



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem com a pessoa/família

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

Por Isabel Maria Rodrigues Vieira

LISBOA, Fevereiro 2013



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem com a pessoa/família

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

Por Isabel Maria Rodrigues Vieira

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, Fevereiro 2013

## AGRADECIMENTOS

Às Professoras,  
Ilda Lourenço e Patrícia Pontífice Sousa,  
agradeço a orientação científica e toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Orientadores,  
Enf<sup>a</sup>. Especialista Alda Catela, Enf<sup>a</sup>. Especialista Inês Costa e Enf<sup>a</sup>. Manuela Eugénio,  
agradeço por todos os momentos de partilha de conhecimentos, reflexão sobre a prática e  
disponibilidade que tiveram durante todo o percurso de Estágio.

A todos os profissionais de saúde que cruzaram o meu percurso de Estágio,  
agradeço pelo acolhimento nas Equipas Multidisciplinares e pela receptividade demonstrada  
relativamente a novos conhecimentos.

A todos os colegas da Cirurgia 2 do Hospital de Faro,  
agradeço pela amizade, companheirismo, profissionalismo, apoio e compreensão,  
em todos os momentos desta caminhada.

Apesar de virem em último, são os primeiros.  
À minha Família e Amigos que demonstraram todo o apoio, carinho, amor, compreensão e  
contribuíram para que a caminhada fosse realizada sempre com boa disposição.

A Ti,  
estás sempre presente na minha vida,  
nunca me abandonas e  
a Tua Palavra permitiu que mantivesse sempre aquela luzinha acesa no meu coração.  
Obrigada

## RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa, com o propósito de se descrever e relatar as atividades desenvolvidas no contexto da prática, de uma forma reflexiva, crítica e fundamentada, que possibilitaram a aquisição/desenvolvimento de competências na referida área de especialização.

O estágio realizado dividia-se em três módulos que decorreram na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica Cardiorácica do Hospital de Santa Marta, no Serviço de Urgência do Hospital de São José e no Bloco Operatório Central do Hospital de Santa Maria.

O referido relatório inicia-se com uma revisão sistemática da literatura, com um tema que se considerou pertinente investigar, relacionado com o eixo teórico de Kolcaba e Meleis, selecionado como orientador no decorrer dos módulos de estágio. A revisão sistemática da literatura pretende responder à questão de investigação: “Quais os efeitos da música na transição vivenciada pelas pessoas hospitalizadas em UCI?” e às questões secundárias: “Será que a música tem efeitos confortadores no cuidado à pessoa hospitalizada em UCI?” e “A música é uma estratégia confortadora no cuidado à pessoa hospitalizada em UCI?”.

No capítulo seguinte, são descritas e analisadas as atividades desenvolvidas no contexto da prática e, nos apêndices, referem-se os contributos realizados, ao longo do estágio, visto tratar-se de um período de partilha e aprendizagem bidirecional. O principal tema adotado ao longo do estágio foi o conforto das pessoas cuidadas que vivenciam transições de saúde-doença, abordado nos diferentes contextos da prática.

Na conclusão do relatório, é realizada uma análise SWOT que possibilita examinar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças do estágio, como forma de caminhar para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Competências, Conforto, Transição, Música.

## ABSTRACT

This report was prepared under the course Internship, integrated Course in Master of Professional Nursing Nature, in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal, Lisbon, with the purpose of describing and reporting the activities developed in the context of practice, in a reflexive, critical and reasoned, that allowed the trainee to acquire / develop skills in that area of expertise.

The accomplished stage was divided into three modules that took place in the Intensive Care Unit Cardiothoracic Surgical of Santa Marta's Hospital, in the Emergency Service of São José's Hospital and in the Central Operating Room of Santa Maria's Hospital.

The report begins with a systematic review of the literature conducted by graduate, with a theme that it considered relevant to investigate, in relation to the theoretical axis of Kolcaba and Meleis, selected as a mentor during the internship modules. A systematic literature review aims to answer the research question: "What are the effects of music in transition experienced by people hospitalized in ICU?" and secondary questions: "Does the music have effects comforters in caring for hospitalized patients in ICU?" and "Music is a comforting strategy in caring for hospitalized patients in ICU?".

In the next chapter, are described and analyzed the activities of the trainee in the context of practice and the appendices refer to the contributions made by the same along the stage, as it is a period of sharing and learning bidirectional. The main theme adopted by the trainee during the internship was the comfort of the people cared who experience transitions of health and illness, approached in different areas of practice.

At the conclusion of the report, a SWOT analysis is performed which enables the trainee to examine the strengths and weaknesses, opportunities and threats of the stage, as a way of moving towards continuous improvement of the quality of nursing care.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, Skills, Comfort, Transition, Music.

## LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses
- ATLS – *Advanced Trauma Life Support*
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- BO – Bloco Operatório
- BOC – Bloco Operatório Central
- CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
- CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EAP - Edema Agudo do Pulmão
- ECDC - *European Centers for Disease Control and Prevention*
- ECG - Eletrocardiograma
- GPT - Grupo Português de Triagem
- HCIS - *Health Care Information Systems*
- IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- SAV - Suporte Avançado de Vida
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SIRS - Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica
- STM – Sistema de Triagem de Manchester
- SU – Serviço de Urgência
- SWOT – *Strengths/Weakness/Opportunities/Threats*
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- UCICCT – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica Cardiorácica
- UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
- VNI - Ventilação Não Invasiva
- VV - Via Verde
- 
- Enf<sup>a</sup>. – Enfermeira / Enf<sup>o</sup>. - Enfermeiro
- b.p.m. – batimentos por minuto

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. A MUSICOTERAPIA, COMO ESTRATÉGIA CONFORTADORA NO CUIDADO À PESSOA HOSPITALIZADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – CONTRIBUTOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA FACE AOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....</b>	<b>27</b>
2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA (CHLC).....	27
2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ (CHLC).....	38
2.3. MÓDULO III – OPCIONAL: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL SANTA MARIA (CHLN).....	47
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>TABELAS</b>	
TABELA 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO SEGUNDO O MÉTODO PICOS.....	17
TABELA 2 – ANÁLISE DOS NOVE ESTUDOS SELECIONADOS SEGUNDO O MÉTODO PI[C]OS.....	18
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – DIÁRIO DE BORDO REALIZADO NO MÓDULO II DO ESTÁGIO.....	65
APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”.....	97
APÊNDICE III – SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”.....	101
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”.....	107

APÊNDICE V – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO SAPE – PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”.....	111
APÊNDICE VI – SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO SAPE – PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”.....	115
APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO SAPE – PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”.....	123
APÊNDICE VIII – DIÁRIO DE BORDO REALIZADO NO MÓDULO I DO ESTÁGIO..	127
APÊNDICE IX – ARTIGO DE REFLEXÃO “QUE AÇÕES PALIATIVAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA?”.....	141
APÊNDICE X - SENSIBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA CIRURGIAS SEGURAS.....	151
APÊNDICE XI – POSTER “CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS”.....	161

## **ANEXOS**

ANEXO I – ESTATÍSTICAS DOS MOVIMENTOS GERAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, CHLC.....	165
--	-----

## INTRODUÇÃO

Ao longo da vida de uma pessoa, vão surgindo diversas alterações e algumas situações inesperadas que implicam que cada uma possua uma forte capacidade de resolução para ultrapassar as adversidades. Porém, existem outras alterações que são “provocadas” pelas próprias pessoas, com o intuito de poderem contribuir, nem que seja pela diferença de pequenas coisas, para a mudança da realidade que as circunda, seja a nível pessoal ou profissional. O enfermeiro procura ser cada vez melhor profissional ao longo de toda a sua vida e também poder contribuir para a evolução da Enfermagem e dos seus pares. Para isso, o enfermeiro procura um aprofundamento de conhecimentos e competências em áreas específicas da Enfermagem. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo o Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, partilha com todos os outros especialistas em enfermagem, um conjunto de competências comuns em diversas áreas, bem como competências específicas na sua área de especialização.

Ao partilhar-se da mesma motivação que outros enfermeiros para um aprofundamento dos conhecimentos e competências, especificamente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, optou-se pela escolha do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que responde à necessidade dos Enfermeiros, no que diz respeito a uma formação pós-graduada, atualizada e aprofundada na área de Enfermagem, através da realização do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta o Decreto-lei nº 74/2006, de 25 de Março, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. O plano de estudos deste curso inclui uma unidade curricular de Estágio, que corresponde a um total de 750 horas distribuídas por três Módulos de Estágio, sendo um obrigatoriamente em Serviço de Urgência, outro em Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e o terceiro pode ser opcional, num outro contexto da respetiva especialização. Também possui uma unidade curricular de Relatório de Estágio, com um total de 375 horas, do qual resulta o presente documento, que tem como objetivo descrever e relatar de forma reflexiva, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das atividades desenvolvidas no contexto da prática.

Relativamente ao percurso do Estágio, este foi repartido pelos três Módulos. O Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica Cardiorádica (UCICCT) do Hospital de Santa Marta, do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), entre os dias 23 de abril e 12 de junho de 2012. Este local foi escolhido devido à especificidade de cirurgia cardiorádica, na qual se pretendia desenvolver mais conhecimentos, pois a experiência neste contexto era nula. O Módulo I – Serviço de Urgência (SU), realizou-se no SU do Hospital de São José, do CHLC, entre os dias 20 de setembro e 10 de novembro de 2012, pelo facto de ser o SU que recebe situações emergentes de todo o sul do país, quando os hospitais distritais não têm capacidade para as receber, podendo assim contactar-se com uma realidade social mais semelhante com o contexto profissional atual. O

Módulo III – Opcional, desenvolveu-se no Bloco Operatório Central (BOC) do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), entre os dias 12 de novembro de 2012 e 19 de janeiro de 2013, pelo facto de o contexto peri-operatório complementar o atual contexto profissional que decorre num Serviço de Internamento Cirúrgico, onde surgem os momentos pré e pós-operatórios.

O Estágio pretendia que os formandos fossem capazes de aplicar conhecimentos e desenvolver a sua capacidade de resolução de problemas nos diversos contextos, bem como adquirir a capacidade de integrar novos conhecimentos, tomar decisões em situações complexas, refletindo sobre as suas responsabilidades éticas e sociais, permitindo que comunicassem as suas conclusões e reflexões a outras pessoas (Universidade Católica Portuguesa, 2012).

No que diz respeito à sua estrutura, este relatório encontra-se organizado da seguinte forma: em primeiro lugar, apresenta-se a revisão sistemática da literatura realizada durante o Estágio, com uma temática que conduziu o pensamento e a reflexão ao longo desse período; em segundo, surgem a descrição e análise das atividades desenvolvidas em cada Módulo de Estágio e, por fim, encontram-se as considerações finais relativamente a todo o Estágio.

Em relação à metodologia utilizada, procedeu-se à pesquisa de bibliografia para fundamentação da prática, análise de artigos para uma prática baseada na evidência e à reflexão de situações pertinentes que contribuiriam para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Estágio decorreu sobre um eixo teórico condutor baseado em Katharine Kolcaba e na sua Teoria do Conforto e Afaf Meleis com a sua Teoria da Transição, que se sustentam no Paradigma da Integração, que orienta a enfermagem para o cuidado com a pessoa, em todas as suas dimensões e globalidade, ajudando-a a satisfazer as suas necessidades. A pessoa é um todo constituída pelas componentes biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual, que estão interligadas entre si e encontra-se no ambiente que é constituído pelos distintos contextos social, histórico, político, entre outros. Segundo o mesmo paradigma, a saúde é uma entidade distinta da doença, mas encontram-se em constante interação (Kérouac *et al*, 1996).

## **1. A MUSICOTERAPIA, COMO ESTRATÉGIA CONFORTADORA NO CUIDADO À PESSOA HOSPITALIZADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – CONTRIBUTOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A musicoterapia é a utilização controlada de música, dos seus elementos e das suas influências sobre o ser humano, como forma de ajudar as pessoas, a nível fisiológico, psicológico e emocional durante o tratamento de uma doença (Munro & Mount, 1978).

O conforto é um resultado desejado para as pessoas hospitalizadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e para aquelas que são submetidas a ventilação mecânica. O conceito de conforto com base no recurso à musicoterapia, dentro da população das pessoas ventiladas mecanicamente ou apenas internadas em UCI, é relativamente novo (Besel, 2006). Ambos, profissionais de saúde e pessoas hospitalizadas, poderiam beneficiar de um aumento da consciência da musicoterapia como uma intervenção promotora do conforto.

Meleis e Trangestein (1994), citados por Meleis (2000), referem que os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que estão a sofrer uma transição, caracterizando-a como a passagem de uma fase da vida ou de uma condição de um estado para outro. Assim, as transições resultam de um complexo processo de interações entre a pessoa e o ambiente e, nesse processo, devido a dificuldades na transição, a pessoa vivencia uma panóplia de emoções e sentimentos como ansiedade, insegurança, frustração, depressão e solidão, que lhe provocam desconforto. A ambiguidade dos processos de transição é uma das dificuldades mais sentidas, pois, por um lado, pretende-se alcançar maiores níveis de bem-estar, mas, por outro, a pessoa está exposta a riscos potenciais na alteração da saúde. Na maior parte das vezes, o bem-estar físico é muito valorizado na transição, pois desconfortos físicos interferem prejudicando a assimilação de informação fulcral para os períodos de transição (Schumacher e Meleis, 1994).

Sabe-se que o internamento em UCI provoca sempre diversas alterações na vida da pessoa hospitalizada. Por vezes, as alterações de índole física são as mais valorizadas pelos profissionais de saúde que prestam cuidados com a pessoa hospitalizada, contudo, nem só as alterações físicas provocam desconforto e mal-estar na pessoa hospitalizada em UCI, apesar de, porventura esse tipo de desconforto não ser o mais valorizado pela própria. Kolcaba (2003) analisou o conceito de conforto e verificou que desde 1859, com Nightingale, o conforto era um resultado que se deveria obter dos cuidados de enfermagem, assim como a saúde. Mais tarde, com Harmer, percebeu que o conforto podia ser físico e mental, sendo que a responsabilidade dos enfermeiros não pode ser limitada apenas ao cuidado físico. Apesar de tudo, apurou que o conforto é um aspeto positivo na transição de um estado para outro. Foi com base em três teóricos de enfermagem, Orlando, Henderson e Paterson, que Kolcaba (2003) sintetizou os tipos de conforto em alívio, tranquilidade e transcendência, respetivamente. Mais recentemente, Watson utilizava a expressão “medidas de conforto” como sinónimo de

intervenções de enfermagem. Também Morse (1997) e Hamilton (1989) valorizaram o conforto como ação de enfermagem e Hamilton até corroborou que o conforto era multidimensional, pois tinha significados diferentes para diferentes pessoas (Tomey e Alligood, 2002). Kolcaba (2001) revelou na sua Teoria do Conforto, que as necessidades de conforto das pessoas podiam manifestar-se no contexto físico, psico-espiritual, ambiental e social, usando medidas de conforto dos três tipos referidos anteriormente.

Assim, da análise de Hamilton acerca do conceito de conforto, referindo que este é multidimensional, pois todas as pessoas, na sua individualidade, entendem o conforto de maneiras diferentes; assim como a Teoria do Conforto de Kolcaba que afirma que as medidas de conforto dão resposta a um conjunto de necessidades individuais que ocorrem em diferentes contextos da prática e que os enfermeiros agem com a finalidade de satisfazer essas necessidades, decide-se compreender se a música é uma estratégia confortadora no cuidado à pessoa hospitalizada em UCI, que vivencia uma transição saúde-doença na sua vida. Analisando-se, também, o que Meleis diz acerca do papel fundamental do enfermeiro, na relação enfermeiro-pessoa doente no processo de transição saúde-doença de uma pessoa, o qual tem intervenções de enfermagem direcionadas para o objetivo da pessoa doente recuperar a saúde, o conforto e o bem-estar, a investigação terá, de igual modo, como intervenientes os enfermeiros como agentes na promoção das estratégias de conforto.

Esta revisão sistemática da literatura surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se pretende adquirir competências na área de especialização e comunicar a outras pessoas (especialistas ou não) os resultados e conclusões de investigação em áreas complexas da enfermagem. Depois de algumas situações ocorridas na prática profissional, que fizeram despertar um maior interesse na área do conforto, e após a realização de uma pesquisa para conceptualização do termo e análise de teorias de enfermagem que justificassem a importância da investigação nesta área, surgiu uma questão de investigação: *Quais os efeitos da música na transição vivenciada pelas pessoas hospitalizadas em UCI?*, surgindo, posteriormente, outras questões secundárias: *Será que a música tem efeitos confortadores no cuidado à pessoa hospitalizada em UCI?* e *A música é uma estratégia confortadora no cuidado à pessoa hospitalizada em UCI?*

## METODOLOGIA

Para aferir os critérios de inclusão e de exclusão dos estudos a analisar e respetiva amostra, tendo em conta a questão de investigação, foi utilizado o método PICOS, de acordo com o *CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION* (2009) (tabela 1).

<b>Critérios de Seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<i>P</i> –	Estudos com participantes adultos	Estudos com adultos e/ou idosos que

<i>Participantes</i>	e/ou idosos que tenham sido submetidos a cuidados intensivos ou críticos.	não tenham sido submetidos a cuidados críticos ou intensivos; estudos com crianças ou neonatais; estudos com pessoas em situação terminal; estudos que não descrevam ou contemplem os efeitos da música na amostra estudada.
<i>I - Intervenção</i>	Intervenções de enfermagem relacionadas com a auscultação de música, desenvolvidas no sentido de promover o conforto junto de adultos e/ou idosos em contexto de UCI ou Cuidados Críticos.	Intervenções de enfermagem desenvolvidas no sentido de promover o conforto, junto de adultos e/ou idosos, que não incluam a auscultação de música.
<i>C - Comparação dos estudos</i>	Comparação entre os diferentes estudos obtidos na pesquisa.	
<i>O - Outcomes (resultados)</i>	Identificação, avaliação e análise dos efeitos da música em adultos e/ou idosos submetidos a Cuidados Intensivos ou Críticos, relacionando-os com valores sociodemográficos, fisiológicos ou clínicos.	
<i>S - Study (tipo de estudo)</i>	Estudos empíricos.	Revisões sistemáticas da literatura e todos os estudos que não se incluam nos restantes critérios de inclusão.

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e exclusão segundo o método PICOS.

## PROTOCOLO DE PESQUISA

Indo ao encontro do que foi determinado analisar nos estudos existentes para responder à questão de investigação, considerou-se pertinente definir duas palavras-chave que pudessem responder à problemática evidenciada na presente revisão: Música e Cuidados Intensivos. Recorreu-se então à utilização de diferentes termos de pesquisa, sinónimos de cada palavra-chave: *music*, *ICU*, *intensive care*, *critical care*, *acute care*, *critical patient*, *acute patient* e *critical ill*. O termo *music* foi sempre colocado em todas as pesquisas, limitando a busca da palavra no título dos artigos, enquanto os restantes termos foram cruzados com o termo *music*, limitando-os ao título e ao resumo.

Face à questão inicial - **Quais os efeitos da música na transição vivenciada pelas pessoas hospitalizadas em UCI?** – efetuou-se a revisão sistemática da literatura pretendida durante os meses de novembro e dezembro de 2012, tendo-se, para isso, recorrido às bases de dados eletrónicas EBSCO e B-ON, utilizando preferencialmente a primeira pela funcionalidade e modalidades de pesquisa. Utilizaram-se, também, os recursos que os centros de documentação das escolas superiores de saúde têm ao dispor dos alunos. Nestes processos de busca, limitou-se a pesquisa a artigos que estivessem disponíveis em texto integral nas respetivas bases de dados e foi preconizada a limitação temporal de cinco anos, ou seja, com um friso temporal entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012.

Na utilização da EBSCO, selecionou-se oito bases de dados da área da saúde: *CINAHL Plus* com texto completo, *MEDLINE*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Controlled Trials Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts*, *Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition*, *MedicLatina*, *Academic Search Complete*. Ao nível da escolha do idioma, inicialmente, não se aplicou qualquer restrição, mas, posteriormente, deu-se preferência ao inglês e ao português, sendo que nesta última opção não se obteve sucesso. Assim, iniciou-se a pesquisa com um total de 70 resultados que, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, permitiu apurar 9 artigos, nos quais se baseia esta revisão sistemática.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Analisaram-se nove estudos (tabela 2) que utilizaram a metodologia quantitativa com o intuito de revelar novas descobertas sobre a temática, apresentando diversos resultados comuns aos vários estudos ou que corroboravam os resultados de outros. A maioria dos estudos (sete) utilizaram a metodologia de caso-controlo, servindo-se de pelo menos dois grupos, um de controlo e um experimental, para a comparação dos dados obtidos, sendo os outros, um de coorte e o outro comparativo experimental. A amostra dos vários estudos foi bastante variada, entre 10 e 137 participantes, pelo que houve autores que consideraram como limitação ao estudo o facto de a amostra ser reduzida. Os períodos de música a que os participantes foram sujeitos variaram entre 15 e 60 minutos, em sete estudos, contudo, nos outros dois, a quantidade de tempo em que ouviam a música era determinada pelos participantes ou pela duração do transporte, visto que o estudo decorria no período de transporte de ambulância.

<b><i>Autores/ ano/país</i></b>	<b><i>Participantes (P)</i></b>	<b><i>Intervenções (I)</i></b>	<b><i>Resultados (O)</i></b>	<b><i>Tipo de estudo (S)</i></b>
<b><i>Investigating the physiological responses of patients listening to music in the intensive care unit</i></b>				
Chan, M.F.; Chung, Y.F.L.; Chung, S.W.A.; Lee, O.K.A.  2008  Japão	101 pessoas hospitalizadas em UCI	Identificar o perfil das pessoas que escutam a música através dos seus dados demográficos e resultados fisiológicos do uso da música. Explorar as diferenças entre os perfis das pessoas relativamente a dados demográficos e resultados fisiológicos. Foram selecionadas músicas relaxantes de vários estilos e	O grupo 1 tinha mais pessoas do sexo masculino, com mais escolaridade e mais jovens. O grupo 2 tinha mais pessoas do sexo feminino, mais velhos e com menos nível de escolaridade. Não houve diferenças nos grupos a nível das crenças religiosas, uso da musicoterapia e em relação aos hospitais. As variáveis eram: pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca e frequência respiratória. E foram analisadas antes da aplicação da música, ao	Estudo quantitativo, comparativo e experimental

		<p>promovido um ambiente calmo (pessoas incentivadas a fechar os olhos e concentrarem-se na música), durante 30 minutos.</p> <p>Os participantes foram agrupados em dois grupos, de acordo com a similaridade das duas variáveis (dados demográficos e resultados fisiológicos).</p>	<p>fim de 15 e 30 minutos.</p> <p>Os resultados sugerem que os participantes constituem uma população heterogênea, em relação aos dados demográficos e resultados fisiológicos. No grupo 1, não foram encontradas diferenças significativas entre os três momentos de análise das variáveis fisiológicas. No grupo 2, houve alterações estatisticamente significativas em todas as variáveis entre os três momentos de análise.</p>	
<b><i>The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: a randomized cross-over study</i></b>				
<p>Cooke, M.; Chaboyer, W.; Schluter, P.; Foster, M.; Harris, D.; Teakle, R.</p> <p>2009</p> <p>Austrália</p>	<p>17 pessoas hospitalizadas em UCI. 10 foram colocados no grupo experimental e 7 no grupo de controlo.</p>	<p>Identificar se ouvir música durante 15 minutos no período pós-operatório, após uma intervenção, diminui o desconforto e a ansiedade das pessoas.</p> <p>Foi analisado o desconforto e ansiedade antes e após a intervenção, utilizando escalas de conforto e ansiedade. As pessoas eram convidadas a selecionar as músicas que gostavam antes da intervenção cirúrgica.</p>	<p>Não houve alterações estatisticamente significativas entre o desconforto e ansiedade após a intervenção, entre os dois grupos. Tanto os níveis de ansiedade como o desconforto de ambos os grupos antes da intervenção eram baixos, pelo que não se poderiam revelar alterações significativas.</p> <p>Algumas pessoas receberam vários analgésicos, em perfusão e alguns controlados pela própria pessoa, que poderiam ter influência na redução do desconforto.</p> <p>O momento da análise do desconforto e ansiedade após a intervenção cirúrgica pode ter tido influência, por as pessoas ainda estarem sob efeito anestésico. Talvez num período superior a 12 horas, os resultados fossem diferentes.</p>	<p>Estudo quantitativo (caso-controlo).</p>
<b><i>The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients</i></b>				
<p>Dijkstra, B.M.; Gamel, C.; J van der Bijl, J.; Bots, M.L.; Kesecioglu</p>	<p>20 pessoas hospitalizadas em UCI Médico-Cirúrgicas.</p>	<p>Identificar se as pessoas que estão sedadas e ventiladas mecanicamente, ao ouvirem música, obtêm redução de parâmetros</p>	<p>Nos resultados, não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o de controlo, em relação aos dados demográficos e clínicos.</p>	<p>Estudo quantitativo (caso-controlo)</p>

<p>u, J. 2010 Holanda</p>		<p>fisiológicos e/ou redução de níveis mais profundos de sedação. O grupo experimental ouviu música durante três sessões de 30 minutos em dois dias. Nessas sessões, o grupo de controlo tinha períodos de descanso. A música selecionada era clássica e proveniente de bandas sonoras. Os parâmetros fisiológicos avaliados eram: pressão arterial sistólica e diastólica e frequência cardíaca e respiratória em ambos os grupos antes das sessões e ao fim de 5, 10, 20, 30 e 60 minutos após a sessão. O score de sedação foi avaliado antes da sessão e após a mesma (30 minutos depois).</p>	<p>Houve diferenças estatisticamente significativas na pressão arterial diastólica e frequência cardíaca antes da segunda sessão. Ao longo do tempo, a pressão arterial média sofreu alterações significativas, mostrando que o grupo experimental tinha pressões arteriais médias mais elevadas ao longo do tempo. Na segunda sessão, a frequência cardíaca média do grupo experimental ia aumentando ao longo do tempo. A pressão arterial diastólica no grupo experimental diminuiu, aumentou e voltou a diminuir ao longo do tempo. No grupo de controlo diminuiu e depois aumentou duas vezes. As pessoas do grupo experimental apresentaram significativamente maior pontuação Ramsay que as do grupo de controlo após a primeira sessão e uma tendência para a maior pontuação nas segunda e terceira sessões. As pontuações mais altas indicam que o grupo experimental foi menos sensível a estímulos externos. Esta descoberta sugere que ouvir música está associada a níveis mais profundos de sedação. Os efeitos das drogas sedativas parece ser aumentado por se ouvir música.</p>	
<p><b><i>Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomized controlled trial</i></b></p>				
<p>Han, L.; Li, J.P.; Sit, J.W.H.; Chung, L.; Jiao, Z.Y.; Ma,</p>	<p>137 pessoas hospitalizadas em UCI com ventilação mecanicament e invasiva. Foram</p>	<p>Identificar os efeitos da música relativamente às respostas fisiológicas e aos níveis de ansiedade em</p>	<p>Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dados demográficos e os dados clínicos, pelo que se considera os grupos homogéneos.</p>	<p>Estudo quantitativo (com grupo de controlo, experimental e placebo).</p>

W.G. 2008 China	divididos em três grupos: grupo experimental (que ouviu música por auscultadores) , grupo placebo (com auscultadores e sem música) e grupo de controlo (período de descanso), de forma aleatória	<p>peças que estão ventiladas mecanicamente. Os participantes foram divididos pelos grupos e sujeitos a uma sessão de 30 minutos, sendo garantido que era providenciado ambiente igual para todos (fechar as cortinas, diminuir as luzes e colocar uma placa "Não perturbar"). Foram instruídos a permanecer de olhos fechados, a descansar e a pensar em algo agradável. Foram analisados os níveis de ansiedade através de uma escala de ansiedade, as respostas fisiológicas através da avaliação da pressão arterial antes e após a sessão, avaliação de frequência respiratória e cardíaca e saturação de oxigénio a cada 5 minutos durante a sessão.</p> <p>Os participantes do grupo experimental selecionaram as músicas preferidas que ouviram durante 30 minutos.</p>	<p>Houve diferenças significativas entre os três grupos relativamente aos dados de frequência respiratória. Houve diferenças significativas entre os três grupos, nas médias da pressão arterial sistólica e diastólica e frequência cardíaca e respiratória. Houve diferença significativa nas médias dos <i>scores</i> da avaliação da ansiedade entre os três grupos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de música e as variáveis.</p> <p>Após a intervenção, a média do estado de ansiedade para o grupo experimental diminuiu. Os resultados dão suporte ao facto de a música ter efeito na redução da ansiedade. E também a redução do ruído das UCI pode ter uma influência na redução da ansiedade.</p>	
<b><i>Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilator support: a pilot study</i></b>				
Chlan, L.L.; Engeland, W.C.; Anthony, A.; Guttormson, J. 2007	10 pessoas hospitalizadas em UCI, recebendo ventilação mecânica invasiva.	Identificar a presença de biomarcadores (corticotropina, cortisol, epinefrina e norepinefrina) de resposta ao <i>stress</i> em pessoas que escutaram música. O grupo experimental	Foi feita avaliação da frequência cardíaca nos mesmos momentos da colheita de sangue. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos biomarcadores de resposta ao <i>stress</i> e dos valores de frequência cardíaca entre os grupos	Estudo quantitativo (caso-controlo).

