarámos com enorme motivação e responsabilidade.

A realização deste trabalho, assume-se como um instrumento essencial, tendo como principais objetivos a análise da pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) na prestação de cuidados e a descrição do processo de tradução e validação da mesma. Para a sua elaboração foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva.

A estrutura do trabalho encontra-se dividida em sete capítulos: no primeiro, surge a Introdução onde são expostos os principais pontos a serem abordados no corpo do trabalho. De seguida, segue-se um capítulo dedicado à pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) e outro com a descrição do processo de tradução e validação da mesma. Segue-se a Conclusão, onde é feito um balanço e análise transversal do trabalho realizado e, finalmente, as Referências Bibliográficas, o Apêndice e os Anexos.

2. PERTINÊNCIA DA ESCALA CSNAT (THE CARER SUPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da deteção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (1).

Neste sentido, as áreas de atuação das equipas de cuidados paliativos são diversas, mas passam, essencialmente, pelo controlo de sintomas, pela comunicação adequada, pelo trabalho em equipa interdisciplinar e fundamentalmente pelo apoio à família. De facto, o doente e a família, são a unidade a tratar e, muitas vezes, o apoio à família torna-se elementar.

A família desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural dos seus membros e, na maioria das sociedades, a prestação dos cuidados é entendida como uma das suas funções, cuidados estes que englobam não só o aspeto físico, mas também aspetos psicológicos, éticos, sociais, demográficos, clínicos, entre outros (2).

Em cuidados paliativos, a família inclui-se no cuidado integral ao doente, aparecendo como cuidador informal, mediador dos cuidados prestados pelos profissionais e uma importante referência emocional durante todo o processo de doença (3). No entanto, não é possível esquecer que o cuidar paliativo pode gerar altos níveis de stress e ansiedade nos familiares, assim como pode significar uma alteração nas rotinas habituais daquele elemento, o que torna, cada vez mais, a satisfação das famílias um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais (3).

Na maioria das vezes, a família não sabe lidar com a doença e com a fase terminal do seu familiar, o que, muitas vezes, suscita alterações emocionais e comportamentais que devem ser compreendidas e interpretadas pelo profissional de saúde. De facto, é fulcral, a equipa estar atenta e ir ao encontro das necessidades da família, através do apoio, transmissão de informação e desmistificação de dúvidas e preconceitos. É, deste modo, que o profissional se alia à família na descoberta de recursos que possam promover / devolver a estabilidade e equilíbrio familiar. Não raras vezes, são estas famílias / cuidadores que exigem cuidar do seu ente querido nesta fase, chegando mesmo a ter o seu familiar em casa, adotando rapidamente a posição de cuidador informal. Assim, é fácil perceber que serão muitas as necessidades de apoio que terão que ser percebidas e trabalhadas em parceria com o

profissional de saúde, de modo a promover a qualidade dos cuidados prestados, quer ao doente, quer à respetiva família (3).

É neste sentido, que o conhecimento das necessidades da família/cuidadores é imprescindível, algo que a Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) nos permite saber. Esta foi desenvolvida na ausência de qualquer evidência ou ferramenta de avaliação viável, baseada no cuidador. Ewing e Grande realizaram entrevistas a grupos focais com 75 cuidadores, pedindo-lhes que identificassem os principais aspetos de apoio a cuidadores em casa (4). Estes foram categorizados em 14 amplos domínios de apoio, cada um abrangendo uma série de necessidades individuais dos cuidadores (4). A ferramenta foi validada com 225 cuidadores adultos de pacientes paliativos em casa (4). A Escala compreende 14 domínios, onde os cuidadores têm a oportunidade de exprimir quais as áreas em que precisam de mais apoio naquele momento.

Para a sua implementação na prática, a CSNAT foi integrada num processo centrado na pessoa – a abordagem CSNAT - que possui 5 etapas principais, sendo cada uma delas facilitada pelo profissional, mas liderada pelo cuidador (5). Em todas as fases é dada ao cuidador a oportunidade de dizer o que sente e o que é mais importante para ele, naquele momento.

A primeira etapa começa quando os cuidadores são introduzidos no CSNAT e a altura e a forma como isso acontece irá depender do doente, do cuidador e das circunstâncias (6). No entanto, deverá acontecer com a maior brevidade possível, visto que uma avaliação atempada das necessidades do cuidador, pode facilitar a resolução precoce de preocupações e evitar situações de crise (6). Algumas das mensagens-chave que devem ser transmitidas ao cuidador, nesta fase introdutória, consistem em: reforçar que os tipos de apoio que o CSNAT destaca, foram os que outros cuidadores, em situações semelhantes, precisaram; determinar as suas necessidades de apoio individuais; e salvaguardar que se trata do início de um processo de avaliação contínua (6). É muito importante que o cuidador interprete o CSNAT como uma oportunidade de considerar as suas necessidades, e não como a obrigação de preencher um formulário (6).

A segunda etapa engloba as necessidades consideradas pelo cuidador. De ressaltar, que as necessidades de apoio do cuidador serão diferentes das do doente. O cuidador deve olhar para o CSNAT e refletir sobre a sua pessoa e as suas necessidades de apoio (6). Após a introdução no CSNAT, o cuidador pode precisar de tempo para considerar e priorizar as suas necessidades de apoio. Tendo em conta a forma como está elaborada a escala, o cuidador tem a possibilidade de indicar em qual dos 14 domínios necessita de mais apoio,

bem como o nível de apoio (um pouco mais, muito mais, bastante mais). Existe ainda um último parâmetro, onde o cuidador pode escrever qualquer outro tipo de apoio que necessite, que não esteja discriminado nos restantes 14 domínios.

Segue-se a terceira etapa, que abrange a conversa de avaliação, onde o profissional deverá explorar as necessidades de apoio identificadas pelo cuidador. Trata-se de uma fase essencial, a partir da qual será possível perceber o tipo de apoio necessário para cada um dos domínios, e onde deve ser tido em consideração que o tipo de apoio que a pessoa percebe necessitar, pode não ser o que efetivamente necessita (6).

A penúltima etapa consiste no plano de ação compartilhado, onde são identificadas as fontes de apoio às quais o cuidador já tem acesso, como membros da família, amigos, entre outros, e onde é necessário perceber como se sentiria o cuidador se alguém o ajudasse. Numa fase posterior, as ajudas ao cuidador poderão incluir: ajudar o cuidador a identificar fontes de apoio, seja por autoajuda ou através da família e amigos; escuta ativa, fornecendo tranquilidade, informações, conselhos ou informações educacionais; sinalização para fontes de apoio; e referenciação para um serviço de apoio adicional.

Por último, temos a revisão das necessidades de apoio do cuidador, uma etapa que provavelmente estará sempre em curso. No entanto, poderão haver momentos em que a reavaliação completa das necessidades de apoio do cuidador seja benéfica, como por exemplo, quando existe uma deterioração do estado geral do paciente ou uma alteração no plano de cuidados do mesmo (6). Para além disso, o pedido de revisão das necessidades de apoio pode partir do profissional ou do cuidador (6).

Desta forma, a aplicação desta escala em Portugal torna-se imprescindível, particularmente nos serviços de cuidados paliativos, de forma a que a equipa possa identificar as necessidades dos cuidadores e, seguidamente, desenvolver um plano de intervenção eficaz que minimize o sofrimento e o desgaste emocional destas famílias neste momento de fragilidade, em que a perda do seu familiar poderá ser iminente.

3. PROCESSO DE TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA CSNAT

Durante o módulo III, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*consultar Anexo 1*), como processo de colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos (*consultar Anexos 2 e 3*), a desafio da Professora Patrícia Coelho e do Professor Manuel Luís Capelas. Desafio esse aceite por nós de imediato e que encaramos com enorme motivação e responsabilidade. De facto, a validação desta escala torna-se uma ferramenta importante para a prática atual dos cuidados paliativos, pois as necessidades das famílias/cuidadores são questões de relevo e condicionadoras do processo de saúde-doença. Deste modo, achámos pertinente participar neste projeto, pois acreditamos na sua aplicabilidade no dia-a-dia dos cuidados paliativos.

Numa fase inicial, foi efetuado o pedido de autorização aos autores da Escala CSNAT, pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, na pessoa do Professor Manuel Luís Capelas, para a tradução e validação da Escala para Português de Portugal.

Posteriormente, foram elaboradas duas traduções independentes uma da outra, por dois tradutores bilingues. Obtendo-se a tradução 1 (*consultar Anexo 4*) e a tradução 2 (*consultar Anexo 5*). Após isto, o próximo passo seria proceder à sincronização destas duas versões traduzidas, de modo a perceber quais as semelhanças/diferenças entre elas e, de acordo com o conhecimento da prática dos cuidados paliativos em Portugal, perceber quais seriam os termos/frases mais adaptados e de fácil entendimento perante a nossa população. De facto, a forma prática e simples como a escala de apresenta torna-se fundamental para o seu entendimento perante a população a que se destina, assim como facilita o trabalho do profissional que a aplica.

Foi nesta fase da validação da escala que o nosso trabalho foi realizado. Na prática, reunimos as duas traduções e paralelamente procedemos à sua análise e sincronização. Foram vários os pontos de discussão, que passamos a analisar, particularmente em relação à seleção dos termos a utilizar, nomeadamente:

- . Suporte *vs.* Ajuda *vs.* Apoio
- . Entender *vs.* Compreender
- . Gerir *vs.* Lidar
- . Problemas *vs.* Questões

- . Providenciar vs. Prestar
- . WC vs. Casa de banho
- . Questões vs. Preocupações

Após a obtenção da primeira sincronização das duas traduções, realizámos uma reunião de consenso entre toda a equipa responsável pelo estudo onde fizemos uma aferição dessa mesma sincronização e, a partir da qual, obtivemos a primeira versão da escala portuguesa do CSNAT (*consultar Apêndice I*).

A partir deste momento, e devido ao limite de tempo deste módulo de estágio, será uma outra colega, estudante de Mestrado em Cuidados Paliativos, a liderar o processo de tradução e validação da escala, no qual também continuaremos a colaborar. A próxima fase na validação da escala CSNAT passa por uma nova tradução para a língua original, de forma a que os autores possam perceber se a linguagem utilizada é a mais adequada e fiel à versão original.

4. CONCLUSÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. O curso tem a duração de três semestres, integrando uma componente teórica e um estágio com a elaboração do respetivo relatório.

Com a elaboração do presente trabalho, referente ao Módulo III – opcional (Cuidados Paliativos), considerámos ter atingido os objetivos, inicialmente estabelecidos, uma vez que fomos capazes de analisar a pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) na prestação de cuidados e descrever o processo de tradução e validação da mesma.

Terminada esta etapa de trabalho árduo, considerámos este documento de suma importância, uma vez que nele apresentámos partes integrantes dos nossos Relatórios de Estágio que, esperamos, venha a ser o culminar do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concomitantemente com a discussão pública dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **World Health Organization.** *World Health Organization.* [Online] [Citação: 3 de Novembro de 2017.] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. **Luders, Selenita Alfonso e Storani, Maria Silvia.** Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. [autor do livro] Matheus Netto. *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.* São Paulo : Atheneu, 2000.
3. **Almeida, Antónia.** Avaliação da Satisfação dos Familiares dos Doentes em Cuidados Paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE. Lisboa : Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, 2012.
4. **Ewing, Gail, et al.** The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home: A Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2013, Vol. 46, pp. 395-405.
5. **Ewing, Gail, et al.** Developing a person-centred approach to carer assessment and support. *British Journal of Community Nursing.* 2015, Vol. 20, pp. 580-584.
6. **The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research).** The CSNAT Approach - A person-centred process of carer assessment and support in palliative and end of life care. 2016.

Apêndice

Apêndice I
Primeira Versão da Escala Portuguesa do CSNAT

Escala de Avaliação das Necessidades de Apoio do Cuidador (CSNAT)
As suas necessidades de apoio

Nós gostaríamos de saber que tipo de apoio precisa que lhe permita cuidar do seu familiar ou amigo/a, e que tipo de apoio precisa para si mesmo/a. Para cada questão, por favor assinale a quadrícula que melhor representa as suas necessidades de apoio neste momento.

Precisa de mais apoio para...	Não	Um pouco mais	Muito mais	Bastante mais
... entender a doença do seu familiar?				
... ter tempo para si durante o dia?				
... lidar com os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicação?				
... os seus problemas financeiros, legais ou laborais?				
... prestar cuidados ao seu familiar (p. ex. vestir, lavar, usar a casa de banho)?				
... lidar com os seus sentimentos e preocupações?				
... saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por diversas necessidades, incluindo à noite)?				
... cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?				
... equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?				
... as suas crenças ou questões espirituais?				
... falar com o seu familiar sobre a sua doença?				
... ajuda prática em casa?				
... saber o que esperar do futuro enquanto cuida do seu familiar?				
... fazer uma pausa dos cuidados durante a noite?				
... qualquer outro assunto (por favor escreva)?				

Por favor indique em relação a qual dos itens acima **mais** precisa de apoio neste momento.
Um profissional de saúde poderá, assim, discutir estas necessidades de apoio consigo.

Anexos

Anexo 1
Escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool)

The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)

Your support needs

We would like to know what help you need to enable you to care for your relative or friend, and what support you need for yourself. For each statement, please tick the box that best represents your support needs at the moment.

Do you need more support with...	No	A little more	Quite a bit more	Very much more
...understanding your relative's illness?				
...having time for yourself in the day				
...managing your relative's symptoms, including giving medicines?				
...your financial, legal or work issues?				
...providing personal care for your relative (eg dressing, washing, toileting)?				
...dealing with your feelings and worries?				
...knowing who to contact if you are concerned about your relative (for a range of needs including at night)?				
...looking after your own health (physical problems)?				
...equipment to help care for your relative?				
...your beliefs or spiritual concerns?				
...talking with your relative about his or her illness?				
...practical help in the home?				
...knowing what to expect in the future when caring for your relative?				
...getting a break from caring overnight?				
...anything else (please write in)?				

Please consider which of the above you most need support with at the moment.
A practitioner will then be able to discuss these support needs with you.

Copyright © 2009 University of Cambridge (Centre for Family Research)/The University of Manchester (School of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved. Gail Ewing (Cambridge) and Gunn Grande (Manchester) have asserted their moral right to be identified as authors of the CSNAT.

Please do not remove this notice from the CSNAT or any copies. Copying and use of the CSNAT is subject to registration and agreement to the CSNAT Terms of Use at <http://csnat.org>.

Anexo 2
Declaração da Colaboração com o Observatório Português dos
Cuidados Paliativos



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que a Sr.^ª Enf.^ª Ana Margarida Magalhães e Silva se encontra a colaborar com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no processo de Tradução e Validação para Português de Portugal da Escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool).

Lisboa, 04/11/2017

MANUEL LUÍS VILA CAPELAS Assinado de forma digital por
MANUEL LUÍS VILA CAPELAS
Dados: 2017.11.04 16:58:48 Z

Professor Doutor Manuel Luís Capelas
(Codiretor)

Anexo 3
Tradução 1

Ferramenta de avaliação das necessidades de suporte do cuidador (CSNAT)

As suas necessidades de suporte

Gostaríamos de saber que tipo de ajuda necessita que lhe permita cuidar do seu familiar ou amigo, e que suporte precisa para si. Para cada questão, assinale a quadrícula que melhor representa as suas necessidades de suporte neste momento.

Necessita de mais ajuda para...	Não	Um pouco mais	Consideravelmente mais	Bastante mais
... entender a doença do seu familiar?				
... ter tempo para si durante o dia?				
... gerir os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicação?				
... os seus problemas financeiros, legais ou laborais?				
... providenciar cuidados pessoais ao seu familiar (p. ex. vestir, lavar, usar o WC)?				
... lidar com os seus sentimentos e preocupações?				
... saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por diversas necessidades, incluindo à noite)?				
... cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?				
... equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?				
... as suas crenças ou questões espirituais?				
... falar com o seu familiar sobre a doença dele ou dela?				
... ajuda prática em casa?				
... saber o que esperar no futuro quando cuida do seu familiar?				
... tirar um pausa de prestar cuidados durante a noite?				
... qualquer outro assunto (por favor escreva)?				

Por favor considere em qual dos anteriores necessita de mais ajuda neste momento.

Um profissional irá então ser capaz de discutir estas necessidades de auxílio consigo.

Anexo 4
Tradução 2

Escala de avaliação das necessidades de suporte do cuidador (CSNAT)

As suas necessidades de suporte

Nós gostaríamos de saber que tipo de apoio precisa para o/a ajudar a cuidar do seu familiar ou amigo, e que tipo de suporte precisa para si mesmo/a. Para cada pergunta, por favor selecione a opção que melhor representa as suas necessidades de suporte neste momento.

Precisa de mais suporte para...	Não	Um pouco mais	Muito mais	Bastante mais
...compreender a doença do seu familiar?				
...ter tempo para si mesmo durante o dia?				
...gerir os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicamentos?				
...as suas questões financeiras, legais ou de trabalho?				
...providenciar cuidados pessoais ao seu familiar (por exemplo vestir-se, lavar-se ou na utilização da sanita)?				
...lidar com os seus sentimentos e preocupações?				
...saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por uma série de necessidades incluindo à noite)?				
...cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?				
...equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?				
...as suas crenças ou preocupações espirituais?				
...falar com o seu familiar sobre a sua doença?				
...ajuda prática na casa?				
...saber o que esperar do futuro quando está a cuidar do seu familiar?				
...fazer uma pausa dos cuidados durante a noite?				
...algo mais (por favor escreva)?				

Por favor considere com qual dos itens acima mais precisa de suporte neste momento.

Um profissional de saúde será então capaz de discutir estas necessidades de suporte consigo.

**APÊNDICE III – A Comunicação nos Cuidados Intensivos – Estudo
de Caso**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A comunicação nos cuidados intensivos

- Estudo de caso -

Aluno: Ana Margarida Silva

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

Porto, Junho de 2017

“As enfermeiras comovem-se diante desse amor obstinado e por vezes deixam-me visitar-te a horas interditas, porque comprovam que quando te pego na mão, os sinais em ti modificam-se ...”

Isabel Allende, 1994

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	161
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	163
3. APRESENTAÇÃO DO CASO EM ESTUDO.....	165
3.1. História de doença atual.....	165
3.2. Avaliação do estado clínico do doente e sua evolução durante o internamento.....	166
4. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	175
4.1. Plano de cuidados.....	176
5. REFLEXÃO CRÍTICA.....	195
6. CONCLUSÃO.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
APÊNDICE.....	205
APÊNDICE I – Escala de coma de Glasgow	205
APÊNDICE II – Protocolo de nutrição entérica	209

1. INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi desenvolvido no âmbito do estágio módulo II – cuidados intensivos, inserido no Curso de Mestrado Profissional com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica do Porto, no ano letivo de 2016/2017. Este módulo II foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, de 2 de maio de 2017 a 24 de junho de 2017.

De acordo com Coutinho 2011, um estudo de caso constitui um método de investigação qualitativa, baseado na observação detalhada de um contexto ou indivíduo e de um acontecimento específico, em que são transportados para casos gerais factos observados num caso específico. Assim sendo, no decorrer do estágio que realizei na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), o meu tema de projeto inicial foi “a importância da comunicação em enfermagem em situação crítica”, pelo que se optou por selecionar um doente da unidade de modo a observar as estratégias comunicacionais desenvolvidas entre o doente e a família. Além disso, este estudo de caso permite a consolidação e o aprofundamento de conhecimentos apreendidos durante este estágio.

Para a construção deste estudo de caso foi feita recolha de dados através da observação do doente/caso em estudo, assim como nos registos clínicos. Além disso, foi também realizada uma revisão bibliográfica de modo a sustentar a informação científica aqui presente. Quanto ao método utilizado, foi essencialmente descritivo, analítico e reflexivo.

Por fim, este estudo de caso divide-se em cinco capítulos: introdução, contextualização do tema, apresentação do caso em estudo, processo de enfermagem, reflexão crítica, e por fim a conclusão. Inicialmente, na Introdução é feito o enquadramento deste trabalho e expostos quais os objetivos dos mesmos e a metodologia utilizada. Seguidamente, é feita a contextualização do tema, onde é efetuada uma exposição introdutória sobre o tema da comunicação em cuidados intensivos. Nos dois capítulos seguintes, é descrito o caso em estudo e efetuado o respetivo plano de cuidados de enfermagem, seguindo-se a reflexão crítica sobre estes pontos. Para finalizar, na conclusão é feita a síntese acerca da importância da comunicação num serviço de cuidados intensivos, referindo as diversas formas de comunicação existentes e testadas durante o estágio nesta unidade.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Comunicação vem do latim *communicare* que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”. De facto, comunicação é o meio através do qual as pessoas interagem umas com as outras. Já Dallari (1998) afirma que “a sociedade humana é um conjunto de pessoas, ligadas entre si pela necessidade de se ajudarem uns aos outros no plano material, bem como pela necessidade de comunicação intelectual, afetiva e espiritual a fim de que possam garantir a continuidade da vida e satisfazer seus interesses e desejos”.

São inúmeras as definições que encontramos na bibliografia sobre comunicação. No entanto, e tendo em conta este trabalho, interessa-nos a comunicação na enfermagem. Já Virginia Henderson (1935), uma teórica de referência na enfermagem, entendia a comunicação como uma das atividades básicas do ser humano, quer no contexto de doença ou saúde, defendendo que a comunicação é um tipo de acção interdependente que permite dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não-verbais, e outras diversas estratégias como os meios de comunicação que encontramos desde sempre. Ideia muito semelhante à que encontramos hoje na CIPE, versão 1.0, em que, de facto, a comunicação é considerada uma atividade humana básica que permite-nos estabelecer relações com o outro.

Segundo Phaneuf (2001), comunicação consiste num processo, consciente ou inconsciente, de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha, e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. É através da comunicação que chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, de modo a, em algumas situações, criarmos laços significativos com ela.

Além disto, o modelo comunicacional é composto por três grandes elementos: o emissor, a mensagem a transmitir e o recetor. Facilmente percebemos que o emissor é quem envia a mensagem ao recetor e que este por sua vez envia um sinal de resposta ao emissor, gerando assim comunicação. Este mesmo modelo pode ser muitas vezes influenciado por vários fatores tais como o contexto situacional que envolve o emissor e o recetor, como as suas motivações, a perceção e codificação/descodificação da mensagem. E na comunicação em enfermagem o contexto situacional que envolve os intervenientes do processo comunicacional pode ser preponderante, uma vez que o fator

doença/preocupação/desconhecido podem, de facto, condicionar a comunicação e criar descodificações erradas de mensagens.

E é por todas estas definições que facilmente compreendemos a importância da comunicação na enfermagem. De facto, já Phaneuf dizia que “Quando estou em relação com uma pessoa que vive um grande sofrimento, as minhas palavras e os meus gestos fazem de mim um barqueiro que por um momento, suporta o outro e ajuda-o a atravessar este momento difícil.” A comunicação é assim a forma que temos de estabelecer relação com o nosso doente/família, percebendo as suas preocupações, medos, receios e como o podemos ajudar. É impossível não comunicar! Até o silêncio é uma forma de comunicação. Por isso se torna imprescindível que o enfermeiro tenha as ferramentas mais acertadas para comunicar, não só com o seu doente e respetiva família, mas também com a restante equipa de trabalho.

Este estudo de caso apresenta a situação clínica de um doente internado numa unidade de cuidados intensivos. Por definição, sabe-se que os cuidados intensivos são uma unidade onde se prestam tratamentos a doentes em estado grave, os denominados doentes críticos, que necessitam de vigilância permanente por pessoal especializado. Deste modo, estas unidades são responsáveis pela prestação de cuidados a doentes críticos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Numa unidade de cuidados intensivos, os doentes, quanto ao nível de consciência, podem ir do consciente e orientado ao coma profundo. Muitos deles, estão mesmo impossibilitados de comunicar verbalmente. No entanto, o comprometimento de funções cerebrais e sensoriais não implica sempre a ausência de perceção por parte do doente, implicando necessidades complexas de comunicação por parte destes doentes, pois o facto de não conseguirem comunicar verbalmente não significa que não ouçam ou não entendam o que lhes é dito.

Deste modo, a comunicação com o doente em cuidados intensivos tem uma elevada importância pois permite a criação de uma relação empática entre o doente e o profissional que lhe presta cuidados, influenciando os níveis de ansiedade e conforto do doente, afetando a sua recuperação e o tempo de internamento e diminuindo a sensação de isolamento que muitas vezes estes doentes sentem.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO EM ESTUDO

Neste capítulo pretende-se apresentar o caso em estudo assim como realizar a sua avaliação clínica, complementando com conteúdos teóricos que consolidam a aprendizagem feita durante este estágio. A informação que a seguir se descreve resultou da observação em contexto real do doente, assim como de informações colhidas no processo clínico do doente, acrescentando também toda a informação científica que resultou de uma revisão sistemática da literatura.

3.1. História de doença atual

O doente X deu entrada na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) no mês de maio de 2017, com o diagnóstico de entrada “politraumatizado com TCE (traumatismo crânio-encefálico)”.

Vítima de acidente de viação, condutor de veículo ligeiro, sofreu impacto de elevada cinética, encarceramento, sem abertura de airbag e embate lateral (lado do passageiro) contra um muro. Assistido por VMER no pré-hospitalar: ECG (escala de coma de Glasgow, ver apêndice I) de 3 no local, TA 70/36 mmHg, FC 110bpm, submetido a EOT (entubação endotraqueal) sob propofol 150mg e rocurónio 10mg; fez 10mg de cristaloides.

Transferido para o SU (serviço de urgência) da instituição. Após estabilização hemodinâmica, efetuados vários exames de diagnóstico, nomeadamente TAC (tomografia axial computadorizada) cerebral e toraco-abdomino-pélvica. Após conclusões de exames, fica internado na UCIP (unidade de cuidados intensivos polivalente) com a seguinte lista de problemas:

- Pneumotórax bilateral, pneumomediastino e contusões pulmonares;
- Laceração hepática e esplénica;
- Múltiplas fraturas: clavícula esquerda, parede lateral e o pavimento da órbita esquerda, apófise estilóide direita, ramos isquiopúbico e íleo-púbico esquerdos, ramo íleo-púbico direito, asa esquerda do sacro, arcos costais à esquerda e à direita.

Após transferência para a UCIP, foi transferido para o bloco operatório para realizar uma laparotomia urgente, onde acabou por ser realizada uma esplenectomia por hemoperitoneu de grande volume.

3.2. Avaliação do estado clínico do doente e sua evolução durante o internamento

A avaliação do doente crítico em cuidados intensivos é realizada de forma esquemática, de acordo com a metodologia A-B-C-D-E usada na abordagem da vítima em emergência, sendo:

- Via aérea com controle da coluna cervical;
- B – Ventilação;
- Circulação;
- D – Avaliação neurológica /disfunção do sistema nervoso central;
- E – Exposição.

Deste modo, de seguida faz-se a anamnese do doente em estudo.

A- Via aérea com controle da coluna cervical

O doente X encontrava-se com o colar cervical colocado devido às múltiplas fraturas que apresentava. Além disso, e por protocolo de trauma da instituição, em caso de doentes politraumatizados, o colar cervical só deverá ser retirado quando o doente acordar e mobilizar os quatro membros de forma sustentada. (ver apêndice III). Por estes motivos, o colar cervical do doente X foi apenas removido ao 15º dia de internamento. Encontrava-se com TOT (tubo orotraqueal) e por isso com a via aérea permeável.

B- Ventilação

De acordo com a CIPE (versão 1.0, p.17) ventilação define-se como um “processo do sistema respiratório com as características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratório determinados, profundidade inspiratória e força expiratória”. Quando o organismo não consegue executar este trabalho de forma espontânea, necessita de um ventilador que o faça através de métodos invasivos. Deste modo, a ventilação invasiva pode ter como indicações a insuficiência respiratória, cardíaca ou disfunção neurológica, sendo esta última a situação do doente X. Os ventiladores entregam gás ao pulmão com pressão positiva a uma determinada frequência. A quantidade de ar entregue pode ser limitada pelo tempo, pressão ou volume. A duração pode ser gerida pelo tempo, pressão ou fluxo de ar que é então entregue.

De uma forma global, existem ao nível da ventilação mecânica, dois modos ventilatórios: o modo controlado e o modo assistido/espontâneo. No modo controlado, o ventilador garante que o doente recebe volume e pressão de ar, previamente definidos, a cada respiração. Ou seja, o doente recebe suporte total na respiração independentemente do seu esforço. Neste modo, podemos ter o modo ventilatório controlado por volume ou por pressão, quer seja fornecido pelo ventilador um volume ou pressão constantes, respetivamente. Por outro lado, podemos ter o modo ventilatório assistido/espontâneo. Neste modo, o doente controla a ventilação, existindo sempre um valor de segurança em que o ventilador sabe quando deve desencadear uma respiração, sempre de acordo com o esforço do doente e com o tempo decorrido desde o último ciclo respiratório.

No caso do doente X, este esteve com tubo orotraqueal, em ventilação mecânica invasiva em modo ventilatório controlado por volume. Bem-adaptado ao ventilador. Secreções mucopurulentas e espessas na orofaringe e no TOT, com necessidade de aspiração de secreções. Com boas saturações de oxigénio com Fi O₂ de 50% nos primeiros dias de internamento, sendo gradualmente reduzido. De facto, o doente X, como foi descrito anteriormente, teve como problemas um pneumotórax bilateral (presença de ar entre as duas camadas da pleura) e um pneumomediastino (existência de ar nos interstícios mediastinais). Devido a estas duas situações, necessitou de dois drenos torácicos ligados inicialmente a um aspirador de baixa pressão. Deste modo, o trauma torácico foi um dos maiores problemas do doente x, que dificultou o seu tratamento, pois o doente não tolerava os decúbitos e a sua

ventilação acabou por estar comprometida. Daí o desmame de sedoanalgesia paralelamente com o respiratório foram processos que estiveram dificultados.

Por trauma da face, foi observado por cirurgia maxilo-facial, ficando proposto para cirurgia, com colocação de traqueostomia ao 15º dia de internamento. Ao 20º dia de internamento suspenso aporte mecânico ventilatório, ficando em ventilação espontânea através da traqueostomia. Durante o dia, o doente X fica com peça T associada à traqueostomia durante o dia; no entanto, à noite por apresentar alguns períodos de dessaturação, fica durante este período com ventilação mecânica invasiva em modo de pressão assistida.

C- Circulação

Hemodinamicamente estável e apirético. Pressões arteriais médias (PAM) estáveis, com suporte de noradrenalina, que foi sendo gradualmente reduzido até à sua suspensão. A noradrenalina é um fármaco que pertence ao grupo farmacoterapêutico dos simpaticomiméticos; é um fármaco vasopressor usado no tratamento da hipotensão aguda, de modo a restaurar a PA em certos estados (Infarmed, 2009).

Apresentava também cateter venoso central (CVC) para administração de fluidos e linha arterial para monitorização hemodinâmica invasiva. A linha arterial consiste num cateter introduzido numa artéria que permite a vigilância contínua das pressões arteriais. Deste modo, além da PA sistólica e diastólica, dá-nos valores de PAM (pressão arterial média), que por sua vez é o valor usado como indicador na prescrição médica de noradrenalina.

D- Avaliação neurológica /disfunção do sistema nervoso central

Nas unidades de cuidados intensivos, a avaliação dos níveis de sedação e agitação dos doentes torna-se fundamental. De facto, a avaliação frequente da atividade motora e do nível de sedação ajuda a titular as infusões contínuas de sedativos, como o propofol, por exemplo, de modo a perceber qual o nível de sedação mais apropriado para cada doente. Deste modo, na literatura estão descritas quatro escalas que são frequentemente utilizadas: a

Ramsay Scale, a Riker Sedation-Agitation Scale, a Motor Activity Assessment Scale e a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

Na UCI desta instituição, a escala usada é a RASS. Esta avalia os níveis de sedação dos doentes de acordo com a atribuição de pontos de +4 a -5. A escala de RASS é apresentada a seguir.

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso para o staff
+3	Muito agitado	Agressivo; remove tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos descoordenados, desadaptado do ventilador
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Acordado, calmo	
-1	Sonolento	Não totalmente acordado, mas tem o despertar sustentado (abre os olhos/dirige o olhar) ao som da voz (> 10seg.)
-2	Sedação ligeira	Acorda por momentos e dirige o olhar ao som da voz (mas sem dirigir o olhar)
-3	Sedação moderada	Movimentos ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem dirigir o olhar)
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas tem movimentos ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou à estimulação física

Tabela 1 – Escala de RASS – Fonte: Protocolo do Serviço

Além desta classificação, e de modo a perceber quais os pontos a atribuir ao doente, a escala de RASS contempla alguns passos importantes a seguir:

<p>1. Observar o doente</p> <p>- Doente está acordado, inquieto ou agitado ----- 0 a +4</p> <p>2. Se não estiver acordado, dizer o nome do doente, pedir para abrir os olhos e olhar para o profissional</p> <p>- Não completamente acordado, mas despertável – abre os olhos e dirige o olhar de forma sustentada (>10seg) ----- -1</p> <p>- Acorda por momentos, abre os olhos e dirige o olhar, mas não de forma sustentada (<10seg) ----- -2</p> <p>- Apresenta qualquer tipo de movimento ou abre os olhos ao som da voz, mas não dirige o olhar ----- -3</p> <p>3. Se não responder a estímulos verbais, estimula fisicamente, abanando os ombros ou friccionando o esterno</p> <p>- Apresenta qualquer tipo de movimentos ou abre os olhos à estimulação física ----- -4</p> <p>- Não responde a qualquer tipo de estimulação física ----- -5</p>
--

Tabela 2 – Escala de RASS: descrição de alguns pontos – Fonte: Protocolo do Serviço

Por outro lado, a escala BPS (Behavior Pain Scale) é definida como uma escala comportamental da dor, usada em cuidados intensivos de modo a perceber o grau de conforto dos doentes sedados e analgésicos. É considerada uma das escalas comportamentais mais válida para a avaliação da dor em doentes adultos internados nestas unidades e que por sua vez não são capazes de descrever a dor mas cujas funções motoras e comportamentais podem ser observados.

Esta escala baseia-se na soma do score de três itens ou indicadores de dor: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica, sendo a meta de analgesia um valor inferior ou igual a 4.

Item	Descrição	Pontos
<u>Expressão facial</u>	Relaxado	1
	Parcialmente tenso (ex.: sobrancelhas arqueadas)	2
	Completamente tenso (ex: pálpebras fechadas)	3
	Fácies, esgar de dor	4
<u>Membros superiores</u>	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Completamente fletidos com flexão dos dedos	3
	Permanentemente retraídos	4
<u>Adaptação à ventilação mecânica</u>	Tolera movimentos	1
	Tosse mas tolera movimentos na maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador	3
	Incapaz de tolerar o ventilador	4

Tabela 3 – Escala de BPS – Fonte: Protocolo do Serviço

Além disto, a avaliação da função pupilar também é uma ferramenta essencial na avaliação neurológica do doente crítico. Esta avaliação consiste em três pontos importantes: análise do tamanho e forma da pupila, a avaliação da reação pupilar à luz e a avaliação dos movimentos oculares.