Estados Unidos da América		escutou 60 minutos de música da sua preferência. Foi feita colheita de sangue em 4 momentos: antes do início da sessão de música, 15, 30 e 60 minutos após o início da sessão de música.	de controlo e experimental, provavelmente pela grande variabilidade dos níveis médios dos biomarcadores e pela reduzida amostra.	
<b><i>The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support</i></b>				
Korhan, E.A.; Khorshid, L.; Uyar, M.  2011  Turquia	60 pessoas hospitalizadas em UCI, recebendo ventilação mecânica invasiva.	Avaliar os efeitos da música clássica nas variáveis fisiológicas de ansiedade (pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e respiratória e saturação de oxigénio) em pessoas ventiladas, assim como analisar os dados sociodemográficos. Foi parada a sedação de propofol cerca de 30 minutos antes da sessão de música clássica relaxante, que foi escutada através de auscultadores durante 60 minutos. As pessoas estavam na modalidade de pressão assistida e os resultados fisiológicos foram colhidos antes da sessão, em intervalos de 30 minutos durante e após a sessão.	Houve diferenças estatisticamente significativas nas pressões arteriais sistólicas e diastólicas em ambos os grupos. Houve diferença na taxa média respiratória em ambos os grupos. Houve diferenças na pressão sistólica ao longo do tempo. Houve um aumento estatisticamente significativo na pressão arterial diastólica ao longo do tempo. Houve um aumento estatisticamente significativo relativamente à frequência cardíaca ao longo do tempo. A música foi usada neste estudo como uma intervenção não-farmacológica de enfermagem para facilitar o relaxamento e reduzir os sinais fisiológicos de ansiedade. A musicoterapia reduziu os sinais fisiológicos de ansiedade entre as pessoas ventiladas mecanicamente. A pressão arterial sistólica, diastólica e a taxa respiratória reduziram ao longo do tempo para aqueles indivíduos no grupo de intervenção de terapia musical, enquanto o grupo de controlo apresentou um padrão de variação de decréscimo. A diminuição destas variáveis pode indicar uma resposta de relaxamento.	Estudo quantitativo (caso-controlo).

<b><i>Does music harm patients after cardiac surgery? A randomized, controlled study</i></b>				
Iblher, P.; Mahler, H.; Heinze, H.; Hüppe, M.; Klotz, K.-F.; Eichler, W.  2011  Alemanha	126 pessoas submetidas a cirurgia cardíaca e hospitalizadas em UCI.	Analisar a influência de uma intervenção com música no início do período pós-operatório, em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, sedadas e não sedadas. Avaliar os resultados fisiológicos e o consumo de analgesia. Foram divididos aleatoriamente entre cinco grupos, (um grupo que escutou música logo após a chegada à UCI, outro grupo a quem colocaram auscultadores mas não ouviu música logo após a chegada à UCI, um grupo que escutou música 60 minutos após o término da sedação, um grupo a quem colocaram auscultadores sem música 60 minutos após o término da sedação e um grupo de controlo).	Foi registada a pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, quantidade de cotelaminas administradas e a frequência e a dosagem de analgésicos. Quando eram transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios, eram convidados a responder a um questionário sobre o desconforto e satisfação no pós-operatório. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos cinco grupos em relação às variáveis analisadas. Houve uma melhoria significativa da dor na região operada, do desconforto e da satisfação no período pós-operatório das pessoas que escutaram música logo quando chegaram à UCI. Os dados demonstram que não há efeitos negativos ou nocivos para as pessoas que experimentam escutar música. O facto de ouvir música por auscultadores pode reduzir os estímulos auditivos da UCI e isso também contribuir para uma maior satisfação e redução do desconforto.	Estudo quantitativo (caso-controlo).
<b><i>Does music influence stress in mechanically ventilated patients?</i></b>				
Chlan, L.L.; Engeland, W.C.; Savik, K.  2012  Estados Unidos da América	65 pessoas hospitalizadas em UCI, recebendo ventilação mecânica invasiva.	Analisar os efeitos da música na ansiedade de pessoas ventiladas mecanicamente. Foram divididas aleatoriamente entre três grupos, um submetido à intervenção de escutar música, outro que colocou auscultadores sem música para redução do ruído e o último sem	As pessoas que não tinham problemas renais, nem estavam a receber tratamento que alterasse os níveis de cortisol, foram seleccionadas para colheitas de urina para o estudo. Não houve diferenças significativas nos valores de cortisol da urina nas pessoas pertencentes ao grupo experimental. Não houve diferenças significativas entre o grupo experimental e o	Estudo quantitativo (caso-controlo).

		<p>intervenção alguma. A ansiedade foi avaliada diariamente através de uma escala analógica visual. No primeiro grupo podiam escutar a sua música preferida sempre que desejassem, num período de tempo indeterminado.</p>	<p>grupo de controlo, o que poderá querer dizer que ambos experimentam os mesmos níveis de <i>stress</i>, independentemente da intervenção de música ou redução do ruído. Uma das limitações do estudo é a quantidade da amostra e a grande variabilidade dos níveis de cortisol nas pessoas.</p>	
<b><i>Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport</i></b>				
<p>Stuhlmiller, D.F.E.; Lamba, S.; Rooney, M.; Chait, S.; Dolan, B.  2009  Estados Unidos da América</p>	<p>23 pessoas a necessitar de cuidados intensivos que foram transportadas e monitorizadas durante o trajeto de transporte e capazes de responder a um questionário posteriormente</p>	<p>Avaliar a intervenção da música nas variáveis dependentes (parâmetros vitais e auto-relato dos efeitos da música intra-transporte) e na variável independente (auto-relato de <i>stress</i>). Foram divididos em dois grupos conforme relatavam o transporte de ambulância como uma experiência stressante ou não.</p>	<p>Quatro pessoas referiram o transporte de ambulância como um episódio stressante. As dezanove restantes avaliaram como nível baixo o <i>stress</i> do transporte de ambulância. As pessoas relataram um impacto positivo da música no transporte e que a música as fez sentir mais confortáveis e relaxadas. Relataram um efeito mínimo da música na ansiedade e referiram que preferem escutar música durante um futuro transporte.</p>	<p>Estudo quantitativo (estudo de coorte).</p>

Tabela 2 – Análise dos nove estudos seleccionados segundo o método PI[C]OS.

No seu estudo, Chlan *et al* (2007) tinham como objetivo identificar se existiam diferenças nos valores dos biomarcadores de resposta ao *stress* em pessoas que escutavam música, no entanto, não houve diferenças significativas que pudessem ser justificadas tanto pela reduzida amostra como pela variabilidade dos valores médios dos biomarcadores. Por outro lado, num outro estudo, Chlan *et al* (2012) utilizaram dois grupos experimentais, um que escutava música sempre que o desejasse e o outro que não ouvisse muito ruído, a fim de avaliar os seus níveis de ansiedade através de uma escala analógica visual e compará-los com o grupo controlo. Neste estudo, também houve pessoas seleccionados para colheitas de urina com o intuito de analisar os valores de cortisol, contudo, também não se verificaram diferenças significativas nos valores de cortisol nem nos níveis de ansiedade, nos três grupos. Os autores consideraram, também, como limitação a amostra reduzida e a variabilidade dos valores de cortisol nos doentes.

Quatro estudos avaliaram, analisaram e compararam os valores de parâmetros vitais como a pressão arterial sistólica e diastólica, a frequência cardíaca e respiratória e a saturação de oxigênio avaliada pela oximetria de pulso. Chan *et al* (2008) verificaram que o grupo que sofreu alterações estatisticamente significativas nos valores fisiológicos dos parâmetros vitais eram maioritariamente constituídos por mulheres, pessoas mais velhas e com menos escolaridade, sendo que estas poderão beneficiar mais com o uso da música no mesmo contexto que o indicado no estudo. Dijkstra *et al* (2010) apuraram que o grupo experimental apresentou aumentos de pressão arterial média e frequência cardíaca média ao longo do tempo em que decorriam as sessões de música. Também Han *et al* (2008) corroboraram os efeitos da música através de alterações significativas nos valores das médias da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória entre os três grupos investigados. Kohran *et al* (2011), no seu trabalho, verificaram, igualmente, que os valores dos parâmetros vitais se alteravam significativamente não só entre os grupos, como também ao longo do tempo em que decorreu a investigação. Assim, de acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba, estas alterações, vivenciadas após a utilização da música, podem situar-se no contexto físico do conforto.

Porém, um outro estudo (Iblher *et al*, 2011) analisou as mesmas variáveis fisiológicas que os anteriores, não obtendo alterações significativas entre os grupos experimentais e de controlo, nem ao longo do tempo. Após alguns dias, os investigadores convidaram os participantes de todos os grupos a responderem a um questionário, para aferir a satisfação, o grau de desconforto e de dor no período pós-operatório, verificando que existiam melhorias significativas na dor, na satisfação e no desconforto das pessoas que escutavam música logo que chegavam à UCI. Contudo, Cooke *et al* (2009) já tinham realizado uma investigação anterior, com uma amostra mais reduzida, em que solicitavam aos participantes que avaliassem a sua ansiedade e o seu desconforto antes e após os procedimentos cirúrgicos. Tanto o grupo experimental como o grupo de controlo tinham níveis baixos de ansiedade antes dos procedimentos cirúrgicos, verificando-se que os valores de ansiedade e desconforto referidos no período pós-operatório não revelavam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Os autores consideraram como limitação, não só a reduzida amostra, como também o curto período de tempo decorrido desde o procedimento cirúrgico e o protocolo de música até à avaliação da ansiedade e desconforto no pós-operatório. Um outro estudo foi realizado por Stuhlmiller *et al* (2009), com doentes críticos, mas num contexto diferente, uma vez que os participantes eram sujeitos à ação da música intra-transporte e faziam um auto-relato de *stress* relativamente ao transporte de ambulância. Neste estudo, os participantes referiram um impacto positivo da música, deixando-os mais confortáveis e relaxados, embora tendo mencionado que a música poderia ter um efeito mínimo na ansiedade, porém, todos os participantes afirmaram que preferiam o uso da música num futuro transporte que realizassem.

Então, os efeitos da música que reduzem a dor podem ser contextualizados no conforto físico referido por Kolcaba na sua Teoria do Conforto, assim como a redução da ansiedade se pode

situar no Conforto Psico-espiritual. Por outro lado, utilizando o exemplo do último estudo analisado, pode relacionar-se o conforto sentido neste contexto, como um conforto ambiental, uma vez que seria a alteração de ambiente que estaria a provocar maior desconforto nos doentes críticos.

Tracy e Chlan (2011) referem que em contexto de cuidados intensivos, o uso de diversas terapias alternativas, como a música, é uma estratégia importante para produzir efeitos como a redução da ansiedade e desconforto das pessoas, revelando, também, que são intervenções pertinentes devido à sua simplicidade na aplicação, não requerendo um esforço por parte dos profissionais na sua implementação. Nilsson (2008) realizou uma revisão sistemática da literatura acerca dos efeitos terapêuticos da música na ansiedade e dor no período peri-operatório, registando, também, efeitos positivos e benéficos desta intervenção no conforto das pessoas, no que diz respeito à redução dos níveis de dor e ansiedade, que são corroborados pela presente investigação.

## CONCLUSÃO

Após a análise dos dados colhidos em todos os estudos de investigação, verifica-se que o uso da música no contexto de cuidados críticos é uma importante estratégia confortadora, pois não produz efeitos negativos nas pessoas e os estudos demonstram que existem diversos efeitos da música que podem beneficiar as pessoas, em relação ao seu conforto físico, psico-espiritual e ambiental. Esses efeitos passam por melhorias a nível dos parâmetros vitais, aumento do grau de satisfação e conforto da pessoa e redução dos níveis de ansiedade e dor, principalmente no contexto de pós-operatório. Contudo, é necessária uma maior promoção e formação acerca dos efeitos da música nos cuidados de saúde, junto dos profissionais de saúde, especialmente junto dos enfermeiros que direcionam os seus cuidados para a melhoria contínua da qualidade e do conforto das pessoas hospitalizadas. Dos estudos analisados, nenhum utilizava uma amostra de nacionalidade portuguesa, daí sugerir-se que se realizem outros estudos que possam analisar os efeitos da música na população portuguesa, assim como aprofundar a investigação da temática noutros contextos, com diferentes amostras relativamente à faixa etária ou género dos participantes.

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA FACE AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

### 2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICA CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA (CHLC)

No início deste Módulo de Estágio, foi realizado um projeto individual onde foram delineados objetivos específicos que se pretendia atingir, tendo em conta os objetivos gerais do estágio e as competências que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve deter, tendo sido planeadas as atividades que se pretendia desenvolver.

Na UCICCT, existe uma sala ampla constituída por 9 unidades individuais para as pessoas que aí ficam internadas, e também por 3 quartos individuais que permitem fazer um isolamento de pressão positiva para proteção das pessoas que são submetidos a transplante cardíaco ou pulmonar. Cada unidade individual é constituída por diversos equipamentos de monitorização, materiais de consumo clínico e equipamento de proteção individual. Estas unidades, ao serem individuais e ao respeitarem as normas do *European Centers for Disease Control and Prevention* (ECDC), da Direção Geral de Saúde (DGS), e as institucionalizadas, relacionadas com o ambiente hospitalar para controlo de infeção, permitem manter um ambiente seguro para a pessoa e possibilitam aos enfermeiros ter acesso ao material de que necessitam para a melhor prestação de cuidados junto da pessoa.

Em relação ao primeiro objetivo específico, “*Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família submetida a cirurgia cardíaca e/ou torácica*”, planeou-se diversas atividades a desenvolver, de acordo com o processo de enfermagem, na medida em que se determinou que, em relação às pessoas/famílias com quem se iria cuidar, pretendia-se, inicialmente, identificar os seus problemas/necessidades e realizar o diagnóstico de enfermagem, para que, posteriormente, se produzisse um planeamento dos cuidados que se iria prestar com cada pessoa e família. A fim de se executar esse planeamento dos cuidados, seria necessário conhecer as normas de procedimento, protocolos terapêuticos e as variadas instruções de trabalho existentes na UCICCT. Foi-se tomando conhecimento dessas normas e protocolos no início do estágio e após a consulta de dossiê com alguns desses documentos. Conforme ia sendo necessária essa informação para a prestação de cuidados, houve um esclarecimento por parte da Enf<sup>a</sup>. Orientadora. Apesar de se referir como indicador de resultado o conhecimento de três protocolos, foi possível desenvolver e aplicar doze protocolos. Os que se utilizaram foram de preparação das unidades para o acolhimento de pessoas em pós-operatório imediato, de administração de insulina, cloreto de potássio, furosemida, de desmame ventilatório, de pós-operatório de 24 e 48 horas, de balanço hídrico, de início de alimentação em pós-operatório, de profilaxia cirúrgica, de sedação e de gestão de analgesia no

pós-operatório. Todos estes protocolos são operacionalizáveis no presente contexto e determinantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCICCT e para minimização dos erros. Mesmo existindo os protocolos, sempre que surja uma situação que suscite dúvidas, pode procurar-se resolver as questões com toda a equipa multidisciplinar presente. Com o uso das normas e protocolos, articulando com os conhecimentos provenientes da formação inicial, da experiência profissional e, posteriormente, da pesquisa de documentação científica que possibilitasse aprofundar os conhecimentos na área de especialização, foi possível fazer uma interpretação de situações complexas e gerir a administração dos protocolos adequados a cada situação. Houve protocolos utilizados com mais frequência que outros, tendo em conta as situações vivenciadas em que houve oportunidade de os aplicar. Considera-se que os três protocolos aplicados em mais situações foram os de administração de medicação, preparação das unidades e balanço hídrico. Por outro lado, aqueles utilizados em raras situações foram os de pós-operatório de 48 horas e o de sedação. Outra das atividades que houve oportunidade de desenvolver, após o conhecimento das normas de procedimentos do serviço, foi a preparação da unidade individual, a fim de realizar o/a acolhimento/admissão da pessoa submetida a cirurgia. A forma protocolada como a unidade individual é preparada, permite aos enfermeiros, no momento da admissão da pessoa, proceder a uma identificação e ao planeamento dos cuidados, gerindo a sua metodologia de trabalho de forma a minimizar o erro, promovendo uma maior segurança nos cuidados. O enfermeiro pode, pois, centralizar a sua atenção e observação na pessoa e atuar perante situações inesperadas com uma maior rapidez e destreza.

Ao realizar-se sete acolhimentos de pessoas na UCICCT, compreendeu-se a importância da vigilância contínua dos parâmetros vitais e foi possível identificar e interpretar sinais de instabilidade hemodinâmica e ventilatória com o objetivo de planejar os cuidados e implementar intervenções de enfermagem que antecipassem complicações. No entanto, percebeu-se que isso só seria possível se se mantivesse, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, através das pesquisas aprofundadas de temas pertinentes, da reflexão na prática de forma crítica e da análise de estudos científicos sobre problemas atuais. Todo esse percurso académico de pesquisa e aprofundamento científico, de reflexão crítica sobre a prática e divulgação da análise de diversos estudos está espelhado no diário de bordo (Apêndice I) que foi desenvolvido ao longo deste Módulo de Estágio e que reflete o caminho realizado de forma a atingir os objetivos e competências a que se propôs. Ao longo do tempo, realizou-se uma gestão dos cuidados à pessoa que permitia ter uma visão mais central e global da mesma e das situações que ocorriam e que requeriam uma ação para as modificar, trazendo o maior benefício para a pessoa, sem malefício. Percebeu-se que esta gestão dos cuidados deve ser centrada na pessoa e não apenas na sua situação clínica e deve possibilitar a continuidade dos cuidados, ao basear-se numa abordagem de equipa multidisciplinar, sendo orientada para os melhores resultados e numa melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa/família. Assim, de acordo com Urden *et al* (2008) e Tappen (2005), para uma melhoria da qualidade, existem vários instrumentos que os profissionais

podem utilizar na gestão dos cuidados, entre eles, o percurso clínico, o algoritmo, as orientações para a prática, os protocolos e um conjunto de ordens. O percurso clínico é definido pela equipa multidisciplinar e apresenta a perspectiva de todo o plano para a pessoa com base nos seus diagnósticos médicos e de enfermagem. Verificou-se que, após a observação médica e de enfermagem, era definido um plano diário para a pessoa, de forma a melhorar a sua situação atual e a prevenir outras complicações. Os algoritmos e os protocolos são instrumentos de normas que possibilitam a tomada de decisão com base nas situações que ocorrem e que estejam identificadas nesses algoritmos ou protocolos. Isso permite uma maior autonomia e responsabilidade por parte de quem os utiliza e possibilita aos profissionais que os usam ter um pensamento crítico, reflexivo e que saibam articular os seus conhecimentos com o uso destes instrumentos. As orientações para a prática e os conjuntos de ordens são geralmente escritos em texto, ao contrário dos protocolos e algoritmos que são em gráfico e são realizadas por instituições ou organizações que validam essa informação com base numa revisão analítica da prática e da investigação. Ao utilizar-se alguns destes instrumentos em conjunto com os conhecimentos já adquiridos, com o aprofundamento de novos conhecimentos, com uma análise reflexiva e crítica, estes funcionam como estratégias que permitem melhorar a prática como futura enfermeira especialista, permitindo interpretar situações de alteração do estado de saúde das pessoas cuidadas, tomar decisões complexas e fundamentadas e realizar uma gestão dos cuidados com vista a uma melhoria contínua da qualidade desses cuidados (Urden et al, 2008; Tappen, 2005).

A temática que se considerou interessante aprofundar e sobre a qual se desenvolveu o trabalho de investigação científica é a área do conforto das pessoas hospitalizadas. É uma temática que preocupa bastante a futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na medida em que se considera importante a preocupação dos enfermeiros na área do conforto em situações tão complexas e críticas como as que decorrem em UCI, Urgência/Emergência ou Bloco Operatório (BO). Porém, devido à escolha tardia desta temática, não foi possível realizar a investigação necessária para o aprofundamento e reflexão da mesma na prática e, conseqüentemente, aplicação de novas estratégias neste contexto de prestação de cuidados. No entanto, durante a prestação de cuidados houve a preocupação de se estar atento às questões relacionadas com o conforto da pessoa, conseguindo-se articulá-las com a vigilância e monitorização contínuas, necessárias às situações específicas de cada pessoa. Inicialmente, a preocupação era, prioritariamente, em relação às questões físicas do conforto, que também são importantes, no contexto de pós-operatório imediato, na medida em que se realizou determinadas intervenções que possibilitassem à pessoa estar mais confortável, como, por exemplo, a aspiração de secreções da orofaringe que a estivessem a incomodar ou a molhar os lábios e a boca para aliviar a sensação de sede. Porém, o objetivo em relação a esta temática é aprofundar todas as dimensões do conforto, quer físico, psico-espiritual, ambiental ou social, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área da especialização.

Com o desenrolar das atividades provenientes da identificação e planeamento dos cuidados de enfermagem, assim como com todas as estratégias e reflexões realizadas para o desenvolvimento das mesmas, tornou-se mais simples a implementação dos cuidados de enfermagem recorrendo-se à prática baseada na evidência científica. Uma das atividades que se pretendia desenvolver, tendo em conta a realidade do serviço, era a implementação de cuidados à pessoa ventilada, tarefa essa que ficou mais facilitada com as explicações da Enf<sup>a</sup>. Orientadora, de alguns elementos da equipa de enfermagem e também com o apoio da equipa médica. Na prática, foi possível compreender algumas temáticas relacionadas com a ventilação que, embora com pesquisa e leitura realizadas anteriormente, não tinha sido tão explícito e fácil de entender. Porém, tanto a área da prevenção da pneumonia associada à ventilação, como a avaliação dos valores de gasimetria foram assuntos em que houve necessidade de se realizar uma pesquisa mais aprofundada. Esse aprofundamento de conhecimentos e reflexão permitiram melhorar o reconhecimento das alterações significativas dos valores de gasimetria, relacionando-os com a situação complexa da pessoa, agir perante essas alterações, articular com outras alterações fisiológicas monitorizadas da pessoa e, perante tudo isso, realizar deliberações complexas e refletidas de forma crítica na gestão dos cuidados. Por exemplo, uma das atividades previamente deliberadas era a implementação de cuidados à pessoa ventilada. Para que isso fosse possível, planeou-se adquirir conhecimentos aprofundados em três modalidades ventilatórias, e uma vez que houve oportunidade, aprofundou-se conhecimentos relativamente a quatro modalidades ventilatórias, nomeadamente, volume controlado, volume controlado regulado pela pressão, suporte ventilatório mandatório intermitente associado com pressão assistida e a pressão assistida, assim como as especificidades de cada uma, quais as situações mais frequentes em que são aplicadas neste contexto, quais as mais fisiológicas e quais as que possibilitam uma maior independência respiratória à pessoa. Assim, ao longo de todo o percurso de prestação de cuidados, sentiu-se uma enorme evolução relativamente à tomada de decisões fundamentadas, tendo em conta as evidências científicas e as responsabilidades sociais e éticas.

Outra das situações, relativamente à prestação de cuidados, que havia necessidade de melhorar foi, sem dúvida, a abordagem da família que acompanha a pessoa em situação crítica em cuidados intensivos, pois revelou-se um tema extremamente importante para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, visto que a prestação de cuidados é diretamente direcionada para a pessoa, mas indiretamente para a família que a acompanha, vive as várias dificuldades decorrentes do internamento, tem dúvidas por esclarecer, sentimentos e emoções para gerir e sofre alterações do seu ambiente familiar e social. Surgiu uma situação particular vivenciada que proporcionou hipóteses para utilizar alguns instrumentos de suporte emocional, relação de ajuda e comunicação com a pessoa/família. Ocorreu num dia em que a formanda ficou responsável por prestar cuidados a uma pessoa submetida a cirurgia cardíaca, mas cujo maior problema era neurológico, pois, quando começou a acordar, apresentou mioclonias na região dos ombros e foi sedada e curarizada até melhorar. Depois de terem cessado as mioclonias, foi interrompida toda a

sedação e curarização, mas mesmo assim a pessoa, apesar de abrir os olhos de forma espontânea, não tinha qualquer reação pupilar, nem reagia a estímulos verbais ou físicos. Mais tarde, durante o período da visita, teve a companhia da filha que esteve sempre muito nervosa e com labilidade emocional. Hanson (2005) refere que alguns membros da família podem ser mais vulneráveis a fatores de *stress* de um internamento em UCI, dependendo das experiências anteriores e dos recursos da família. Figley e McCubbin (1993), citados por Hanson (2005), identificaram características que ajudam a definir o grau de *stress* na família, que são: a quantidade de tempo que a família teve para preparar o acontecimento, a experiência anterior da família, a disponibilidade de recursos para lidar com a situação, o grau de perda associado à situação e a quantidade de mudanças familiares relacionadas com a situação. Nesta situação, apesar de a filha se ter preparado para a operação ao coração a que a mãe se iria submeter, provavelmente, não estaria prevenida para outras complicações decorrentes da situação que não fossem diretamente relacionadas com o coração. Foi explicado que seria bom tentar comunicar com a mãe, mantendo-se calma para não lhe transmitir tanto *stress*. A senhora reagiu muito bem a essas informações e esteve a comunicar com a mãe, tocando-lhe, mostrando-lhe dessa maneira que estava ali presente. A situação complexa de a pessoa permanecer adormecida tantas horas após a cirurgia e o facto de abrir os olhos, mas não ter qualquer reação deixaram-na bastante ansiosa e desesperada. A atuação perante a senhora que chorava e soluçava foi de, inicialmente, realizar uma aproximação física e mostrar-lhe que o seu sofrimento era reconhecido, dando-lhe oportunidade para que se sentisse à vontade e, assim, para falar sobre as situações que lhe estavam a provocar labilidade. Posteriormente, houve um período de escuta ativa e também surgiram momentos em que a familiar pôde gerir as suas emoções e sentimentos, sem ser forçada a falar nem a exprimir o que sentia. Ao demonstrar-se toda a empatia, compaixão e respeito pelos seus sentimentos, a senhora começou a acalmar-se um pouco mais. Phaneuf (2005) refere que as intervenções de suporte emocional junto das famílias devem dividir-se em intervenções de suporte psicológico e de educação. A tentativa de minimizar a ansiedade, o *stress* e o medo, assim como de reduzir os sentimentos de impotência e culpabilidade são objetivos do suporte psicológico, por outro lado, a comunicação de más notícias e de informações de readaptação funcional e a preparação para substituição do elemento da família são objetivos da educação às famílias de pessoas internadas nos serviços de saúde. Após algum tempo de conversa, a filha da senhora acabou por confessar que não tinha estado presente nos momentos que antecederam a ida da mãe para o BO e que teria gostado muito de lhe ter dito que gostava muito dela. Falava muitas vezes da mãe como se ela já não fosse acordar, porém, foi-lhe dito que aproveitasse para conversar com ela, pois ainda ali estava para a escutar. Foi complicado minimizar o impacto negativo que a senhora tinha de toda aquela situação. Hanson (2005) acrescenta que há intervenções que os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica podem prestar junto de famílias em que avaliaram a presença de situações de *stress* familiar, como, por exemplo, ajudar as famílias a lidar com dificuldades económicas decorrentes da situação de doença, apresentar outras famílias que tenham

passado pela mesma situação, debater com a família os recursos sociais disponíveis, auxiliar na resolução de sentimentos de culpa e encorajar a família a centrar-se em aspetos positivos da situação vivenciada. Em relação a esta situação, houve algumas dificuldades acerca do conteúdo da informação que se poderia transmitir e da forma como se deveria fazer. Para isso, foi necessário realizar uma avaliação da situação, recorrendo-se ao Parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros nº 194/2010 acerca da transmissão de informação e sigilo profissional em Enfermagem. Segundo o Parecer, o enfermeiro deverá ponderar entre dizer a verdade toda e a capacidade, que ele considera, que a pessoa e/ou a família têm para lidar com essa verdade. Devendo o enfermeiro, neste caso, ter sempre em conta o bem-estar da pessoa/família e equacionar as vantagens que a sua informação trará para a pessoa e/ou família, procurando adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. O enfermeiro é responsável por transmitir à pessoa apenas a informação respeitante aos cuidados de enfermagem. Hanson (2005) revela um estudo em que as famílias que estavam mais informadas acerca do estado de saúde do seu familiar revelavam-se mais satisfeitas do que outras famílias que não tinham tanta informação. No grupo em que se concluiu que as famílias estavam mais satisfeitas, foram realizadas três intervenções, nomeadamente, uma conversa entre o enfermeiro e o familiar nas primeiras 24 horas após a admissão do familiar doente, o fornecimento de um folheto informativo no momento da conversa e a possibilidade de um telefonema diário para recolha de informações junto do enfermeiro que realizou o acolhimento da pessoa. Ao analisar-se estas situações, conclui-se que é importante facultar a informação de enfermagem à família para permitir que os seus membros consigam aceitar a situação, preparar-se para modificações nos seus papéis familiares, permitir que participem nos cuidados aos seus familiares e melhorar a comunicação enfermeiro-família-pessoa. Schumacher e Meleis (1994) afirmaram que as intervenções dos enfermeiros se destinam a ajudar as pessoas cuidadas/família a criar as condições propícias para realizar uma transição saudável, daí a importância das intervenções de enfermagem não serem apenas direcionadas para as pessoas hospitalizadas, mas, também, para a sua família. A reflexão desta situação e a análise das evidências científicas deram oportunidade para se adquirir mais competências sobre técnicas de comunicação na relação estabelecida com a pessoa hospitalizada e com a sua família, que permitiram que se pudesse desenvolver as atividades delineadas nesta área, nomeadamente, a prestação de suporte emocional à pessoa/família, a estimulação da comunicação entre a família e o familiar doente e a minimização do impacto da Unidade que provoca ansiedade na família, promovendo sempre um ambiente seguro e uma relação de afeto e respeito entre os enfermeiros e a pessoa/família.

Considera-se que todas estas atividades, desenvolvidas em conjunto com a reflexão na e sobre a prática, permitiram zelar pelos cuidados prestados às pessoas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e demonstrar, também, capacidade de trabalhar de forma adequada com a equipa multidisciplinar. Segundo Silva (2007), o desenvolvimento de cuidados de saúde de qualidade não pode ser visto numa perspetiva de unidisciplinaridade multiprofissional, uma vez que a elevada complexidade dos atuais

problemas de saúde deve ser analisada num ambiente multidisciplinar. A interdisciplinaridade pode então permitir a reflexão entre os vários profissionais para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Esta é uma das perspetivas da Enfermagem Avançada, aliada ao uso das teorias de enfermagem, complementada com a investigação, para produzir novo conhecimento, principalmente relativamente às intervenções autónomas de enfermagem.