Começando pela avaliação do tamanho e da forma da pupila, na maioria das pessoas, as pupilas têm ambas o mesmo tamanho, denominando-se assim de pupilas isocóricas. No entanto, podem surgir situações em que há desigualdade no tamanho, denominando-se assim de anisocóricas. Esta classificação torna-se fundamental no doente crítico uma vez que a alteração ou desigualdade no tamanho das pupilas poderá ser um sinal neurológico significativo. Por outro lado, a forma das pupilas também é uma característica importante na avaliação das mesmas. De facto, embora seja normalmente redonda, nos doentes, por exemplo, com pressões intracranianas elevadas podem observar-se pupilas com formas irregulares.

Seguidamente temos a avaliação da reação pupilar à luz. A técnica desta avaliação consiste na utilização de uma luz clara diretamente apontada à pupila a partir do canto exterior do olho. Esta resposta pupilar à luz pode classificar-se como brusca, lenta, reativa, não reativa ou fixada.

Por último, a avaliação dos movimentos oculares também é essencial. Num doente consciente, esta avaliação pode ser feita através do típico exercício de seguir o movimento de determinado objeto ou mesmo os dedos do examinador. Neste caso, no doente inconsciente, que são a maioria dos doentes críticos, a avaliação da função ocular faz-se solicitando o reflexo dos “olhos de boneca”. Salvaguardando possíveis lesões da coluna cervical, são seguradas as pálpebras do doente abertas e vira-se bruscamente a cabeça deste de um lado para o outro observando os movimentos oculares. Assim, se os olhos se desviam para a direção oposta ao movimento da cabeça, significa que os “olhos de boneca” estão presentes e por isso o reflexo oculocefálico está intacto. Se tal não acontecer pode ser significado de lesão no tronco cerebral.

Deste modo, e relativamente às características das pupilas do doente X, nem sempre se verificou homogeneidade. Apresentou períodos com pupilas isocóricas e fotorreativas que alternou com um episódio de uma discreta anisocoria o que inclusivamente motivou a realização de uma TAC (tomografia axilar computadorizada), e também um período de nistagmo (movimentos incontrolados dos olhos) o que trouxe alguma suspeita e preocupação à equipa por possível gravidade das lesões cerebrais.

Sedoanalgesiado com midazolam, propofol e fentanil. Estes três fármacos são os de eleição para uma sedação profunda. O midazolam pertence ao grupo farmacológico das benzodiazepinas e é um ansiolítico, sedativo/hipnótico. O propofol pertence ao grupo dos anestésicos gerais e como o próprio nome indica tem como indicação a indução da anestesia geral, sendo então usado na sedação de doentes entubados e ventilados mecanicamente em unidades de cuidados intensivos. Por último, o fentanil é considerado um analgésico opiáceo (Guia farmacológico para enfermeiros, 2007). Com RASS de -5 nos primeiros dias de internamento e um BPS de 3. Ao 5º dia de internamento, devido à estabilidade clínica e hemodinâmica do doente, é iniciado o desmame de sedoanalgesia, suspende o midazolam. Assim, ao 7º dia de internamento, nota-se uma alteração de RASS, passando de -5, para um RASS de -4, -3. Ao 10º dia, por desmame complicado, colocado cateter epidural, ficando com analgesia epidural. Ao 12º dia de internamento, o doente X já abria os olhos à chamada, dirigia o olhar e mobilizava os quatro membros.

E- Exposição

Devido ao acidente o doente X apresentava várias escoriações e feridas traumáticas dispersas pelo corpo.

Além destas informações, é importante também referir que o doente em estudo iniciou nutrição entérica no 4º dia de internamento com dose mínima, a progredir de acordo com tolerância, chegando à dose alvo (dose máxima prescrita pelo médico assistente) ao 6º dia de internamento (ver apêndice II). Efetuado também reforço hídrico com água (100ml de 6/6h). Estava também algaliado, com bons débitos urinários, com o objetivo de balanços hídricos neutros.

Em resumo, os principais cuidados prestados a este doente nesta unidade de cuidados intensivos foram:

- Ventilação mecânica invasiva em modo controlado por pressão;
- Entubação orotraqueal;
- Cateter venoso central;
- Linha arterial para monitorização hemodinâmica invasiva;
- Sonda nasogástrica para nutrição entérica;
- Algaliação para controlo de débitos urinários e balanços hídricos;
- Traqueostomia.

Ao 23º dia de internamento, por estabilidade hemodinâmica, o doente X é transferido para os cuidados intermédios neurocríticos do mesmo hospital.

4. PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem traduz-se por um método sistemático e organizado para proporcionar cuidados de enfermagem individualizados. De facto, envolve um processo de tomada de decisão, concretizada para e com o doente, em que se negociam estratégias de cuidados e se estabelecem resultados conjuntos, tendo em conta a vontade e a situação do próprio e os condicionalismos do enfermeiro e da instituição.

Deste modo, Alfarro (1986) defende que o processo de enfermagem engloba cinco etapas:

- Avaliação inicial/histórico em que se procede a recolha de dados acerca do estado de saúde/doença do doente;
- Identificação de problemas/diagnóstico;
- Planeamento das intervenções que respondem aos problemas identificados;
- Execução do plano;
- E por fim a avaliação para percebermos se cumprimos ou não os objetivos que foram propostos.

Já mais tarde, Phaneuf (2001) atribuiu ao processo de enfermagem determinadas características tais como:

- Processo sistemático uma vez que pressupõe uma abordagem sequencial para a resolução de problemas;
- Dinâmico porque evolui com as mudanças que ocorrem no estado da pessoa;
- Interativo, pois, é contruído com base na relação terapêutica existente com o doente;
- Flexível uma vez que se ajusta a diferentes contextos da prestação de cuidados;
- Essencial como ferramenta no processo clínico do doente.

É com base neste processo de enfermagem que assenta o plano de cuidados de enfermagem que se apresenta a seguir. De facto, diariamente e quase de uma forma espontânea, em todos os turnos de trabalho pensamos e colocamos em prática um plano de cuidados para o doente que necessita dos nossos cuidados. É através deste mecanismo que percebemos quais os principais problemas do nosso doente e posteriormente planeamos um conjunto de intervenções que nos vão permitir atingir determinado resultado.

4.1. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados que se apresenta a seguir refere-se ao doente x e baseia-se na CIPE, versão 1.0. A CIPE define-se como a classificação internacional para a prática de enfermagem e permite a universalidade na linguagem dos enfermeiros. De facto, “no essencial, os componentes da CIPE são os elementos da prática de enfermagem: o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (intervensões, diagnósticos e resultados de enfermagem). Uma linguagem comum, unificada, com a qual possamos expressar estes elementos da prática de enfermagem (...).” (CIPE, 2005, p. 11).

É importante referir que todos os horários que aparecem descritos neste plano de cuidados estão de acordo com os protocolos e rotinas do serviço de cuidados intensivos em questão. Além disso, alguns dos focos não têm data de termo atribuída uma vez que são focos que continuaram ativos apesar da transferência do doente para outra unidade.

Foco	Auto-cuidado: Tomar Banho	Horário
Juízo	Dependente em grau elevado	
Diagnóstico de enfermagem	Auto-cuidado tomar banho, dependente em grau elevado	
Definição	Estado em que o doente está dependente de outro para desempenhar o auto-cuidado tomar banho	
Intervensões realizadas	Dar banho na cama Aplicar creme Lavar a boca	Manhã Sem horário 1xturno
Resultados obtidos	Auto-cuidado higiene estabelecido	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Auto-cuidado: Arranjar-se	Horário
Juízo	Dependente em grau elevado	
Diagnóstico de enfermagem	Autocuidado arranjar-se dependente em grau elevado	
Definição	Estado em que o doente está dependente de outro para desempenhar o auto-cuidado arranjar-se	
Intervenções realizadas	Lavar o cabelo Pentear o cabelo	Manhã Manhã
Resultados obtidos	Auto-cuidado arranjar-se estabelecido	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Auto-cuidado: alimentar-se	Horário
Juízo	Dependente em grau elevado	
Diagnóstico de enfermagem	Auto-cuidado alimentar-se dependente em grau elevado	
Definição	Estado em que o doente está dependente de outro para desempenhar o auto-cuidado alimentar-se	

Intervenções realizadas	Alimentar doente através de SNG. Monitorizar conteúdo gástrico. Vigiar eliminação através da sonda nasogástrica. Trocar sistema de perfusão de nutrição entérica.	Sem horário. 6/6h. 6/6h. 12/12h.
Resultados obtidos	Doente alimentado.	
Início	Dia 4	
Termo	-----	

Foco	Auto-cuidado: uso de sanitário	Horário
Juízo	Dependente em grau elevado	
Diagnóstico de enfermagem	Auto-cuidado: uso de sanitário dependente em grau elevado	
Definição	Estado em que o doente está dependente de outro para desempenhar o auto-cuidado uso de sanitário	
Intervenções realizadas	Vigiar eliminação intestinal. Vigiar eliminação urinária. Monitorizar débito urinário. Trocar fralda.	Sem horário. Sem horário. 2/2h. Sem horário.
Resultados obtidos	Trânsito intestinal regularizado e débitos urinários suficientes.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Posicionar-se	Horário
Juízo	Dependente em grau elevado	
Diagnóstico de enfermagem	Posicionar-se dependente em grau elevado	
Definição	Estado em que o doente está dependente de outro para se posicionar	
Intervenções realizadas	Posicionar o doente. Massajar partes do corpo.	3/3h. 3/3h.
Resultados obtidos	Doente posicionado e confortável. Ausência de úlceras de pressão.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Úlcera de pressão	Horário
Juízo	Alto risco de úlcera de pressão	
Diagnóstico de enfermagem	Úlcera de pressão, alto risco de úlcera de pressão	
Definição	Possibilidade de ocorrência de ocorrência de ferida da pele ou estruturas subjacentes	

Intervenções realizadas	Aliviar zona de pressão através de almofada.	3/3h.
	Aplicar creme.	3/3h.
	Vigiar sinais de úlcera de pressão.	3/3h.
	Massajar partes do corpo.	3/3h.
	Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden.	2/2 dias.
	Posicionar o doente.	
	Aliviar colar cervical.	3/3h. 1xturno
Resultados obtidos	Doente sem úlceras de pressão. Pele íntegra.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Úlcera da córnea	Horário
Juízo	Risco de úlcera da córnea	
Diagnóstico de enfermagem	Úlcera, risco de úlcera de córnea bilateral	
Definição	Possibilidade de ocorrência de ferida na córnea.	
Intervenções realizadas	Vigiar olho. Efetuar lavagem do olho com soro fisiológico. Aplicar lubrificante ocular.	1x turno. 1x turno. 1x turno.
Resultados obtidos	Doente sem úlcera da córnea. Olhos íntegros.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Pé equino	Horário
Juízo	Risco de pé equino	
Diagnóstico de enfermagem	Pé equino, risco de pé equino	
Definição	Possibilidade de ocorrência de arqueamento da articulação do tornozelo na direção do solo, associado a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão da roupa da cama sobre o pé.	
Intervenções realizadas	Aliviar roupas da cama através de equipamento. Posicionar o pé. Vigiar o movimento articular do pé.	3/3h. 3/3h. 1x turno.
Resultados obtidos	Prevenir a ocorrência de pé equino.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Ventilação invasiva	Horário
Juízo	Ventilação invasiva presente	
Diagnóstico de enfermagem	Ventilação invasiva presente	
Definição	Uso de dispositivo artificial para auxiliar o doente a ventilar eficazmente.	

Intervenções realizadas	Monitorizar parâmetros ventilatórios.	1x turno.
	Monitorizar eficácia do ventilador.	1x turno.
	Vigiar sinais de desadaptação ao ventilador.	1x turno.
	Trocar cachimbo.	SOS
	Trocar filtro anti-bacteriano.	SOS
	Trocar traqueia.	SOS
Resultados obtidos	Doente eficazmente ventilado.	
Início	Dia 1	
Termo	Dia 20	

Foco	Limpeza das vias aéreas	Horário
Juízo	Comprometida	
Diagnóstico de enfermagem	Limpeza das vias aéreas comprometida	
Definição	Capacidade alterada de limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório, de modo a manter a livre passagem de ar nas vias aéreas.	
Intervenções realizadas	Aspirar secreções da orofaringe com técnica limpa. Aspirar secreções do TOT com técnica asséptica. Vigiar as secreções brônquicas.	

Resultados obtidos	Passagem de ar livre nas vias aéreas.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Cateter Central	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Cateter central presente	
Definição	Cateter esterilizado inserido numa veia central (jugular, subclávia, femoral ou basílica)	
Intervenções realizadas	Inserir CVC. Remover CVC. Trocar CVC. Executar tratamento à ferida por CVC. Vigiar penso do CVC. Otimizar vias do CVC. Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do CVC.	SOS SOS SOS 2/2dias 1x turno SOS Sem horário
Resultados obtidos	CVC funcional e permeável, penso limpo e seco e ferida sem sinais inflamatórios.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Cateter Arterial	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Cateter arterial presente	
Definição	Cateter esterilizado inserido numa artéria que permite monitorização invasiva.	
Intervenções realizadas	<p>Inserir cateter arterial.</p> <p>Remover cateter arterial.</p> <p>Trocar sistema da artéria.</p> <p>Otimizar transdutor.</p> <p>Vigiar penso do cateter arterial.</p> <p>Executar tratamento à ferida por cateter arterial.</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter arterial.</p>	<p>SOS</p> <p>SOS</p> <p>SOS</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>2/2 dias</p> <p>Sem horário</p>
Resultados obtidos	Cateter arterial funcionando, penso limpo e seco e ferida sem sinais inflamatórios.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Cateter Urinário	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Cateter urinário presente	

Definição	Cateter esterilizado inserido na via urinária que permite a monitorização e vigilância da eliminação urinária.	
Intervenções realizadas	Inserir/trocar cateter urinário. Remover cateter urinário. Vigiar eliminação urinária. Monitorizar débito urinário. Otimizar cateter urinário.	SOS SOS Sem horário 2/2h. Sem horário
Resultados obtidos	Cateter urinário permeável e funcional. Eliminação urinária de características normais.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Sonda nasogástrica	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Sonda nasogástrica presente	
Definição	Presença de sonda desde a cavidade nasal até ao estômago que permite a alimentação do doente com via oral comprometida.	

Intervenções realizadas	Inserir SNG. Remover SNG. Administrar alimentação entérica por SNG. Monitorizar eliminação através de SNG. Vigiar eliminação através de SNG. Trocar adesivo de fixação da SNG. Vigiar sinais de UP na cavidade nasal.	SOS SOS Sem horário 6/6h 6/6h 1x dia 1x dia
Resultados obtidos	SNG permeável. Tolerância de alimentação entérica.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Cateter epidural	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Cateter epidural presente	
Definição	Cateter esterilizado inserido no espaço epidural entre o ligamento amarelo e a duramáter e que permite a administração de analgesia.	
Intervenções realizadas	Executar tratamento à ferida por cateter epidural. Vigiar ferida por cateter epidural. Vigiar penso da ferida por cateter epidural. Monitorizar dor.	2/2 dias 2/2 dias 1x turno 1x turno

Resultados obtidos	Ferida sem sinais inflamatórios. Doente sem dor.	
Início	Dia 10	
Termo	-----	

Foco	Dreno torácico	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Dreno torácico presente	
Definição	Tubo esterilizado inserido no tórax para drenagem de gases ou fluidos (como sangue, por ex.)	
Intervenções realizadas	Executar tratamento à ferida por dreno torácico. Vigiar ferida por dreno. Vigiar penso da ferida por dreno torácico. Vigiar drenagem do dreno. Monitorizar drenagem do dreno. Otimizar dreno torácico.	2/2 dias 2/2 dias 1x turno 1x turno 1x turno Sem horário.
Resultados obtidos	Dreno torácico funcionante. Ferida sem sinais inflamatórios.	
Início	Dia 1	
Termo	Dia 13	

Foco	Obstipação	Horário
Juízo	Risco de obstipação	
Diagnóstico de enfermagem	Obstipação, risco de obstipação	
Definição	Possibilidade de ocorrência de diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes.	
Intervenções realizadas	Vigiar eliminação intestinal. Monitorizar dejetos. Gerir terapêutica laxante. Vigiar peristaltismo. Executar toque retal.	Sem horário. Sem horário. SOS SOS SOS
Resultados obtidos	Trânsito intestinal regularizado.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Infeção	Horário
Juízo	Risco de infeção	
Diagnóstico de enfermagem	Infeção, risco de infeção	
Definição	Possibilidade de ocorrência de invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.	

Intervenções realizadas	<p>Vigiar sinais de infeção.</p> <p>Uso de equipamento de proteção individual.</p> <p>Uso de técnica asséptica.</p> <p>Lavagem e desinfeção correta das mãos.</p> <p>Reduzir o número de procedimentos invasivos.</p> <p>Executar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%.</p> <p>Executar higienização do doente com toalhetes de clorhexidina nos cinco primeiros dias do internamento de acordo com o protocolo do serviço.</p>	<p>Sem horário.</p> <p>Sem horário.</p> <p>Sem horário.</p> <p>Sem horário.</p> <p>Sem horário.</p> <p>1xturno.</p> <p>Manhã</p>
Resultados obtidos	Prevenir a ocorrência de infeção.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Traqueostomia	Horário
Juízo	Presente	
Diagnóstico de enfermagem	Traqueostomia presente	
Definição	Cânula esterilizada introduzida através de um orifício no pescoço que dá acesso à traqueia, permitindo a ventilação quando a forma natural não é permitida.	

Intervenções realizadas	Executar tratamento à ferida cirúrgica.	Manhã / SOS
	Vigiar o estoma.	Manhã / SOS
	Vigiar penso da ferida cirúrgica.	Sem horário
	Monitorizar pressão do cuff.	1x turno
	Trocar cânula interna da traqueostomia.	SOS
	Vigiar parâmetros ventilatórios.	Sem horário
Resultados obtidos	Cânula de traqueostomia funcional. Ventilação eficaz.	
Início	Dia 20	
Termo	-----	

Foco	Família	Horário
Juízo	Comprometida	
Diagnóstico de enfermagem	Família, Comprometimento de	
Definição	Alteração no normal funcionamento de um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são importantes para o doente.	

Intervenções realizadas	<p>Acolher a família do doente no momento do internamento.</p> <p>Acompanhar família nas visitas ao familiar.</p> <p>Esclarecer dúvidas e desmistificar pensamentos.</p> <p>Prestar apoio emocional.</p> <p>Permitir o contacto entre o doente e a família.</p>	<p>SOS</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p> <p>Sem horário</p>
Resultados obtidos	Família esclarecida e envolvido no processo de recuperação do doente.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Dor	Horário
Juízo	Risco de dor	
Diagnóstico de enfermagem	Dor, risco de dor	
Definição	Possibilidade de ocorrência de aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento.	

Intervenções realizadas	Monitorizar dor através da escala comportamental BPS.	1 x turno
	Monitorizar agitação e sedação através da escala de RASS.	1 x turno
	Gerir terapêutica analgésica e sedativa aquando procedimentos mais invasivos ou que possam potenciar a dor.	Sem horário
	Monitorizar sinais vitais.	Sem horário
Resultados obtidos	Doente confortável, sem dor.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Comunicação	Horário
Juízo	Comprometida	
Diagnóstico de enfermagem	Comunicação, comprometimento de	
Definição	Alteração na normal capacidade de trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupo, usando comportamentos verbais ou não verbais.	
Intervenções realizadas	Aplicar estratégias/técnicas de comunicação verbal e não verbal.	Sem horário.
	Envolver família no processo terapêutico do doente.	Sem horário.
	Incentivar o doente a comunicar.	Sem horário.

Resultados obtidos	Comunicação verbal e não verbal eficazes, entre doente/família/equipa multidisciplinar.	
Início	Dia 1	
Termo	-----	

Foco	Úlcera de pressão grau II	Horário
Juízo	Presente na occipital	
Diagnóstico de enfermagem	Úlcera de pressão grau II presente na occipital	
Definição	Presença de ferida da pele ou estruturas subjacentes	
Intervenções realizadas	Aliviar zona de pressão através de almofada. Executar tratamento à úlcera de pressão. Aplicar creme. Vigiar sinais de úlcera de pressão. Posicionar o doente, evitando o decúbito dorsal.	3/3horas 2/2dias 3/3horas Sem horário 3/3 horas
Resultados obtidos	Ferida cicatrizada. Ausência de úlceras de pressão.	
Início	Dia 6	
Termo	Dia 15	

5. REFLEXÃO CRÍTICA

Como foi referido anteriormente, a comunicação faz-se de várias maneiras. Podemos comunicar através da linguagem verbal, que por sua vez pode ser oral (diálogo, rádio, televisão, telefone) ou escrita (livros, cartazes, jornais, cartas, telegramas), ou por linguagem não verbal através de gestos, expressões faciais, comportamentos, silêncios, tom de voz, roupas, entre outros. Deste modo, a comunicação em cuidados intensivos encontra grandes barreiras porque a maior parte dos doentes encontram-se sedados e analgesiados, e por isso sem qualquer tipo de estímulo comunicacional.

No caso do doente x, foi interessante observar a forma como o processo comunicacional doente – família – profissionais foi evoluindo de acordo com o estado clínico do próprio doente. A primeira visita da família na unidade foi um momento complicado, de nervosismo e ansiedade. Foi uma visita dos pais do doente x, em que toda a unidade era desconhecida, era um espaço estranho. Como muitas vezes é descrito, são muitas máquinas, muitos sinais sonoros e este quadro acaba por causar nervosismo e inquietude às visitas. O primeiro contacto da família com o doente x foi complicado como seria de esperar, pois este estava sedado, analgesiado e entubado para ventilação mecânica. As primeiras perguntas foram no sentido de perceber o estado do doente e o que eram todos aqueles “tubos e máquinas”. Deste modo, o acompanhamento da família neste primeiro momento e o acolhimento que é feito pela equipa de enfermagem torna-se fundamental, de modo a esclarecer dúvidas, desmistificar mitos e tranquilizar os familiares. Também muitas vezes esta intervenção de enfermagem é importante para explicar aos familiares que podem tocar no doente, porque muitas vezes não o fazem por medo, e, pela experiência, apresentam-se mais tranquilos se o fizerem. O toque torna-se por isso fundamental como uma forma de comunicação não verbal. Neste caso, e nesta UCI este trabalho é feito de forma muito cuidada pelos enfermeiros o que melhora a relação dos familiares com a equipa, aumentando a confiança na equipa multidisciplinar.

À medida que os dias de internamento iam passando e o doente X ia evoluindo positivamente, notou-se uma maior confiança da família perante a situação. Observava-se uma maior abertura para o toque e mesmo para a comunicação verbal com o doente, apesar de não obterem resposta perante este.

Quando a equipa médica iniciou o plano para desmame ventilatório e assim diminuição da sedoanalgesia, o doente x começou a ficar mais reativo para o meio exterior, conseguindo observar-se uma alteração na postura e relação da família com o doente. Foram muito importantes para muitas vezes acalmar o doente x, mostrando a sua presença e tranquilizando o doente. A comunicação verbal foi sendo cada vez mais possível e após a traqueostomia, o doente x já conseguia comunicar de uma forma não verbal, através de gestos, acenos de cabeça, piscar de olhos. Foram aparecendo mais familiares, assim como amigos do doente x, o que se tornou fundamental para o bem-estar anímico deste, aumentando assim, claramente a vontade de recuperação.

Nesta família existia uma questão particular que influenciou de certa forma esta vivência nos cuidados intensivos. O pai do doente x esteve há cerca de dois anos internado nesta mesma unidade, por um pós-operatório imediato com complicações. Este pai tem algumas recordações deste internamento, umas com certeza positivas, mas outras negativas, o que trouxe alguma preocupação à equipa pois tornou-se difícil de gerir as expectativas que este pai tinha relativamente ao internamento do filho. De facto, é fácil transportar uma situação passada para o presente, em que sabemos que são contextos diferentes, e os doentes também. Neste ponto, foi importante a comunicação entre a equipa e o pai do doente em estudo, de modo a esclarecer dúvidas, a definir a realidade dos factos e de uma forma assertiva, explicar a diferença e a individualidade das situações. Pelo que podemos observar, ao longo do internamento do filho, o pai conseguiu perceber a situação do filho, distanciando-se da sua própria experiência.

Além disto, outro dos problemas que encontramos nesta família foi um conflito de relações. Esta não seria uma família tradicional, mas sim uma família reconstituída pela existência de uma madrasta. Como Alarcão, 2002, define, uma família reconstituída ocorre quando se constitui um novo grupo que, após uma experiência familiar interrompida, se compromete a viver em conjunto no sentido de favorecer o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos que a compõem. Constatou-se que esta madrasta não seria aceite por toda a família e que os conflitos familiares surgiram deste acontecimento. Deste modo, foi transmitido à equipa médica e de enfermagem que o pai do doente x proibia a transmissão da informação clínica do doente a restantes membros da família. Esta decisão é suscetível de reflexão no sentido em que será que este pai tem legalmente esse direito? Efetivamente, por hábito e de certa forma por protocolo, nesta unidade de cuidados intensivos, as informações mais específicas acerca do estado clínico de um doente são apenas fornecidas ao familiar direto, sendo que depois cabe a este transmitir a informação que pretende à

restante família. Por esta razão é que sempre que a equipa é questionada sobre o estado de saúde do doente é sempre apurado o grau de parentesco com a pessoa em questão, e sempre que é feito por telefone, as informações fornecidas são mínimas, pela incerteza de quem está do outro lado do telefone e para salvaguarda da confidencialidade e segurança da informação.

Em termos legais e de acordo com a Lei n.º 15/2014 de 21 de março (direitos e deveres do utente dos serviços de saúde), no seu artigo n.º 13, alínea 1, está descrito que “Nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocados pelo acompanhante”. Ou seja, nas situações em que a pessoa internada não se encontra em condições de expressar a sua vontade quanto ao acompanhante que deseja, o n.º 1 deste artigo determina que as unidades de saúde devem promover o acompanhamento por pessoa que seja próxima do doente, quer por razões de parentesco, quer por razões de proximidade afetiva. Neste sentido, e de acordo com o artigo 15º (“Direitos e Deveres do acompanhante”), alínea 1, “O acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento (...)”. No caso desta família, o pai seria o familiar mais próximo, logo o denominado acompanhante em termos legais. As decisões passaram pelo seu consentimento. A estratégia da equipa passou pela transmissão das informações mais concretas ao pai do doente, enquanto que à restante família foram dadas as informações gerais acerca do estado clínico do familiar, remetendo a obtenção de mais informações para o pai do doente x.

De facto, a família encontra um lugar essencial no processo de recuperação do doente. Apesar do medo essencial que sentem, rapidamente se centram no doente e o conforto aumenta. Já Pedro Gonçalves, 2002, define família como sendo um conjunto de pessoas vivendo (geralmente) juntas entre as quais existem, de modo repetitivo, interações circulares, isto é, os comportamentos de um membro afetam todos os outros e a família no seu conjunto e reciprocamente. Assim, a finalidade de uma família consiste em assegurar a todos os membros a satisfação das suas necessidades materiais e afetivas básicas e permitir a cada um realizar progressivamente o máximo das suas potencialidades individuais, assim como permitir a acomodação a uma cultura e a transmissão da mesma. Neste caso em concreto, e apesar de todos os problemas entre os familiares, o apoio e presença deste fizeram-se sentir e foram importantes para a recuperação do doente.

Com a equipa multidisciplinar, a comunicação também se fazia por estratégias não verbais, mas facilmente perceptíveis.

Assim sendo, facilmente percebemos que o internamento hospitalar, e muito particularmente numa unidade de cuidados intensivos, traz uma interrupção na normalidade da vida de qualquer pessoa. Há perda de vários papéis, assim como da própria identidade do indivíduo. Depois também se conclui que o trabalho que se desenvolve numa UCI poderá ser muitas vezes muito tecnicista e mecânico. Por isso, cabe aos enfermeiros não se esquecerem da parte humana da profissão, que é, de facto, fundamental. E é precisamente neste contexto que a comunicação se torna primordial. Logicamente, esta será tanto mais difícil quanto mais instável estiver o doente. No entanto, os profissionais nunca se devem esquecer da comunicação não verbal como uma ferramenta importante para ultrapassar barreiras, e acima de tudo para tranquilizar os doentes e conseguir estabelecer uma relação terapêutica com estes. Porque, se por um lado, a comunicação verbal é muitas vezes dificultada pela presença de um tubo orotraqueal, por outro, a comunicação não verbal aumenta sem dúvida a sua potencialidade. Neste estágio, foi frequente os casos em que perante um doente que se encontra em desmame de sedo-analgésia e que assim aumenta a sua reatividade, um enfermeiro atento, que se aproxima do doente e lhe explica o que aconteceu e o porquê de estar naquele estado faz toda a diferença para tranquilizar o doente e para evitar possíveis acidentes tais como a exteriorização do tubo ou a agitação psicomotora do doente que se pode tornar perigosa.

Em suma, seria efetivamente interessante acompanhar durante mais tempo o doente e a sua evolução para perceber como também iria evoluir o processo comunicacional com a família, mas por alta do doente não foi possível.

6. CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso permitiu, de facto, a consolidação de conteúdos teóricos e práticos que foram sendo apreendidos durante este estágio desenvolvido nesta unidade de cuidados intensivos, assim como permitiu fazer um estudo qualitativo acerca do tema de projeto de estágio que defini inicialmente, ou seja, a importância da comunicação em enfermagem no doente crítico.

De facto, o estudo de caso é um método privilegiado que nos permite fazer uma generalização de factos, permitindo assim olhar para um determinado caso específico e conseguir através desta observação retirar várias conclusões na sua generalidade.

Foi muito interessante observar o doente em estudo e perceber a sua evolução, assim como a evolução da própria família e a sua envolvimento e importância no processo terapêutico, sendo a comunicação essencial para este processo.

A principal dificuldade/barreira foi o tempo disponível para acompanhar o caso em estudo. De facto, teria sido interessante acompanhar o doente até à sua total recuperação, mas por inviabilidade de tempo e também transferência do doente para outro serviço não foi possível.

Para finalizar, é importante realçar que existem várias formas e estratégias de comunicação, e que quando a verbal não é possível, como acontece a maior parte das vezes numa unidade de cuidados intensivos, não nos podemos esquecer da componente não verbal deste processo. É fundamental percebermos que quando as palavras não são eficazes e não conseguem transmitir a mensagem que pretendemos, é possível comunicarmos através de mensageiros como o contacto, o olhar e a nossa própria expressão corporal. Como Nelson Mandela um dia referiu, “Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda, a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua própria linguagem, a tua mensagem entre-lhe diretamente no coração”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barr et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. Vol.41. N.º 1 Janeiro 2013

Batalha, L. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)

Briga, S. (2010). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Constituição da República, Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto, disponível em www.dre.pt

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0. Lisboa. Conselho Internacional de enfermeiros

Coutinho, C. (2011). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Coimbra: Almedina

Deglin, H.; Vallerand, H. – Guia Farmacológico para Enfermeiros. Lusociência. 2009. 10ª Edição. ISBN 978-972-8930-44-8

Deodato, S. – Direito da Saúde. 2ª edição: Almedina. 2017. ISBN: 978-972-40-6788-9

Relvas, A.; Alarcão, M. – Novas formas de família. Coimbra. Quar-teto Editora. 2002. ISBN 972-8717-56-3

Rosas, M. Comunicação e Enfermagem in Nursing. Edição Portuguesa. ano 02. n.º 14.1989. pág. 27-30

Urden, L.; S., K.; L., Mary. – Enfermagem de Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção. Lusodidacta. 2008. 5ª edição. ISBN 978-989-8075-08-6

APÊNDICE

APÊNDICE I – Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) define-se por um instrumento de avaliação de nível de consciência baseada em três parâmetros de observação: abrir os olhos, resposta verbal e resposta motora. A melhor classificação possível na ECG é 15 e a pior 3. Uma classificação de 7 ou menos indica coma.

Parâmetros	Pontos	Resposta
<u>Abrir os olhos</u>	4	<u>Espontânea</u> – os olhos abrem espontaneamente sem estimulação
	3	<u>Ao estímulo verbal</u> – os olhos abrem com estimulação verbal que não necessariamente de comando.
	2	<u>À dor</u> – os olhos abrem aos estímulos dolorosos
	1	<u>Nenhuma</u> – os olhos não abrem seja qual for a estimulação
<u>Resposta verbal</u>	5	<u>Orientada</u> – informação precisa sobre a sua pessoa, lugar, tempo, razão da hospitalização e dados pessoais
	4	<u>Confusa</u> – respostas não adequadas às questões, mas uso correto da linguagem
	3	<u>Palavras inapropriadas</u> – discurso desorganizado, à toa, sem conversação mantida
	2	<u>Sons incompreensíveis</u> - gemidos, lamentos e resmungos incompreensíveis
	1	<u>Nenhuma</u> -ausência de verbalização a qualquer estímulo
<u>Melhor resposta motora</u>	6	<u>Obedece a ordens</u> - executa tarefas simples sob comando; consegue repetir uma acção
	5	<u>Localiza a dor</u> – tentativa organizada de localizar e remover um estímulo doloroso
	4	<u>Retirada à dor</u> – afasta a extremidade da fonte de estímulo doloroso

	3	<u>Flexão anormal dos membros superiores</u> – postura de descorticação espontaneamente ou em resposta a estímulos dolorosos.
	2	<u>Extensão</u> – postura de descerebração espontaneamente ou em resposta a estímulos dolorosos
	1	<u>Nenhuma</u> - sem resposta a estímulos dolorosos; flacidez.

Fonte: Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos; Patrícia Potter, 2006

APÊNDICE II – Protocolo de nutrição

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO

- **Quando iniciar Suporte Nutricional**

1 – Após estabilização hemodinâmica

- Lactatos < 4mMol/L

- Suporte estável das drogas vasopressoras (noradrenalina \leq 30 mcg/min; dopamina \leq 7 mcg/Kg/min)

2 - Nas 1^{as} 24-48h após a admissão

3 – Quando RG < 300ml em 6h

Se iniciar Nutrição Entérica (NE)

1 – Ritmo de início 200ml/h, salvo indicação médica

- **Quando avaliar o resíduo gástrico (RG)**

1 – De 6-6h desde a admissão na UCI (mesmo sem suporte nutricional) até atingir a dose alvo

2 – Após 72h (3 dias) de estar na dose alvo apenas de 12-12h

- **Resíduo Gástrico Elevado (Intolerância)**

RG > 300 ml (reintroduzir RG até 300ml \pm 50ml)

- **Progressão da Nutrição Entérica**

10ml de 6-6h até atingir a dose alvo

- **Uso de Procinéticos**

- Iniciar Metoclopramida 10mg 3X/dia EV após admissão na UCI
- Associar Domperidona 10mg 3-4X/dia oral se persistência de intolerância gástrica por mais de 24h
- Adicionar 70-150mg eritromicina 3X/dia EV se IGI não melhorar
- Suspende 24h após tolerância da dose alvo

- **Formulação de Nutrição Entérica**

- Todos os doentes iniciam nutrição entérica com fórmula Standard, exceto na pancreatite em que está indicado a utilização de fórmula semi-elementar. Em outras situações será necessário haver avaliação específica.

- **Hidratação do doente por Via Entérica**

- De acordo com prescrição médica.