Esta capacidade de trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, ficou demonstrada no dia 29 de maio, de 2012, em que houve a oportunidade única de integrar uma equipa de trabalho constituída pela Enf<sup>a</sup>. Alda Catela e pelo Dr. Luís Miranda (Presidente da Comissão de Controlo de Infeção do Hospital de Santa Marta), que iriam responder a um inquérito de prevalência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e do uso de antimicrobianos em hospitais de agudos da Europa. Este inquérito foi proposto pelo ECDC, aos países europeus. Em Portugal, a DGS integra a realização deste inquérito nos projetos de vigilância epidemiológica do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI). Os objetivos deste Inquérito Europeu consistem em estimar a prevalência das IACS e do uso de antimicrobianos em hospitais de agudos da União Europeia; descrever doentes, procedimentos invasivos, infeções e prescrição de antimicrobianos; divulgar resultados da vigilância epidemiológica a nível local, regional, nacional e europeu para promoção de sensibilidade, identificação de problemas, melhoria na área da formação e avaliação do impacto das estratégias e orientações nesta área; e fornecer um instrumento padronizado aos hospitais para a melhoria da qualidade. Este estudo apresentou como critérios de inclusão todos as pessoas hospitalizadas nos serviços participantes, até às 8h do dia definido para se realizar o inquérito, e que não tiveram alta até à realização do mesmo. Como nesse dia estavam internadas onze pessoas, foi realizado o mesmo número de inquéritos, um por cada pessoa. Cada hospital completou um formulário com descrição do tipo e da lotação do hospital, bem como a demora média de internamento com o intuito de caracterizar cada unidade hospitalar, e um formulário por cada pessoa incluída no estudo. Nesse formulário, preenchido no mesmo dia para todas as pessoas hospitalizadas, foram colocadas várias questões que identificam o hospital e a especialidade, assim como dados relativos à caracterização da pessoa [idade, sexo, data de admissão, a cirurgia após a admissão, a pontuação McCabe (que consiste numa classificação da gravidade da situação clínica), a presença de dispositivos invasivos como os cateteres periféricos, centrais, urinários e intubação]. Relativamente ao uso de antimicrobianos, pretendia-se conhecer a identificação do mesmo, a via de administração, a indicação, o diagnóstico e se existem registos do motivo no processo. Em relação à presença de Infeção Hospitalar ativa, dever-se-ia preencher o formulário com a informação sobre qual a infeção, se havia presença de dispositivos invasivos antes da infeção e na admissão, qual a data do seu início e a sua origem e, por fim, identificar o microrganismo.

Durante a realização dos inquéritos de prevalência das IACS e do uso de antimicrobianos relativamente às pessoas hospitalizadas nesse dia na UCICCT, foi necessário proceder-se à

consulta do processo clínico da pessoa, a fim de responder adequadamente a todas as questões. Algumas que suscitaram dúvidas e também certos dados colhidos foram alvo de reflexão da equipa de trabalho. Estavam relacionadas com situações particulares de pessoas hospitalizadas, cujo protocolo não tinha explicitamente referido e que se poderiam traduzir em diferentes avaliações por parte das equipas de trabalho. Uma das questões mais polémicas estava relacionada com a pontuação McCabe e com as situações específicas de cada pessoa. Outra situação que possibilitava a reflexão foi a análise dos fatores de risco de cada pessoa com a presença de infeção hospitalar ativa. Por exemplo, em análise conjunta, verificou-se que um prolongado internamento poderia resultar numa alta taxa de prevalência de infeção, sugerindo-se que uma alta precoce e segura, sem complicações, seria uma forma de prevenir IACS e, conseqüentemente, melhorar os ganhos em saúde para as pessoas hospitalizadas. Também pode permitir a redução de custos decorrentes do prolongamento do internamento assim como do tratamento das complicações.

Até ao término deste relatório, ainda não estavam disponibilizados os resultados dos dados colhidos no inquérito de prevalência de 2012. Porém, ao consultar o relatório do inquérito de prevalência de infeção 2010, observou-se que as UCI eram dos serviços que apresentavam uma maior taxa de prevalência das IACS e que essa taxa estava associada à idade e ao tempo de permanência no hospital. Também se verificou que a presença de dispositivos invasivos era um dos principais fatores de risco extrínsecos (Pina *et al*, 2010).

Em relação ao segundo objetivo específico, “*Conhecer a metodologia de trabalho na gestão de recursos materiais na Unidade*”, pretendia-se desenvolver competências na área da gestão de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos, com o objetivo de refletir na prática sobre essa temática, com recurso a evidências científicas, de forma a adotar medidas pessoais e profissionais para desenvolver uma metodologia de trabalho individual nesta área. Houve oportunidade de observar e colaborar com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora, quando exerceu funções de gestão da Unidade, do material de consumo clínico e produtos terapêuticos. Segundo Frederico e Leitão (1999), a gestão dos materiais engloba aspetos relacionados com a arrumação e localização para facilitar a identificação, o acesso e a distribuição dos materiais conforme as necessidades de consumo dos serviços. Assim, a gestão dos materiais prende-se com a orientação dos mesmos desde a sua aquisição até à sua utilização, que deve estar disponível para os consumidores em tempo útil e de forma económica. Para uma boa gestão, é necessário planear, identificando objetivos, conhecer os materiais disponíveis, valorizar as necessidades e orientar a gestão realizada. Esta gestão deve caminhar para a correta utilização de todos os materiais de acordo com as situações que ocorram. Para a aquisição dos materiais, deve ter-se em conta as necessidades do serviço e conhecer os materiais para realizar a sua compra. Em relação à distribuição deste material, os mesmos autores referem que pode ser feita de três formas distintas: distribuição tradicional dos materiais, distribuição de materiais por níveis de reposição e distribuição de materiais por troca de carros. Estas duas últimas são semelhantes, pois preveem um nível de material definido como necessário para

utilização no serviço, sendo da responsabilidade do serviço de aprovisionamento repor os materiais. Por outro lado, o sistema tradicional de distribuição dos materiais é centralizado no enfermeiro responsável pela gestão que tem como funções assegurar todas as atividades referentes à distribuição dos mesmos. Após refletir acerca desta temática, identifiquei que um Hospital que tenha um sistema de distribuição por níveis de reposição ou por troca de carros, necessita de ter um serviço de aprovisionamento avançado que consiga executar as suas funções e tenha as informações necessárias para as realizar. Durante a observação e colaboração, nesta vertente, a enfermeira explicava o funcionamento dos pedidos ao serviço de aprovisionamento. Ao verificar-se o funcionamento, concluiu-se que, apesar de os pedidos funcionarem com sistema de leitura de código de barras, ou seja, por níveis de reposição, o serviço de aprovisionamento não sabe em que momentos deve repor o material mais frequentemente utilizado. Dessa forma, o serviço de aprovisionamento hospitalar poderia ter uma noção do gasto diário de determinados equipamentos e de forma autónoma, sem ser necessário um enfermeiro para realizar essa tarefa, iria repor esses materiais que mais se usassem de forma a nunca haver uma rutura de *stock* no serviço. Assim, a avaliação realizada desta situação determina que esta gestão de materiais é realizada de forma mista, pois existe um modelo de sistema para reposição por níveis, mas é o enfermeiro que tem de executar parte dessa função, realizando diversos pedidos ao serviço de aprovisionamento. Poeta *et al* (2000) contribuíram para a reflexão realizada acerca desta temática, pois referenciam a importância de sistemas com tecnologia de informação para que haja uma gestão controlada e centralizada, nas reais necessidades dos serviços. Assim, com a evolução dos sistemas de informação, é possível realizar uma melhor gestão e controlo do uso dos materiais, tendo em conta as necessidades reais dos serviços utilizadores.

Esta análise e reflexão permitiram que se desenvolvesse uma metodologia de trabalho nesta área, ao compreender a necessidade de conhecer os materiais de consumo clínico, a fim de adequar o seu uso da melhor forma na prática, permitindo valorizar as necessidades no contexto de uma UCI e possibilitando que se adotasse medidas para melhorar a gestão dos materiais de acordo com a gestão de cuidados na área de especialização, assim como tomar consciência de que a gestão dos materiais deve ser controlada com o intuito de estar disponível a ser utilizada em qualquer situação, evitando-se assim, gastos supérfluos que se traduzem numa má gestão.

Em relação ao último objetivo, *“Contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da Unidade com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de enfermagem, integrando uma equipa de implementação de projeto CIPE/PQCE a nível do CHLC”*, com base no seu desenvolvimento, delinearam-se algumas atividades fundamentais para que fosse possível a realização do mesmo. Inicialmente, a ideia deste objetivo surgiu numa reunião com a Enf<sup>a</sup>. Chefe para identificar as necessidades formativas dos enfermeiros da UCICCT. O tema sugerido pela Enf<sup>a</sup> Chefe a ser trabalhado de forma a atingir este objetivo foi a linguagem CIPE. Já tinha sido abordada na UCICCT, por diversas equipas de trabalho, há

alguns anos, mas sem ter sido possível prosseguir com a aquisição do aplicativo informático a nível hospitalar. A Enf<sup>a</sup>. Chefe colaborou na articulação com a equipa responsável pelo projeto implementado a nível do CHLC, através da enfermeira dinamizadora do Hospital de Santa Marta. Foram realizadas várias reuniões com esta enfermeira, em colaboração com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora e com a Enf<sup>a</sup> Chefe a fim de se compreender qual a melhor contribuição que se poderia dar aos enfermeiros do serviço no âmbito do projeto. Após a consulta do Manual da CIPE 1.0 do CHLC, realizado pela equipa dinamizadora do projeto, e com a contribuição de evidência científica, foi possível refletir acerca da implementação do projeto CIPE, que está articulado com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) da Ordem dos Enfermeiros (OE), e realizar sessões formativas em colaboração com a colega de estágio Vera Cavaco.

Este projeto surgiu em 2005, ao realizar-se um protocolo entre alguns hospitais do CHLC e a OE, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Esse protocolo foi alargado ao Hospital de Santa Marta em 2007 e tem como objetivos: “Disseminar os PQCE definidos pela OE e promover a apropriação pelos enfermeiros do enquadramento conceptual e enunciados descritivos da qualidade do seu exercício profissional”, “Definir Indicadores de Qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem” e “Desenvolver ações no sentido da promoção, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Oliveira *et al*, 2011, p.6).

A primeira sessão formativa (Apêndice II e III) decorreu para apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC que irá servir como instrumento de trabalho quando os enfermeiros utilizarem a aplicação SAPE, com o objetivo de obter uma melhor qualidade dos registos de enfermagem que se pretende que sirvam como indicadores para a melhoria dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE. A sessão formativa decorreu da forma esperada e considerou-se que foram atingidos os objetivos delineados para a mesma.

No final da sessão formativa, realizou-se um pequeno momento de avaliação do conteúdo da formação, no qual os enfermeiros participaram ativamente, demonstrando ter adquirido conhecimentos nesta área. Também se elaborou inquéritos para avaliação da sessão formativa (Apêndice IV), na qual participaram 14 enfermeiros da UCICCT. Foi pedido que avaliassem como “Insuficiente”, “Suficiente”, “Bom” e “Muito Bom” quatro questões, respetivamente, “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?”. Após análise dos dados, verificou-se que cerca de 85% considerou a classificação “Bom” em relação a ter correspondido às suas expectativas e 71% dos participantes qualificou com “Bom” a 2ª questão. Em relação à duração da sessão ser adequada, os participantes estiveram, aproximadamente, divididos entre a classificação “Bom” e “Muito Bom”, apresentando, respetivamente, 50% e

42%. Na última questão relacionada com a linguagem dos formadores, metade dos participantes atribuiu-lhe “Bom” e a outra metade “Muito Bom”. Nesse documento de avaliação, era dada a oportunidade para formular comentários e sugestões relativamente à sessão formativa. Houve um comentário em que se referiu ter-se gostado do momento da avaliação da sessão formativa.

Com estes dados colhidos, torna-se possível avaliar algumas necessidades dos participantes em relação à sessão formativa, melhorar aspetos da sessão formativa e dos formadores numa próxima oportunidade e perceber se a temática contribuiu para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros participantes, sendo este o objetivo específico que tinha sido delineado no projeto de estágio.

A segunda sessão formativa (Apêndice V e VI) tinha o intuito de apresentar o SAPE, que é o aplicativo informático que utiliza a linguagem CIPE para o planeamento de cuidados e registos das intervenções de enfermagem realizadas. Para a apresentação do SAPE, utilizou-se o manual CIPE 1.0 do CHLC que servirá como instrumento de trabalho para os enfermeiros quando utilizarem o SAPE. A sessão formativa decorreu da forma esperada e considerou-se que os objetivos delineados para a mesma foram atingidos. No final da sessão, realizou-se um pequeno momento de avaliação do conteúdo da formação, no qual os enfermeiros participaram ativamente e demonstraram ter adquirido conhecimentos nesta área. Também se aplicaram questionários para avaliação da sessão formativa (Apêndice VII), na qual participaram 12 enfermeiros da UCICCT. Foi pedido que avaliassem como “Insuficiente”, “Suficiente”, “Bom” e “Muito Bom” quatro questões, respetivamente, “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?”. Após análise dos dados, verificou-se que cerca de 58% considerou a classificação “Bom” em relação a ter correspondido às suas expectativas, enquanto 42% a classificou de “Muito Bom”. Em relação à 3ª questão acerca da duração da sessão ser adequada, obtiveram-se os mesmos resultados. Relativamente à questão sobre a sessão ter contribuído para aprofundar os seus conhecimentos, os participantes estiveram divididos entre a classificação “Bom” e “Muito Bom”, apresentando 50% em cada uma delas. Na última questão relacionada com a linguagem dos formadores, 58% dos participantes classificou-a de “Muito Bom” e 42% de “Bom”. Nesse documento de avaliação, era dada a oportunidade para se formular comentários e sugestões relativamente à sessão formativa. Existiram duas sugestões no sentido de repetir a sessão formativa, com o objetivo de a divulgar a todo o serviço e formar o maior número de enfermeiros relativamente a esta temática. Também foi apresentado um comentário onde se referia ter havido uma boa articulação entre a teoria e a prática.

Segundo Cunha *et al* (2010), que realizaram um estudo para compreender a atitude dos enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem (SIE), revelam que

as atitudes, no geral, são favoráveis e que os enfermeiros chefes e líderes, ou enfermeiros de categorias profissionais superiores, têm uma forte influência na adesão e aceitação dos restantes enfermeiros. Referem ainda que há necessidade de formação contínua e com uma periodicidade curta, sobre a linguagem CIPE, para que a adesão do SIE seja maior. Uma outra situação relatada pelos enfermeiros como fundamental, para a adesão ao SIE, é a adequação dos recursos informáticos, considerando ser fulcral a aquisição de mais computadores, mais rápidos e com frequente atualização dos dados. Assim, com estas duas sessões de formação, houve oportunidade de participar e contribuir para num projeto já existente no CHLC e, também promover o interesse pela temática em questão e pela investigação dos enfermeiros do serviço.

## 2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ (CHLC)

No início do Módulo I do Estágio, foi realizado um projeto individual onde se delineou o objetivo geral e os objetivos específicos que se pretendia atingir, tendo em conta os objetivos gerais do estágio e as competências que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve possuir, tendo sido planeadas as atividades que se pretendia desenvolver. Ao longo deste subcapítulo, serão descritas as atividades cumpridas e as competências desenvolvidas, analisando-as de modo reflexivo e crítico. Apresentaram-se, também, as dificuldades sentidas, as estratégias definidas e as aprendizagens realizadas para que fosse possível alcançar os objetivos delineados.

O objetivo geral passava por *“Desenvolver competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas a vivenciar situações complexas de doença crítica, em contexto clínico de Urgência”*, uma vez que o estágio decorreu no contexto de SU e era um objetivo pessoal desenvolver competências nesta área. Também, pelo facto do SU ser um local onde as pessoas se dirigem ou são trazidas, por estarem a vivenciar uma situação de transição saúde-doença, que, segundo Schumacher e Meleis (1994), são um dos tipos de transição no contexto de enfermagem, juntamente com transição de desenvolvimento, situacional e organizacional.

Em relação ao primeiro objetivo específico, *“Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa admitida no SU e sua família”*, foram planeadas diversas atividades a desenvolver, com o intuito de conhecer as pessoas que recorrem ao SU e, posteriormente, aplicar as aprendizagens adquiridas noutro contexto de cuidados, nomeadamente nos cuidados urgentes/emergentes, à pessoa em situação crítica. A fim de se conseguir atingir este objetivo, foi necessário, primeiramente, conhecer a estrutura física, organização do SU, circuitos de pessoas doentes e dinâmica de funcionamento do SU. Este é um Serviço de Urgência Geral Polivalente, que contempla cerca de 14 valências e abrange o concelho de Lisboa e Loures, num total de 43 freguesias. No primeiro semestre de 2012, 80.773 utentes realizaram a sua

admissão neste Serviço de Urgência, ficando internadas 7.706 (Anexo I). É utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para definir a prioridade de atendimento dos utentes, seguindo-se uma observação pelo médico da Especialidade correspondente à situação decorrente da alteração de saúde. Existem diversas salas de espera, gabinetes de atendimento médico, balcões para prestação de cuidados, divididos consoante as prioridades definidas pela Triagem de Manchester, salas de trauma/emergência, reanimação e ainda a Unidade de Observação dos utentes, com um total de 22 camas. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 100 enfermeiros (Portal da Saúde, 2012). Os primeiros turnos de estágio foram realizados em diversos setores do SU, nomeadamente na Sala de Triagem, nos balcões de atendimento das pessoas triadas segundo o Sistema de Triagem de Manchester como pouco urgentes até aos muito urgentes e na Unidade de Observação, sendo que em cada local foi explicada a organização dos cuidados a prestar, bem como os diferentes circuitos que as pessoas doentes podem fazer no SU. Esta atividade permitiu conhecer a dinâmica de funcionamento do SU e também permitiu a familiarização com a estrutura física, os recursos materiais e equipamentos existentes e com o sistema informático de registos de enfermagem, o *Health Care Information Systems* (HCIS). Na sequência desta atividade, pretendia-se observar e apreciar a metodologia do STM, uma vez que este Sistema era uma novidade para a formanda, no que diz respeito à sua aplicação. A utilização de um Sistema de Triagem no SU permite que o atendimento das pessoas seja realizado de acordo com critérios clínicos e não critérios como os de ordem de chegada ao serviço ou administrativos. Assim, o STM, ao corresponder a esse requisito, foi selecionado para ser aplicado nos SU de Hospitais nacionais. Em 2001, foi criado o Grupo Português de Triagem (GPT), reconhecido pelo Grupo de Manchester e Ministério da Saúde, com o intuito de promover a implementação do Sistema em Portugal. Este Sistema permite a identificação da prioridade clínica e do tempo alvo recomendado até à observação médica, tendo em conta cada situação específica. A sua utilização pode ser aplicada em situações de normal funcionamento do SU, mas também em situações de catástrofe ou multi-vítimas. A sua metodologia consiste em identificar a queixa inicial da pessoa e, conseqüentemente, seguir o fluxograma selecionado que apresenta questões a serem colocadas pela ordem apresentada, denominados discriminadores, podendo ser específicos para a situação em causa ou gerais. Existem 54 fluxogramas que abrangem todas as situações previsíveis. Após uma resposta positiva a um discriminador, é definida a prioridade da pessoa, que se traduz numa cor (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), numa classificação (emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente) e num tempo limite de observação médica (respetivamente de, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos). Por todas estas características, o STM tem diversas vantagens na sua utilização, no entanto, cada administração hospitalar é responsável pela gestão de recursos humanos e materiais que possibilitem o seu bom funcionamento. Em relação ao Hospital de São José, verificou-se que após a triagem realizada por um enfermeiro, este define a especialidade médica a quem dirigir a pessoa, baseado num protocolo intra-hospitalar, com o objetivo de melhorar a dinâmica e funcionamento do SU (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006).

Tendo em conta que uma das atividades planeadas era o desenvolvimento dos conhecimentos na área das Vias Verdes (VV): AVC, Coronária, Trauma e Sepsis, definiu-se como indicador de resultado aplicar o protocolo das diferentes VV em pelo menos uma situação. Como a primeira identificação e triagem destas pessoas é realizada em contexto pré-hospitalar ou na Triagem, excluiu-se a hipótese de se acompanhar a aplicação do protocolo desde o início, mas sim aplicá-lo no contexto das Salas de Emergência do SU, utilizando a metodologia do ABCDE de acordo com cada situação específica. Em relação à VVAVC, não houve oportunidade de acompanhar uma situação aguda, contudo, existiram diversas situações de transferência de pessoas de outras instituições hospitalares com diagnóstico de AVC Hemorrágico, em que houve oportunidade de se colaborar na admissão e cuidados à pessoa segundo a metodologia ABCDE e de se identificar as alterações específicas do diagnóstico de AVC, principalmente na avaliação da função neurológica, uma vez que os principais sinais e sintomas (diminuição de força e/ou sensibilidade, afasia, disartria, hemianópsia, alteração do estado de consciência e confusão) se revelam nessa área (Hacke *et al*, 2003). Na VV Coronária, deparou-se com uma primeira situação em que se realizou o acolhimento da pessoa e a sua abordagem (segundo a metodologia teórica do ABCDE), no entanto, identificaram-se algumas limitações a melhorar na prestação de cuidados a realizar, tais como a rapidez na prestação de cuidados, a importância de avaliar as características da dor referida e o desenvolvimento de priorização nos cuidados prestados. Após reflexão e análise em diário de bordo (Apêndice VIII), os conhecimentos em relação às pessoas com Síndrome Coronária Aguda foram consolidados e houve oportunidade de aplicá-los corretamente noutra situação. Nestes casos, verificou-se que era importante a rápida abordagem da pessoa para que se pudesse fazer um encaminhamento para o serviço de Hemodinâmica do Hospital de Santa Marta, uma vez que são situações urgentes em que se deve atuar com terapêutica adequada, como o ácido acetilsalicílico, clopidogrel, nitroglicerina, dinitrato de isossorbido, na primeira hora após o aparecimento dos sintomas, considerada a *golden hour*, com o objetivo de reduzir as complicações decorrentes da situação, como a isquémia do miocárdio e a obstrução permanente das artérias coronárias (Pinto, 2010). As circunstâncias em que houve mais oportunidade de aplicar protocolo de VV foram as situações de Trauma, apesar de serem de diferentes etiologias (acidentes de viação, quedas, agressão por arma branca ou de fogo e queimaduras), com diferentes cinemáticas. Houve possibilidade de adquirir diversos conhecimentos e de realizar a abordagem à pessoa segundo a metodologia do ABCDE, tendo em conta a cinemática do trauma. Percebeu-se que, por vezes, as informações acerca da cinemática do trauma eram dadas pelos profissionais de saúde que realizavam a primeira abordagem à pessoa, em meio pré-hospitalar, uma vez que as mesmas apresentavam alteração do seu estado de consciência ou impossibilidade de elas próprias relatarem as ocorrências. No entanto, foi possível refletir acerca desta temática em situações de acidente de viação, uma vez que se percebeu a importância de conhecer o tipo de colisão, a velocidade, se houve projeção do corpo e de quantos metros foi essa projeção; em situações de quedas, em que é importante saber a altura da queda e quais as estruturas físicas mais afetadas com a mesma; em agressões por arma de fogo em que é importante conhecer o tipo

de arma, pois dele diferem o tipo de lesões causadas, identificar as lesões de entrada e de saída (se houver), assim como a região corporal onde se sofreu a agressão, que também é importante, especialmente em agressões por arma branca. Por último, em situações de queimaduras, também é relevante conhecer o tipo de agressão que provocou a queimadura, pois a abordagem da pessoa, a sua vigilância e monitorização podem diferir de acordo com os diferentes tipos de agressões que provocam a queimadura (Carvalho, s.d.). Em relação à abordagem da pessoa politraumatizada, verificou-se que a perspectiva, segundo a metodologia ABCDE, sofria pequenas alterações, segundo o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS®), no que diz respeito aos três primeiros parâmetros a avaliar, podendo vir a transformar-se em metodologia Accc BO2 Ch. Assim, em relação à Via Aérea, é necessário ter em conta o controlo da coluna cervical, na Respiração é importante o aporte de oxigénio e em relação à Circulação é relevante a importância do controlo da hemorragia. Por fim, relativamente à VV Sépsis, o protocolo foi implementado recentemente (outubro 2012) no SU e verifica-se uma preocupação dos profissionais relativamente à identificação precoce dos sinais de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) em pessoas com suspeita de infeção (CN 01/DQS/DQCQ, 2010). Realizou-se o acolhimento e a abordagem à pessoa segundo a metodologia ABCDE, numa situação de suspeita de sépsis, assim como todos os registos de enfermagem relativamente ao mesmo, havendo oportunidade de refletir na presença dos sinais de SIRS e em sinais de suspeita de infeção, realizar o correto registo destas manifestações no acolhimento inicial da pessoa. Nessa situação, os parâmetros que foram avaliados que alertaram para uma provável situação de VVS foram a presença de tensão arterial sistólica inferior a 90mmHg, taquicardia em valores de 112 b.p.m. e frequência respiratória aumentada com cerca de 20 ciclos/minuto. Estes sinais de SIRS, em conjunto com a presença de uma dor lombar persistente, foram os critérios utilizados para ativação de uma possível VVS.

Outra atividade planeada passava pela integração na equipa e na dinâmica de funcionamento do SU e, para isso, foi feita tentativa de marcar presença ativa, em colaboração nos cuidados prestados às pessoas doentes presentes no SU, tanto em conjunto com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora como com outros colegas.

Devido à intensa presença de situações de transporte intra-hospitalar de pessoas, surgiu a necessidade de se analisar com especial atenção as condições dos transportes de pessoas em situação crítica em ambiente hospitalar. Para isso, consultou-se as Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) no transporte de doentes críticos, nomeadamente a avaliação destas pessoas, segundo determinados critérios, que é necessário efetuar antes do respetivo transporte. Esses critérios incluem a avaliação da via aérea, frequência respiratória, suporte respiratório, a presença de acessos venosos, o estado hemodinâmico, a necessidade de monitorização contínua, o risco de arritmia, a presença de *pacemaker*, a avaliação do estado de consciência e a necessidade de administração de fármacos pelos profissionais. Assim, era possível aplicar e justificar a tomada de decisão com

as Recomendações para o Transporte Crítico de Doentes, nomeadamente na utilização das grelhas de avaliação para o transporte de doentes críticos intra-hospitalar e secundário.

Por último, a atividade delineada estava relacionada com a colaboração nos cuidados prestados à pessoa durante procedimentos técnicos, a fim de, com isto, ser possível demonstrar conhecimentos sobre três procedimentos técnicos, Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Não Invasiva (VNI). Em relação aos procedimentos técnicos, ao longo do tempo, houve oportunidade de se colaborar na colocação, manutenção ou remoção de vários dispositivos invasivos e com isso demonstrou-se os conhecimentos já consolidados, através da prestação de cuidados na prática e posterior reflexão/discussão com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora, acerca dos cuidados prestados. Participou-se na colocação de cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, drenagens torácicas e entubação orotraqueal, bem como nos cuidados prestados na manutenção destes mesmos dispositivos invasivos e em procedimentos técnicos de aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal e monitorização contínua da pressão arterial. Em todas as situações em que se presenciou a utilização de VMI, o modo ventilatório selecionado foi o Volume Controlado e as pessoas encontravam-se bem adaptadas ao modo ventilatório, contudo, estas são situações provisórias e iniciais, tendo a pessoa, posteriormente, necessidade de ser vigiada em relação à gasimetria a fim de se avaliar a necessidade de ajustar parâmetros ventilatórios ou até mesmo alterar modalidades ventilatórias. Uma das situações a vigiar é a presença de estímulo respiratório por parte da pessoa, uma vez que nessas ocasiões é preferível colocá-la numa modalidade ventilatória assistida para estimular a maior independência respiratória e tornar a ventilação mais eficaz. A única ocasião em que houve oportunidade de se aplicar o protocolo de VNI, foi numa situação de Edema Agudo do Pulmão (EAP). A decisão de utilizar este tipo de ventilação partiu da equipa médica, tendo em conta as indicações para aplicação do mesmo, tais como as insuficiências respiratórias (parcial e global), EAP, doenças pulmonares obstrutivas, asma, e a presença de valores gasimétricos alterados. Em situações de EAP, esta ventilação revela-se importante devido à presença de uma insuficiência respiratória com aumento do CO<sub>2</sub> (hipercápnica), causada pela exaustão dos músculos acessórios à respiração decorrente da situação. Ao longo da vigilância contínua dos parâmetros vitais e dos valores de gasimetria, verificou-se uma melhoria significativa do estado de saúde da pessoa cuidada, proveniente não só do tratamento farmacológico para o EAP, tal como o uso de diuréticos e morfina, como também pela presença de VNI. Tal como alguns estudos revelam, a utilização de VNI em pessoas com este diagnóstico demonstra alterações estatisticamente significativas na melhoria de parâmetros fisiológicos como a frequência respiratória, o pH, a PaCO<sub>2</sub>, e a Saturação de oxigénio, bem como a redução de episódios de entubação invasiva (Carvalho *et al*, 2008). Em relação aos cuidados de enfermagem prestados nesta situação, estes foram variados desde a vigilância de parâmetros vitais, até ao esclarecimento da pessoa, seleção da máscara utilizada, manutenção da permeabilidade da via aérea, vigilância da integridade da pele e dos locais de pressão e incentivo à pessoa para que se mobilizasse, alimentasse em intervalos definidos e realizasse técnicas de expulsão de secreções.