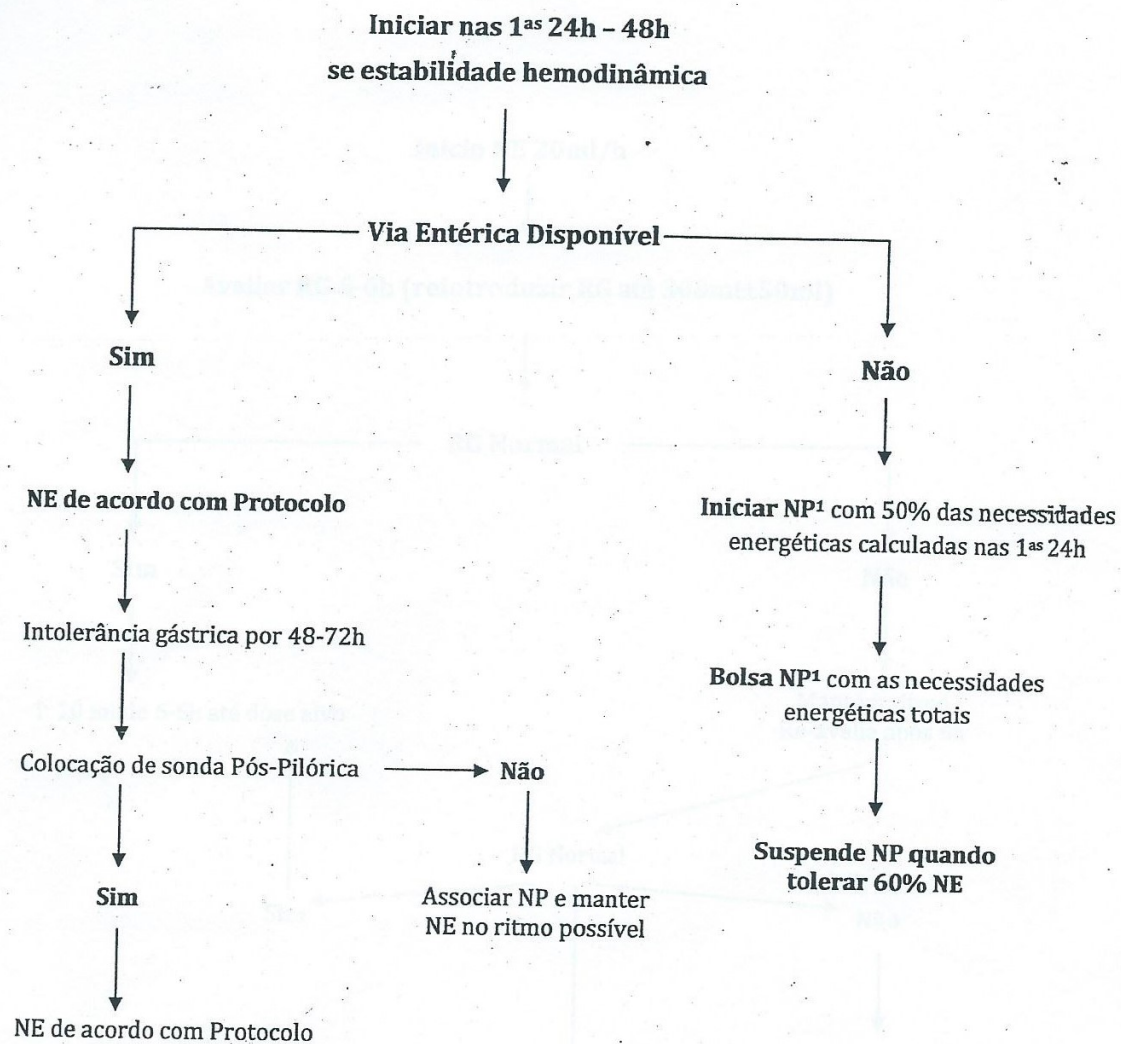
- **Em caso de vômito**

- Suspende NE durante 2h com SNG em drenagem e depois reinicia ao ritmo a que se encontrava anteriormente ao vômito.

- **Em caso de obstipação (mais de 3 dias sem dejectões)**

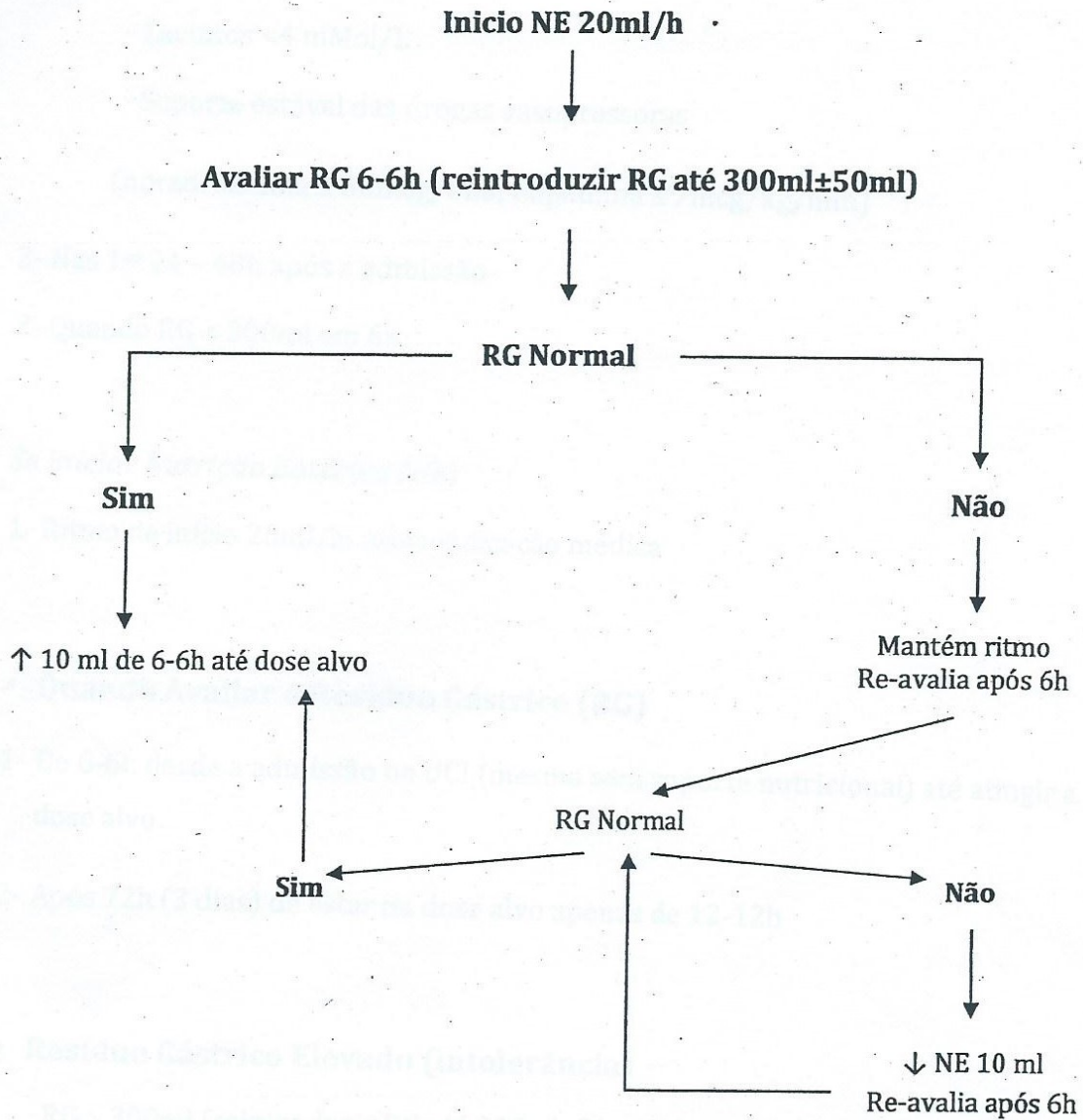
- Alertar equipa da unidade para o problema

Algoritmo de Nutrição



- 1- Adicionar 1 ampola de vitaminas hidro e lipossolúveis + 1 ampola de oligoelementos + dipetiven + 1 ampola de gluconato de zinco

Algoritmo Progressão NE



APÊNDICE IV – Apresentação do modulo II – Experiência do Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos



Apresentação do Módulo II – Experiência do Estágio numa unidade de cuidados intensivos

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Ana Margarida Silva, 396416003

Sob Orientação da Professora Patrícia Coelho

29 de Junho de 2016

2

Índice

- Objetivo
- Caracterização do serviço
- Objetivos/competências adquiridas
- Experiências vivenciadas
- Atividades desenvolvidas
- O meu percurso
- Conclusão

3

Objetivo



- Apresentar o percurso desenvolvido durante o módulo II de estágio – Cuidados Intensivos, que se realizou no UCIP [REDACTED], de 2 de Maio a 24 de Junho de 2017.

4

UCIP

- Tutora: Enfª Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Piso [REDACTED] Unidade de cuidados intensivos polivalente
- Unidade de **nível III, polivalente** e de estrutura **mista**
- **Duas alas:** nascente e poente
- **16 camas**, sendo que a ala nascente tem 5 camas e a ala poente tem 11 camas
- Na ala nascente: quarto de isolamento
- Espaços complementares tais como copa, armazém, sala de sujos, gabinete médico e de enfermeira chefe.
- **Equipa de enfermagem:** 9 enfermeiros por turno (1 deles ocupa funções de coordenador de turno e outro como enfermeiro de reabilitação)
- **Equipa médica:** 2 médicos internos + equipa por turno
- **Equipa de assistentes operacionais:** 3 profissionais por turno.

UCIP

Tipologia de doentes:

- Doente crítico;
- Politraumatizados;
- Pós-operatórios complicados;
- Queimados;
- Neurocríticos;
- Resgates de ECMO;



Projeto de estágio

Tema



"A importância da comunicação em enfermagem em situação crítica e paliativa"

7

Objetivos/competências adquiridas

Objetivo: Aplicar, gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada

Competência: Consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o indivíduo e família.

8

Objetivos/competências adquiridas

Objetivo: Desenvolver espírito de equipa e capacidade de trabalho inserido numa equipa multidisciplinar

Competência: Prestação de cuidados em parceria com a equipa multidisciplinar, com base no espírito de equipa.

Objetivos/competências adquiridas

Objetivo: Desenvolver um método de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico

Competência: Prestação de cuidados de enfermagem eficazes e de qualidade ao doente crítico, com base em evidência científica e segundo a ética e deontologia profissional

Objetivos/competências adquiridas

Objetivo: Desenvolver capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz, com base na evidência científica, nos conhecimentos apreendidos e na ética e deontologia profissional

Competência: Prestação de cuidados de enfermagem com base na tomada de decisão fundamentada, de acordo com a ética e deontologia profissional.

Objetivos/competências adquiridas

Objetivo: Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

Competência: Comunicação de forma eficaz com o doente/família, de acordo com estratégias comunicacionais e estabelecendo uma relação terapêutica enfermeiro/doente/família.

UCIP - Experiências



Atividades desenvolvidas

Estudo de caso

Revisão da literatura

Estudo de caso

Um estudo de caso constitui uma método de investigação qualitativa, baseado na observação detalhada de um contexto ou indivíduo e de um acontecimento específico, em que são transportados para casos gerais factos observados num caso específico.

(Coutinho, 2011)



Estudo de caso

“A comunicação nos cuidados intensivos”

- Doente X – doente politraumatizado com TCE após acidente de viação
- **Objetivo do estudo de caso:**
 - Consolidação de conhecimentos apreendidos durante o estágio;
 - Estudo observacional de estratégias comunicacionais entre o doente crítico e a família, nas várias fases de evolução da situação clínica.
- **Partes integrantes:**
 - Contextualização do tema;
 - Apresentação do caso em estudo;
 - Processo de enfermagem – plano de cuidados;
 - Reflexão crítica

Revisão da literatura

Publicação com autoria declarada, que apresenta e discute ideias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento.

(Santos, 2007)



Revisão da literatura

"O uso de toalhetes de clorhexidina nas unidades de cuidados intensivos, na prevenção de infecção por MRSA, e possíveis reações alérgicas"



Porquê?

- **Protocolo do serviço:** *"Todos os doentes, com mais de dois meses de idade corrigida, internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (...) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após a admissão".*

(Norma n.º 018/2014, DGS)



- Qual a diferença entre o uso dos toalhetes e a solução de digluconato de clorhexidina a 4% diluída em água?
- Há evidência de reações alérgicas a estes toalhetes na bibliografia?



Revisão da literatura

- Revisão integrativa;
- **Objetivos da realização do artigo:**
 - responder a uma necessidade do serviço na procura de mais informações acerca do uso destes toalhetes nos primeiros 5 dias de internamento de todos os doentes internados na unidade, como medida de prevenção da MRSA;
 - Procurar na literatura a existência de possíveis reações alérgicas associadas ao uso destes toalhetes?



Revisão da literatura

- Bases de dados utilizadas: web of science, b-ON e EBSCO.
- **Palavras-chave:** intensive care unit **AND** methicillin-resistant staphylococcus aureus **AND** chlorhexidine **AND** wipes **AND** hypersensitivity **AND** allergic reaction

WEB OF SCIENCE™



EBSCOhost Research Databases

Revisão da literatura

■ Crítérios de inclusão:

- Data de publicação --- últimos 5 anos (2012-2017)
- População de adultos
- Língua inglesa ou Portuguesa

■ Crítérios de exclusão:

- População pediátrica
- Artigos sem acesso ao texto integral
- Descritores presentes mas assunto em desacordo com o tema da revisão



UCIP

■ Principais problemas encontrados na unidade:

- Rácio pessoal **vs** número de doentes
- Acompanhamento e acolhimento das famílias
- Prevalência e incidência de úlceras de pressão

O meu percurso...

► Principais dificuldades:

- Tempo;
- Especificidade do serviço/conhecimentos teóricos;

O meu percurso...

COMUNICAÇÃO

● Aquisição de conhecimentos teóricos e práticos

● Desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista

● Prestação de cuidados de forma autónoma e crítica

Conclusão



"Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE 2011)

Referências bibliográficas

- Diário da República – Regulamento nº124/2011, Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista.
- Coutinho, C. (2011). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Coimbra: Almedina
- Direção Geral da Saúde. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma n.º 018/2014. Direção Geral da Saúde. 2014. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>

*“É impossível não se comunicar:
atividade ou inatividade, palavras ou
silêncio, tudo possui um valor de
mensagem.”*

(Paul Watzlawick, 2006)

Obrigado

APÊNDICE V – Manual de Acolhimento do Enfermeiro no Serviço de Urgência

Manual de Acolhimento do Enfermeiro no

Serviço de Urgência

Ana Margarida Silva e Ana Rita de Oliveira Silveira da Fonseca – Estudantes
de Mestrado em Enfermagem do ICS – Universidade Católica
Sob Orientação da Professora Patrícia Coelho

MARÇO DE 2018

Siglas e Abreviaturas

CHVNGE *Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

SU *Serviço de Urgência*

R/C *Rés do Chão*

ORL *Especialidade de Otorrinolaringologia*

HSJ *Hospital de São João*

HSA *Hospital de Santo António*

TM *Triagem de Manchester*

DGS *Direção Geral de Saúde*

SUP *Serviço de urgência polivalente*

Imagens

Imagem 1 – Planta do SU	19
Imagem 2 – Fluxogramas	22
Imagem 3 – Fluxogramas e Discriminadores	22
Imagem 4 – Triagem de Manchester	23

Sumário

1. INTRODUÇÃO	241
2. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	243
2.1. Sugestão do plano de integração de um novo profissional	249
3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	253
3.1. História do CHVNGE	253
3.2. O serviço de urgência	253
3.3. Organização estrutural e física do SU	254
3.3.1. Admissão dos doentes	255
3.3.2. Triagem de prioridades	255
3.3.3. Sala de Emergência	260
3.3.4. Área Médica	261
3.3.5. Área Cirúrgica	262
3.3.6. Ortopedia	263
3.3.7. Pneumologia	264
3.3.8. Clínica Geral	264
3.3.9. Especialidades	265
3.3.10. OBS Internamento	266
3.4. Organização Humana	267
3.4.1. Equipa Médica	267
3.4.2. Equipa de Enfermagem	268
3.4.3. Equipa de Assistentes Operacionais	275
3.4.4. Gabinete de informação	275
3.4.5. Equipa de segurança	276
3.4.6. Equipa de Administrativos	276
4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	277
5. CONCLUSÃO	279
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281

1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi desenvolvido em contexto académico, no âmbito do estágio no Serviço de Urgência, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica.

Decorre de uma necessidade detetada pelo estudante, em partilha de informações com a Enfermeira Tutora. O Serviço de Urgência é especialmente um serviço complexo, no sentido em que abrange vários setores, com atividades específicas e necessidades ao nível também das competências dos intervenientes, nomeadamente dos Enfermeiros. Deste modo, torna-se necessário e pertinente para este serviço a existência de um suporte que seja colocado ao dispor de novos elementos que iniciam funções.

O Manual de Integração é, de facto, um documento valioso de um serviço na medida em que contém as bases e as orientações para a atuação dos Profissionais e novos elementos, constituindo uma ferramenta única na gestão de recursos humanos e atuando como elemento facilitador no processo de integração/acolhimento de novos colaboradores.

A elaboração deste documento teve como base o Regulamento do Serviço de Urgência, disponibilizado no Portal informático da Instituição e a normas do serviço. A atuação da Enfermeira tutora foi igualmente importante para o acesso a informação pertinente, tal como manuais e normas de atuação e documentação no âmbito de políticas hospitalares.

A consulta e a leitura deste documento têm como objetivos:

- Tomar conhecimento da organização estrutural e física do local;
- Tomar conhecimento do funcionamento e dinâmica do local;
- Tomar conhecimento da dinâmica e gestão dos recursos humanos;
- Uniformizar conceitos e procedimentos e normas específicas;
- Proporcionar um bom acolhimento e enriquecer as competências do Enfermeiro recém-admitido.

Deste modo, a missão do presente documento é auxiliar nas condições de acolhimento e integração do novo elemento para proporcionar uma perceção mais rápida da dinâmica e funcionamento do serviço de forma a oferecer uma identificação com a

cultura/política organizacional, que possam contribuir para um bom desempenho e adaptação à nova realidade profissional.

2. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Ao nível dos recursos humanos, é fácil perceber que os enfermeiros representam uma parte significativa de uma organização hospitalar. Deste modo, nos dias de hoje e tendo em conta a conjuntura atual, assistimos a uma constante e significativa rotatividade dos enfermeiros nos serviços o que se traduz numa frequente admissão de novos profissionais. Neste sentido, torna-se pertinente a existência de um modelo de integração ajustado a cada serviço de acordo com as suas especificidades, uma vez que a chegada de novos profissionais a um serviço é sempre um desafio para as equipas e para o profissional recém-chegado.

São vários os autores que abordam este tema da integração de profissionais em novos contextos. Patrícia Benner desenvolveu um Modelo de Aquisição de Competências, no âmbito da socialização num serviço de saúde, que permite explicar e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais. Deste modo, esta autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica: (Benner, 2001)

- Iniciado/principiante;
- Iniciado avançado;
- Competente;
- Proficiente;
- Perito.

O Enfermeiro iniciado/principiante é aquele que inicia as funções num serviço desconhecido, ou seja, do qual desconhece os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados. Poderá ser um enfermeiro recém-formado ou mesmo um profissional com experiência. Segundo Benner (2001), é nesta fase que o novo profissional demonstra dificuldade em integrar o que é descrito nos livros nas situações da prática clínica. Aqui, o papel da equipa passa por dar a conhecer ao enfermeiro principiante as normas e princípios do serviço, permitindo a aquisição de experiências para a obtenção de competências.

O próximo passo será atingir competências como enfermeiro iniciado avançado. Neste caso, o novo profissional começa a integrar algumas situações vividas e consegue

identificar aspectos comuns. Nesta fase, as principais dificuldades passam por conseguir determinar as prioridades dos cuidados uma vez que o novo enfermeiro ainda não conhece no seu todo o serviço e o tipo de cuidados prestados, agindo assim de uma forma mais normativa baseando-se na rotina e nos conhecimentos teóricos. (Benner, 2001)

Seguidamente, atinge-se o nível competente em que o novo profissional que já trabalha há pelo menos dois/três anos no mesmo serviço, consegue claramente mostrar uma prática consciente, objetiva e concreta, aplicando os seus conhecimentos com eficácia e conseguindo já estabelecer prioridades na prática dos cuidados de enfermagem. (Benner, 2001)

Numa fase mais avançada, encontramos o enfermeiro proficiente que é aquele que consegue demonstrar capacidade de perceber as situações na sua globalidade, conseguindo através das experiências anteriores, antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória. (Benner, 2001)

Por último, e num nível mais avançado de competências, temos o enfermeiro perito que se demonstra capaz de entender de forma intuitiva os problemas que são apresentados, não necessitando de estratégias de apoio à decisão para resolver a situação, dando resposta com segurança e certeza, de acordo com as competências adquiridas. (Benner, 2001)

Assim sendo, torna-se fácil perceber que o enfermeiro recém-chegado, independentemente da sua experiência profissional anterior, é considerado um enfermeiro no nível de iniciado/principiante, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que permita a evolução nos consecutivos estádios, denominados anteriormente. Além disto, o enfermeiro responsável pela integração do recém-chegado deverá ser sempre o de nível superior definido no Modelo de Competências de Benner, que corresponde à classificação de perito, como foi descrito anteriormente.

Outro dos autores que aborda este tema da integração de novos profissionais é Bronfenbrenner. Este definiu o modelo ecológico do desenvolvimento humano, em que defende que este se baseia num processo contínuo que decorre ao longo da vida do ser humano, incorporando as interações entre indivíduos e os seus ambientes vivenciados e dinâmicos, nunca esquecendo a peculiaridade de cada um (Bronfenbrenner e Moris, 1998). Assim, estes mesmos autores referem que “(...) as pessoas em desenvolvimento vivenciam

uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos”. Deste modo, pensando num enfermeiro recém-chegado num serviço novo, ocorrem necessariamente diversas alterações em que este experimenta uma diversidade de experiências pessoais e profissionais essenciais ao seu desenvolvimento enquanto profissional e que é necessariamente influenciado, directa ou indirectamente, pelos vários contextos onde se encontra inserido ao longo do tempo. Assim, Bronfenbrenner (2002) assume que a integração de um enfermeiro num serviço, relaciona-se directamente com quatro elementos fundamentais: (Bronfenbrenner, 2002)

- Pessoa - no sentido em que o processo de integração é influenciado pela personalidade e características pessoais e profissionais quer do enfermeiro recém-chegado quer do enfermeiro que faz a integração;
- Processo – o tempo, a duração e a qualidade do processo de integração;
- Contexto – referindo-se ao ambiente profissional de cada serviço que pode influenciar a integração do novo profissional;
- Tempo – a duração do processo de integração.

Ou seja, torna-se fundamental que o profissional recém-chegado passe por um processo de supervisão adequado que o permita sentir-se seguro na prestação dos cuidados e inserido na organização onde está a iniciar funções. Assim, torna-se fundamental falar sobre a supervisão clínica como processo necessário na integração de novos profissionais num serviço.

Hildegard Peplau (1955) definiu o Modelo de Supervisão de Peplau, onde refere que a supervisão clínica consiste num “Processo interpessoal, onde um profissional qualificado ajuda outro, menos qualificado ou experiente, a atingir a competência profissional adequada ao seu papel, ajudando-o a refletir e orientando-o na construção do seu conhecimento”. Já Alarcão (2001), defende que a supervisão é entendida como um “processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor podendo, de acordo com a natureza da interação criada, ser facilitado ou inibido”. Assim, a supervisão clínica também deve ser entendida como uma relação de ajuda para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais de modo a fomentar uma maior qualidade das práticas. (Alarcão, 2001)

Já a Ordem dos Enfermeiros (2010, pg. 3), defende que “O processo de Supervisão clínica, (...) é visto como um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa a automatização gradual do supervisionado, em contexto de trabalho, centrado na prática clínica e nos processos de tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”.

Deste modo, o objetivo da supervisão clínica passa por melhorar a performance do indivíduo no trabalho/na prática clínica, baseado na missão e no plano do serviço, tendo como resultado a melhoria do conhecimento, das capacidades e da atitude do indivíduo em formação, sendo assim um processo dinâmico e interpessoal de suporte, permitindo o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais.

São definidas algumas características essenciais do supervisor, tais como: (Alarcão, 2001)

- Gostar de ensinar; saber escutar e prestar atenção ao supervisionado;
- Ser paciente quanto os outros não entenderem;
- Usar uma linguagem comum;
- Ter uma atitude positiva quando espera respostas a questões ou explicitação de acções;
- Saber tolerar quando os outros cometem erros;
- Saber criticar e aceitar críticas
- Saber fazer sugestões de forma indirecta, direccionando o supervisionado para determinado caminho aconselhável;
- Trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo de supervisão.

Assim, quando um novo profissional chega a um novo local de trabalho, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-chegado e o enfermeiro supervisor é de elevada importância para todo o processo de integração. Este processo, por sua vez tem uma duração variável, dependendo das necessidades a curto e a longo prazo do próprio serviço e do novo profissional; no entanto, deve ser sempre tempo suficiente para que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o seu futuro desempenho autónomo e responsável enquanto enfermeiro daquela

instituição. Assim, a integração deve representar uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à instituição, nunca esquecendo as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais que acompanham o processo. (Macedo, 2012)

Fernandes (2013 pag.23) defende que a Supervisão Clínica "compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo Perceptorship, Mentorship, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade". O Perceptorship é o Profissional que ensina, presta apoio emocional, atuando como modelo para o novo profissional, tendo por objetivo facilitar a integração e a socialização do mesmo. O Mentorship, no contexto da prática formativa clínica é aquele profissional mais experiente, que se responsabiliza pelo processo de aprendizagem do formando.

Torna-se imprescindível que seja desde cedo definido o elemento supervisor (*Perceptorship*) responsável pela integração do novo profissional, permitindo assim a estabilidade e confiança no integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento. Além disto, é fundamental que o supervisor reconheça a importância de aceitar a função de integrar um novo elemento e que detenha de um bom desempenho profissional e boa relação interpessoal. (Abreu, 2007)

É importante que a relação supervisiva que se estabelece entre o enfermeiro supervisor e o novo profissional seja um processo interativo e dinâmico, em que o primeiro seja capaz de sensibilizar, estimular, orientar e ajudar o segundo, permitindo-lhe assim uma adequada integração para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e um desempenho profissional exemplar. As instituições também têm um papel importante no processo de integração de novos profissionais, na criação de condições de trabalho e tempo de integração de qualidade necessários a este processo. (Macedo, 2012)

Relativamente à integração de qualquer recém-chegado ao Serviço de Urgência, este é, de facto, um processo essencial e deverá ser encarado como um processo de mudança em direcção à valorização pessoal e profissional.

Segundo Millet, a integração, como um procedimento individual e flexível, consiste na "introdução do indivíduo na instituição e a sua orientação na situação de trabalho", sendo assim através deste processo que o indivíduo apreender o sistema de valores, normas e padrões de comportamento existentes na instituição. Desta forma, "a integração

é determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e conseqüentemente no seu desempenho profissional, pois o enfermeiro que inicia funções num Serviço de Urgência Geral, embora seja um indivíduo licenciado, com conhecimento das técnicas a executar no seu trabalho, ainda lhe falta o sentimento de pertença efetiva e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionado se lhe for feita uma adequada integração”. (Frederico e Leitão, 1999)

Segundo alguns autores, a integração no Serviço de Urgência deve basear-se em alguns aspectos, tais como: a organização da unidade, o tipo de doentes, a metodologia científica utilizada na prestação de cuidados de enfermagem, as funções dos enfermeiros, registos, protocolos, entre outros.

Azevedo (1996), defende que o processo de integração num serviço de urgência é constituído por quatro fases:

- Primeira fase denominada de indução ou introdução – fornecimento da informação necessária para que este se sinta bem no seu ambiente de trabalho e o consiga reconhecer como o seu espaço físico e social, em que o integrador assume um papel ativo e o integrado um papel receptivo. É também nesta fase que o manual de integração do serviço deve ser dado a conhecer;
- Segunda fase ou orientação – o enfermeiro integrador faz uma orientação mais diretiva das dúvidas e preocupações do enfermeiro recém-chegado, de modo a perceber as dificuldades do mesmo. Deverá ser um processo paralelo à fase anterior;
- Terceira fase ou acompanhamento – nesta fase é estabelecida uma relação de trabalho entre o enfermeiro integrador e o novo elemento, dando ênfase às relações humanas, ao trabalho de equipa e ao desenvolvimento de competências por parte do novo enfermeiro;
- Quarta fase ou treino – nesta fase o principal objetivo é preparar o integrado para assumir um cargo ou função, tornando-o assim apto para a prestação de cuidados. A principal função do enfermeiro integrador é fornecer apoio e transmitir confiança, assumindo assim um papel mais passivo no que respeita à prestação direta dos cuidados.

É importante referir que durante o programa de integração não se deve utilizar o enfermeiro recém-chegado para responder às necessidades do serviço, ou seja, o enfermeiro deve ser sempre supranumerário.

Relativamente ao tempo de integração, a bibliografia não é consensual e os tempos são considerados diferentes consoante o profissional em causa e as respetivas características. Assim, a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior e da evolução do próprio processo de integração.

De seguida, apresenta-se uma sugestão de um plano de integração de um novo profissional no serviço de urgência.

2.1. Sugestão do plano de integração de um novo profissional

No sentido de enriquecer o Manual de Integração, de o tornar objetivo e atual sugere-se a criação de um plano de integração que deve ser construído e gerido consoante as necessidades do serviço.

Conforme Machado *et al* (2014 p. 127) "*o período de integração é... complexo. Sobretudo requer uma preparação mais completa e cuidada.*" opinando que o período de integração deve ser preparado e convenientemente acompanhado de forma a garantir que a informação não é desperdiçada e que os objetivos do processo de integração não são perdidos.

Desta forma, sugere-se, para o S.U., um plano de integração desenvolvido com vista a dotar os Enfermeiros de competências determinantes, de forma contínua mas progressiva. Pretende-se que os elementos mais novos não estejam exclusivamente em determinados setores e que os elementos mais "velhos", mas experientes e com mais competências possam inserir e acompanhar os mais novos no processo de desenvolvimento de capacidades e competências específicas; tornando este processo dinâmico e favorecendo também a interatividade e motivação dos vários profissionais.

Tendo em conta as performances de serviços com creditação, aconselha-se a formação de uma equipa responsável pela integração de novos elementos. Pretende-se que o plano de integração contemple vários itens, nomeadamente que seja ferramenta que contribua para a segurança e qualidade dos Cuidados em Enfermagem. O plano de integração visa que a supervisão em Enfermagem seja exercida para o sucesso do processo; assim um modelo de Supervisão Clínica torna-se fundamental para o desenvolvimento profissional e disciplinar, com respetiva certificação de competências e avaliação contínua das mesmas (Fernandes, 2013).

Neste plano de integração pressupõe-se que o novo Enfermeiro seja acompanhado, apoiado nas novas situações profissionais por um elemento capaz e competente, num ambiente hospitalar que exige, especialmente, um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento.

Os objetivos do processo de integração são os seguintes:

- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer os procedimentos burocráticos à prestação de cuidados;
- Compreender o circuito do doente no serviço de urgência;
- Saber utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

O método de integração deverá ter alguns princípios importantes, tais como: (Azevedo, 1996)

- Deverá ter a duração mínima de quatro semanas;
- O novo elemento deverá ser sempre colocado como supranumerário;
- O novo elemento deverá ser sempre acompanhado pelo mesmo enfermeiro.

Durante o tempo de integração definido por cada instituição, existem um conjunto de objetivos gerais que devem ser cumpridos à medida que o processo de integração evolui, de modo a contribuir para o sucesso de integração. Os objetivos gerais do processo de integração a cumprir por parte do enfermeiro recém-chegado são os seguintes: (Jorge Silva, 2013)

- Conhecer a estrutura organizacional da instituição;
- Conhecer a estrutura física, os recursos humanos e técnicos;

- Conhecer sistemas de gestão da qualidade e os meios de comunicação interna;
- Conhecer e apreender os circuitos dos doentes;
- Perceber a articulação entre os diferentes serviços de apoio;
- Apreender os sistemas para registos;
- Conhecer o processo de formação da instituição.

O primeiro dia do processo de integração de um profissional num serviço de urgência torna-se fundamental pois é o primeiro contacto entre o enfermeiro recém-chegado e a instituição onde vai exercer funções. Existem neste primeiro dia, algumas atividades fundamentais, tais como: (Jorge Silva, 2013)

- Apresentação do serviço;
- Apresentação ao enfermeiro-chefe do serviço, com posterior entrevista onde serão explicadas questões como a organização dos cuidados de enfermagem no serviço em questão, assim como o regime laboral e o funcionamento do serviço;
- Apresentação do enfermeiro supervisor/responsável pelo processo de integração;
- Apresentação à equipa de trabalho;
- Consulta do guia de integração e dos regulamentos hospitalares;
- Conhecimento do horário de trabalho a desenvolver.

A partir deste primeiro dia, a integração deverá ser gradual e evolutiva. A bibliografia não é esclarecedora quanto aos passos seguintes, no entanto, é fundamental apostar na formação no novo profissional, de modo a que a evolução do profissional seja gradual e positiva, passando assim de áreas menos específicas para as mais específicas. Deste modo, cabe a cada instituição definir o plano de integração que melhor se adequa ao profissional recém-chegado.

3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Seguidamente será efetuada uma breve apresentação do [XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX] e mais especificamente do serviço de urgência desta mesma instituição.

3.1. História da instituição

Por questão de confidencialidade e proteção de dados, este capítulo é ocultado deste manual.

3.2. O serviço de urgência

Relativamente ao serviço de urgência, sobre o qual se refere este manual, podemos defini-lo como um serviço de urgência médico-cirúrgica polivalente constituído por equipas multiprofissionais e multidisciplinares que prestam cuidados específicos e especializados à população.

De acordo com o Regulamento do Serviço de Urgência, deliberado a 3 de julho de 2009 pelo Conselho de Administração, capítulo 1, artigo 1º, “O serviço de Urgência do Centro [XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX] (...) tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, em articulação com os cuidados primários e os hospitais que integram a rede do Serviço Nacional de Saúde”. Além disso, no mesmo capítulo, no artigo 2º, é também definido que este serviço tem como objetivos “Corresponder com eficácia e polivalência aos cuidados de saúde solicitados; desenvolver a sua atividade de acordo com os avanços contínuos da medicina; contribuir com as condições necessárias aos profissionais para o alcance do desiderato a que se propõe”. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p.4)

Quanto à sua localização podemos encontrar serviços de urgência diferentes em cada uma das unidades. Deste modo, na Unidade I está situado o SU geral e pediátrico; na

Quanto à sua organização estrutural, este SU apresenta-se organizado por sectores pelo qual o doente que procura este serviço passa, de forma lógica e sequencial, de acordo com as necessidades existentes. Deste modo, de seguida irão ser apresentados em subcapítulos os diferentes sectores que o doente percorre desde a sua admissão no serviço de urgência até ao momento da alta/internamento. Além disso, serão discriminadas as funções dos enfermeiros nos diferentes sectores do serviço de urgência.

3.3.1. Admissão dos doentes

Após a entrada no serviço de urgência o doente deverá comparecer no balcão de admissão onde se encontra uma equipa de administrativos que irão efetuar a ficha do doente com os seus dados pessoais, de modo a inseri-lo no sistema para dar início ao episódio de urgência. É também neste momento que será efetuado o pagamento das respetivas taxas moderadoras.