Em relação ao segundo e terceiro objetivos específicos, “*Prestar cuidados de enfermagem especializados a Politraumatizados, que necessitam de cuidados emergentes*” e “*Prestar cuidados de enfermagem especializados e emergentes a pessoas em situação crítica de falência orgânica*”, foram delineadas diversas atividades semelhantes que se pretendia desenvolver em ambas as situações, portanto, serão analisados em conjunto os dois objetivos e as atividades desenvolvidas. Neste sentido, foi possível conhecer e aplicar as normas de procedimento e protocolos terapêuticos existentes no serviço e nas Salas de Emergência, em particular. Considerou-se como indicador de resultado conhecer e aplicar três protocolos terapêuticos. Em relação ao primeiro indicador, o objetivo foi atingido, na medida em que se tomou conhecimento de mais de três protocolos terapêuticos, tais como, o protocolo de hipotermia terapêutica; colheita de espécimens; VNI; cuidados a potenciais dadores de órgãos, entre outros. Apesar de não ter havido possibilidade da aplicação do protocolo da hipotermia terapêutica, realizou-se pesquisa acerca da temática, verificando-se que o mesmo protocolo pode ser utilizado em pessoas com traumatismo craneoencefálico ou alterações neurológicas por hipertensão intracraniana, acidente vascular cerebral ou hematomas cerebrais, ou até em pessoas com enfarte agudo do miocárdio ou nos cuidados pós-paragem cardiorrespiratória. Segundo Anjos *et al* (2008), González-Ibarra *et al* (2009), Miñabres *et al* (2008) e Feitosa-Filho *et al* (2009), nas suas revisões de literatura, referem a hipotermia terapêutica como uma medida de proteção de lesões cerebrais nas situações acima descritas. Contudo, alertam para a possibilidade de complicações como risco acrescido de infeção, alterações eletrolíticas, alterações na cascata de coagulação, e ainda alterações a nível cardíaco ou renal. Devido a isso, os autores descrevem as técnicas de arrefecimento e aquecimento, a metodologia de aplicação desta medida, bem como todos os cuidados e monitorizações que devem ser realizados antes, durante e após a realização da técnica. Assim, aconselham o uso de protocolos ou normas intrainstitucionais para a aplicabilidade desta medida terapêutica, identificando o tipo de pessoas na qual deve incidir, bem como a metodologia e cuidados a implementar. Em relação à colheita de espécimens, houve a possibilidade de colher hemoculturas, colaborar na colheita de liquor e, também, de realizar a colheita de análises para doseamento da alcoolémia em vítimas de acidente de viação, com o cuidado específico de não utilizar soluções alcoólicas na desinfeção da pele. Uma das situações, que despertou um grande interesse na pesquisa e consulta de documentação pertinente, foi a presença de uma pessoa possível dadora de órgãos no SU. Devido a esta situação, a Enf<sup>a</sup>. Orientadora explicou os procedimentos que teriam de ser efetuados desde a identificação do possível dador até à confirmação e aceitação desta pessoa para a eventual doação. Posteriormente, explicou, também, os principais cuidados de vigilância e monitorização que as pessoas referenciadas como possíveis dadoras teriam de receber. Desta forma, considerou-se pertinente o aprofundamento destes conhecimentos devido à complexidade dos cuidados necessários, bem como a importância de conhecer a legislação acerca da mesma temática. Estas situações permitiram adquirir novos conhecimentos com o intuito de transportá-los para outros contextos de prestação de cuidados.

Outra atividade era a realização do acolhimento de pelo menos cinco politraumatizados e cinco pessoas em falência orgânica, nas salas de emergência. Ao longo deste Módulo de Estágio, houve oportunidade de realizar o acolhimento de mais do que as referidas cinco pessoas em ambas as situações. Para além do acolhimento, outra das atividades planeadas estava relacionada com a observação primária e abordagem das pessoas de acordo com a metodologia ABCDE, não só a pessoas com falência orgânica como a politraumatizados, tendo em conta a cinemática do trauma, em relação a estes últimos. Em relação aos politraumatizados, identificaram-se potenciais lesões de acordo com a cinemática de trauma, utilizando-se a informação fornecida pelos cuidadores pré-hospitalares ou pela própria pessoa, caso esta estivesse consciente e orientada. Assim, foi possível priorizar e prestar cuidados especializados de acordo com as necessidades identificadas, mantendo os princípios inerentes aos cuidados ao politraumatizado, bem como reconhecendo precocemente riscos potenciais ou lesões associadas, e definindo estratégias para prevenção de novos problemas. Por outro lado, em situações de falência orgânica, identificou-se focos de instabilidade em pelo menos cinco pessoas, com o intuito de diagnosticar precocemente complicações que possam colocar em risco a vida da pessoa e, posteriormente, priorizar os cuidados especializados tendo em conta os focos e as complicações identificadas.

Em relação à avaliação secundária, não só se baseou no exame físico realizado a mais do que as cinco pessoas referidas, como também na história completa da pessoa tendo em conta a metodologia AMPLA (alergias, medicamentos, antecedentes pessoais, a última ingesta e a cinemática do trauma) (ATLS®).

Por outro lado, duas das atividades delineadas pretendiam desenvolver medidas terapêuticas que permitissem a inclusão da família nos cuidados prestados, bem como a adequação das estratégias de comunicação no suporte emocional à família, pois constituíam uma das limitações identificadas, relativamente à prestação de cuidados emergentes no contexto de SU. Assim, verificou-se que, após a avaliação primária com abordagem da pessoa e avaliação secundária, era possível articular a presença da família, incluí-la nos cuidados e adequar estratégias de comunicação e suporte emocional à família em situações emergentes, enquanto a pessoa permanecia em vigilância para monitorização de parâmetros vitais ou enquanto aguardava a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Portanto, foi possível desenvolver algumas estratégias comunicacionais, como a empatia e escuta ativa da pessoa e da sua família neste contexto, bem como clarificar a informação e encorajar questões, promovendo a resiliência pessoal e familiar, em situações imprevistas e emergentes (Phaneuf, 2005).

Relativamente à prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, a prestação de cuidados foi definida de acordo com as indicações dadas pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, que realiza as suas normas de acordo com o Plano Nacional de Controlo de Infeção. Houve uma situação de suspeita de meningite numa pessoa admitida no SU, pelo que

foram tomadas as medidas de isolamento de transmissão por gotículas, durante a sua permanência no SU. Assim, foi confortavelmente acomodada num quarto individual, foram mantidas as precauções básicas de proteção individual com a utilização de máscara aquando da prestação de cuidados diretos à pessoa. Contudo, no final do turno, a equipa médica informou que não se mantinha a suspeita de meningite e a pessoa foi instalada noutra local, mantendo-se as precauções básicas de proteção individual (Programa Nacional de Controlo de Infecção, 2006).

Através das últimas três atividades delineadas, foi possível alcançar o indicador de resultado, que pretendia promover um ambiente seguro, física e emocionalmente, junto da pessoa. Fisicamente, através dos cuidados prestados e do controlo de infeção hospitalar e, emocionalmente, promovendo a inclusão da família nos cuidados e utilizando estratégias de comunicação com a pessoa e a sua família.

Em relação aos conhecimentos acerca do Suporte Avançado de Vida (SAV), houve oportunidade de aplicá-los apenas numa situação, onde se utilizou o algoritmo de taquicardia do SAV. Uma noite, deu entrada no SU uma pessoa, do género feminino, de 30 anos, que se dirigiu ao Hospital devido a palpitações, tonturas e mal-estar. A pessoa tinha antecedentes cardíacos, tinha sido operada aos 18 meses por uma insuficiência cardíaca congénita e há cerca de 2 anos fora submetida a ablação cardíaca, no entanto, segundo informação da mesma, existiam locais inacessíveis no coração que não foi possível resolver com a ablação. Após realização de ECG, identificou-se um ritmo de taquicardia supraventricular. Foi, depois, encaminhada para uma das salas de emergência e monitorizada. Iniciaram-se as medidas do algoritmo de taquicardias de SAV com a massagem do seio carotídeo e a manobra de valsalva que não reverteram a situação. Posteriormente, a equipa médica decidiu que se iria administrar adenosina endovenosa. Administraram-se 6mg, de seguida, mais 12 mg e, depois, mais 12 mg, que não obtiveram o resultado esperado. A equipa médica sugeriu que se administrasse amiodarona, no entanto, a pedido da pessoa, que referiu ter ficado com hipertiroidismo após a última administração de amiodarona, optou-se pela administração de verapamil, o que também não reverteu a situação. Assim, a próxima opção seria realizar uma cardioversão do ritmo que a pessoa apresentava aplicando um choque sincronizado. Para isso tinha de permanecer adormecida, tendo-lhe sido administrado midazolam. O choque aplicado foi de 50J e reverteu a situação do ritmo de taquicardia supraventricular para um ritmo sinusal. Após algum tempo de monitorização e vigilância da pessoa, o ritmo manteve-se sinusal tendo sido transferida para a unidade de observação do SU.

Para aplicação do indicador de resultado onde se pretendia aplicar cuidados farmacológicos e não farmacológicos no controlo da dor/desconforto da pessoa, utilizaram-se diversas escalas de dor (numérica, verbal ou comportamental) para avaliar e monitorizar a dor ou desconforto. Para além da utilização de terapêutica farmacológica no alívio da dor, também se minimizou o

desconforto das pessoas através dos posicionamentos, massagens corporais e minimização dos ruídos ou luzes, sempre que foi possível.

A reflexão dos cuidados e a avaliação dos resultados obtidos eram realizados, na maioria das vezes, após o contacto com as pessoas, quando estas eram transferidas para outro local no SU ou a nível intra-hospitalar, em conversas com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora. Sempre que possível, todos os registos de enfermagem acerca das pessoas cuidadas eram realizados, com a supervisão da Enf<sup>a</sup>. Orientadora. Desta forma, foi possível desenvolver a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização.

Em relação ao último objetivo, *“Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na área do conforto físico e psico-espiritual da pessoa/família em fim de vida”*, com base no seu desenvolvimento, delinear-se algumas atividades fundamentais para que fosse possível a realização do mesmo. Inicialmente, a ideia deste objetivo surgiu em conversa com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora, uma vez que é uma temática que necessita de abordagem num contexto da prática em que as medidas que prevalecem em relação a qualquer pessoa são as curativas. A primeira atividade que se pretendia desenvolver era a observação de situações complexas de pessoas em fim de vida, tendo-se definido como indicador de resultado um total de cinco, com o intuito de identificar as necessidades formativas nas áreas do conforto e das ações paliativas. Ribeiro e Costa (2012) contribuíram para a reflexão desta temática, uma vez que na revisão sistemática da literatura realizada sobre o conforto no doente idoso crónico hospitalizado, descobriram que o conceito de conforto é uma necessidade que todas as pessoas hospitalizadas referem. Contudo, a necessidade de conforto pode ser satisfeita através de variadas estratégias ou medidas, sendo que essas estratégias ou medidas podem variar de pessoa para pessoa. As estratégias confortadoras mais referidas pelos participantes do estudo assentam em medidas físicas (alívio da dor; toque), de apoio ou de suporte emocional (ajudar no controlo da ansiedade, preocupações e incertezas), na participação ativa das pessoas nas escolhas, na proximidade física com outras pessoas (família e amigos), no uso de humor adequado, na possibilidade de ter suporte espiritual.

Para a concretização deste projeto, foi necessário realizar entrevistas com a Enf<sup>a</sup>. responsável pela formação e também com o Enf<sup>o</sup>. pertencente à Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos. Uma vez que se pretendia contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem, sentiu-se a necessidade de definir como indicador de resultado a realização de uma sessão de formação sobre a temática *“Ações Paliativas no SU”*, aos enfermeiros do serviço, utilizando documentação científica e normas nacionais para a realização do mesmo. Porém, devido a diversos fatores inesperados, como a impossibilidade da presença da Enf<sup>a</sup>. Orientadora, por motivos de saúde, nos dias em que havia disponibilidade para a apresentação do trabalho desenvolvido, não foi possível realizar a sessão de formação aos enfermeiros, durante o período de duração do estágio. Uma estratégia que foi sugerida e aceite prontamente foi a realização de um artigo de reflexão (Apêndice IX) para publicação no jornal do CHLC para que

se possa comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros, como aos restantes profissionais de saúde do respetivo Centro Hospitalar.

Todas as situações foram determinantes durante o processo de aprendizagem e de aquisição de novas competências. Amendoeira (2004) refere a importância da diversidade de situações decorrentes da prestação de cuidados em diversos contextos, como o desenvolvimento da conceptualização de saberes abstratos no desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, contrariando a sua condição limitada de saberes contextuais.

### 2.3. MÓDULO III – OPCIONAL: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL SANTA MARIA (CHLN)

No início do Módulo III do Estágio, realizou-se um projeto individual onde se delinearam objetivos específicos, que se pretendia vir a atingir, tendo em conta os propósitos gerais do estágio e as competências que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve possuir. Para isso, planearam-se as atividades que se propunha desenvolver e as respetivas competências que se ambicionava adquirir, utilizando-se um cronograma de atividades com o intuito de organizar e definir prazos para a realização das mesmas.

O objetivo geral delineado passava por *“Desenvolver competências específicas (científicas, técnicas, éticas e relacionais) para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos em contexto peri-operatório”*, uma vez que se decidiu realizar o módulo de estágio opcional em contexto peri-operatório, com o intuito de desenvolver as competências de enfermeira especialista neste ambiente.

Em relação ao primeiro objetivo específico, *“Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, no contexto peri-operatório”*, planearam-se diversas atividades a desenvolver, com o intuito de adquirir/consolidar as competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, o conhecimento da estrutura física, organização, circuitos e dinâmica de funcionamento do BOC, que permitiu a integração no espaço físico, facilitando a integração na equipa multidisciplinar, e possibilitando, também, que se realizasse o projeto de estágio com os objetivos pessoais que se pretendia alcançar. Assim, a estrutura física, circuito das pessoas e dinâmica de funcionamento são apresentadas de seguida. Este é um BOC com uma capacidade de 4 BO, com duas salas cada um, a funcionar em simultâneo. Em cada BO, funcionam diferentes especialidades, nomeadamente, Ortopedia (Bloco 1), Cirurgia Geral (Bloco 2), Cirurgia Vasculuar e Urologia (Bloco 3) e no Bloco 4 decorrem as cirurgias de urgência. O horário de funcionamento dos BO que funcionam com cirurgias programadas é das 8h às 22h, com uma equipa de enfermagem de 50 enfermeiros. Por outro lado, existe uma outra equipa de enfermagem para assegurar os cuidados ininterruptamente no Bloco 4. O BOC tem ainda uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

(UCPA), com uma capacidade de 12 unidades individuais para as pessoas ficarem monitorizadas e vigiadas por uma equipa médica e de enfermagem, até estarem estáveis para serem transferidos para os serviços de internamento.

Apesar de o BO ser um local totalmente desconhecido, esse facto não foi motivador de dificuldades, pois, tanto a Enf<sup>a</sup>. Chefe, como a Enf<sup>a</sup>. Orientadora e alguns elementos da equipa multidisciplinar contribuíram para que se pudesse realizar esta atividade com sucesso. Utilizou-se, ainda, a proximidade com a realidade cirúrgica, proveniente do local de trabalho, como estratégia para melhor conhecer o funcionamento e também compreender a articulação entre o BOC e os restantes serviços do Hospital de Santa Maria, visto que constituía uma outra atividade do projeto. Conseguiram-se bastantes aprendizagens relacionadas com a dinâmica de funcionamento de um BO, e compreendeu-se, também, comparando com o local de trabalho, que a dinâmica de funcionamento não é estanque e pode variar de acordo com as equipas multidisciplinares, mantendo-se, porém, algumas características obrigatórias em qualquer BO. A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada pela Enf<sup>a</sup>. Orientadora e considerou-se que a formanda apresenta capacidade de trabalhar em equipa após um período de observação da prestação de cuidados por parte da mesma, permitindo-se enquadrar-se nos cuidados prestados no BOC, tendo demonstrado uma boa relação profissional. Compreendeu, também, a articulação realizada entre o BOC e os restantes serviços do Hospital Santa Maria, uma vez que as pessoas são encaminhadas dos serviços de internamento, após contacto telefónico do BO no período pré-operatório, enquanto no período pós-operatório a pessoa é encaminhada pessoalmente pelo enfermeiro de anestesia até à UCPA.

Uma outra atividade que se desenvolveu consistiu na colaboração, com a equipa multidisciplinar, nos cuidados prestados à pessoa no contexto peri-operatório através da análise e posterior execução das funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista. Em relação às funções de instrumentista, considera-se que são funções complexas que exigem um grande conhecimento por parte dos enfermeiros, não só a nível do instrumental cirúrgico, como do desenvolvimento dos procedimentos cirúrgicos, da manutenção da assepsia, dos riscos potenciais da intervenção cirúrgica, da manutenção da segurança da pessoa, entre outros. Analisando-se esta função do enfermeiro em contexto peri-operatório, considerou-se que é necessário algum tempo para aquisição e aprofundamento de conhecimentos nesta área mas, possivelmente, a duração deste Módulo de Estágio não iria permitir que se conseguisse adquirir essas competências nem que se aprofundasse os conhecimentos em relação a esta temática. Contudo, houve oportunidade de colaborar com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora durante um procedimento cirúrgico e a experiência foi muito interessante e enriquecedora. Considerou-se importante para se poder ter a noção da relevância da técnica asséptica cirúrgica e das responsabilidades do enfermeiro instrumentista em relação às questões de segurança da pessoa, pois esta é uma função que exige muita concentração, não querendo dizer que as outras não necessitam de igual empenho. Em relação à execução da função de enfermeiro circulante, considera-se que a experiência possibilitou muitas

oportunidades para se desenvolver competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que o enfermeiro circulante tem de ter uma enorme capacidade de orientação, gestão dos cuidados de toda a sala operatória, ou seja, necessita de estar atento e colaborar para que tudo corra com a maior qualidade possível, dando-se uma grande importância à segurança da pessoa. Relativamente à função de enfermeiro de anestesia, julga-se que foi a função onde esteve mais confortável na prestação de cuidados, pois permitiu-lhe comunicar com a pessoa no período pré-operatório e utilizar estratégias de comunicação com a mesma, possibilitando-lhe que desenvolvesse e consolidasse os conhecimentos relativamente à farmacologia utilizada na indução anestésica, à colaboração nos cuidados à pessoa com VMI, aos posicionamentos da pessoa no período intra-cirúrgico, aos cuidados pós-operatórios da pessoa, entre outros conhecimentos que já tinha adquirido em outros contextos de Estágio ou ao longo da experiência profissional. Um dos temas, que suscitou interesse para se aprofundar está relacionado com a administração de antibioterapia profilática nos procedimentos cirúrgicos, uma vez que se observou, no local de estágio, que esta é feita no período de indução anestésica, em contrapartida, no local de trabalho esta administração é realizada no contexto pré-operatório, cerca de uma hora antes do procedimento cirúrgico. A antibioterapia profilática é eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico quando usada adequadamente. Vários estudos provam que a administração da antibioterapia profilática cerca de duas horas antes ou após a incisão revela um aumento na taxa de infeção, contudo houve redução dessa mesma taxa nas situações em que os antibióticos foram administrados antes da indução anestésica, ou seja, cerca de 20 minutos antes da incisão cirúrgica. No entanto, é importante conhecer a ação dos antibióticos, pois alguns terão de ser administrados cerca de uma hora antes para iniciar a sua ação quando se inicia o procedimento cirúrgico (Bratzler e Houck, 2004). Estas pesquisas, entre outras realizadas, permitiram incorporar na prática, no contexto profissional atual, os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

Por fim, uma outra atividade que permitiu atingir o objetivo específico consistiu na pesquisa sobre as práticas recomendadas para o BO relativamente a vestuário, uso de antissépticos, desinfeção do campo cirúrgico, desinfeção cirúrgica das mãos, uso de luvas, e a técnica asséptica cirúrgica, realizada de acordo com as recomendações fornecidas pela AESOP (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses, 2006), permitiu que a atuação no BO fosse mais segura.

Em relação ao segundo objetivo, *“Desenvolver estratégias de minimização do erro e do risco clínico, para manutenção da segurança da pessoa, no contexto peri-operatório”*, foram incrementadas diversas atividades facilitadoras do desenvolvimento de competências, tendo em conta que a segurança da pessoa é uma temática de extrema importância na saúde. Relativamente à primeira atividade, que consistia na leitura de protocolos e normas terapêuticas que reduzam o risco, tentava-se tomar conhecimentos de três protocolos ou normas terapêuticas para redução do risco, contudo, foram apreendidos e aplicados diversos protocolos durante o estágio, nomeadamente, os protocolos de verificação do material e

funcionalidade dos equipamentos, contagem de compressas e material cirúrgico, desinfecção do local cirúrgico, colocação de dispositivos médicos, vigilância contínua de parâmetros vitais, vestuário assético, desinfecção assética das mãos, verificação da identidade e local corretos, entre outros, que são aplicados no BOC. Também se aplicaram as normas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para implementação de medidas cirúrgicas através do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”, com base no qual se desenvolveu um trabalho escrito de sensibilização dos enfermeiros para a implementação da lista de verificação (Apêndice X) e um *poster* baseado nesse trabalho (Apêndice XI), que surgiu em conversa com a Enf<sup>a</sup>. Chefe e com a Enf<sup>a</sup>. Orientadora. Não havendo possibilidade de se realizar uma formação em serviço no tempo útil de duração do estágio, foi feita a sugestão da realização do *poster*, que ficará disponível para todos os profissionais do BOC.

Também se realizou o acolhimento ao maior número de pessoas no período pré-operatório imediato e essa foi uma atividade que não revelou ter dificuldades, pois utilizou-se a mesma metodologia de trabalho adotada na experiência profissional, quando se aplica um protocolo de verificação (*check-list*) pré-operatória antes de encaminhar as pessoas para o BO. Em relação ao desenvolvimento de uma metodologia de trabalho organizada que diminua a probabilidade de ocorrência do erro, pretendia-se implementar a *check-list* de cirurgia segura durante um período de tempo e a Enf<sup>a</sup>. Orientadora possibilitou que se tomasse conhecimento da lista de verificação existente no serviço, contudo, institucionalmente, está definido pela administração hospitalar que a implementação e registo da lista de verificação de procedimentos seguros no BO é da responsabilidade exclusiva dos médicos anestesistas, pelo que se compreendeu que esta atividade só seria possível de implementar se houvesse uma alteração das normas internas do Hospital. No entanto, em todos os procedimentos cirúrgicos, eram verificadas as condições de segurança propostas nessa lista de verificação, baseada nas indicações dadas pela OMS, apesar de nem sempre haver o seu registo.

Uma outra atividade que se desenvolveu consistiu em colaborar nas medidas de segurança relacionadas com os posicionamentos das pessoas, sendo que, ao longo do estágio, houve oportunidade de se observar e colaborar em diferentes posicionamentos, compreendendo a relevância dos mesmos na segurança da pessoa, em relação à redução dos riscos físicos inerentes a cada posicionamento. Na análise de uma revisão da literatura realizada, os estudos revelaram que a temática dos posicionamentos intra-operatórios estava focada em três temas principais: os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações, as complicações decorrentes da cirurgia e os cuidados de enfermagem relacionados com o posicionamento cirúrgico da pessoa. Uma avaliação pré-operatória de cada pessoa, considerando os fatores de risco na elaboração do plano de cuidados e registando-os, pode contribuir de modo a não se desenvolverem complicações no período intra-operatório, sendo que é fulcral que as pessoas recebam orientações relativamente aos fatores de risco. Os principais fatores de risco mencionados foram: 1) anestesia geral - situação em que o corpo perde a proteção fisiológica para os mecanismos de compensação e é suscetível a lesões musculares e/ou nervosas; o

facto de se usar drogas como relaxantes musculares e analgésicos pode mascarar e retardar o diagnóstico de lesões intra-operatórias; 2) idade - idosos ou pacientes muito jovens podem ter uma pele mais sensível e têm maior probabilidade de desenvolver lesões na pele; 3) peso – é importante avaliar o índice de massa corporal, pois as pessoas com obesidade ou excesso de peso têm um maior potencial de complicações, e o contrário, peso a menos, provoca uma maior exposição de proeminências ósseas da pessoa cuidada que são as regiões mais suscetíveis a aparecimento de lesões na pele; 4) imobilidade ou problemas na mobilização – proporcionam maiores dificuldades nos posicionamentos cirúrgicos e podem favorecer a formação de coágulos de sangue e pontos de pressão; 5) problemas no controlo da temperatura corporal - como resultado da hipotermia, o corpo necessita de mais oxigénio e, sem o fluxo necessário pode favorecer a formação de tecidos isquémicos ou necrose; 6) doenças pré-existentes - diabetes mellitus, cancro, insuficiência renal, baixos níveis de hemoglobina, problemas vasculares, de coração e respiratórios são doenças que afetam o sistema imunitário e podem favorecer o desenvolvimento de complicações; 7) tempo de cirurgia prolongado - mais de duas horas de cirurgia podem afetar a oxigenação dos tecidos e favorecer a ocorrência de úlceras por pressão. Todos os estudos referem que o posicionamento cirúrgico da pessoa tem um impacto negativo sobre os sistemas do corpo e pode implicar várias complicações, tais como: dores músculo-esqueléticas, luxações, lesões dos nervos periféricos, lesões de pele, problemas cardiovasculares e pulmonares e até síndrome de compartimento. Destacaram-se nos artigos analisados diversas recomendações para os cuidados de enfermagem: respeitar o alinhamento do corpo; tomar medidas de prevenção nas áreas de pressão; reduzir o cisalhamento, fricção e pressão; verificar as proeminências ósseas; selecionar e aplicar dispositivos de posicionamento disponíveis, de acordo com as necessidades de cada pessoa e relacioná-los com o tipo de cirurgia e a sua duração; realizar o transporte e o posicionamento da pessoa com um número adequado de pessoal e com o uso adequado de equipamentos para evitar acidentes de trabalho e da pessoa e documentar todos os procedimentos de posicionamento. As principais recomendações nas posições cirúrgicas são: a) decúbito dorsal – usar almofadas ou suportes para a cabeça e joelhos, apoiar os braços num ângulo máximo de 90º com o corpo, manter as pernas descruzadas, evitar a hiperextensão dos pés; b) decúbito ventral - proteger o rosto, olhos e queixo, de modo favorável ao acesso de tubos e linhas de vigilância, manter o alinhamento do pescoço, colocar uma almofada em forma de rolo da clavícula à crista ilíaca e nas pernas e pés, proteger os pés em relação à hiperflexão; c) lateral - manter o alinhamento da coluna vertebral, observar os ouvidos, colocar um dispositivo ou suporte sob a região da axila, da cabeça e entre as pernas, mantendo-se em contacto com a perna que está em flexão, na região da bacia e na perna esticada; d) litotomia - manter os braços em apoios num ângulo máximo de 90º, proceder ao alinhamento da bacia com o resto do corpo, usar a elevação das pernas num tempo mais reduzido possível e minimizar o grau de abdução da bacia (Lopes e Galvão, 2010).

Relativamente à prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, não se demonstrou grandes dificuldades em compreender e assimilar todas as questões de segurança que devem ser implementadas para prevenção das infeções no contexto de BO, tendo-se agido profissionalmente segundo o princípio da assepsia progressiva.

Em relação ao último objetivo específico, *“Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na área do conforto à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, no contexto peri-operatório”*, e com base no seu desenvolvimento, foram delineadas algumas atividades fundamentais para que fosse possível a realização do mesmo. Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica acerca da área do conforto, tendo como base a Teoria de Kolcaba. Sabe-se que um procedimento cirúrgico provoca sempre alterações de índole física nas pessoas, por vezes muito valorizadas pelos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, contudo, não são só as alterações físicas que provocam desconforto e mal-estar no doente cirúrgico e, talvez não seja esse tipo de desconforto o mais valorizado pelo próprio, por isso, ao analisar-se Kolcaba (2001) na sua Teoria do Conforto, verificou-se que as necessidades de conforto das pessoas podiam manifestar-se nos contextos físico, psico-espiritual, ambiental e social, usando medidas adequadas de três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência. A pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos vivencia e experimenta diferentes significados de conforto, tais como o facto de ser olhado como uma pessoa que tem sofrimento, ter oportunidade de não estar só, e pelo contrário ter a presença da família e dos amigos, ter apoio e suporte físico, emocional e espiritual e ter uma projeção de um futuro melhor, contribuindo para a sua manutenção de esperança (Ribeiro e Costa, 2012).

Relativamente à colaboração na visita pré-operatória, na véspera da cirurgia, houve oportunidade de realizar apenas uma visita pré-operatória, pois, na maioria das vezes, as pessoas eram hospitalizadas no próprio dia em que iam ser submetidas a procedimentos cirúrgicos. Considerou-se, na experiência vivenciada na primeira semana de estágio, que a pessoa tinha alterado o seu comportamento inicial de receios, ansiedade e nervosismo, para uma atitude mais descontraída no final da conversa, sorrindo e utilizando o humor no seu discurso. Possivelmente, esta alteração de comportamento deveu-se, ao facto de a pessoa se ter sentido segura com o esclarecimento das suas dúvidas e receios, o que pode considerar-se uma medida de conforto psico-espiritual. A sensibilização dos enfermeiros relativamente à importância da manutenção da temperatura corporal, como medida de conforto físico, foi realizada no decorrer do estágio, no contexto da prática e integrada nos cuidados.

Em suma, considera-se que este Módulo de Estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica que, em complementaridade com as competências adquiridas nos módulos anteriores, permite adquirir as competências necessárias para exercer cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, adaptando-se aos contextos que irá integrar ao longo do seu desenvolvimento profissional. Tal como Schumacher e Meleis (1994) referiram, o enfermeiro

também vivencia situações de transição situacional, quando se altera o contexto da prestação de cuidados, ou seja, quando vivencia uma mudança no local de trabalho, ou até, quando experimenta situações novas, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, no seu local de trabalho. Também, Benner (2001) explica que o enfermeiro que realiza a sua prática num determinado contexto, em três a cinco anos, pode tornar-se um perito naquele contexto de ação, contudo, noutros contextos pode ser um iniciado avançado ou até mesmo iniciado.



### 3. CONCLUSÃO

O relatório de estágio surge na concretização e finalização do Curso de Mestrado em apreço, que proporcionou a mobilização de conhecimentos em ação e o experienciar de novas vivências, as quais contribuíram para a aquisição/desenvolvimento de competências específicas em enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Aplicaram-se e integraram-se conhecimentos face a situações complexas, que permitiram compreender, resolver, refletir e solucionar essas mesmas situações, permitindo que, no final, fosse capaz de comunicar, de forma clara e sem ambiguidades, as suas conclusões e conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas.