Esta admissão será efetuada por ordem de chegada e será de carácter obrigatório para todos os doentes que dão entrada no SU, à exceção do doente emergente que seguirá de forma imediata para sala de emergência.

Seguidamente, os doentes serão encaminhados para a Urgência Geral Adultos ou Pediátrica, consoante a faixa etária.

3.3.2. Triagem de prioridades

Após o processo de admissão, o doente será chamado ao gabinete de triagem. Em termos físicos, existem neste SU dois gabinetes de triagem, gabinete 1 e 2, em locais físicos distintos mas paralelos. Em cada um encontramos um enfermeiro triador que será

responsável por ouvir o motivo de vinda do doente ao SU e que de acordo com um fluxograma estipulado em formato electrónico, procede ao encaminhamento do utente para as diversas áreas existentes e que melhor resposta poderá dar à situação.

O Enfermeiro responsável pela triagem deve seguir as indicações do fluxograma, sendo que também é portador de juízo clínico e isso pode interferir com a decisão previamente delineada pelo fluxograma. O Enfermeiro atribui assim ao utente uma pulseira identificativa colorida, conforme prioridade da situação. É de salientar que um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. (Grupo Português de triagem, 2015)

A triagem existente neste SU, baseia-se no sistema de triagem de Manchester. Este sistema foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, com os objetivos claros de existirem normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico, com nomenclaturas, definições e metodologias comuns. (Grupo Português de triagem, 2015) Assim, a avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada, ou seja, de acordo com o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Deste modo, existe uma lista com cerca de 50 fluxogramas possíveis que se baseiam nas queixas iniciais e que trazem os doentes ao serviço de urgência. Cada um destes fluxogramas, de acordo com alguns discriminadores gerais e específicos, irá apontar para uma determinada cor, identificativa então da pulseira que é colocada ao doente. (Grupo Português de triagem, 2015) Seguidamente serão apresentadas imagens que descrevem o processo dos fluxogramas em concordância com os discriminadores específicos como foi explicado anteriormente.

Fluxogramas

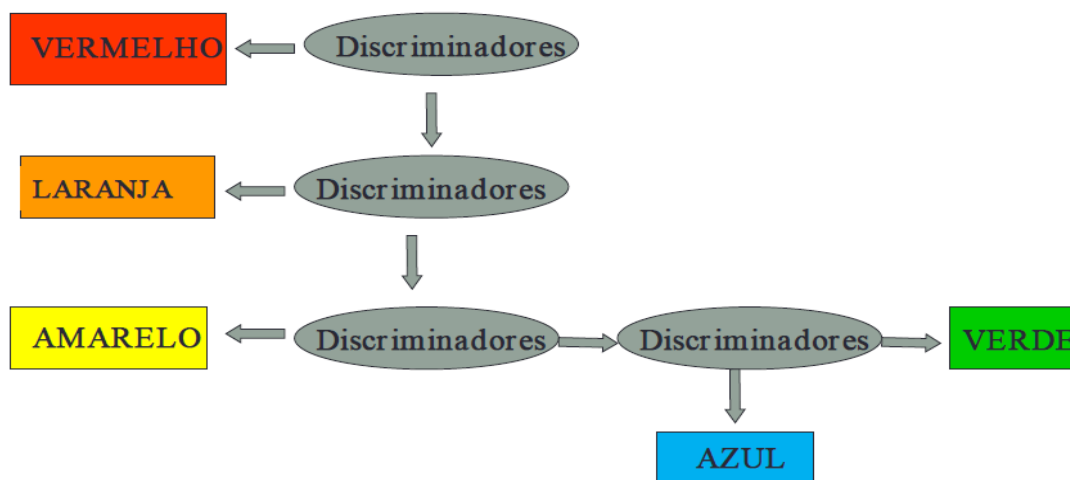


Imagem 2 – Fluxogramas (Grupo Português de triagem, 2015)

Na imagem 2 podemos perceber a relação entre os discriminadores e a resultante cor de acordo com a triagem de manchester. Já na imagem seguinte, a número 3, são apresentados com mais pormenor os discriminadores que vão especificando os fluxogramas de modo a definir a prioridade de atendimento. (Grupo Português de triagem, 2015)

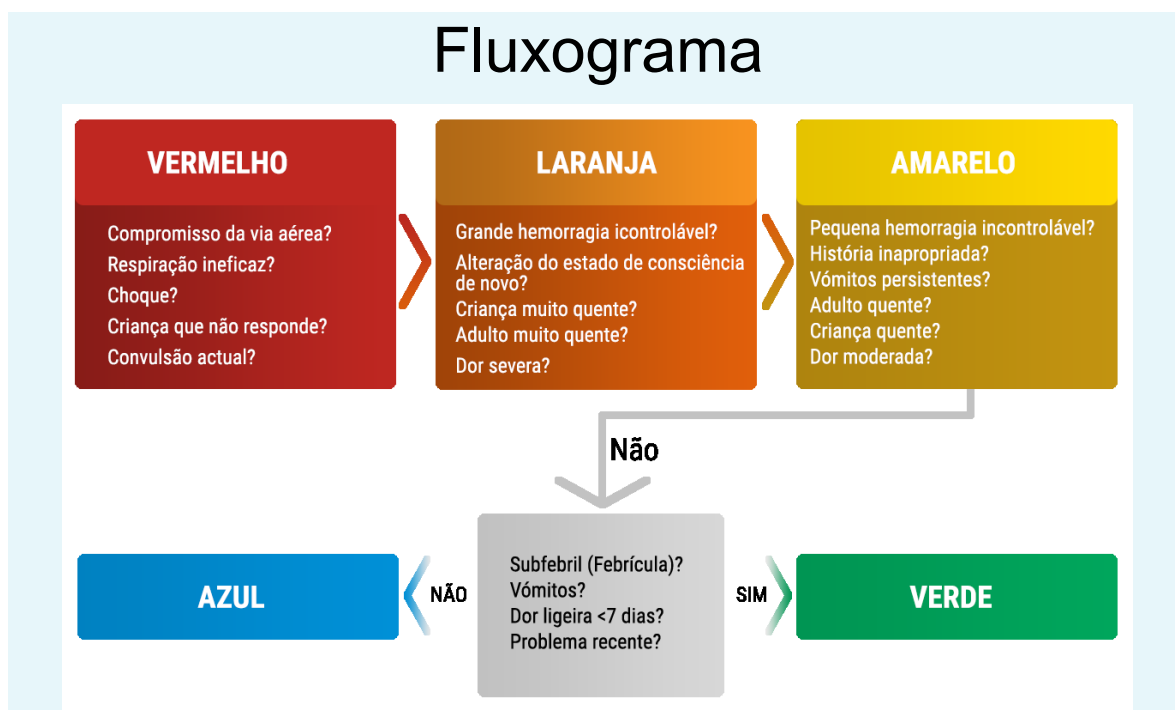


Imagem 3 – Fluxogramas e Discriminadores (Grupo Português de triagem, 2015)

Assim, são atribuídas, em forma de cores, as 5 prioridades clínicas, como é apresentado na imagem 4.



Imagem 4 – Triagem de Manchester (Grupo Português de triagem, 2015)

As cores das pulseiras de identificação a colocar nos doentes serão então definidas de acordo com a prioridade a que cada cor corresponde, como foi acima referido.

Neste sector, os cuidados prestados pelo enfermeiro triador são os seguintes:

- Acolher o doente e o seu acompanhante;
- Identificar e avaliar a situação problema;
- Seguir o fluxograma da triagem de Manchester, através do sistema informático, aplicando os algoritmos da triagem de prioridades;
- Colocar a pulseira de identificação no pulso do doente e informar o doente e seu acompanhante de qual o significado daquela cor de pulseira (prioridades e tempos de espera) e para onde será encaminhado;

- Esclarecer o acompanhante do doente acerca da sua permanência no SU e no levantamento de pulseira identificativa de acompanhante;
- Encaminhar o doente para a respetiva área de observação em função do resultado obtido pelo discriminador e fluxograma utilizado, solicitando a colaboração do assistente operacional destacado;
- Providenciar recursos materiais necessários ao conforto do doente, como macas, cadeira de rodas, de acordo com a disponibilidade de recursos e situação clínica do doente;
- Delegar o acompanhamento do doente ao assistente operacional destacado e supervisionar essa função;
- Assegurar o controlo de infeção.

É neste sector que também poderão ser ativadas as denominadas “Vias Verdes” De facto, a circulação de utentes na urgência está sujeita à implementação de normas próprias que tornem a assistência mais eficaz e segura. Assim, os doentes com sinais ou sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral, Obstrução das Artérias Coronárias, Infeções Generalizadas e Traumatismos graves são incluídas, de acordo com alguns critérios de seleção estipulados, em vias prioritárias de atendimento – Vias Verdes – que facilitam o atendimento quase imediato destes doentes, uma vez que sabemos, que nestes casos, um tratamento mais precoce diminui o risco de vida ou de falência de um determinado órgão. As Vias Verdes tornam mais ágil e rápido o encaminhamento/acompanhamento dos doentes de forma a evitar ou a atenuar situações agravadas de doença.

A ativação das "vias verdes" pode ocorrer através das equipas médicas e de enfermeiros que fazem assistência pré-hospitalar, todavia também pode ocorrer no momento da triagem ou aquando a avaliação do doente, normalmente seguindo um protocolo definido. As vias verdes existentes são quatro e são as seguintes: Via Verde Sépsis, Via Verde Coronária, Via Verde AVC e via Verde Trauma.

Pressupõe-se ainda que este momento de triagem seja realizado no menor tempo possível, de modo a que os cuidados necessários sejam iniciados o mais precoce possível. É de referir também que a qualquer momento da permanência do doente no SU, este pode, pelas mais variadas razões, ser retriado, adquirindo assim uma nova prioridade.

Após a realização da triagem por prioridade clínica, com exceção dos doentes que são imediatamente orientados para a Sala de Emergência, todos os outros serão encaminhados para áreas diferenciadas tais como: área médica, área cirúrgica, ortopedia, clínica geral ou pneumologia. Cada uma destas áreas serão especificadas seguidamente.

3.3.3. Sala de Emergência

“Os doentes emergentes são admitidos diretamente para a Sala de Emergência para observação e realização de procedimentos considerados relevantes”. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 10)

A Sala de Emergência é uma sala devidamente equipada, com equipa própria e coordenada por médico com competências próprias. Quanto ao seu espaço físico, esta sala tem capacidade para dois doentes emergentes em simultâneo com os respetivos dispositivos e materiais necessários a este tipo de doentes. Encontra-se estrategicamente num local contíguo à entrada do SU de modo a permitir uma rápida assistência. Quanto ao rácio das equipas neste sector, está estipulado dois enfermeiros responsáveis por esta sala e também pela reanimação intra-hospitalar, sendo que um destes elementos também assegura um outro sector do SU, quando a sala não tem a total lotação.

Relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes a este sector, o enfermeiro tem como funções:

- Acolher o doente;
- Identificar a situação de emergência e a intervenção de enfermagem associada;
- Planear os cuidados necessários à situação e executar as intervenções associadas, nomeadamente no que se refere à vigilância e à prevenção de complicações;
- Documentar todas as atividades desenvolvidas nos respetivos registos de enfermagem;
- Gerir a utilização das salas de emergência de acordo com a gravidade e necessidades de cuidados dos doentes;

- Providenciar o acompanhamento do doente nos circuitos intra ou extra-hospitalares, sempre que seja necessário;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na execução de técnicas invasivas ou de elevada complexidade;
- Supervisionar a atuação do assistente operacional destacado para o mesmo posto de trabalho;
- Assegurar a existência dos recursos materiais necessários à execução das atividades planeadas;
- Garantir a funcionalidade dos equipamentos de emergência existentes na sala;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Assegurar o controlo de infecção.

3.3.4. Área Médica

“Na área médica, os doentes muito urgentes ou urgentes, são observados pelo médico e efetuam-se procedimentos de enfermagem apropriados.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 10) Neste sentido, esta área de trabalho dispõe de Sala de Cuidados onde os utentes permanecem e aguardam procedimentos, observação médica e exames complementares, e onde as patologias predominantes são as do foro médico, neurologia e cardiologia.

Nesta área estão normalmente três enfermeiros e dois auxiliares. Assim, os cuidados de enfermagem subjacentes são:

- Acolher o doente e/ou acompanhante;
- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, priorizando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Avaliar o impacto e os resultados das intervenções implementadas;
- Executar os registos de enfermagem de todas as intervenções efetuadas;

- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Gerir a presença dos familiares ou pessoas significativas dos doentes;
- Providenciar o acompanhamento do doente nos transportes intra-hospitalares sempre que a situação assim o exija;
- Supervisionar as funções do assistente operacional destacado;
- Gerir recursos materiais e humanos, mantendo uma ordem funcional dentro da sala;
- Assegurar a privacidade dos doentes;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.3.5. Área Cirúrgica

“Na área cirúrgica os doentes urgentes ou muito urgentes são observados pelo médico preferencialmente nas boxes existentes; os procedimentos de pequena cirurgia e de enfermagem são realizados no espaço existente para esse fim.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 11)

É uma área onde as patologias predominantes são ao do foro cirúrgico, especialidade de Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica, Urologia. Dispõe de uma sala de cuidados onde são realizados procedimentos de pequena cirurgia e Enfermagem, observação médica e onde os doentes aguardam exames complementares. Habitualmente estão destacados dois enfermeiros e um assistente operacional.

Relativamente aos cuidados de enfermagem existentes neste sector, eles são os seguintes:

- Receber o doente e/ou acompanhante;
- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Avaliar o impacto e os resultados das intervenções implementadas;
- Executar os registos de enfermagem de todas as intervenções efetuadas;

- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Gerir a utilização da sala de intervenções de acordo com a gravidade e a necessidade de cuidados;
- Providenciar o acompanhamento do doente nos transportes intra-hospitalares sempre que a situação assim o exija;
- Supervisionar as funções do assistente operacional destacado;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.3.6. Ortopedia

Esta área de trabalho dispõe de sala própria para a observação médica e realização de procedimentos.

Para este sector está destacado um enfermeiro que se encontra simultaneamente no sector da pneumologia.

As principais intervenções de enfermagem passam por:

- Receber o doente e/ou acompanhante;
- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.3.7. Pneumologia

A presença desta especialidade com gabinete próprio no S.U. justifica-se pelo historial do Hospital como um sanatório de doenças do foro respiratório.

Neste sector, está presente um enfermeiro (o mesmo responsável pelo sector da ortopedia como foi referido anteriormente), que tem as mesmas funções referidas anteriormente no sector da ortopedia.

3.3.8. Clínica Geral

“Os doentes urgentes autónomos, pouco urgentes e não urgentes são observados nos Gabinetes Médicos da Clínica Geral e os procedimentos de enfermagem são realizados no espaço contíguo para esse fim.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 11)

Neste sector existem três gabinetes médicos onde os doentes são observados e uma sala de procedimentos de enfermagem correspondente. Quanto ao rácio neste sector, está estipulado a presença de um enfermeiro e um assistente operacional.

Relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes a este sector, podemos definir os seguintes:

- Receber o doente e/ou acompanhante;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Assegurar o controlo de infecção.

3.3.9. Especialidades

Para situações específicas em que os doentes não urgentes que procuram o serviço de urgência necessitam ser observados por determinadas especialidades, como por exemplo ORL ou oftalmologia, estes serão encaminhados para a consulta externa (espaço externo ao SU).

Segundo a alínea 7 do artigo 18º, do Regulamento do Serviço de Urgência *"As áreas funcionais dispõem de corpo clínico ativo, devidamente articulado com corpos clínicos consultivos, obedecendo às regras de referência assistencial preconizadas para o hospital"*. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p.11) Os corpos clínicos não presenciais são as especialidades tais como: ORL, Oftalmologia, Cardiologia, Cardiorádica, Cirurgia Plástica e Vascular.

De forma a perceber as disponibilidades horárias/encaminhamento de algumas especialidades segue um esquema orientativo:



3.3.10. OBS Internamento

Neste SU, a OBS internamento consiste numa sala de observação onde os doentes permanecem até que o seu internamento efetivo nos serviços diferenciados seja efetuado. Assim, estas salas são contíguas aos sectores já existentes, como nomeadamente a sala de OBS de medicina, paralela à área médica, e a sala de OBS de cirurgia, paralela à área cirúrgica. Além destas, existe ainda a sala de OBS geral, com espaço físico independente neste SU, onde se encontram os doentes que aguardam efetivamente internamento noutros serviços, mas que necessitam de uma vigilância e cuidados mais específicos.

Neste sector, o rácio de enfermeiros é de dois por turno; quanto aos assistentes operacionais, está sempre presente um por turno. Uma outra particularidade destes serviços, é que são permitidas visitas dos familiares/pessoas significativas em horário específico. Assim, as visitas permitidas são divididas por dois períodos: das 15:30h às 16:00h e das 20:30h às 21:00h.

Neste sector, as funções dos enfermeiros que lá estão destacados consistem na prestação de cuidados de enfermagem contínuos aos doentes, tais como:

- Prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Administração de terapêutica;
- Fornecimento de refeições, quando situação clínica o permite;
- Monitorização contínua através de telemetria;
- Providenciar condições para a realização de exames complementares de diagnóstico;
- Realizar registos de enfermagem.

É de salientar que todos estes sectores trabalham em articulação com serviços de apoio tais como a farmácia, os exames complementares de diagnóstico, o laboratório e o serviço de copa para a distribuição de refeições.

3.4. Organização Humana

Os recursos humanos são o ex-libris das instituições. São eles que definem as dinâmicas e zelam pelo bom funcionamento dos serviços, assegurando o cumprimento de boas práticas.

De seguida será descrita a constituição e as funções das diversas equipas de Enfermagem que constituem o SU.

3.4.1. Equipa Médica

Está preconizado em Regulamento do S.U. que as equipas multidisciplinares e multiprofissionais sejam adequadas às necessidades da população, quer a nível da dimensão quer da caracterização e especialização das mesmas.

As equipas médicas são mistas e são constituídas por médicos que pertencem a diversos serviços do hospital assim como médicos em regime de prestação de serviços.

A Direção do SU é constituída por um diretor de serviço nomeado pelo Conselho de Administração, sobre proposta do Diretor Clínico.

Sob sua alçada está o planeamento e direção da atividade do serviço, "*em articulação com o Conselho Diretivo da Unidade de Gestão Integrada da Urgência e Intensivismo, de acordo com o Regulamento Interno do XXXX*". Decorre também das suas funções "*articular com os vários órgãos de chefia ou profissionais dirigentes*". (XXXX, 2009)

Relativamente aos chefes de equipa médicos, em cada equipa do SU existe um com as competências delineadas no Regulamento do SU.

3.4.2. Equipa de Enfermagem

O Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência conforme descrito no ponto 1 do artigo 10º do Regulamento do SU "articulará com a Direção do Serviço da Urgência e com os Enfermeiros-Coordenadores de Equipa na definição de estratégias para o melhoramento contínuo da organização do serviço". (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 8)

A equipa de Enfermagem do SU está dividida em 5 equipas, sendo que em cada uma há um coordenador que articula diretamente com o Enfermeiro Chefe do SU e colabora com a direção do mesmo, no sentido da gestão e otimização organizacional. Na ausência do coordenador assume funções de gestão o subcoordenador.

Cada equipa é, então, constituída por 14 elementos; cada elemento tem funções/competências específicas que foram desenvolvidas e aprovadas. De acordo com as competências, características pessoais e valorização do trabalho são distribuídos em plano de trabalho:

- 1 enfermeiro de coordenação/gestão;
- 2 enfermeiros alocados à triagem (gabinete 1 e 2);
- 2 enfermeiros responsáveis pela sala de emergência/reanimação intra-hospitalar (sendo que um destes elementos habitualmente também assegura um outro setor do SU);
- 2 enfermeiros alocados a OBS geral (rácio de 4 doentes para 1 Enfermeiro);
- 2 enfermeiros alocados a OBS "laranja" (internados "ppp");
- 2 enfermeiros alocados à área médica "laranja";
- 2 enfermeiros responsáveis pela área cirúrgica;
- 1 enfermeiro responsável pela sala de ortopedia e sala de pneumologia.

Por definição e atribuição da chefia, os Enfermeiros das diversas equipas têm, como já foi referido, competências específicas que lhes permitem desenvolver ou não a sua atividade dentro dos vários setores do SU. Assim, pode ser observado em horário de Enfermagem cores, associadas a cada Enfermeiro, que revelam quais são as competências de cada um. Está suposto que as equipas estejam equilibradas em antiguidade e

experiência, bem como em competências, atribuídas academicamente (como a especialidade e o Mestrado) ou adquiridas em contexto profissional.

Relativamente ao horário de trabalho desta classe profissional, os turnos são definidos como turno da manhã (das 08:00h às 15:30h), turno da tarde (das 15:00h às 22:30h) e turno da noite (das 22:00h às 08:00 do dia seguinte).

Esta equipa de profissionais engloba enfermeiros com diferentes competências, tais como os generalistas, especialistas e o enfermeiro coordenador que detém funções específicas na equipa.

O perfil de competências do **Enfermeiro de cuidados gerais** é delineado pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015 e visa providenciar um enquadramento regulador à prática de cuidados. O **Enfermeiro Generalista** deve ser capaz de desenvolver uma prática profissional responsável de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico; prestar e gerir os cuidados, contribuindo para a promoção da saúde, fazendo uso do processo de Enfermagem, estabelecendo uma comunicação e relações interpessoais eficazes, promove um ambiente seguro e de cuidados interprofissionais, delegando e supervisionando tarefas; desenvolver-se profissionalmente, valorizando-se profissionalmente, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e desenvolvendo processos de formação contínua. (OE, 2015)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2005), os **enfermeiros de cuidados gerais** têm dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são todas as “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 2,3) Por outro lado, as intervenções interdependentes são todas as ações “realizadas pelos enfermeiros, de acordo com as respetivas qualificações profissionais de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 2,3)

Assim, de acordo com as suas qualificações profissionais, os **enfermeiros de cuidados gerais** têm como funções: (Ordem dos Enfermeiros, 2005)

- Organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem;
- Decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes;
- Utilizar técnicas próprias da profissão de enfermagem com o objetivo da manutenção e recuperação das funções vitais do doente, nomeadamente a respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- Participar na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, em contexto de internamento, ambulatório ou domicílio;
- Proceder à administração de terapêutica, detetando e avaliando os seus efeitos, atuando em conformidade, devendo em situação de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, com objetivos definidos;
- Proceder ao ensino do doente sobre todo o tipo de matérias relacionadas com os cuidados.

Quanto ao **enfermeiro especialista**, o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 122/2011 de 18 de fevereiro 2011 explana as competências comuns ao **Enfermeiro Especialista**, independentemente da sua área de especialidade. O **Enfermeiro Especialista** deve ser capaz de realizar a conceção, gestão e supervisão de cuidados demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os domínios de competência do **Enfermeiro Especialista** são: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio melhoria contínua da qualidade, nomeadamente através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e contextos e domínio das aprendizagens profissionais, baseando a sua prática clínica especializada em base sólidas e atuais de conhecimento. (OE, 2011) As competências específicas resultam da capacidade de resposta humanas aos processos de vida, de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, manifestadas por um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Sendo este serviço uma urgência médico-cirúrgica polivalente, o doente crítico é o centro dos cuidados da equipa de saúde. O doente crítico é por definição aquele que se encontra em situação crítica, cuja vida está ameaçada por eminente ou efetiva falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Deste modo, os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa em situação crítica de forma a dar resposta às necessidades detetadas e permitindo deste modo a manutenção das funções básicas compatíveis com a vida, tendo como objetivo primário a recuperação total do doente. De facto, os cuidados de enfermagem ao doente crítico são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação e monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados e de prever e detetar precocemente as complicações de modo a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Colégio da Especialidade, 2017)

Neste sentido, o **Enfermeiro Especialista** detém um conhecimento mais aprofundado num determinado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, reunindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção. Ou seja, as competências do **enfermeiro especialista** é coerente com os domínios considerados na definição das competências do **enfermeiro de Cuidados Gerais**, decorrendo assim do aprofundamento desses mesmos domínios. (Colégio da Especialidade, 2017) Assim, o papel do **enfermeiro especialista** neste contexto deverá ser mais completo e específico. De facto, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Deste modo, o papel do **enfermeiro especialista** num contexto de serviço de urgência, na prestação de cuidados ao doente crítico assenta em três grandes domínios: (Diário da República, 2011)

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Relativamente a estes três domínios que foram descritos anteriormente, são inúmeras as funções específicas do **enfermeiro especialista** em contexto de urgência que podemos definir, tais como: (Diário da República, 2011)

- Prestar de cuidados à pessoa em situação emergente/urgente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir da administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Gerir diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assegurar a assistência à pessoa e à respetiva família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- Desenvolver da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Estabelecer o equilíbrio da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica;
- Planear a resposta específica perante as pessoas em situação de emergência/urgência;
- Gerir e liderar os cuidados e as respetivas equipas em situações de Emergência e/ou Catástrofe;
- Definir de um plano de prevenção e controlo de infeção de modo a dar resposta às necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica.

Por último, o Enfermeiro Coordenador ocupa uma função específica na equipa de enfermagem, assumindo em cada turno apenas a função de coordenador. Deste modo, assumindo funções de gestão dentro da equipa deve preservar a cortesia profissional multidisciplinar e multiprofissional. (XXXX, 2009)

De acordo com o Regulamento do Serviço de Urgência (2009, p. 8) “O Enfermeiro-Coordenador de Equipa é nomeado pelo Enfermeiro-Chefe, e tem como competências:

- Colaborar com a Direção do Serviço de Urgência por forma ao contínuo melhoramento organizacional do Serviço;
- Preservar a cortesia profissional multidisciplinar e multiprofissional;
- Assumir as funções que lhe são delegadas pelo Enfermeiro-Chefe e pela legislação em vigor.”

As suas funções vêm resumidas na tabela que se segue.

Turno da Manhã	Turno da Tarde	Turno da Noite
<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Repor Setores • Enviar etiquetas de sangue para o Laboratório • Solicitar Refeições (almoço e lanche) • Proceder à desconvoação de elementos (até às 11h30) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Auscultar colegas, repor setores e otimizar pedidos de medicação para os internados • Solicitar Refeições (jantar e ceia) • Proceder à desconvoação de elementos (até às 18h30) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Restabelecer setores, otimizar pedidos de medicação para os internados • Proceder à desconvoação de elementos (até às 23h30) • Solicitar Refeições (pequeno-almoço) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa

Tabela 1 – Funções do enfermeiro coordenador

Ainda, em todos os turnos, ao longo dos mesmos, é função do Enfermeiro Coordenador:

- Monitorizar tempos de espera da TM e abrir 3º posto se o tempo de espera da triagem for superior ou igual a 10 minutos e/ou perfil com mais de 10 doentes em lista de espera;

- Apoiar os diversos setores, com colaboração na Sala de Emergência, se necessário;
- Atender às horas de refeição e gestão de elementos entre setores para haver equilíbrio da equipa;
- Substituir elementos nos setores em caso de funcionamento da Sala de Emergência.

Estando o S.U. dividido em vários sectores, com dinâmicas próprias, torna-se pertinente a implementação de determinadas rotinas que garantam o bom funcionamento e as boas práticas profissionais. Ainda assim, ao nível das equipas existem dinâmicas próprias instaladas que em nada perturbam o desenvolvimento das atividades gerais de trabalho. De forma a ser mais esclarecedor nomearei as atividades específicas a desenvolver em cada turno.

No turno da manhã e tarde o Enfermeiro responsável pela sala de emergência encarrega-se pelo preenchimento de *check-list's* da mesma sala, presentes em dossier próprio, que estabelecem a necessidade de verificação de monitores, malas de transporte e carros de emergência alocados aos diferentes setores do S.U.

No turno da noite há um elemento responsável por verificar em cada setor a terapêutica com necessidade de reposição. Desta forma é elaborada uma *check-list* que é otimizada no turno da manhã, sendo corrigidos os níveis de armazenamento em armazém avançado de farmácia e repostos aos setores os medicamentos com níveis de quantidade reduzidos ou inexistentes.

Todavia, em cada turno aquando da necessidade de terapêutica a mesma deve ser reportada ao Enfermeiro Coordenador daquele turno, que toma as medidas necessárias à reposição da mesma, como já foi anteriormente definido nas funções do Enfermeiro Coordenador.

3.4.3. Equipa de Assistentes Operacionais

Os Assistentes Operacionais desenvolvem o seu trabalho sob coordenação. As suas funções englobam o cuidado direto ao doente, mas contemplam também funções ao nível da higienização/desinfecção de material e ambiente no SU.

De uma forma geral, as principais atividades dos assistentes operacionais são:

- Acolher o doente e/ou acompanhante;
- Colaborar no transporte dos doentes com dificuldade de locomoção, em macas e cadeiras de rodas para a área destinada após o processo de triagem e fazer esse encaminhamento;
- Colaborar com o enfermeiro sempre que solicitado;
- Efetuar a reposição do material em falta sempre que se justifique;
- Ser responsável pelo transporte de produtos biológicos do Serviço de Urgência para os laboratórios correspondentes;
- Assegurar o transporte do doente para a realização de exames ou a transferência para outros sectores/serviços;
- Servir as refeições aos doentes de acordo com indicação existente.

Dentro de cada sector, os assistentes operacionais têm determinadas funções específicas que asseguram o bom funcionamento do serviço.

3.4.4. Gabinete de informação

O SU dispõe de um espaço físico ocupado pelo Gabinete de Informação, contíguo à sala de espera dos doentes. Este espaço funciona nos sete dias da semana, 24 horas por dia, e prestará “todas as informações necessárias em consonância com o perfil estabelecido no Sistema de Informação”. (Gestão dos fluxos e dos circuitos no serviço de urgência polivalente geral, 2013)

É neste sector que os acompanhantes poderão localizar os seus familiares e adquirir a pulseira de acompanhantes.

Deste modo, e de acordo com o que está definido no documento de *Gestão dos fluxos e dos circuitos no SUP*, nas funções do Gabinete de Informação está compreendido:

- “As informações não clínicas sobre os doentes do SUP, em episódio de urgência ou de internamento que serão fornecidas em articulação com o Chefe de Equipa, legal substituto ou o Médico Coordenador da Área Funcional;
- Coordenação das visitas aos doentes internados na Área Médica ou Cirúrgica, em articulação com o Médico Coordenador e/ou Enfermeiro da área respetiva;
- Coordenação dos acompanhantes na Área Médica e Cirúrgica.”

3.4.5. Equipa de segurança

O SU dispõe de uma equipa de porteiros/seguranças que promovem o funcionamento seguro deste serviço. Encontram-se estabelecidos na entrada do SU assim como junto da porta de saída. São estes profissionais que controlam a presença dos doentes no SU, assim como a sua saída depois de devidamente autorizada. Além disto, são fundamentais para a gestão dos acompanhantes dentro do serviço.

3.4.6. Equipa de Administrativos

A equipa de administrativos tem como espaço físico a entrada do SU pois é responsável, entre outras funções, da abertura do processo administrativo (episódio de urgência) de todos aqueles que procuram este serviço de urgência. É também esta equipa que será responsável pela realização dos processos de internamento dos doentes do SU noutros serviços diferenciados.

4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os sistemas de informação constituem uma parte fundamental da prática diária nas instituições de saúde nos dias de hoje. Já a Ordem dos Enfermeiros refere que “pela crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e pela verificação da relevância da informação para o processo de tomada de decisão, independentemente da sua natureza, no que se refere ao Sistema de Informação de Enfermagem, integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo máximo/mínimo de dados e a produção de conhecimento”. (OE, 2007)

Relativamente à enfermagem, todos estes sistemas baseiam-se numa linguagem comum permitindo uma universalidade nos cuidados. Assim, “tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde (...) o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)”. (OE, 2007)

Neste serviço de urgência, as duas principais plataformas de sistemas de informação usadas são o ALERT® e o SClínico.

O ALERT® é um *software* destinado à requisição, triagem e encaminhamento de informação entre centros de saúde e hospitais, permitindo assim o registo de toda a informação clínica do doente por parte da equipa médica, de enfermagem, de forma intuitiva rápida.

Por outro lado, o SClínico, é um dos sistemas usados com menos predominância neste serviço de urgência; no entanto, é uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente. Consiste num sistema de informação evolutivo, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações usadas por milhares de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (sistema de apoio ao médico) e o SAPE (Sistema de apoio à prática de Enfermagem).

5. CONCLUSÃO

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, a dimensão educativa dos clientes e dos pares, o perfil de orientação, aconselhamento e liderança que inclui a responsabilidade de tornar perceptível o conhecimento, disseminar e investigar de forma pertinente e assertiva, no sentido de progredir e aperfeiçoar a prática da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), é de relevante valor e função do Enfermeiro Especialista, num domínio específico da Enfermagem.

Neste sentido, foi desenvolvido o presente manual para os profissionais Enfermeiros que já desenvolvem funções no serviço, mas também para aqueles que vão ser integrados nas dinâmicas do mesmo.

Machado *et al* (2014) atribuem ao Manual de Acolhimento, a par de outras práticas de acolhimento/integração, uma eficácia de 61%. Pretende-se que o processo de integração incute: "melhor compreensão do ambiente profissional, mais fácil inserção no mundo do trabalho (...), a compreensão do modo de funcionamento (...), a importância de fazer parte de uma equipa e proporcionar o desenvolvimento das suas próprias capacidades." (Machado, et al., 2014 p. 129).

De tudo isto resulta uma integração e uma autonomia funcional que podem ser monitorizadas através de entrevista futura, para que se possa perceber o êxito na integração de novos elementos (Machado, et al., 2014).

Uma vez que a ciência e as linhas orientadoras do manual de integração não são estáticas, mas derivam de uma visão dinâmica e construtiva, este encontra-se em permanente "construção", na perspectiva de excelência em Cuidados de Saúde. Este manual está, então, recetivo a sugestões de mudança que lhe permitam mostrar uma visão mais fiel e atual do serviço em questão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson - Supervisão clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. "Revista Sinais Vitais". Coimbra. N.º 45 (Nov. 2002), p. 53-57.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José. 2007 – Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. 2ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN 9789724018522.

BENNER, Patrícia - De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972853597X.

CHVNGE, Conselho de Administração. 2009. Regulamento do Serviço de Urgência. *Boletim Informativo*. 2009, 26.

CARVALHO, Ana. "A Supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros". 2016. 174. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernandes, Olga. 2013. Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de Competências na Integração de Novos Enfermeiros. s.l. : Tese de Mestrado, 2013.

Grupo Português de Triagem, 2015 - Disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 - consultado em 20 de fevereiro de 2018

MACEDO, Ana. 2013. "A supervisão de estágios em enfermagem: entre a escola e o hospital". Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 11

Machado, Artur. Machado, Dina. Portugal, Miguel. 2014. *Organizações - Introdução à Gestão e Desenvolvimento das Pessoas*. Lisboa : Escolar Editora, 2014. 978-972-592-414-3.

Norma nº010/2016 de 30.09.2016; DGS. Via Verde de Sépsis do adulto.

Norma nº015/2017 de 13.07.2017; DGS. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no adulto.

Ordem dos Enfermeiros. 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº122/2011*. 2011.

Ordem dos Enfermeiros. 2005. Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais – Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> – consultado em 02 de março de 2018

Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica*. Diário da República: 2ª série, Nº 35 (2011). Consultado a 05 março 2018. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

SILVA, Jorge. "Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um Hospital". 2013. 185. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