Considera-se pertinente referir o imprescindível contributo da formação universitária especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica para o desenvolvimento enquanto pessoa e profissional.

Em relação às implicações na prática, ensino e investigação, o presente relatório espelha a importância que esta tem no decurso da prática e no desenvolvimento do ensino de Enfermagem em Portugal. Através da revisão sistemática da literatura baseada em estudos atuais, do contributo das teorias de enfermagem na prática, no decorrer do estágio, e na realização de atividades, proporcionou-se, não só à formanda, mas também à população dos enfermeiros, o desenvolvimento das competências específicas na área da especialização, possibilitando-lhes enriquecer os seus conhecimentos, em consequência da partilha e a contribuição, nos locais onde realizou o estágio.

Houve competências que não houve possibilidade de desenvolver na íntegra, como o exercício de supervisão de profissionais na área de especialização ou a colaboração na integração de novos profissionais, no entanto, adquiriu os instrumentos necessários para, no seu contexto profissional atual ou futuro, utilizar na aquisição/desenvolvimento das referidas competências. As ferramentas adquiridas possibilitarão o desenvolvimento de projetos e atividades, que lhe permitirão continuar a contribuir para o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros.

Realizando uma análise SWOT (*Strengths; Weakness; Opportunities; Threats*), verifica-se que os pontos fortes vivenciados foram a experiência e partilha, por parte dos enfermeiros especialistas ou peritos, bem como outros profissionais, e o contributo e orientação tutorial por parte dos docentes orientadores. Os pontos fracos identificados estão relacionados com a duração de cada módulo de estágio, uma vez que o tempo foi curto para desenvolver mais aprendizagens, e o facto de a revisão sistemática da literatura ter sido realizada tardiamente, não havendo oportunidade de utilizar o resultado da investigação no âmbito da prática nos módulos de estágio. Em relação às oportunidades, é de referir a importância de todas as suas implicações de aprendizagem nos diferentes contextos da prática, bem como o privilégio da participação em projetos realizados a nível hospitalar e nacional e, também, a contribuição

dada aos profissionais dos diversos locais de estágio. Por fim, relativamente às ameaças sentidas, no contexto do módulo de estágio no SU, constatou-se que estas se relacionam com o facto de existirem situações de imprevisibilidade no referido contexto. Noutra situação de estágio, verificou-se a existência de normas institucionalizadas que não permitiram a realização de determinadas atividades.

A principal limitação na elaboração do relatório do estágio relacionou-se com a necessidade de se transmitir por escrito todas as situações, emoções e sentimentos vivenciados ao longo deste período. Contudo, o objetivo deste relatório foi atingido, na medida em que houve possibilidade de se realizar a descrição das atividades desenvolvidas, no contexto da prática, de forma reflexiva, crítica e fundamentada.

Com este relatório, espera-se, também, motivar todos os enfermeiros para a realização de investigação em Enfermagem, contribuindo-se para o desenvolvimento da excelência e da qualidade dos cuidados prestados com as pessoas e suas famílias em qualquer contexto da prática.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMENDOEIRA, José - Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes. Enfermagem [Em linha] Nº 35/36, 2ª série, 2004, p. 13-22. [Consult. 7 Janeiro 2013] Disponível em <http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/Efermagememportugal.pdf>.

ANJOS, Cláudia [et al] - O potencial da hipotermia terapêutica no tratamento do paciente crítico. O Mundo da Saúde [Em linha] Vol. 32, nº 1, 2008, p. 74-78. [Consult. 4 Outubro 2012] Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/58/74a78.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/74a78.pdf). ISSN 1980-3990.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BESEL, Jamie Marie – The effects of music therapy on comfort in the mechanically ventilated patient in the intensive care unit. Bozeman: Montana State University. 2006. Tese de Mestrado. [Consult. 17 Janeiro 2013]. Disponível em <http://etd.lib.montana.edu/etd/2006/besel/BeselJ0506.pdf>

BRATZLER, Dale; HOUCK, Peter - Antimicrobial Prophylaxis for Surgery: An Advisory Statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clinical Infectious Diseases [Em linha] Vol. 38, 2004, p. 1706-1715. [Consult. 10 Dezembro 2012]. Disponível em [http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic\\_manual/idsasurgproph2004.pdf](http://www.ups.upenn.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsasurgproph2004.pdf). ISSN 1537-6591.

CARVALHO, Luísa [et al] - Ventilação Não-Invasiva no Edema Agudo do Pulmão no Serviço de Urgência. Revista Portuguesa de Cardiologia [Em linha] Vol. 27, nº 2, 2008, p. 191-198. [Consult. 2 Outubro 2012]. Disponível em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/886/1/Ventila%C3%A7%C3%A3o%20N%C3%A3o-Invasiva%20no%20Edema%20Agudo.pdf>. ISSN 0870-2551.

CARVALHO, Mauricio - **Cinémática do Trauma em Pré-Hospitalar**. [Em linha] Brasil: Universidade Federal Fluminense, s.d. [Consult. 1 Outubro 2012] Disponível em <http://www.uff.br/ph/artigos/cinematica.pdf>.

CENTRE REVIEWS AND DISSEMINATION - **Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. [Em Linha]. University of York, 2009. [Consult. 17 Janeiro

2013]. Disponível em [http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf). ISBN 978-1-900640-47-3.

CHAN, Moon Fai [et al.] - Investigating the physiological responses of patients listening to music in the intensive care unit. Journal of Clinical Nursing [Em linha] Vol. 18, (2008), p. 1250-1257. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1365-2702.

CHLAN, Linda [et al.] - Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilator support: a pilot study. American Journal of Critical Care [Em linha] Vol. 6, nº 2, (2007), p. 141-145. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1937-710X.

CHLAN, Linda [et al.] - Does music influence stress in mechanically ventilated patients? Intensive and Critical Care Nursing [Em linha] (2012) [Consult. 8 Janeiro 2013]. ISSN 0964-3397.

CN 01/DQS/DQCQ. 2010 - Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). Lisboa: Ministério da Saúde.

CN 16/DQS/DQCQ. 2010 – Cirurgia Segura Salva Vidas Lisboa: Ministério da Saúde.

COOKE, Marie [et al.] - The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: a randomized cross-over study. International Journal of Nursing Practice [Em linha] Vol. 16, (2010), p. 125-131. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1440-172X.

CUNHA, Alice [et al.] - Atitude dos enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. Revista Referência [Em linha] Série III, nº 1, (2010), p. 7-16. [Consult. 29 Maio 2013]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n1/v3n1a02.pdf>. ISSN 0874-0283.

DIJKSTRA, Boukje [et al.] - The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients. Journal of Clinical Nursing [Em linha] Vol. 19, (2010), p. 1030-1039. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1365-2702.

EUROPEAN CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Protocolo Versão 4.2: Inquérito de Prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos na Europa**. [Em linha] 2011. [Consult. 29 Maio 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.

FEITOSA-FILHO, Gilson [et al.] - Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspetos práticos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Em linha] Vol. 21, nº 1,

2009, p. 65-71. [Consult. 4 Outubro 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a10.pdf>. ISSN 1982-4335.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos - **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 9789728485092.

GONZÁLEZ-IBARRA, Fernando [et al] - Hipotermia Terapéutica en Traumatismo Craneoencefálico. Archivos de Salud de Sinaloa [Em linha] Vol. 3, nº 1, 2009, p. 20-25. [Consult. 4 Outubro 2012]. Disponível em <http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/assin%209%20Revisi%F3n%20de%20la%20Literatura.pdf>.

GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS - **Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes**. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde. 2006. [Consult. 1 Outubro 2012]. Disponível em [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/producao\\_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf).

HACKE, Werner [et al] - **AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento**. [Em linha] Alemanha: European Stroke Initiative, 2003. [Consult. 2 Outubro 2012]. Disponível em [http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI\\_recommendations\\_flyer\\_portugal.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf).

HAN, Lin [et al.] - Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing [Em linha] Vol. 19, (2010), p. 978-987. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1365-2702.

HANSON, Shirley M. H. - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 2005. ISBN 978-972-8383-83-1.

IBLHER, Peter [et al.] - Does music harm patients after cardiac surgery? A randomized, controlled study. Applied Cardiopulmonary Pathophysiology Journal [Em linha] Vol. 15, (2011), p. 14-23. [Consult. 8 Janeiro 2013]. ISSN 09205268.

KÉROUAC, Suzanne [et al] – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 84-458-0365-4.

KOHRAN, Esra [et al.] - The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support. Journal of Clinical Nursing [Em linha] Vol. 20, (2011), p. 1026-1034. [Consult. 2 Janeiro 2013]. ISSN 1365-2702.

KOLCABA, Katharine – Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. Nursing Outlook Vol. 49, nº 2, (2001), p. 86-92. ISSN 0029-6554.

KOLCABA, Katharine – **Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research.** [Em linha] New York: Springer Publishing Company, 2003. [Consult. 17 Janeiro 2013]. Disponível em [http://www.google.pt/books?hl=en&lr=&id=nduGie\\_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Comfort+theory+and+practice:+a+vision+for+holistic+health+care+and+research.&ots=S71ayKQcJb&sig=WlsvRyrdS9EtTXMypYvN1QRqyyk&redir\\_esc=y](http://www.google.pt/books?hl=en&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Comfort+theory+and+practice:+a+vision+for+holistic+health+care+and+research.&ots=S71ayKQcJb&sig=WlsvRyrdS9EtTXMypYvN1QRqyyk&redir_esc=y). ISBN 0-8261-1663-7.

LOPES, Camila; GALVÃO, Cristina - Surgical Positioning: Evidence for Nursing Care. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha] Vol. 18, nº 2, 2010, p. 287-294. [Consult. 2 Janeiro 2013]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000200021&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000200021&script=sci_arttext&tlng=es). ISSN 0104-1169.

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. Advances in nursing science [Em linha] Vol. 23, nº 1 (2000), p. 12-28. [Consult. 18 Janeiro 2013]. Disponível em [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx). ISSN 0161-9268.

MIÑABRES, E. [et al] - Hipotermia terapéutica en pacientes neurocríticos. Medicina Intensiva [Em linha] Vol. 32, nº 5, 2008, p. 227-235. [Consult. 4 Outubro 2012]. Disponível em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000500004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000500004&script=sci_arttext&tlng=pt). ISSN 0210-5691.

MORSE, Janice. Conceptualizing a theory of comfort. Health SA Gesondheid [Em linha] Vol. 2, nº 2, 1997, p. 3-9. [Consult. 17 Janeiro 2013]. ISSN 2071-9736.

MUNRO, S. & MOUNT, B. Music therapy in palliative care. Canadian Medical Association Journal [Em linha] Vol. 119, nº 4 (1978), p. 1029-1034. [Consult. 17 Janeiro 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1819041/pdf/canmedaj01433-0041.pdf>. ISSN 1488-2329.

NILSSON, Ulrica - The Anxiety and Pain Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. AORN Journal [Em linha] Vol. 87, nº 4, (2008), p. 780-807. [Consult. 20 Janeiro 2013]. Disponível em [http://www.lj.se/info\\_files/infosida31957/AORN\\_Review\\_2008.pdf](http://www.lj.se/info_files/infosida31957/AORN_Review_2008.pdf). ISSN 0001-2092.

OLIVEIRA, A. [et al] - Projecto Padrões de Qualidade/CIPE. Revista Enformação Nº 14, (2011), p. 6-7. ISSN 1646-9607.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusodidacta, 2005. ISBN 978-972-8383-84-8.

PINA, Elaine [et al] - **Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 7 Fevereiro 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.

PINTO, Ezequiel - Apresentação Clínica de Síndrome Coronário Agudo no Serviço de Urgência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado. [Consult. 2 Outubro 2012]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55354/2/Apresentao%20clinica%20do%20sndrome%20coronrio%20agudo%20no%20servio.pdf>.

POETA, Alexandre [et al] - Entre a inovação e o planeamento. Novos modelos de gestão das compras hospitalares. Gestão e desenvolvimento [Em linha] N° 9, (2000), p. 173-194. [Consult. 30 Maio 2012]. Disponível em [http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD9/gestaodesenvolvimento9\\_173.pdf](http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD9/gestaodesenvolvimento9_173.pdf). ISSN 0872-556X.

PORTAL DA SAÚDE – Dados Gerais do Hospital de São José [Em linha] Portugal [2012?]. [Consult. 25 Setembro 2012]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=211>.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO - **Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão**. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde, 2006. [Consult. 27 Outubro 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00140015AAAAAAA>

RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria – O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. Referência III Série, nº 7 (2012), p. 149-158. ISSN 0874-0283.

SCHUMACHER, Karen; MELEIS, Afaf – Transitions: a central concept in Nursing. Image J Nurs Scholarship [Em linha] Vol. 26, nº 2 (1994), p. 119-127. [Consult. 18 Janeiro 2013]. Disponível em <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>. ISSN 0743-5150.

SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir Vol. 55, nº 1-2 (2007), p. 11-20. ISSN 0871-2370.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - **Recomendações no Transporte de Doentes Críticos**. [Em linha]. Lisboa: Celom, 2008. [Consult. 3 Outubro 2012]. Disponível em [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf).

STUHLMILLER, David [et al.] - Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport. Air Medical Journal [Em linha] Vol. 28, nº 2, (2009), p. 88-91. [Consult. 8 Janeiro 2013]. ISSN 1067-991X.

TAPPEN, Ruth - **Liderança e Administração em Enfermagem**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2005. ISBN 978-972-8930-00-4.

TOMEY, Ann & ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TRACY, Mary; CHLAN, Linda – Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients receiving Mechanical Ventilation. Critical Care Nurse [Em linha] Vol. 31, nº 3, (2011), p. 19-28. [Consult. 14 Maio 2012]. Disponível em <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C31133.pdf>. ISSN 1940-8250.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de Estágio**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Documento não publicado.

URDEN, Linda et al – **Enfermagem de Cuidados Intensivos**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.

#### **LEGISLAÇÃO:**

REGULAMENTO nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI nº 74/2006 de 25 de Março, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

PARECER do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros nº 194/2010.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

APÊNDICE I - DIÁRIO DE BORDO REALIZADO NO MÓDULO II DO ESTÁGIO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

### **Diário de bordo**

O seguinte diário de bordo foi realizado no Contexto de Cuidados Intensivos/Intermédios com o objetivo de permitir a reflexão e análise das situações vivenciadas em estágio, resultando no relato das mesmas e fundamentação teórica, após terem sido discutidas com a Enfermeira Orientadora. Assim, permitiu-me consolidar conhecimentos e desenvolver competências específicas da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

24/04/2012 – Manhã (8h-16h30)

Quando cheguei ao serviço, fiquei perplexa com todo o material e dinâmica funcional da equipa multidisciplinar.

A minha primeira reacção foi olhar no geral e tentar reconhecer algumas coisas que me fossem familiares dos conteúdos abordados nas aulas. Tentei identificar alguns gráficos referentes a monitorizações de parâmetros vitais, hemodinâmicos e ventilatórios. Reconheci alguns aparelhos como o Cell-Saver (CS), Prismaflex<sup>®</sup>, Balão Intra-Aórtico (BIA), etc.

Durante a passagem de turno da chefe de equipa da noite estive a prestar atenção para tentar entender no geral o que se passava com todos os doentes, mas era utilizado um tipo de linguagem a que não estou habituada, alguns termos mais complexos e o uso de siglas que desconheço fez com que não conseguisse absorver quase nenhuma informação pertinente sobre os doentes e sua situação.

O doente que ficou atribuído à enfermeira, que me integrou neste primeiro turno, tinha sido submetido a cirurgia torácica no dia anterior. Era um senhor de 70 anos, com Neoplasia do Lobo Superior Esquerdo, que fez biopsia em 2011, tratamentos de

radioterapia e quimioterapia na sequência desta neoplasia, com antecedentes de Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo II (DMII) e DPOC. Inicialmente, foi submetido a toracotomia exploratória mas devido a uma complicação hemorrágica, a cirurgia foi convertida a recessão atípica do lobo superior esquerdo com necessidade de colocar o doente em Circulação Extra Corporal (CEC) e com compressas internas para tamponamento. Fez várias unidades de hemoderivados (concentrado de eritrócitos e plasma) no Bloco Operatório (BO) e na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica Cardio-Torácica (UCICCT) também. Quando chegou do BO, no dia anterior, tinha um Tubo Endotraqueal (TET) de duplo lúmen, que eu já não visualizei pois foi trocado por um TET 7,5 que estava bastante introduzido. Para entender melhor a função do TET de duplo lúmen fiz pesquisa e percebi que era um TET que permitia fazer uma separação dos pulmões, na medida em que um dos lúmens era introduzido num dos pulmões e insuflado um cuff, enquanto o outro lúmen ao ser mais curto permanecia na traqueia e ventilava o outro pulmão (Schmidt, 2010). Assim era possível, ventilar apenas o pulmão que está são e colapsar o pulmão que se pretende operar. Este TET de duplo lúmen tem como desvantagens ser mais rígido e por isso difícil de moldar e devido ao seu maior diâmetro também é mais complicada a entubação. Por outro lado, as vantagens deste tubo são a possibilidade de haver uma independência bilateral nos pulmões, a capacidade para fornecer pressão positiva no pulmão que não está a ser ventilado e permitir assim passar de uma ventilação unilateral para bilateral de forma rápida (Schmidt, 2010).

O modo ventilatório programado para este doente quando chegou do BO foi Pressão Controlada (PC) devido aos seus antecedentes de DPOC e também ao tipo de cirurgia realizada e às complicações que teve. No entanto, posteriormente o modo ventilatório foi alterado para Volume Controlado Regulado pela Pressão (PRVC). Ao longo do turno foi necessário proceder à limpeza das vias aéreas com frequência, embora tenha ido diminuindo a quantidade de secreções hemáticas. Na técnica de aspiração, foi interessante poder reflectir na prática, os conteúdos abordados durante as aulas. Após uma pesquisa e análise de vários artigos científicos, verifiquei que foram realizados diversos estudos relacionados com a prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV). Em 2008, Chao et al, revelam nas conclusões do seu estudo que proceder a uma higiene oral com aspiração de secreções antes de realizar os posicionamentos dos doentes que se encontram ventilados reduz substancialmente a incidência da PAV. Na Califórnia, em 2010, Kjonggaard et al assentam as suas atuações

nas recomendações do CDC e em outras práticas baseadas na evidência que revelam que, para a prevenção da PAV os profissionais de saúde devem: usar luvas, desenvolver uma rotina de higiene oral, que pode ser acompanhada do uso de antisépticos, incluindo escovar os dentes, minimizar o uso do soro fisiológico na higiene brônquica, elevar a cabeceira da cama, realizar aspiração subglótica sempre que necessário e interromper a sedação diariamente. Outros estudos mais recentes de 2011, relatam o uso de aspiração de secreções subglóticas de forma contínua ou intermitente como uma intervenção que reduz eficazmente a incidência da PAV e conseqüentemente os custos que advêm do seu tratamento (Juneja; Speroni; Filippo). Urden et al (2005) relatam ainda a existência de um sistema fechado de aspiração endotraqueal, que permite ao doente ser aspirado enquanto está a ser ventilado. Outras vantagens incluem a manutenção da oxigenação e PEEP durante a aspiração e a proteção dos profissionais em relação às secreções do doente. Uma das situações, que deixa reservas aos investigadores e sugere a necessidade de mais estudos, é a frequência e as condições em que são realizadas as trocas do catéter que permite a aspiração contínua e a conseqüente remoção das secreções aspiradas.

O doente tinha também vários fármacos em perfusão, tais como noradrenalina, dobutamina, propofol, cisatracúrio e alfentanil. Também necessitou de soros colóides para expansão do plasma e devido a perdas abundantes de líquido sero-hemático pelos drenos torácicos, os mesmos estavam conectados ao CS que recolhia esse líquido, fazendo uma lavagem, tratamento e reaproveitamento de alguma quantidade para ser infundido no doente. Ao longo do turno, as duas gasimetrias avaliadas mostravam que o doente apresentava acidose respiratória, os seus valores de hemoglobina estavam controlados com valores aproximadamente de 12 e os iões encontravam-se estabilizados. Devido a presença de hiperglicémia, foi colocada insulina em perfusão. Mantinha os parâmetros vitais alterados, apresentando taquicardia sinusal, pressões arteriais avaliadas invasivamente relativamente baixas mas com Pressão Arterial Média (PAM) superior a 60, Pressão Venosa Central (PVC) alterada com valores que rondavam os 30 e saturações de oxigénio acima de 90%.

Uma das situações que me deixou mais surpreendida foi quando ficou mais desperto e começou a fazer movimentos com a cabeça, a tentar morder o TET, a abrir os olhos, a franzir a pele na região frontal da cabeça, e ao questioná-lo se tinha dor, o doente confirmou com movimentos da cabeça. Quando imaginei um doente sedado e curarizado, pensei que estaria praticamente imóvel, no entanto percebi que, por vezes, o limiar de sedação é baixo e o doente consegue comunicar.

Na observação física do doente, avalei a presença de pulsos periféricos e vigiei os sinais de perfusão periférica, que estavam bem, verifiquei que apresentava um abdómen distendido mas mole e depressível, constatei também que tinha uma Sonda NasoGástrica (SNG) em drenagem passiva com alguns vestígios de conteúdo hemático. Em relação à alimentação, o doente manteve-se em dieta zero mas como durante as aulas aprendi que era importante iniciar uma alimentação precoce, refleti acerca do assunto e após pesquisa realizada verifiquei que houve um estudo onde foi aplicado por enfermeiros um algoritmo de iniciação precoce e segura da alimentação entérica em doentes internados em UCI, com base no seu peso. Apurou-se que uma parte significativa dos participantes do estudo estavam a ser bem alimentados com o uso do algoritmo e apenas necessitavam de avaliação periódica por parte do nutricionista, ao contrário do grupo de doentes onde não se tinha feito essa aplicação, que necessitavam de avaliação contínua (Dobson e Scott, 2007). Num outro estudo realizado em 2009, com doentes a serem alimentados por sondas de alimentação entérica em UCI, os autores revelam que os doentes que participaram relatavam alterações nutricionais mas também alterações emocionais e sociais. As alterações nutricionais mais identificadas foram a sensação de sede, as alterações de apetite, as dificuldades alimentares e os desconfortos abdominais. Por outro lado, valorizam também muito as alterações emocionais e sociais, declarando que a sua maior preocupação prende-se com a alteração da auto-imagem, pela presença da sonda alimentar, e também o facto de não terem controlo sobre a sua nutrição (Persenius et al, 2009). Por todas estas razões, o enfermeiro deve ter a consciência de que o doente gosta de ter o controlo e de ser envolvido nas questões da sua nutrição, possibilitando nesse contexto o fornecimento da informação, a sua abordagem face à alimentação ou o envolvimento da sua família nessas decisões, assim como, ter o conhecimento das suas preferências e hábitos alimentares.

Em relação à eliminação, tinha débitos urinários horários superiores a 50cc, no entanto mantinha furosemida em perfusão. No decorrer do turno, o doente não apresentou nenhum tipo de eliminação intestinal.

26/04/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste turno, prestei cuidados ao mesmo doente. No início, a sedação foi suspensa para avaliar a resposta neurológica do doente, que se manteve adormecido

durante todo o turno. Houve diversas técnicas que apenas tinha observado no primeiro dia, que solicitei ao enfermeiro autorização para as realizar sob a sua supervisão, no entanto, senti algumas dificuldades. Colhi sangue da linha arterial para realizar gasimetria e tentei analisar os resultados, verificando que era uma área na qual necessito aprofundar os meus conhecimentos. Urden et al (2005) revela que as gasimetrias arteriais podem ser analisadas em 5 etapas. Na 1ª etapa verificar se os valores de PaO<sub>2</sub> revelam hipoxémia. Depois analisar o valor do pH para identificar a presença de alcalose ou acidose. Na etapa seguinte, ao examinar a PaCO<sub>2</sub>, perceber se revela acidose respiratória, alcalose ou se é normal. A etapa 4 consiste na verificação do valor do bicarbonato para entender se o valor é normal, ou se se trata de acidose ou alcalose metabólica. Por fim, na última etapa é analisar novamente o pH e perceber se o seu valor revela uma situação compensada ou descompensada. No contexto da Cirurgia Cardiorácica, um dos iões mais importantes a analisar é o ião potássio, uma vez que, tanto o seu défice como o excesso no organismo podem alterar as funções do miocárdio. Segundo o mesmo autor anteriormente referenciado, a hipercaliémia pode ser causada por excesso de administração de potássio, rabdomiólise, insuficiência renal e pela administração de alguns fármacos. Uma das formas de tratamento é a administração de uma perfusão de insulina-glicose ou pelo uso de resinas permutadores de iões. A hipocaliémia pode ser causada por perdas digestivas, fármacos diuréticos com uma insuficiente reposição de fluidos e terapêutica prolongada de esteróides. Para correcção desta situação deve-se administrar potássio de forma cautelosa, diluído e lentamente a fim de evitar provocar uma overdose accidental.

Outra das técnicas que realizei foi a técnica de aspiração mas deparei-me com alguma dificuldade em manter a técnica asséptica, pois é uma técnica que nunca tinha realizado.

Ao longo do turno, o doente foi apresentando diminuição da sua Pressão Arterial (PA) e aumento da frequência cardíaca, pelo que teve que se aumentar a dosagem de noradrenalina.

No final desse turno, o doente começou a ter débitos urinários de aproximadamente 15cc por hora, por isso, foi necessário colocar um catéter de hemodiálise para a realização de hemodiafiltração venovenosa contínua. Este método de substituição da função renal utiliza duas formas distintas de remoção do soluto, a convecção e a difusão, conseguindo desta forma remover o máximo de líquidos e solutos (Urden et al, 2005).

02/05/2012 – Manhã (13-16h30)

Devido à realização do exame, apenas fui para o estágio as 13h. Conheci a Enf<sup>a</sup> Alda, a orientadora. Estive reunida com ela para falarmos acerca do projeto de estágio e das temáticas que iria querer abordar ao longo do mesmo e também dos trabalhos que pretendia realizar. Prestei alguns cuidados ao mesmo doente que tinha acompanhado na semana passada. Já estava acordado mas ainda se mantinha ventilado, aparentemente estava consciente pois respondeu a perguntas simples, tendo inclusivamente pedido água. Estava a ser alimentado através de SNG mas ainda não tinha apresentado nenhuma eliminação e não se ouviam ruídos peristálticos. Com o decorrer do tempo, foi diminuindo a carga terapêutica de noradrenalina e dobutamina e mantinha a hemodiafiltração.

03/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Hoje fiquei a prestar cuidados a uma doente que tinha sido submetida a cirurgia de revascularização coronária por doença coronária de tronco comum e de duas coronárias. Já tinha sido extubada e mantinha oxigénio por máscara facial a 8 l/m. Tinha sonda nasogástrica sem qualquer conteúdo drenado, penso a nível torácico e três drenos (pleura esquerda, mediastino e pericárdio) a drenar para o sistema de drenagem torácico conectado a aspiração activa. Possuía também catéter colocado na aurícula esquerda a fim de avaliar a pressão na aurícula esquerda. Mantinha dois cateteres arteriais na radial esquerda e na femoral esquerda. Permanecia com penso no membro inferior direito por ter sido retirada parte da veia safena direita para a cirurgia de revascularização das coronárias. O penso do catéter da radial, o do catéter venoso central da jugular direita e o do membro inferior direito foram refeitos por estarem repassados, utilizando-se cloroheixidina. A doente iniciou dieta líquida que tolerou. Foram realizadas duas colheitas de gasimetria. Na primeira, foi tomada a decisão de retirar máscara facial e colocar óculos nasais a 3 l/m e de diminuir a insulina. Na avaliação da segunda teve que se aumentar novamente a insulina. A doente que é insuficiente renal crónica, no início do turno apresentava débitos urinários reduzidos de aproximadamente 40cc/h mas após reposição com volume de líquidos, melhorou os débitos urinários. O catéter da aurícula esquerda e o da artéria femoral foram retirados. No final do turno a doente foi

transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios. Durante o mesmo, foi igualmente preparada uma unidade para receber um doente que vinha do BO e, já no final do turno tive oportunidade de o acolher.

04/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Como a Enfermeira Alda estava de folga neste dia, e eu tinha demonstrado vontade de conhecer a Consulta Externa de Cirurgia Cardiotorácica, a Enf<sup>a</sup> Clara encaminhou-me para ficar nesse serviço neste dia. Apercebi-me que os enfermeiros da Consulta colaboram com os médicos na Consulta de Pré-Operatório realizando o acolhimento do doente, e uma avaliação inicial do mesmo, com dados que são extremamente importantes. Nesta primeira consulta do doente entregam-se alguns folhetos e complementam-se com a informação acerca do tipo de cirurgia, como irá decorrer o pré e o pós-operatório e, como se procede em relação às visitas do doente, entre outras coisas. O acompanhamento após a cirurgia (follow-up) também é realizado através da consulta e é presencial, caso coincida com o dia de consulta médica, ou telefónico. Esse acompanhamento dos doentes é realizado ao 3º dia após a alta, 30 dias, 3 meses, 6 meses e um ano após a cirurgia. Nesses contactos presenciais ou telefónicos são explicadas algumas dúvidas que os doentes têm, são realizados ensinamentos acerca da alimentação, exercício físico, gestão terapêutica, etc. e é elaborado um questionário a todos os doentes, acerca da qualidade de vida dos mesmos.

Outras situações que ocorrem na consulta são o acompanhamento de doentes com complicações das feridas cirúrgicas.

09/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

No dia 09/05, no início do turno não houve nenhum doente distribuído à Enf<sup>a</sup> Alda, no entanto tínhamos de preparar as unidades dos doentes que estavam no BO.

Preparei três unidades individuais, no que diz respeito à ventilação, sistemas de aspiração, entre outras medidas, a fim de acolher o doente que vem do BO, prestando todos os cuidados de conforto, vigilância e monitorização.

Assim, por volta das 13h recebi o doente vindo do BO que tinha Estenose Aórtica e lhe foi colocada prótese aórtica biológica. Tinha antecedentes de HTA, Dislipidemia e AVC sem sequelas. Veio do BO entubado em VC, sob o efeito da

anestesia mas sem sedação em curso. Tinha SNG em drenagem sem conteúdo gástrico. Possuía três drenos torácicos (pleura direita, pericárdio e mediastino) em drenagem activa que até as 16h drenou 800cc de conteúdo hemático. Por essa razão fez 3 unidades de plasma, uma de concentrado de eritrócitos, duas formulas de protamina e 1gr de ácido tranexâmico. Estava monitorizado com ECG e oxímetro e para avaliação de PVC, PA e pressão da aurícula esquerda, apresentando taquicardia sinusal. Apresentava dispositivo urinário e estava débitos superiores a 100cc/h. Por períodos de agitação, foi colocado propofol em perfusão. Após avaliação das gasimetrias, foi-se diminuindo o FiO2 até 40% e aumentando a perfusão de potássio e colocando também uma perfusão de insulina que acabou por se parar devido a descompensação do potássio. O doente tinha também nitroglicerina que já vinha parada do BO, noradrenalina e dopamina. Fez-se analgesia e molhou-se a boca visto que num momento em que esteve acordado, referiu que tinha dores e pediu água.

Neste turno também pedi à Enf<sup>a</sup> Chefe Clara Vital para possibilitar a articulação entre mim e a Enf<sup>a</sup> Mónica que é a dinamizadora do projeto CIPE/PQCE no Hospital de Santa Marta. Este projeto surgiu em 2005, ao realizar-se um protocolo entre alguns hospitais do CHLC e a OE, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Esse protocolo foi alargado ao Hospital de Santa Marta em 2007 e tem como objetivos: “Disseminar os PQCE definidos pela OE e promover a apropriação pelos enfermeiros do enquadramento conceptual e enunciados descritivos da qualidade do seu exercício profissional”, “Definir Indicadores de Qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem” e “Desenvolver acções no sentido da promoção, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Oliveira et al, 2011).

Após reunir com ela, combinamos reencontrarmo-nos no dia seguinte para começar a proposta de trabalho da Enf<sup>a</sup> Chefe Clara sobre a CIPE.

10/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Ao iniciar este turno, haviam várias pessoas internadas na Unidade que tinham sido submetidas a cirurgia no dia anterior, entre elas o doente que tínhamos recebido do BO no dia anterior que já não estava sob suporte ventilatório, estava mais estável a nível hemodinâmico e a nível da drenagem torácica, não apresentando tantas perdas. Outra

das doentes internada, foi a que me ficou atribuída com 84 anos de idade, que foi submetida a colocação de prótese aórtica biológica e prótese mitral mecânica, mas tinha sido muito difícil a doente sair de CEC após a cirurgia e por essa razão foi-lhe colocado o BIA. A doente no dia anterior também vinha com CS para aproveitar o sangue que estava a perder pelos drenos torácicos, tendo-lhe sido retirado, logo no turno da noite, devido a diminuição do conteúdo dos drenos. No início do turno, ao desligarem o BIA por um período curto de tempo, aperceberam-se que a doente reagira bem a essa intervenção. Desse modo havia a indicação para se reduzir a dependência do BIA, que nesse momento se apresentava de 1:1, para 1:3 e, posteriormente se proceder à sua remoção. Devido ao processo de desmame do BIA e do historial clínico da doente, continuou-se a avaliar os parâmetros vitais de hora a hora. A doente também apresentava pacemaker externo pois, apesar de manter alguma actividade eléctrica a nível do nódulo sino-auricular, foi mantido para melhorar a função cardíaca. Os cuidados de higiene prestados à doente foram realizados de forma rápida e eficaz, devido à sua instabilidade. Não estava sedada, mantinha-se acordada com abertura dos olhos de forma espontânea e aparentemente estava orientada pois chegou a comunicar de forma não verbal, devido à presença de TET, que estava com dores. No entanto mantinha uma certa agitação principalmente do lado direito do corpo. Apesar de várias vezes lhe ter sido pedido para manter a calma e não fazer movimentos tão agitados no membro inferior direito devido à presença do BIA, a doente afirmava que sim com movimentos da cabeça mas não respeitava os pedidos que lhe eram feitos. Foi-lhe também sugerido que fizesse movimentos com os membros do hemicorpo esquerdo mas apesar de acenar afirmativamente, não se observou qualquer movimento nesse momento nem ao longo de todo o turno.

Anteriormente à remoção do BIA foram avaliados os pulsos periféricos nos membros inferiores com a utilização de doppler pois é de extrema importância vigiar a perfusão e circulação periférica do membro onde este está inserido e compará-lo com o oposto, devido ao perigo de ocorrer isquémia do membro. Durante a remoção do BIA foi prestada colaboração ao médico que estava a executar essa intervenção de forma a minimizar os riscos de hemorragia ou de isquémia do membro. Após a remoção, durante a compressão manual e durante a compressão mecânica foram avaliados os pulsos com o auxílio do doppler, assim como a cor, temperatura e preenchimento capilar de ambos os membros inferiores. Apesar da agitação da doente, não se observaram quaisquer complicações decorrentes dessas intervenções de remoção do

BIA (Urden et al, 2005; Rabiais, 2012). Até ao final do turno, foi-se tentando fazer desmame ventilatório à doente mas as respostas às alterações de modalidade ventilatórias não foram satisfatórias. A doente foi apresentando diminuição do débito urinário que obrigou a um aumento dos diuréticos e consequentemente no aumento da noradrenalina, permanecendo mais dependente da medicação que estava a fazer.

Neste turno estive reunida com a Enf<sup>a</sup> Mónica, que mostrou o Manual CIPE 1.0 realizado para o CHLC, por uma equipa composta por enfermeiros dos quatro pólos do CHLC, e propôs a realização de duas formações, uma de apresentação do manual à equipa de enfermagem e outra de exposição de estudos de caso utilizando a linguagem CIPE na aplicação do programa SAPE. A Enf<sup>a</sup> Mónica deixou-nos bastante à vontade, a mim e a minha colega Vera, para a realização de críticas e sugestões ao manual de acordo com a experiência adquirida com a aplicação prática que já possuímos, devido às nossas realidades profissionais.

11/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

No início deste turno, eu e a Enf<sup>a</sup> Alda prestamos cuidados a um doente que tinha sido submetido a cirurgia cardíaca no dia anterior. Já não tinha suporte ventilatório, mantinha oxigénioterapia por óculos nasais a 4l/m e devido a sua estabilidade hemodinâmica foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios. Foram prestados os cuidados de higiene, o doente alimentou-se de uma dieta líquida sem qualquer dificuldade. Foi retirado o catéter da aurícula esquerda, não se registando quaisquer alterações. Teve a visita de um sobrinho e esteve sempre bem disposto e sem dores até ao final do turno.

Por volta das 13h veio um doente do BO, tendo a Enf<sup>a</sup> Alda me informado que seria eu a fazer o seu acolhimento, a prestar todos os cuidados e a tomar todas as decisões em relação ao mesmo até ao final do turno. No momento em que o doente chegou do BO, foi conectado ao ventilador pela anestesista e, de seguida enquanto fui recebendo a informação dos colegas do BO e dos cirurgiões, fui gradualmente vigiando os parâmetros vitais do doente enquanto conectava os fios de avaliação do electrocardiograma, da PA e PVC calibrando-os e da saturação de oxigénio a nível periférico. Após o doente estar instalado na unidade, devidamente vigiado a nível dos parâmetros vitais, observei que tinha SNG em drenagem sem conteúdo, catéter de aurícula esquerda, penso da Esternotomia limpo e seco externamente, dois drenos

torácicos que posteriormente em conversa com a Enf<sup>a</sup> Alda verifiquei que era um no pericárdio e mediastino e outro na pleura esquerda. O doente tinha sido submetido a dupla revascularização das coronárias utilizando a veia mamária interna esquerda e a veia safena do membro inferior direito, deste modo apresentava também penso do membro inferior direito. Foi mantida a compressão elástica a nível dos membros inferiores que trazia do BO. Depois de realizada a observação, procedi à colheita de sangue para análises e para gasimetria e efetuei os registos de chegada à Unidade. O doente vinha sedado com propofol a 10cc/h que foi diminuído para 6cc/h. Segundo a escala comportamental da dor (Behavioral Pain Scale), apresentava o mínimo, que corresponde ao valor 3 na escala. Apresentava uma temperatura central de 34°C e mantinha a perfusão periférica, por isso foi colocado aquecimento na cama do doente. Estava em modalidade ventilatória de VC com FiO<sub>2</sub> a 80% mas como apresentava PaO<sub>2</sub> de 198 mmHg foi diminuído o FiO<sub>2</sub> para 70%. Foram aspiradas secreções da orofaringe que eram em pouca quantidade. Estava hemodinamicamente estável com ritmo sinusal, tinha dopamina a 3cc/h que foi mantida até ao final do turno e Nitroglicerina a 1cc/h que devido ao aumento das pressões arteriais foi colocado a 3cc/h mas com base nas hipotensões avaliadas posteriormente, foi diminuído para 1cc/h. A Drenagem torácica estava pouco funcionante, com conteúdo hemático (100cc até ao final do turno) e, mantinha uma Hemoglobina de 13 g/dl. Os débitos urinários estavam superiores a 200cc/h, foi colocada então a perfusão de potássio a 20cc/h por apresentar valores de potássio na ordem dos 3,9, no entanto após uma diminuição de potássio para 3,3 e como os débitos urinários se mantinham bem foi colocada a perfusão a 35cc/h. Como a Pressão da aurícula esquerda estava mais diminuída foi administrado Voluven<sup>®</sup>. O senhor recebeu a visita da esposa e no final do turno já abria espontaneamente os olhos e tentava verbalizar que queria água, pelo que foi-lhe molhada a boca.

16/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste dia, a Enf<sup>a</sup> Alda ficou encarregue de realizar a gestão da Unidade, desse modo, como fazia parte do meu projeto conhecer a metodologia da gestão da Unidade, fiquei a colaborar em tudo o que fosse possível, aproveitando também para observar e refletir nas práticas adotadas nesta metodologia de trabalho.

Inicialmente, foi-me dado a conhecer a base de dados utilizada no serviço. O enfermeiro que assume as funções de gestor, completa informações acerca dos doentes,

que ocorreram nas últimas 24h e que são pertinentes para a base de dados, e introduz informações que ocorrem durante o turno da manhã. Foi possível colaborar na introdução dos dados dos doentes que tinham sido admitidos na Unidade nas últimas 24 horas e também dos doentes admitidos naquele turno. As variáveis introduzidas são a identificação do doente, nº de processo, data de nascimento, género, diagnóstico, data de entrada, proveniência do doente, data da cirurgia, tipo de cirurgia, os antecedentes pessoais, função da resposta ventricular, se necessitou de CEC, CS, técnicas de substituição renal, a quantidade do conteúdo da drenagem torácica, o nº de horas que esteve com entubação endotraqueal, entre outras variáveis, como o score do risco de cirurgia (Euroscore) que é avaliado no momento em que o doente dá entrada na Unidade e os seus dados são introduzidos na Base de dados. Para colaborar na introdução dos dados dos doentes, foi necessário realizar consulta do processo clínico e dos registos de enfermagem. Dados como a quantidade do conteúdo da drenagem torácica tiveram que ser consultados nos processos clínicos dos doentes estando estes já internados na Unidade de Cuidados Intermédios ou em Enfermaria, pois as drenagens torácicas tinham sido removidas após a transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios.

Outra situação onde houve oportunidade de colaborar foi na gestão dos produtos farmacêuticos estupefacientes, onde se faz um controlo do correcto registo do uso dos fármacos e também o pedido à farmácia, de acordo com a frequência da utilização e da quantidade em stock.

Também observei a gestão de algum material que seria necessário requisitar junto do Armazém para consumo clínico.

Houve a possibilidade de reunir com a Enf<sup>a</sup> Mónica a fim de esclarecer algumas dúvidas acerca da organização da formação para apresentar aos enfermeiros do serviço e também pedir a sua colaboração na simulação dos registos CIPE no programa SAPE que está em uso no Hospital de Santa Marta. Durante a reunião, partilharam-se algumas ideias e sugestões para a formação, tanto da parte da Enf<sup>a</sup> Alda, e da Enf<sup>a</sup> Mónica como de mim e da minha colega Vera.

Após o término do turno da manhã, eu e a Vera estivemos a refletir e a organizar a estrutura de apresentação da formação que, após reunirmos com a Enf<sup>a</sup> Chefe Clara ficou marcada para o dia 28 de Maio.

17/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Nesta manhã, após a passagem de turno, eu e a Enf<sup>ª</sup> Alda ficámos responsáveis por dois doentes que estavam no período pós-operatório de 24 horas. Por serem dois, a Enf<sup>ª</sup> Alda sugeriu que eu ficasse mais responsável por um dos doentes, e consequentemente, ela pelo outro. Assim foi, fiquei com uma doente de 82 anos que tinha sido submetida a dupla revascularização das coronárias, apesar de ter doença coronária de 3 vasos e do tronco comum. A doente também apresentava HTA e Dislipidémia de antecedentes pessoais. Após a cirurgia, que aparentemente tinha corrido bem, ao começar a acordar apresentou mioclonias na zona dos ombros acompanhadas de picos de HTA. No momento em que ocorreram esses episódios, foi administrado Midazolam em bólus que não surtiu qualquer efeito e posteriormente, iniciou-se propofol. Apesar disso, a doente continuava com as mioclonias, então administrou-se bólus de atracúrio e também se iniciou em perfusão, sendo que as mioclonias só cessaram quando o atracúrio passou para a velocidade de 2cc/h. No início do turno da manhã a doente mantinha o propofol e o atracúrio em perfusão. No entanto, após os cuidados de higiene pessoal que foram prestados, foi suspensa toda a sedação e curarizante para avaliação do estado neurológico e assim verificarmos se mantinha as mioclonias. Nesse momento foram colocados os sensores do BIS para avaliação do electroencefalograma. Após algumas horas a doente começou a abrir os olhos de forma espontânea, porém até ao final do turno não se observaram quaisquer reacções aos estímulos, o olhar não seguia o chamamento e as suas pupilas mantinham-se mióticas e sem reacção a estímulos luminosos. Quando iniciou os episódios de mioclonias e HTA, estes foram também acompanhados de hipertermia que manteve no turno da manhã, não se obtendo diminuição com administração de paracetamol, nem com arrefecimento externo. No final do turno foi aplicado gelo a nível axilar. Porém, as suas extremidades mantinham-se com diminuição de temperatura e existia diferença entre a temperatura monitorizada a nível do tímpano e a nível do sensor de temperatura da sonda vesical, que apresentava valores superiores.

A doente esteve sempre numa modalidade ventilatória de PRVC, apresentando neste turno alcalose respiratória ligeira. Hemodinamicamente estável com ritmo sinusal, no entanto apresentou um episódio de bradicardia após a administração de flumazenil, que reverteu espontaneamente. O flumazenil administrado não teve o efeito desejado. Foi retirado o catéter da aurícula esquerda, devido à estabilidade cardíaca. A drenagem torácica que tinha três drenos (pericárdio, mediastino e pleura direita) esteve sempre pouco funcionante com conteúdo hemático. Durante o turno, o débito urinário começou

a reduzir, tendo realizado soroterapia e furosemida, que obteve um bom resultado. Foi administrado 50cc de água pela SNG, ficando clampada a fim de verificarmos se a doente tinha uma boa absorção gástrica. Foi posicionada, massajada e colocadas almofadas para alívio da pressão nas zonas de risco. Durante o período da visita, teve a companhia da filha que permaneceu sempre muito nervosa e com labilidade emocional. Hanson (2005) refere que alguns membros da família podem ser mais vulneráveis a fatores de stress de um internamento em Unidades de Cuidados Intensivos dependendo das experiências anteriores e dos recursos da família. Figley e McCubbin (1993) citados por Hanson (2005) identificaram características que ajudam a definir o grau de stress na família, que são: a quantidade de tempo que a família teve para preparar o acontecimento, a experiência anterior da família, a disponibilidade de recursos para lidar com a situação, o grau de perda associado à situação e a quantidade de mudanças familiares relacionadas com a situação. Num estudo realizado por Anderson et al em 2008, com familiares de doentes internados em UCI, pretendia-se avaliar a prevalência de depressão, ansiedade, stress pós-traumático e luto complicado. Com 50 participantes, não houve uma relação significativa entre a presença de stress pós-traumático em famílias enlutadas em comparação com as que não estavam de luto. O stress pós-traumático também não foi associado com a presença de uma adoção de papel de tomada de decisão ou ansiedade ou depressão durante o internamento. No entanto foram avaliadas altas taxas de stress pós-traumático e a ansiedade e depressão identificadas foram reduzindo com o tempo. Nesta situação, apesar da filha se ter preparado para a operação ao coração que a mãe iria realizar, provavelmente, não estaria prevenida para outras complicações decorrentes da situação que não fossem directamente relacionadas com o coração. Foi-lhe explicado que seria bom tentar comunicar com a mãe, mantendo-se calma a fim de não lhe transmitir tanto stress. A senhora reagiu muito bem a essas indicações, comunicando com a mãe, tocando-lhe, mostrando-lhe dessa maneira que estava ali presente. A situação complexa da doente permanecer adormecida tantas horas após a cirurgia, o facto de abrir os olhos mas não ter qualquer reacção deixaram-na bastante ansiosa e desesperada. A minha atuação perante a senhora que chorava e soluçava foi de, inicialmente me aproximar mostrando-lhe que reconhecia o seu sofrimento, dando-lhe oportunidade para que, se sentisse à vontade, e assim falasse sobre as situações que lhe estavam a provocar labilidade. Posteriormente, estive a escutá-la e também houve momentos em que a deixei gerir as suas emoções e sentimentos, sem a forçar a falar nem a exprimir o que sentia. Ao demonstrar toda a

minha empatia, compaixão e respeito pelos seus sentimentos, a senhora começou a acalmar-se. Phaneuf (2005) refere que as intervenções de suporte emocional junto das famílias devem dividir-se em intervenções de suporte psicológico e de educação. A tentativa de minimizar a ansiedade, o stress e o medo, assim como reduzir os sentimentos de impotência e culpabilidade são objetivos do suporte psicológico, por outro lado, a comunicação de más notícias e de informações de readaptação funcional e a preparação para substituição do elemento da família são objetivos da educação às famílias de doentes internados nos serviços de saúde. Após algum tempo de conversa acabou por confessar que não tinha estado presente nos momentos que antecederam a ida da doente para o BO e desse modo não teria tido oportunidade de lhe dizer que gostava muito dela. Falava muitas vezes da mãe como se ela já não fosse acordar, porém disse-lhe que aproveitasse para conversar com ela pois ainda ali estava para a escutar. Em 2010, Kean realizou um estudo com os familiares de doentes com danos neurológicos irreversíveis internados em UCI. Estes familiares sofreram uma perda ambígua, uma vez que os seus familiares estavam presentes fisicamente, mas ausentes psicológica e emocionalmente. Nestas circunstâncias, a intervenção realizada junto das famílias foi o mapeamento do futuro que consiste em assistir as famílias a reorientarem a sua perspetiva presente em relação ao futuro. Este mapeamento pode ser realizado segundo o panorama do indivíduo ou da família. Foi complicado minimizar o impacto negativo que a senhora tinha de toda aquela situação. Hanson (2005) acrescenta que há intervenções que os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica podem prestar junto de famílias em que avaliaram a presença de situações de stress familiar, como por exemplo ajudá-las a lidar com dificuldades económicas decorrentes da situação de doença, apresentar outras famílias que tenham passado pela mesma situação, debater os recursos sociais disponíveis, auxiliar na resolução de sentimentos de culpa e encorajar a família a centrar-se em aspetos positivos da situação vivenciada.

Em relação à temática da família, pesquisei mais e verifiquei que existiam outros subtemas identificados nos estudos analisados que contribuem bastante para a minha reflexão sobre a família integrada nos cuidados dos doentes internados em UCI. Em 2007, foram realizados dois estudos relativamente às visitas familiares. Kutash e Northrop, analisaram a perspetiva dos familiares enquanto aguardavam pela visita na sala de espera. Nas entrevistas semi-estruturadas realizadas com os familiares foram identificadas seis categorias relativamente às suas expectativas em relação à sala de espera: a proximidade com os familiares internados; a atenção dada pelos profissionais;

a necessidade de um ambiente saudável relativamente ao impacto da decoração no bem-estar dos familiares; um lugar onde identificam apoio emocional na partilha com outros familiares; um local onde são vivenciadas diversas emoções e sentimentos, e é também revelado como ponto de recolha de informações sobre os seus familiares. No outro estudo, Eriksson não encontrou significativa relação entre a duração e a frequência das visitas com os resultados que eram esperados para a evolução do doente. No entanto, conseguiu identificar que houve pessoas que não tiveram qualquer visita, nomeadamente, utentes mais idosos e com uma reduzida rede social. Assim, torna-se importante refletir e definir estratégias para verificar quais as maiores necessidades destes doentes que não têm visitas em UCI.

Um outro subtema está relacionado com a satisfação das famílias em relação aos cuidados de enfermagem em UCI. Em 2009, Stricker et al revelam que no geral os familiares estão satisfeitos com os cuidados prestados, informação fornecida e possibilidade de tomada de decisão. Porém identificam o suporte emocional e a coordenação dos cuidados com a informação, como áreas que necessitam ser melhoradas. Mais tarde em 2010, Jacobowski et al mostra que as reuniões familiares com a equipa multidisciplinar não são totalmente satisfatórias para as mesmas porque para algumas famílias a possibilidade de tomada de decisão é vista como uma angústia, principalmente, pela rapidez com que afirmam ter de ser feita. O mesmo autor assegura que mais estudos são necessários para avaliar a comunicação com os profissionais, a compreensão e o conhecimento das famílias, assim como o impacto das reuniões no seu ambiente familiar. Karlsson et al (2011) realizaram um estudo, também para avaliar a satisfação das famílias de doentes internados em UCI, em que as mesmas revelam que a sua maior satisfação está relacionada com a disponibilidade da equipa para fornecer informações, que a sala de espera é também um fator importante de satisfação e relatam que a competência revelada pela equipa na abordagem do doente e da sua família é também essencial.

18/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste ultimo dia da semana, ao chegar ao gabinete da Enf<sup>ª</sup> Chefe Clara Vital por volta das 8h, apercebi-me que no início do turno não iria ficar na prestação de cuidados a doentes, mas sim na gestão do serviço, pois era necessário que a Enf<sup>ª</sup> Alda realizasse algumas actividades nesse âmbito. No entanto, seria necessário que fizesse o

acolhimento e prestasse os cuidados aos dois doentes que viriam do BO no período do turno da manhã. Assim, no início do turno preparei duas unidades, para realizar o acolhimento dos doentes que seriam submetidos a cirurgia em 1º tempo no BO. Quando terminei, fui observar a Enfª Alda a elaborar os pedidos de consumo clínico para a Unidade, uma vez que se aproximava o fim-de-semana e era necessário manter o armazém com material suficiente para todo esse período. Enquanto observava, a enfermeira ia-me explicando o funcionamento dos pedidos aos Armazéns Avançados de Consumo Clínico do Hospital. Percebi que apesar de os pedidos funcionarem com sistema de leitura de código de barras, os Armazéns Avançados não têm uma noção do que é gasto diariamente na Unidade pois não existe um sistema de leitura de código de barras no momento em que o material sai do armazém de consumo clínico da Unidade para ser usado junto dos doentes. Dessa forma, o Armazém Avançado de Consumo Clínico do Hospital poderia ter uma noção do gasto diário de determinados equipamentos e de forma autónoma, sem ser necessário um enfermeiro realizar essa tarefa. Iriam repor esses materiais que mais se gastassem para que nunca houvesse uma ruptura de stock no Serviço.

Quando terminei a observação estava quase na hora da saída do doente do BO, que na Unidade funciona de forma muito eficaz. Existe um serviço de comunicação, que vai informando os enfermeiros, da Unidade acerca do estado em que se encontra a cirurgia que está a decorrer, documentando o tempo previsto para o doente chegar à Unidade, de forma a que os enfermeiros possam fazer uma gestão da sua metodologia de trabalho, para assim estarem mais disponíveis para receber os doentes que vêm do BO e que necessitam de uma vigilância muito apertada nas primeiras 24 horas.

O doente que acolhi vindo do BO era do género masculino, tinha cerca de 65 anos e os seus antecedentes pessoais eram Insuficiência Aórtica, HTA, Dislipidémia, AVC, Craneofaringeoma. O senhor era alérgico aos Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina e aos Antagonistas Receptores da Angiotensina. Foi submetido a implantação de bioprótese aórtica, veio do BO por volta das 12h e vinha sedado com propofol. Ao longo do turno, o doente foi acordando de forma muito calma e abriu várias vezes os olhos de forma espontânea. Quando chegou vinha ligeiramente hipotérmico, tendo sido necessário colocar aquecimento externo, o que provocou um aumento de temperatura muito gradual pretendido no pós-operatório imediato, a fim de não provocar uma vasodilatação repentina com repercussões hemodinâmicas. No entanto, o doente nas primeiras horas teve algumas oscilações hemodinâmicas a nível da

PA, talvez relacionadas com uma ligeira hipovolémia devido a uma grande quantidade de conteúdo hemático a ser expelido pelos drenos torácicos. Para melhorar a situação de hipovolémia, o doente necessitou de fazer expansores plasmáticos. Com o intuito de reduzir o conteúdo da drenagem torácica, o doente fez uma fórmula de protamina e mais tarde também lhe foram administradas duas unidades de plasma. Até ao final do turno drenou cerca de 850cc de conteúdo hemático, no entanto veio a diminuir a quantidade para uma média de 100cc/h. Desde que o doente veio do BO, que esteve ventilado com a modalidade VC e foi necessário reduzir o FiO<sub>2</sub>, pois as gasimetrias revelavam um aumento da PaO<sub>2</sub>. Durante as 4 horas que o doente esteve a receber os cuidados da Enf<sup>a</sup> Alda e meus, apresentou ritmo sinusal com alguns períodos de extra-sístoles ventriculares. Manteve sempre as perfusões de potássio, milrinona, noradrenalina e propofol, sendo ajustados os volumes de administração por hora. As gasimetrias também permitiram reavaliar as perfusões e gerir o início da perfusão de insulina. Os débitos urinários estiveram sempre com volume superior a 100cc/h, podendo ajustar as perfusões de potássio e insulina para compensar o doente a nível da glicemia e do ião potássio. A quantidade de hemoglobina foi melhorando, ao longo do tempo, e assim o doente foi ficando mais estável a nível hemodinâmico.

Após a saída do BO e logo que estava confortavelmente instalado na Unidade, recebeu a visita da esposa e da cunhada.

23/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

No dia 23/05/2012, a Enf<sup>a</sup> Alda ficou encarregue da prestação de cuidados a duas doentes. Uma tinha sido operada há dois dias mas por complicações respiratórias continuou internada na Unidade após as 24 horas de pós-operatório. A outra tinha sido operada no dia anterior, submetida a implantação de prótese biológica aórtica. A enf<sup>a</sup> Alda sugeriu que eu ficasse mais responsável por essa doente, de forma autónoma e responsável, mas que sempre lhe colocasse as minhas dúvidas e dificuldades.

A doente já estava acordada e comunicou-me que estava um pouco cansada, pois não tinha conseguido descansar bem de noite devido à agitação da Unidade. No início do turno, a doente referiu uma dor tipo picada, a nível do hemitorax esquerdo, que também lhe dificultava um pouco a respiração. A dor não era constante, mas a doente frisou que quando executava algum movimento, aquela dor a incomodava. Notava-se que a senhora estava a adoptar uma posição defensiva em relação à expansão pulmonar.

Referiu-nos, várias vezes, que a classificava como dor 9, na escala numérica e apesar da analgesia prescrita em SOS, a doente manteve a pontuação de dor 9. Por essa razão, informou-se o médico, que prescreveu mais analgesia. Entretanto à fisioterapeuta que vinha realizar a cinesiterapia Respiratória foi-lhe pedido que voltasse um pouco mais tarde para se aguardar que se verificasse algum efeito mais positivo da analgesia, na doente. Após a analgesia prescrita e a realização da cinesiterapia respiratória, a doente referiu um grande alívio da dor. Durante todo o turno, manteve-se com oxigenioterapia através de máscara facial entre os 8 e os 6 l/m revelando boas gasimetrias. Esteve hemodinamicamente estável com ritmo sinusal, apesar de algumas vezes apresentar hipotensões. Foi administrado Voluven® e mantida a dobutamina a 2cc/h, no entanto, as pressões arteriais mantinham-se com tendência para a hipotensão. O catéter da aurícula esquerda permaneceu inserido, devido à apresentação de valores de pressões aumentadas. A drenagem torácica estava funcionante com pouco conteúdo hemático. Os débitos urinários foram inferiores a 50cc/h. Foi administrada furosemida em SOS, no entanto os débitos urinários não aumentaram muito. Foram prestados os cuidados de higiene corporal e oral e a doente colaborou nos posicionamentos, estando recetiva aos ensinamentos acerca da posição de “abraçar o peito” quando se mobilizasse no leito. Iniciou dieta líquida que tolerou bem, por essa razão foi retirada a SNG. Estava um pouco ansiosa à espera da hora da visita, ficando muito contente com a presença do filho, que também lhe transmitiu muita calma e carinho. Por volta das 14h, a doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios.

Cerca das 15h, chegou um doente vindo do BO, em que fiz o acolhimento e o instalei na Unidade. Tinha sido submetido a implantação de prótese biológica aórtica por apresentar uma Estenose e Insuficiência Aórtica. Vinha sedado com propofol e no decorrer do turno chegou a abrir os olhos de forma espontânea e estando bastante calmo e recetivo à comunicação que foi estabelecida com ele. Estava com entubação endotraqueal, em modalidade ventilatória de PRVC. Na avaliação da gasimetria apresentava um valor muito elevado da PaO<sub>2</sub> e por isso foi reduzido o FiO<sub>2</sub> para 50%. Hemodinamicamente estável e com ritmo sinusal, com noradrenalina a 3cc/h. A drenagem torácica ficou bastante funcionante na 2ª hora de pós-operatório imediato, drenando cerca de 200 cc de conteúdo hemático sem coágulos. Nesse momento, foi avisado um dos médicos que tinha operado o senhor. Deu indicação para se aumentar o propofol e administrar uma fórmula de protamina, no entanto o doente continuou com hemorragia pela drenagem torácica, pelo que foi feito pedido de plasma a fim de ser

administrado ao doente. Apesar de toda esta situação, a hemoglobina do doente bem como os parâmetros vitais mantiveram-se estáveis. Teve débitos urinários superiores a 200cc/h. Após o doente estar confortavelmente instalado na Unidade, recebeu a visita da esposa.

24/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste turno, devido à minha enorme vontade de conhecer o serviço do BO e assistir a uma cirurgia, e como a Enf<sup>a</sup> Alda estava de folga, a Enf<sup>a</sup> Chefe Clara Vital deu-me essa oportunidade.

No BO, tive o privilégio de assistir ao acolhimento do doente, à preparação da anestesia, à colocação do catéter central, catéter arterial e catéter vesical no pré-operatório, ao posicionamento do doente de forma confortável e eficaz para o decorrer da cirurgia. Observei a enfermeira instrumentista na preparação da mesa de instrumentos da cirurgia e do campo operatório. A cirurgia que observei foi referente à colocação de uma prótese mecânica aórtica. Durante a mesma, o médico cirurgião foi explicando as suas ações e também a anatomia do doente. Foi muito interessante poder observar a anatomia do coração e ao mesmo tempo prestar atenção a outras situações, como a CEC e a desfibrilhação realizada directamente no coração. Também tive a oportunidade de realizar o transporte e fazer a transferência para a UCI CCT.

25/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Prestei cuidados a uma senhora de 80 anos com antecedentes pessoais de Estenose Aórtica, DPOC, Obesidade, HTA, Apneia do sono, Hipercolesterolemia, Ex-fumadora, Insuficiência Venosa dos Membros inferiores, Glaucoma e Cirurgia à Vesícula. Foi submetida a colocação de prótese aórtica. A doente tinha sido extubada às 8h, tendo no início do turno referido uma dor intensa na região torácica que lhe dificultava a expansão pulmonar. Foi administrada analgesia, que surtiu efeito, pois a dor foi reduzindo para uma dor ligeira, até cessar. Após a extubação manteve máscara facial com oxigenioterapia a 5 l/m e, por apresentar bons valores de gasimetria e devido aos antecedentes de DPOC foi reduzido para 3 l/m por óculos nasais. Esteve hemodinamicamente estável e com ritmo sinusal, mas com tendência para as PA elevadas, pelo que manteve nitroglicerina em perfusão. A drenagem torácica esteve

pouco funcionante de conteúdo hemático. Os débitos urinários foram razoáveis, com valores de aproximadamente 50cc/h. Iniciou dieta líquida que tolerou mas foi mantida a sonda nasogástrica clampada por náuseas esporádicas. As glicemias tiveram que ser controladas com insulina em perfusão. Foi retirado o catéter arterial da femoral, aplicada compressão manual e mecânica. Após a remoção do catéter manteve-se a vigilância dos sinais de vascularização periférica nos membros inferiores (cor, presença de pulsos e temperatura) que não apresentaram alterações. Colocou-se um colete de contenção torácica para prevenção de complicações cirúrgicas pois, segundo informação médica, a doente apresenta uma fragilidade no esterno. Recebeu a visita do neto e esteve bastante comunicativa com o mesmo, durante todo esse período.

Por volta das 9h30 decorreu a minha avaliação formativa na qual foram abordados vários assuntos relacionados com a mesma. Avaliei o estágio e revelei as minhas principais limitações e particularidades. A professora fez uma crítica construtiva à minha reflexão crítica, indicando que necessitava de uma maior reflexão, aprofundamento e fundamentação. A Enf<sup>ª</sup> Alda referiu as minhas dificuldades e qualidades em relação à prática e aos objetivos específicos individuais definidos, assim como definiu quais as suas exigências até ao término do estágio. Esta avaliação revelou-se de extrema importância para a melhoria da qualidade do meu estágio, da minha prestação de cuidados de enfermagem como futura enfermeira especialista e para um progresso nas minhas reflexões críticas e trabalhos realizados.

Neste dia, solicitei mais uma reunião com a Enf<sup>ª</sup> Mónica para ajustarmos os últimos preparativos para a sessão formativa aos enfermeiros no âmbito do Projeto CIPE/PQCE com o objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível dos registos de enfermagem. A sessão irá decorrer no dia 28/05, para os enfermeiros da Unidade e será realizada por mim e pela minha colega Vera, em articulação com a Enf<sup>ª</sup> Mónica Pereira pertencente à equipa dinamizadora do projeto a nível do CHLC.

28/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste turno, a Enf<sup>ª</sup> Alda deveria ter ficado a exercer funções na área da gestão, mas por conveniência do serviço, ficou na prestação de cuidados de enfermagem diretamente aos doentes. O doente pelo qual ficámos responsáveis era do género masculino, com 36 anos de idade tendo sido submetido a cirurgia cardíaca de urgência

por dissecação da aorta. No início do turno estava sedado com propofol mas ao parar a sedação, foi acordando de uma forma calma. Esteve ventilado com TET, na modalidade de VC e com o objetivo de ir fazendo o desmame ventilatório passou para a modalidade pressão assistida. Aparentemente reagiu bem a esta alteração e avaliando os valores da gasimetria confirmou-se, pois também estavam bem. Foi feita tentativa de colocação em tubo em T mas a PaO<sub>2</sub> diminuiu substancialmente. Foram aspiradas secreções em pouca quantidade e após mais um momento de permanecer com tubo em T, foi extubado. Hemodinamicamente estável com taquicardia sinusal. Manteve ao longo do turno dopamina, noradrenalina e dobutamina em perfusão. Tinha CS que foi retirado por diminuição da quantidade de drenagem conteúdo hemático pelos drenos torácicos. Os débitos urinários eram razoáveis, com valores inferiores a 100cc/h e as glicemias foram melhorando com a administração de insulina em perfusão. Durante a passagem de turno, os enfermeiros ao consultarem o processo do doente verificaram que durante a cirurgia, este esteve cerca de 5 horas em CEC o que pode vir a trazer complicações em vários órgãos. Takayama et al (2007) após o seu estudo verificou que a CEC tem vários efeitos nefastos para o organismo humano relacionados com a cascata dos fatores de coagulação, nomeadamente, insuficiência coagulopática e respiratória, enfarte do miocárdio, insuficiência renal e disfunção neurológica. Neste estudo quiseram comparar o efeito da CEC em diferentes cirurgias cardíacas mas referiram como limitações a dificuldade em comparar pela presença de outras variáveis, tais como o tempo de duração da cirurgia e de CEC. Também Sirvinskas et al (2008) identificam a insuficiência renal aguda como uma das mais graves complicações da cirurgia cardíaca. No seu estudo reconhecem que esta complicação está fortemente relacionada com a presença de CEC durante a cirurgia, porém apresentam outros fatores de risco para a sua incidência, tais como: a duração de CEC, a idade dos doentes sendo que os idosos são o grupo de maior risco, a duração em que a aorta fica clampada durante a cirurgia e a própria duração de cirurgia. Também Urden et al (2005) nomeia vários efeitos fisiológicos da CEC, como a hipertensão ou hipotensão, diminuição de débito cardíaco, hemorragia, disfunção pulmonar, hemoglobinúria, hiperglicémia, hipocaliémia, hipomagnesémia e disfunção neurológica.

Por volta das 16h, decorreu a sessão formativa realizada por mim e pela minha colega Vera, em articulação com a Enf<sup>a</sup> Mónica Pereira, para apresentação do manual CIPE 1.0 do CHLC que irá servir de ferramenta de trabalho para os enfermeiros, aquando da utilização da aplicação SAPE, para uma melhoria da qualidade dos registos

de enfermagem que se pretende que sirvam como indicadores para a melhoria dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros. A sessão formativa decorreu da forma esperada e considero que foram atingidos os objetivos delineados para a mesma. No final da sessão realizámos um pequeno momento de avaliação do conteúdo da formação, no qual os enfermeiros participaram ativamente e demonstraram ter adquirido conhecimentos nesta área. Também fizemos inquéritos para avaliação da sessão formativa, na qual participaram 14 enfermeiros da UCI CCT. Foi pedido que avaliassem como “Insuficiente”, “Suficiente”, “Bom” e “Muito Bom” quatro questões, respetivamente, “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Após análise dos dados verificou-se que cerca de 85% considerou a classificação “Bom” em relação a ter correspondido às suas expectativas e 71% dos participantes qualificou com “Bom” a 2ª questão. Em relação à duração da sessão ser adequada os participantes estiveram aproximadamente divididos entre a classificação “Bom” e “Muito Bom”, apresentando, respetivamente, 50% e 42%. Na última questão relacionada com a linguagem dos formadores, metade dos participantes considerou “Bom” e a outra metade “Muito Bom”. Nesse documento de avaliação era dada a oportunidade para formular comentários e sugestões relativamente à sessão formativa. Existiu um comentário em que foi demonstrado ter gostado do momento de avaliação da sessão formativa.

Com estes dados colhidos, torna-se possível avaliar algumas necessidades dos participantes em relação à sessão formativa, melhorar aspetos da sessão formativa e dos formadores, numa outra oportunidade, e entender se a temática contribuiu para um aprofundamento dos conhecimentos dos enfermeiros participantes.

29/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste dia a Enfª Alda estava a realizar um Inquérito de Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e utilização de Antimicrobianos nos Hospitais de agudos na Europa, então decidi acompanhá-la por reconhecer que seria uma oportunidade enriquecedora para a minha reflexão enquanto profissional de saúde e futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa de trabalho

que integrei era constituída pela Enf<sup>a</sup> Alda Catela e pelo Dr. Luís Miranda que é o Presidente da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Marta. Em 2008, o ECDC assumiu a responsabilidade da Vigilância Epidemiológica (VE) das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) na Europa. Assim, ao perceberem que era necessário alargar essa VE a outros tipos de infeções e que isso traria elevados gastos económicos, perceberam que os inquéritos de prevalência hospitalares poderiam ser uma opção alternativa. Após analisar os estudos de prevalência em 17 países europeus, perceberam a necessidade de realizar um protocolo europeu comum que permitisse comparar os dados recolhidos. Em 2009 concordaram que os inquéritos de prevalência das IACS deveriam ser articulados com a VE europeia de consumo de antimicrobianos. Um protocolo piloto foi realizado e aplicado em 2010, sendo que ficou acordado entre os países membros aplicar o protocolo do inquérito final até ao Verão de 2012. Este protocolo fornece a todos os hospitais participantes uma metodologia padronizada, integrando a segurança do doente com a prevenção e controlo das IACS e com as recomendações sobre o uso prudente de antimicrobianos. Para a realização do Inquérito de Prevalência referido anteriormente, foi utilizado como ferramenta auxiliar de trabalho o protocolo final, que poderá ainda ser sujeito a alterações pois suscitou algumas dúvidas na equipa de trabalho.

Os objetivos deste Inquérito Europeu de Prevalência das IACS e uso de antimicrobianos (UA) nos hospitais de agudos consistem em estimar a prevalência das IACS e UA em hospitais de agudos da União Europeia; descrever doentes, procedimentos invasivos, infeções e prescrição de antimicrobianos; divulgar resultados a nível local, regional, nacional e europeu para promoção de sensibilidade, identificação de problemas, melhoria na área da formação e avaliação do impacto das estratégias e orientações nesta área; e fornecer um instrumento padronizado aos hospitais para a melhoria da qualidade. Este estudo incluiu todos os doentes internados nos serviços participantes até às 8h do dia definido para realizar o inquérito e que não tiveram alta até à realização do mesmo. Cada hospital teve que completar um formulário que descrevia o tipo e a lotação do hospital, assim como a demora média de internamento para caracterizar cada unidade hospitalar e um formulário por cada doente incluído no estudo. Nesse formulário, que foi preenchido no mesmo dia para todos os doentes, estão várias questões que identificam o hospital e a especialidade, assim como dados relativos ao doente (idade, sexo, data de admissão, a cirurgia após a admissão, a pontuação McCabe que consiste numa classificação da gravidade da situação clínica, a presença de

dispositivos invasivos como os cateteres periféricos, centrais, urinários e intubação). Referente ao uso de antimicrobianos, pediu-se que se identifique o mesmo, a via de administração, a indicação, o diagnóstico e se tem registos do motivo no processo. Em relação à presença de Infecção Hospitalar ativa, devia preencher-se o formulário com a informação sobre qual a infeção, se havia presença de dispositivos invasivos antes da infeção e na admissão, qual a data do seu início e a sua origem e por fim, identificar o microrganismo.

Durante a realização dos inquéritos de prevalência das IACS e UA relativamente aos doentes presentes neste dia na UCI CCT, foi necessário proceder à consulta do processo clínico do doente para responder adequadamente a todas as questões. Algumas questões que suscitaram dúvidas e também alguns dados colhidos foram alvo de reflexão da equipa de trabalho. Aquelas que suscitaram dúvidas estavam relacionadas com situações particulares dos doentes, cujo protocolo não tinha explicitamente referido e que poderiam suscitar diferentes avaliações por parte das equipas de trabalho. Uma das questões mais polémicas estava relacionada com a pontuação McCabe e as situações específicas de cada doente. Outra situação que possibilitava a reflexão foi a análise dos fatores de risco de cada doente com a presença de infeção hospitalar ativa. Por exemplo, em análise conjunta, verificou-se que um prolongado internamento poderia resultar numa alta taxa de prevalência de infeção, sugerindo-se que uma alta precoce e segura, sem complicações, seria uma forma de prevenir IACS e, conseqüentemente, melhorar os ganhos em saúde para os doentes. Também pode permitir a redução de custos decorrentes do prolongamento do internamento assim como do tratamento das complicações.

30/05/2012 – Manhã (8h-16h30)

Neste dia a Enf<sup>ta</sup> Alda ficou responsável pela área da gestão de produtos farmacêuticos da Enfermaria e da Unidade de Cuidados Intermédios. Foi possível colaborar na requisição dos mesmos no serviço informático farmacêutico de pedidos de reposição dos produtos por níveis de stock. Percebi que na Enfermaria o modelo de fornecimento da terapêutica é o de unidose, ou seja, com base na prescrição médica online a farmácia do Hospital prepara a terapêutica prescrita para cada doente nas próximas 24 horas. Porém, é necessário realizar o pedido de medicação para permanecer em stock no serviço, caso hajam alterações terapêuticas ou doentes internados após o

envio do sistema de unidose. Na minha opinião, este sistema de prescrição online e fornecimento de terapêutica unidose permite minimizar os riscos de erro na administração de medicação, uma vez que esta é preparada individualmente para cada doente por vários profissionais de saúde antes da administração ao doente.

Mais tarde houve também oportunidade de observar a Enf<sup>a</sup> Alda a resolver situações referentes à equipa de Gestão do Risco da Unidade, que é também constituída pela Enf<sup>a</sup> Chefe Clara Vital e pelo médico Pedro Coelho. Esta equipa, após a identificação de problemas na UCI CCT, aplica uma escala para avaliar a probabilidade, a consequência e a gravidade e prioridade do risco. Alguns dos problemas identificados e classificados com alto risco já estão resolvidos, no entanto, ainda existem outros por resolver (Ministério da Saúde, 2010).

06/06/2012 – Manhã (8h-16h30)

Ao inicia este turno, uma vez que havia indicadores de resultado que ainda pretendia atingir de acordo com o meu projeto de aprendizagem e, uma vez que a Enf<sup>a</sup> Alda iria ficar responsável pela gestão da Unidade, eu fiquei na prestação de cuidados com o Enf<sup>o</sup> Elias, que tinha ficado com dois doentes atribuídos aos seus cuidados. Dessa forma, eu fiquei responsável pela prestação de cuidados a um dos doentes que tinha sido submetido a cirurgia há 48 horas. Este doente estava hemodinamicamente estável e como a drenagem torácica tinha muito pouco conteúdo drenado, foi retirada pelo Dr. Luís Miranda e aproveitou-se para executar o tratamento à ferida cirúrgica da Esternotomia. Como o senhor tinha insuficiência renal mantinha furosemida em perfusão a 4cc/h para manter débitos urinários superiores a 50cc/h e manteve a dobutamina a 5cc/h. Apesar de bons valores de gasimetria e saturações de oxigénio a nível periférico na ordem dos 100%, o doente referiu várias vezes estar incomodado por sentir ligeira dispneia. Por essa razão a oxigenioterapia foi mantida a 3l/m por máscara facial, de forma a manter o doente confortável. Depois das 12h, o senhor tinha indicação médica para ser transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios, então foi encaminhado para lá.

De seguida, preparei uma unidade individual para acolher a doente que viria do BO. Essa doente chegou as 13h45 e após algum tempo começou a abrir os olhos de forma espontânea. Segundo a escala comportamental de dor, que foi aplicada várias vezes durante o turno, a doente não apresentava dores. Estava ventilada na modalidade

VC e segundo os valores das gasimetrias apresentava ligeira alcalose respiratória. Como apresentava desconforto por ter secreções na orofaringe, foram aspiradas secreções de conteúdo hemático em grande quantidade. Apresentava taquicardia sinusal e ao ser observada pelo Dr. Nuno Banazol, este deu indicação para administrar propanolol pela sonda nasogástrica que ficou clampada. Estava hemodinamicamente estável com dopamina a 3cc/h e nitroglicerina a 1,5cc/h. Tinha uma drenagem torácica a drenar conteúdo hemático em pouca quantidade e os débitos urinários mantinham-se superiores a 200cc/h. Por apresentar glicemias elevadas, foi colocada insulina em perfusão de acordo com o protocolo de administração de insulina e para manter os valores de potássio dentro dos valores pretendidos, foi também aplicado o protocolo de administração do cloreto de potássio para a compensação do ião no organismo.

08/06/2012 – Manhã (8h-16h30)

No período da manhã deste dia fiquei com a Enf<sup>ª</sup> Alda, na área da gestão, porém neste dia tive oportunidade de realizar todas as atividades que já tinha tido oportunidade de observar de forma autónoma. Efetuei o pedido dos produtos farmacêuticos para a Enfermaria, introduzi os dados de caracterização dos doentes que foram acolhidos na Unidade na base de dados, completei alguma informação na base de dados de doentes já internados na Unidade e colaborei na elaboração do pedido de material de consumo clínico para a Unidade.

Mais tarde, preparei algumas unidades individuais para o acolhimento dos doentes submetidos a cirurgia, de acordo com o protocolo instituído.

Por volta das 14h realizei o acolhimento do doente que veio do BO que foi submetido a colocação de bioprótese aórtica. Durante todo o turno o doente manteve-se calmo e foi despertando e abrindo os olhos de forma espontânea, respondendo a perguntas simples com comunicação não verbal percebida por leitura dos lábios. Referiu que não tinha dores, estava bem perfundido e tinha pulsos periféricos mantidos. Estava intubado com TET e ventilado na modalidade ventilatória de VC, mantendo valores de gasimetria dentro dos parâmetros fisiológicos. No entanto foi necessário realizar a limpeza das vias aéreas com aspiração de secreções do TET e da orofaringe, em pequena quantidade. O doente apresentou ritmo sinusal com presença de extrasístoles ventriculares. Esteve hemodinamicamente estável com dobutamina a 4cc/h e nitroglicerina a 2cc/h. Tinha uma drenagem torácica com conteúdo hemático a drenar

para CS, com valores de hemoglobina estáveis. Foi feito aproveitamento do sangue drenado para ser administrado ao doente. Os débitos urinários mantiveram-se acima dos 150cc/h e foi administrado cloreto de potássio segundo protocolo para manter valores do ião normais. Logo após ter regressado da cirurgia teve a visita da irmã. Foram dadas informações de enfermagem à mesma e como o senhor já estava acordado, a irmã foi incentivada a comunicar com ele e lhe transmitir calma e tranquilidade.

11/06/2012 – Manhã (8h-16h30)

Por volta das 16h, decorreu a sessão formativa realizada por mim e pela minha colega Vera, em articulação com a Enf<sup>a</sup> Mónica Pereira, para apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que é o aplicativo informático que utiliza a linguagem CIPE para o planeamento de cuidados e registos das intervenções de enfermagem realizadas. Para a apresentação do SAPE, utilizou-se o manual CIPE 1.0 do CHLC que servirá como instrumento de trabalho para os enfermeiros quando utilizarem o SAPE. A sessão formativa decorreu da forma esperada e considero que foram atingidos os objetivos delineados para a mesma. No final da sessão realizámos um pequeno momento de avaliação do conteúdo da formação, no qual os enfermeiros participaram ativamente e demonstraram ter adquirido conhecimentos nesta área. Também fizemos inquéritos para avaliação da sessão formativa, na qual participaram 12 enfermeiros da UCI CCT. Foi pedido que avaliassem como “Insuficiente”, “Suficiente”, “Bom” e “Muito Bom” quatro questões, respetivamente, “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Após análise dos dados verificou-se que cerca de 58% considerou a classificação “Bom” em relação a ter correspondido às suas expectativas, enquanto 42% classificou “Muito Bom”. Em relação à 3ª questão acerca da duração da sessão ser adequada, obtiveram-se os mesmos resultados. Relativamente à questão sobre a sessão ter contribuído para aprofundar os conhecimentos, os participantes estiveram divididos entre a classificação “Bom” e “Muito Bom”, apresentando 50% em cada uma delas. Na última questão relacionada com a linguagem dos formadores, 58% dos participantes classificou de “Muito Bom” e 42% de “Bom”. Nesse documento de avaliação era dada a oportunidade para formular comentários e sugestões relativamente à sessão formativa. Existiram duas sugestões de

repetir a sessão formativa, com o objetivo de divulgar a todo o serviço e formar o maior número de enfermeiros relativamente a esta temática. Também foi apresentado um comentário onde referia ter havido uma boa articulação entre a teoria e a prática.

### **Referências Bibliográficas:**

- Anderson, W. et al (2008) Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine* (23:11) 1871-1876.
- Chao, Y. et al (2008) Removal of oral secretion prior to position change can reduce the incidence of ventilator-associated pneumonia for adult ICU patients: a clinical controlled trial study. *Journal of Clinical Nursing* (18) 22-28.
- Dobson, K. & Scott, A. (2007) Review of ICU nutrition support practices: implementing the nurse-led enteral feeding algorithm. *Nursing in critical care* (12:3) 114-123.
- Eriksson, T. & Bergbom, I. (2007) Visits to intensive care unit patients – frequency, duration and impact on outcome. *Nursing in critical care* (12:1) 20-26.
- Filippo, A. et al (2011) Infection prevention in the intensive care unit: review of the recent literature on the management of invasive devices. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* (43) 243-250.
- Hanson, S. (2005) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2ª ed.) Loures: Lusociência.
- Jacobowski, N. et al (2010) Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *American Journal of critical care* (19:5) 421-430.
- Juneja, K. (2011) Comparing influence of intermittent subglottic secretions drainage with/without closed suction systems on the incidence of ventilator associated pneumonia. *Indian Journal of Critical Care Medicine* (15:3) 168-172.
- Karlsson, C. et al (2011) Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nursing in critical care* (16:1) 11-18.
- Kean, S. (2010) The experience of ambiguous loss in families of brain injured ICU patients. *Nursing in critical care* (15:2) 66-75
- Kjonegaard, R. et al (2010) Current practice in airway management: a descriptive evaluation. *American Journal of Critical Care* (19:2) 168-174.

- Kutash, M. & Northrop, L. (2007) Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing* (60:4) 384-388
- Oliveira, A. et al (2011) Projecto Padrões de Qualidade/CIPE. *Revista Enformação* (14) 6-7.
- Persenius, M. et al (2009) Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care. *Nursing in critical care* (14:4) 166-174.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rabiais, I. (2012) Cuidados de Enfermagem ao doente com Balão Intra-Aórtico. Ministrado em sala de aula no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS, da Universidade Católica Portuguesa.
- Schmidt, M. et al (2010) Difficult double-lumen tube placement due to laryngeal web. *Anaesth Intensive Care* (38) 194-196.
- Sirvinkas, E. et al (2008) Cardiopulmonary bypass management and acute renal failure: risk factors and prognosis. *Perfusion* (23) 323-327.
- Speroni, K. et al (2011) Comparative effectiveness of standard endotracheal tubes vs. endotracheal tubes with continuous subglottic suctioning on ventilator-associated pneumonia rates. *Nursing Economic* (29:1) 15-21.
- Stricker, K. et al (2009) Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive care Medicine* (35) 2051-2059.
- Takayama, H. et al (2007) Does the type of surgery effect systemic response following cardiopulmonary bypass? *Journal of cardiac surgery* (22) 307-313.
- Urden, L. et al (2005) *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª ed.) Loures: Lusodidacta.

### **Outros documentos:**

- Departamento de Saúde Pública (2010) *Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- ECDC (2011) *Protocolo Versão 4.2: Inquérito de Prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos na Europa*.

APÊNDICE II - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO  
MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

***Plano de Sessão***

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
Identificar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um sistema de linguagem de enfermagem universal.	Explicação acerca da importância da utilização de CIPE.	- Apresentação pessoal;  - Utilização do método expositivo;
Compreender a importância do Manual CIPE 1.0 do CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central).	Descrição do trabalho desenvolvido no Manual CIPE 1.0 do CHLC.	- Utilização do PowerPoint e DataShow.
Reconhecer o Manual CIPE 1.0 do CHLC como uma ferramenta de trabalho.	Explicação do modo de consulta do Manual CIPE 1.0 do CHLC.	
Contribuir para a reflexão pessoal de cada enfermeiro acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.	Promoção da capacidade crítica reflexiva dos formandos acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.	

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta

**Local:** Hospital de Santa Marta

**Data:** 28 de Maio de 2012 **Hora:** 16h

**Duração da sessão:** 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)

**Realizado por:** Isabel Maria Rodrigues Vieira e Vera Sofia Joaquim Cavaco

APÊNDICE III - SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO MANUAL  
CIPE 1.0 DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

# **APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC**

**Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica  
do Hospital de Santa Marta**

**Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028**

**Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030**

Lisboa, 28 de Maio de 2012



# Objetivos da Sessão

## Que os formandos sejam capazes de:

1. Identificar a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (CIPE) como um sistema de linguagem de enfermagem universal;
2. Compreender a importância do **Manual CIPE 1.0 do CHLC** (Centro Hospitalar Lisboa Central);
3. Reconhecer o Manual CIPE 1.0 do CHLC como uma **ferramenta de trabalho**;
4. Contribuir para a **reflexão pessoal** de cada enfermeiro acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.

Duração da Sessão: 30 minutos



# Nota Introdutória

**REPE** (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente [...] propondo protocolos e **sistemas de informação adequados** para a prestação dos cuidados.”



## Porquê a CIPE®?



Foi escolhida pela **Ordem dos Enfermeiros** como a linguagem de enfermagem para integrar os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) em Portugal.



# Nota Introdutória (cont.)

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Projeto de implementação CIPE/PQCE

Projeto CIPE:  
Construção de Diagnósticos, Intervenções e  
Resultados de Enfermagem nos 4 Pólos do CHLC

Padrões de Qualidade dos  
Cuidados de Enfermagem (PQCE)

Enfermeiros Dinamizadores do Projeto:  
Emília Bártolo, Mónica Pereira, Lígia  
Malaquias e Carlos Gaudêncio

Manual CIPE 1.0 do CHLC

**Reflexão**  
melhoria contínua da  
qualidade dos cuidados



# Estrutura do Manual

- ✓ Estrutura do **Manual CIPE 1.9 do CHLC** é semelhante ao do Manual da CIPE do Conselho Internacional dos Enfermeiros;
- ✓ Dividido em **Processos**;
- ✓ Cada processo tem vários **focos de Enfermagem**;
- ✓ Cada foco tem **vários Diagnósticos possíveis associados**;
- ✓ Para cada **Diagnóstico** está associado um **Resultado** que se pretende obter e definidas as **Intervenções de Enfermagem**;
- ✓ Comportam **intervenções autónomas**.

^ Comportam **intervenções autónomas**.

pretende obter e definidas as **intervenções de Enfermagem**.



# Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

*Definição e apresentação do código utilizado em linguagem CIPE (Foco)*

**CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL 10017769**

Autocuidado (ICN, 2005, p.47)



# Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

## *Diagnóstico de Enfermagem*

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

AC Cuidar da higiene pessoal dependente total

AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial

Conhecimento do indivíduo sobre o AC cuidar da higiene pessoal  
Comprometido

Conhecimento do prestador de cuidados sobre AC cuidar da higiene pessoal  
comprometido

Capacidade do indivíduo para o AC cuidar da higiene pessoal comprometida

Capacidade do prestador de cuidados para assistir no AC cuidar da higiene  
pessoal comprometida



# Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

## *Juízos a atribuir*

**Atual:** Presente ou real.

**Independente:** estado de não estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio.

**Dependente:** quando o objetivo/intencionalidade da intervenção de Enfermagem é a independência ou um menor grau de dependência para o indivíduo.

**Total:** indivíduo não inicia nenhuma das atividades do Autocuidado.

Necessita de Ajuda Total.

**Parcial:** indivíduo inicia ou completa alguma da(s) atividade(s) do Autocuidado. Necessita de Ajuda Parcial, nomeadamente intervenções do tipo: Assistir e Incentivar.

**Comprometido:** estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

**Melhorado:** estado julgado como positivo, eficaz.



# Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

## *Resultados de Enfermagem*

### **RESULTADOS DE ENFERMAGEM**

AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial

AC Cuidar da higiene pessoal independente

Conhecimento do indivíduo sobre o AC cuidar da higiene pessoal melhorado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre AC cuidar da higiene pessoal melhorado

Capacidade do indivíduo para AC Cuidar da higiene pessoal melhorada

Capacidade do prestador de cuidados para assistir no AC cuidar da higiene pessoal melhorada



Exemplo

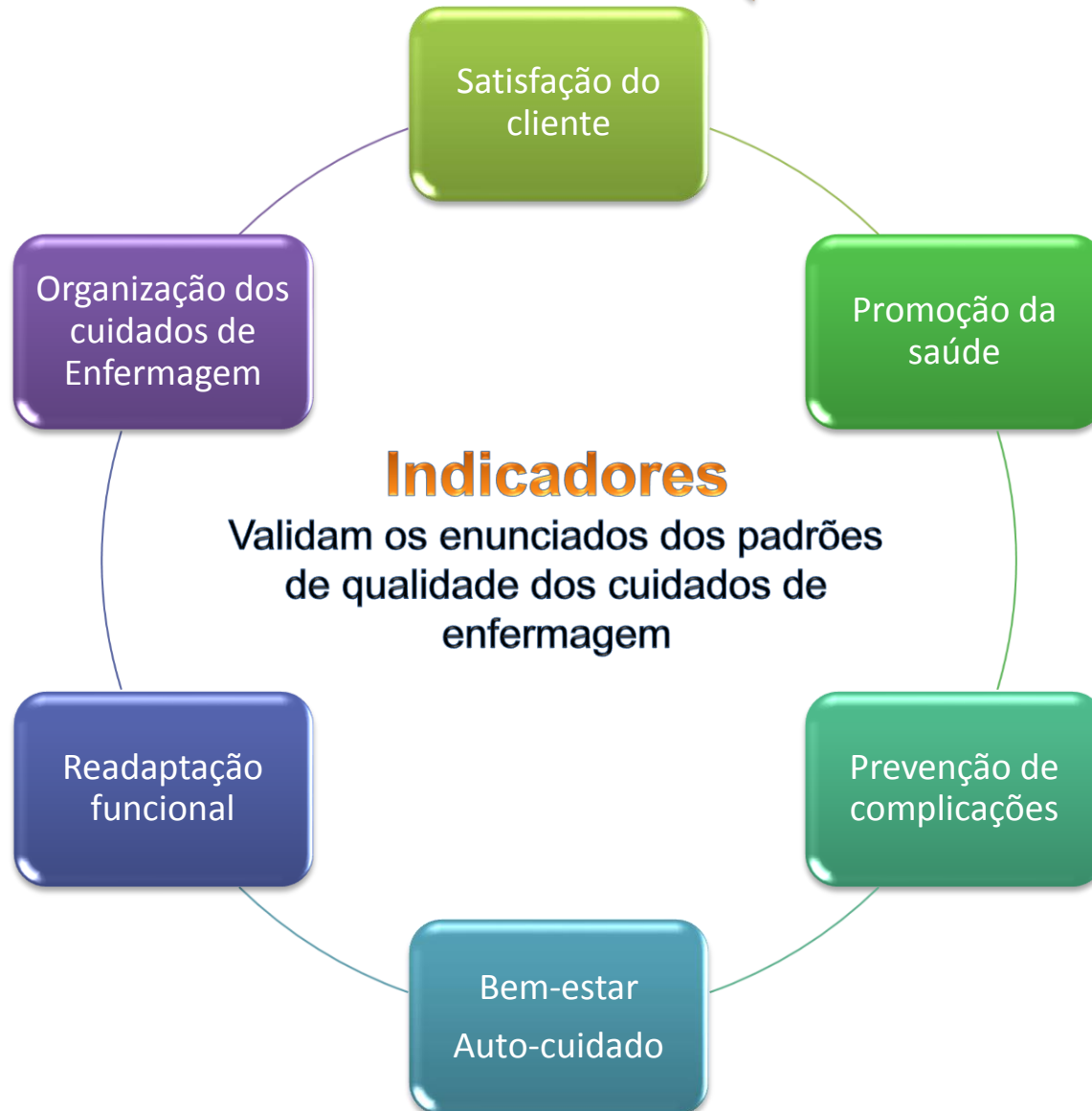
# Estrutura do Manual (cont.)

Intervenções de Enfermagem

<b>Diagnóstico:</b> AC Cuidar da higiene pessoal dependente total	<b>Resultado:</b> AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial
<b>Intervenções:</b>  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aplicar creme</li><li>2. Barbear indivíduo</li><li>3. Cortar [cabelo]</li><li>4. Cortar unhas</li><li>5. Dar banho na cama</li><li>6. Dar banho no chuveiro</li><li>7. Escovar dentes</li><li>8. Escovar prótese dentária</li><li>9. Incentivar prestador de cuidados a cuidar da higiene pessoal do indivíduo</li><li>10. Lavar cavidade oral</li><li>11. Lavar couro cabeludo</li><li>12. Lavar mãos</li><li>13. Lavar olhos</li><li>14. Lavar região corporal</li><li>15. Lavar região dorsal</li><li>16. Lavar região periférica da ostomia</li><li>17. Lavar região púbica</li><li>18. Pentear indivíduo</li></ol>	

18. Pentear indivíduo

# Ganhos em Saúde ⇄ PQCE





# Dúvidas?



**CIPE... Um novo paradigma!? Uma trabalhadora!?**



# Avaliação

*Para o seguinte foco:*

**DOR 10013950**

Percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite (ICN, 2005, p.64).

*Defina um diagnóstico de enfermagem (atribua um juízo):*

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Dor actual

*Defina o resultado de enfermagem:*

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM**

[Sem] Dor



# Avaliação

*Para o seguinte foco:*

**DOR 10013950**

*Defina as intervenções de enfermagem:*

<b>Diagnóstico:</b> Dor actual	<b>Resultados:</b>
<b>Intervenções:</b>	Dor melhorada
1. Adequar [ambiente]	[Sem] Dor
2. Adequar posição corporal	
3. Aplicar embalagem fria	
4. Aplicar embalagem quente	
5. Assistir indivíduo no posicionar	
6. Executar [estratégias não farmacológicas de controlo da dor]	
7. Executar técnica de relaxamento	
8. Gerir regime medicamentoso	
9. Incentivar auto-controlo	
10. Massajar indivíduo	
11. Monitorizar dor com [escala de avaliação da intensidade da dor]	
12. Posicionar indivíduo	
a) [Decúbito dorsal]	
b) [Decúbito lateral direito]	
c) [Decúbito lateral esquerdo]	
d) [Decúbito semi-lateral direito]	
e) [Decúbito semi-lateral esquerdo]	
f) [Decúbito semi-ventral direito]	
g) [Decúbito semi-ventral esquerdo]	
h) [Decúbito ventral]	
i) [Posição de <i>Fowler</i> ]	
j) [Posição de semi- <i>Fowler</i> ]	
k) [Medicamentos para aliviar dor]	



# Bibliografia

- Gaudêncio, et. Al. – **Manual CIPE 1.0 do CHLC: Proposta de padrão de documentação**. Lisboa, 2012. *Documento não publicado*.
- International Council of Nurses – **CIPE/ICNP®: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

# **APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC**

**Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica  
do Hospital de Santa Marta**

**Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028**

**Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030**

Lisboa, 28 de Maio de 2012

APÊNDICE IV - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO  
DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

**Avaliação da Sessão de Formação: “Apresentação do  
Manual CIPE 1.0 do CHLC”**

Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da sessão formativa foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários e sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

Obrigada pela colaboração

APÊNDICE V - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO  
SAPE – PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

***Plano de Sessão***

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
Relacionar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).	Explicação das funcionalidades do SAPE, que utiliza a linguagem CIPE, relacionando com a sessão formativa anterior.	- Apresentação pessoal; - Utilização do método expositivo;
Identificar as principais funcionalidades do SAPE.	Caracterização das principais funcionalidades do SAPE.	- Utilização do PowerPoint e DataShow.
Construir um plano de cuidados de um doente presente na UCI CCT, integrando informação do Manual de CIPE 1.0 do CHLC.	Apresentação de estudo de caso com exemplos práticos no SAPE de conteúdos do plano de cuidados.	

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta

**Local:** Hospital de Santa Marta

**Data:** 11 de Junho de 2012 **Hora:** 16h

**Duração da sessão:** 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)

**Realizado por:** Isabel Maria Rodrigues Vieira e Vera Sofia Joaquim Cavaco

APÊNDICE VI - SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO SAPE –  
PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

# **Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Projeto CIPE/PQCE do CHLC**

**Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia  
Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta**

Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

**Lisboa, 11 de Junho de 2012**



# Objetivos da Sessão

Que os formandos sejam capazes de:

1. Relacionar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE);
2. Identificar as principais funcionalidades do SAPE;
3. Construir um plano de cuidados de um doente presente na UCICCT, integrando informação do Manual de CIPE 1.0 do CHLC.



# Nota Introdutória



Software aplicativo que usa, como referencial de linguagem, a CIPE e permite efetuar o **planeamento** e o **registo da atividade** decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.



# Nota Introdutória

## Potencialidades do SAPE

Avaliação Inicial

Plano de Cuidados

Carta de Transferência

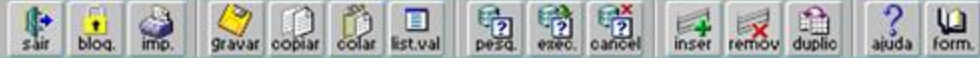


# Avaliação Inicial

- ✓ Registadas todas as **informações consideradas importantes para a prestação de cuidados** ao doente, que foram colhidas durante o seu acolhimento (exemplo: hábitos de higiene, eliminação, medicação de domicílio, patologias prévias,...);
- ✓ Podem ser completadas durante o internamento do doente.

Janela **ORACLE**

Apreciação Inicial



- Avaliação Inicial
  - Resposta Imunitária
    - Infeção (highlighted)
    - Dados da Infeção
  - Susceptibilidade
  - Causa de Internamento
  - Alergias
  - Outros Dados
- Reprodução
- Auto cuidado
  - Gestão Regime Terapêutico
  - Auto-Cuidado Actividade Física
  - Auto-Cuidado Higiene
- Ação Interdependente
  - Antecedentes Pessoais
  - Convivente Significativo
  - Prestador de cuidados informal
- Nutrição
  - Estado Nutricional
  - Dentição

**Doente**  
Nº Proc. 7017139 [redacted] 53 anos

**Apreciação**  
**Infeção**

**Infeção**  
 Infeção

Data/hora: 2012.05.20 15:06

**Módulo/ Episódio INT / 12008106**  
Serviço INT CIRURGIA//CIRURGIA NASCENTE Nº Cama 03  
Data/Hora Entrada 2012/05/17 : 09:12 horas

	Internado em:	15 Maio 2012 16:12	Salda em:	15 Maio 2012 20:03
Cama: 09	Internado em:	17 Maio 2012 09:12	Salda em:	

			Enf	Data	Hora
<b>Resposta Imunitária</b>					
» <b>Infecção</b>					
	Infecção	Sim	5165	27/05/2012	11:55
» <b>Susceptibilidade</b>					
	Susceptível	Sim	5165	27/05/2012	11:55
» <b>Alergias</b>					
	Alergias	Não	5165	27/05/2012	11:55
» <b>Causa de Internamento</b>					
	Causa:	RESSECÇÃO ILEO- COLICA SUB TOTAL COM ILEOSTOMIA TERMINAL A 9/2 EM ITALIA	5165	27/05/2012	11:55
<b>Auto cuidado</b>					
» <b>Gestão Regime Terapêutico</b>					
	Gestão de Regime Terapêutico	Não	5165	27/05/2012	11:56
» <b>Auto-Cuidado Actividade Física</b>					
	Anda	Sim	5165	27/05/2012	11:56
» <b>Auto-Cuidado Higiene</b>					
	Conseguido	Sim	5165	27/05/2012	11:56
<b>Ação Interdependente</b>					
» <b>Antecedentes Pessoais</b>					
	Dados	SINDROME DO INTESTINO CURTO	5165	27/05/2012	11:56
» <b>Convivente Significativo</b>					
	Contacto	Ruslana- amiga- 96■■■■00■■■0	5165	27/05/2012	11:56
<b>Nutrição</b>					
» <b>Estado Nutricional</b>					
	Adequado	Não	5165	27/05/2012	11:56
	Não adequado, dados:	muito emagrecido	5165	27/05/2012	11:56
<b>Reparação</b>					
» <b>Adormecer</b>					
	Adequado	Sim	5165	27/05/2012	11:56
<b>Memória</b>					
» <b>Orientação</b>					
	Orientado	Sim	5165	27/05/2012	11:57
<b>Eliminação // Intestinal</b>					
» <b>Comprometida</b>					
	Comprometida	Não	5165	27/05/2012	11:57

# Plano de Cuidados

**Alerta...**

Manual de CIPE 1.0 do CHLC



**Diagnóstico e as Intervenções de Enfermagem existentes no SAPE**



Se necessário  
novos  
diagnósticos ou  
intervenções



Contactar e sugerir alterações ao  
grupo de trabalho CIPE do  
CHLC



# Plano de Cuidados (cont.)

Relembrando...

**Foco + Juízo = Diagnóstico de Enfermagem**

Resultado Pretendido

Identificar as  
**intervenções**  
a  
realizar

Adequar o  
**horário**  
pretendido

Exemplo:

**Limpeza das vias aéreas**

Melhorada

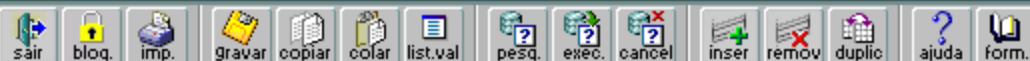
- Aspirar [secreções] - SOS
- Gerir dispositivo respiratório – sem horário
- Gerir regime medicamentoso – 0h, 8h, 16h
- Monitorizar [SpO2] – sem horário

- Posicionar indivíduo – 4/4h
- Vigiar perfusão dos tecidos – sem horário
- Vigiar ventilação – sem horário
- Vigiar expectoração - SOS

Janela

ORACLE

## Processo de Enfermagem



## Doente

Nº Processo **21013491**Idade **62 anos**

Ativa

## Fenómenos Frequentes

- Alimentar-se
- Ansiedade
- Aprendizagem de Habilidades
- Auto Cuidado: Higiene
- Auto Cuidado: Uso do Sanitário
- Comunicação
- Confusão
- Deambular
- Deglutição
- Ferida



Foco de Atenção	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
x Limpeza das Vias Aéreas	2012.06.04	17:20		

Início: Vera Sofia Cavaco

Termo:

Status

Termo

Intervenções

 Sem Status

 Fen. Frequente

 Levantado em outro serviço

## Diagnóstico de Enfermagem

04 Jun 17:20 limpeza das vias aéreas - comprometida

Módulo/ Episódio INT / 12008314

Serviço INT UROLOGIA

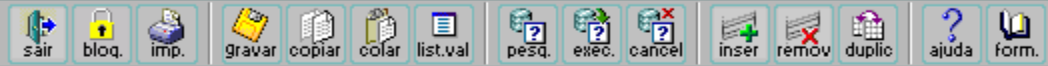
Data/Hora Entrada

Nº Cama MAC



Janela

### Intervenções de Enfermagem



#### Doente

Nº **Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos** Idade **62 anos** ativo

Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos

Tipo  Fenómenos e ATITUDES TERAP.

- Adequar ingestão de líquidos
- Adequar posição corporal
- Aspirar [secreções]
- Assistir a intubar
- Assistir indivíduo a tossir
- Gerir dispositivo respiratório
- Gerir regime medicamentoso
- Incentivar o indivíduo a expectorar
- Incentivar o indivíduo a tossir
- Monitorizar [saturação periférica de O2]
- Monitorizar FR
- Posicionar indivíduo
- Vigiar perfusão dos tecidos
- Vigiar ventilação
- Vigiar expectoração

Seleção  Sugeridas  Todas Pesquisar

**Descrição**  
Aspirar é um tipo de Succionar com as características específicas: Succionar ou retirar uma substância.

Termo		Especificações	
Data		Hora	
		2012.06.04	17:21

Termo  Termo Espec.

Nº Cama **MAC**

Janela

### Intervenções de Enfermagem

**Doente**  
Nº Processo **21013491** Idade **62 anos** **Ativo**

Intervenções  Tipo

	Início		Termo		Especificações
	Data	Hora	Data	Hora	
Aspirar secreções	2012.06.04	17:32			2012.06.04 17:35
Vigiar a expectoração	2012.06.04	17:33			
Monitorizar a SatO2	2012.06.04	17:35			
<b>Monitorizar frequência respiratória</b>	2012.06.04	17:35			

Início: Vera Sofia Cavaco  
Termo:

Sem horário definido  
 Planeado em outro episódio/seção/contacto

**Horário**

Sem Horário     de x em x dias  
 de x em x horas     S.O.S  
 dia(s) e hora(s) fix...     Turno Fixo  
 dia(s) e turno(s) fix...     hora fixa  
 Agora

**Frequência das Horas**

Freq. Horas	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
2	2012.06.04	19:00		

**Módulo/ Episódio** INT / 12008314  
Serviço INT UROLOGIA    Data/Hora Entrada    Nº Cama MAC



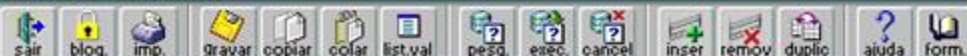
# Plano de Cuidados (cont.)

- Validar as intervenções realizadas;
- Justificar as que não foram realizadas;
- Associar nota, se necessário complementar registo;
- Realizar outros registos em Notas Gerais.

Janela

ORACLE

## Mapa de Cuidados



## Doente

Nº Proc. 7017139

Por Realizar  
53 anos

## Turno

Tarde 15:30  
23:59

## Data

2012.05.20

Com Horário Sem Horário

## Medicação

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Análises

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Exames

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Cirurgias

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Intervenções

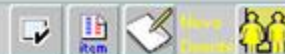
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:00	Monitorizar tensão arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:00	Vigiar a refeição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:00	Monitorizar temperatura corporal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:00	Monitorizar frequência cardíaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19:00	Vigiar a refeição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19:00	Monitorizar glicemia capilar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21:00	Monitorizar temperatura corporal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22:00	Vigiar a refeição

Nº Proc. 0

Módulo/ Episódio INT 12008106

Serviço INT CIRURGIA//CIRURGIA NASCEI Entrada 2012/05/17 : 09:12 horas Nº Cama 03

SOS



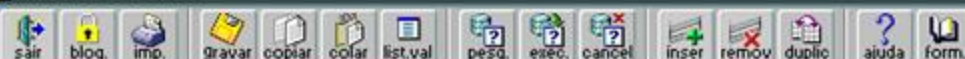
Record: 1/1

&lt;OSC&gt;

Janela

ORACLE

## Mapa de Cuidados



## Doente

Nº Proc. 7017139

53 anos

## Turno

Tarde

15:30

23:59

## Data

2012.05.20

Com Horário Sem Horário

## Medicação

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Análises

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Exames

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Atitudes Terapêuticas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cateterismo Periférico (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitorizações / Vigilâncias (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentação Parentérica (20-05)

## Dieta

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Intervenções

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optimizar catéter venoso periférico A (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar pele local de inserção cateter venoso periférico A (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar a eliminação intestinal (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar a eliminação urinária (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitorizar a dor através de escala de dor (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar perdas hemáticas (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar a pele (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar as visitas (20-05)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigiar o penso da ferida cirúrgica A (20-05)

2012.05.18 04:42

Abocat A nº 20  
antebraço direito

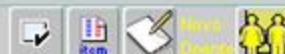
Nº dias: 0

Módulo/ Episódio INT 12008106

Serviço INT CIRURGIA//CIRURGIA NASCEI Entrada 2012/05/17 : 09:12 horas

Nº Cama 03

SOS



Record: 1/1

&lt;OSC&gt;

**Com Horár**

**Medicaci**

**Affudes**

**Interven**

**Notas** Data/Hora: 2012.05.20 : 13:04

Observações:  
Aspecto limpa

Joana Sofia De Sousa Figueira

Limpar

Notas a anexar à vigilância:

Ok Cancelar

- Aspecto limpa
- Aspecto com sedimento
- Aspecto hemática
- Cor amarelo citrino
- Cor amarelo escuro
- Cor "vinho do Porto"
- Urinou no WVC
- Urinou na fralda

- Vigiar ferida cirurgica A (20-05)
- Vigiar a eliminação intestinal (20-05)
- Vigiar a eliminação urinária (20-05)**
- Monitorizar a dor através de escala de dor (20-05)
- Vigiar perdas hemáticas (20-05)
- Vigiar a pele (20-05)
- Vigiar as visitas (20-05)

Vigiar a eliminação urinária (20-05) Nº Notas: 6 - Realizadas: 16

**Módulo/ Episódio** - INT - 12008106

Serviço **INT CIRURGIA//CIRURGIA NASCEI** Entrada **2012/05/17 : 09:12 horas** Nº Cama **03** **SOS**

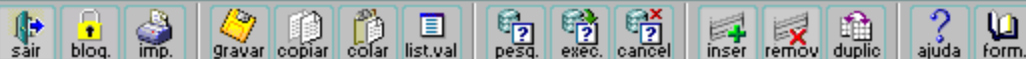
Joana Sofia De Sousa Figueira

Novo Observa

Janela

ORACLE

Mapa de Cuidados



Doente

Por Realizar

Turno

15:30

Data

2012.06.04



Nº Proc. 7017555

Notas Gerais

Com Horár

03-06-2012

Faz transito intestinal dia 5.06. de tarde, que tem que ser confirmado na terça de manha. Fica em dieta zero apos o pequeno-almoço nesse dia.

13:51

01-06-2012

Aguarda marcação do tac e observação da fisioterapia.

15:31

30-05-2012

Seguiu pedido de TAC abdomino-pélvico e transito intestinal e pedido de Fisioterapia.

15:28

Ana Isabel Ferreira Caeiro

Ok

Cancelar

Notas Médicas




Módulo/

Serviço INT



# Plano de Cuidados (cont.)

## Re-avaliação

- Atualizar juízo sempre que se justifique;
- Suspende intervenções que já não se apliquem;



# Estudo de caso

**Doente do sexo masculino, 62 anos, 70kg, com doença coronária de 2 vasos, submetido à cirurgia cardíaca: duplo bypass coronário. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia e enfarte agudo do miocárdio em 2009. Encontra-se no pós-operatório imediato.**

**Sedado com propofol. Pele e mucosas coradas, hidratadas e com boa perfusão periférica. Apresenta dor com score de 7 da Escala Comportamental da Dor (BPS).**

**Submetido a ventilação mecânica invasiva, na modalidade de volume controlado, com períodos de desadaptação. Parâmetros gasimétricos dentro dos valores normais.**

**Traçado cardíaco com ritmo de taquicardia sinusal. Normotenso, com suporte de Dopamina e Nitroglicerina.**

**Drenagem torácica oscilante, não borbulhante e a drenar cerca de 200ml por hora de líquido hemático.**

**Débitos urinários com cerca de 80ml por hora de urina clara. Está a compensar ião potássio.**



Intervenção Interdependente

# Estudo de caso (cont.)

## Diagnóstico de Enfermagem

Hemorragia atual

## Intervenções

Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos

Tipo:

Fenómenos e ATITUDES TERAP: Hemorragia

- Adequar posição corporal
- Aplicar agente hemostático
- Aplicar embalagem fria
- Comprimir região corporal
- Executar penso [compressivo]
- Incentivar repouso
- Irrigar cavidade
- Manter repouso
- Monitorizar [CO2]
- Monitorizar [saturação periférica de O2]
- Monitorizar consciência com [escala de Glasgow]
- Monitorizar FC
- Monitorizar FR
- Monitorizar hemorragia
- Providenciar dispositivo [cell saver]

Seleção:  Sugeridas  Todas

Pesquisar:

Descrição:

Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos

Tipo:

Fenómenos e ATITUDES TERAP: Hemorragia

- Vigiar secreções
- Vigiar consciência
- Vigiar fezes
- Vigiar hemorragia
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Vigiar urina

Seleção:  Sugeridas  Todas

Pesquisar:

Descrição:



# Estudo de caso (cont.)

## Diagnóstico de Enfermagem

**Dor atual**

## Intervenções

Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos

Tipo  Fenómenos e ATITUDES TERAP.

- Adequar [ambiente]
- Adequar posição corporal
- Aplicar embalagem fria
- Aplicar embalagem quente
- Assistir individuo no posicionar
- Executar [estratégias não farmacológicas de controlo da dor]
- Executar técnica de relaxamento
- Gerir regime medicamentoso
- Incentivar auto-controlo
- Massajar individuo
- Monitorizar dor com [escala de avaliação da dor]
- Posicionar individuo
- Vigiar dor

Seleção  Sugeridas  Todas Pesquisar

Descrição



# Registos Escritos versus Registos informáticos

## Registos Escritos

**Hemorragia:**  
“Drenagem Torácica  
funcionante, por  
indicação oral do Dr. X foi  
administrada Protamina,  
com pouco efeito. Dr. X  
fez pedido de plasma que  
aguarda.”

## Registos Informáticos

**Intervenções:**

- Adequar posição corporal
- Aplicar agente hemostático
- Aplicar embalagem fria
- Comprimir região corporal
- Executar penso [compressivo]
- Incentivar repouso
- Irrigar cavidade
- Manter repouso
- Monitorizar [CO2]
- Monitorizar [saturação periférica de O2]
- Monitorizar consciência com [escala de Glasgow]
- Monitorizar FC

**Intervenções:**

- Monitorizar FR
- Monitorizar hemorragia
- Providenciar dispositivo [cell saver]
- Vigiar secreções
- Vigiar consciência
- Vigiar fezes
- Vigiar hemorragia
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Vigiar urina



# Registos Escritos versus Registos informáticos

Registos Escritos

Registos Informáticos

DOR :

“Doente refere queixas álgicas na Esternotomia. Fez analgesia prescrita que surtiu efeito.”

Intervenções

- Adequar [ambiente]
- Adequar posição corporal
- Aplicar embalagem fria
- Aplicar embalagem quente
- Assistir individuo no posicionar
- Executar [estratégias não farmacológicas de controlo da dor]
- Executar técnica de relaxamento
- Gerir regime medicamentoso
- Incentivar auto-controlo
- Massajar individuo
- Monitorizar dor com [escala de avaliação da dor]

---

- Posicionar individuo
- Vigiar dor



# Dúvidas?



**CIPE... Um novo paradigma!? Uma trabalhadora!?**

# Avaliação

## Assinale a(s) opção(s) verdadeira(s):

SAPE é um software aplicativo que usa, como referencial de linguagem, a CIPE e permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados médicos nas instituições de saúde.

F

SAPE permite fazer registos apenas sobre o plano de cuidados e a carta de transferência

F

No plano de cuidados é possível: validar as intervenções realizadas e justificar as que não foram realizadas, associar notas e realizar outros registos em notas gerais

V



# Bibliografia

- Cunha, A.; Mota, L. – **Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2007
- Gaudêncio, *et al.* – **Manual CIPE 1.0 do CHLC: Proposta de padrão de documentação**. Lisboa, 2012. *Documento não publicado*.
- International Council of Nurses – **CIPE/ICNP®: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

# **Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Projeto CIPE/PQCE do CHLC**

**Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia  
Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta**

Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

**Lisboa, 11 de Junho de 2012**

APÊNDICE VII - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“APRESENTAÇÃO DO SAPE – PROJETO CIPE/PQCE DO CHLC”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

**Avaliação da Sessão de Formação: “Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – Projeto CIPE/PQCE do CHLC”**

Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da sessão formativa foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários e sugestões:

---

---

---

---

---

---

Obrigada pela colaboração

APÊNDICE VIII - DIÁRIO DE BORDO REALIZADO NO MÓDULO I DO  
ESTÁGIO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

## **Diário de Bordo**

Neste Diário de Bordo serão abordadas as situações vivenciadas durante as primeiras quatro semanas de estágio, com o intuito de consolidar os conhecimentos, ao realizar o relato das diferentes situações e, posteriormente, poder melhorar a minha prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto de Serviço de Urgência.

20/09/2012 – Manhã

Neste primeiro dia, tive oportunidade de conhecer e conversar com a Enf<sup>a</sup> Chefe Rosário Athaide acerca dos objetivos para o estágio e sobre o funcionamento e afluência de utentes ao Serviço de Urgência.

Após conhecer o espaço físico do Serviço de Urgência (SU) e começar a compreender a sua metodologia de funcionamento, dividi o restante tempo do turno entre conhecer mais profundamente dois locais com tarefas distintas, o local onde é feita a triagem de todos os doentes, utilizando a triagem de Manchester e também um encaminhamento dos doentes pelas diferentes especialidades médicas que segundo me explicaram, é protocolo da instituição. Apesar do pouco tempo que estive a observar a enfermeira, fiquei com a sensação que esta metodologia é bastante eficaz na rapidez com que os doentes serão observados pela primeira vez por um médico. Contudo, também pude constatar que existe ainda uma percentagem forte de doentes que se deslocam ao SU por situações que poderiam resolver dirigindo-se à sua equipa de saúde familiar.

O outro local onde permaneci, foi no balcão de atendimento de doentes, cuja triagem resultou no escalão azul ou verde. Apesar destes doentes não apresentarem uma prioridade elevada, segundo a triagem de Manchester, são doentes que necessitam de cuidados de enfermagem. Em determinada altura eram tantos doentes e tantas as intervenções necessárias, que comecei a sentir necessidade de estabelecer prioridades.

Considero que para um enfermeiro que trabalha no SU, seja imprescindível ter essa competência bastante desenvolvida para poder reagir a todas as situações em tempo útil, sem prejuízo para os utentes.

Uma outra situação que pude analisar foi a permanência de algumas pessoas com alta clínica, pois nenhum dos seus familiares se tinha dirigido ao Serviço para os ir buscar. Quem estava a resolver a sua situação eram os assistentes sociais, encaminhando-os para os seus lares ou em alternativa para locais específicos que os acolhessem condignamente.

21/09/2012 – Tarde

Durante este turno, tive a possibilidade de conhecer pormenorizadamente o espaço físico das salas de observação, compreendendo o seu funcionamento. Neste momento também conheci melhor a enfermeira orientadora, havendo oportunidade de expor os meus objetivos para este estágio e também perceber de que forma poderei contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, enriquecendo da mesma forma a minha experiência, numa reciprocidade de conhecimentos.

Ao longo do tempo, fui observando várias situações que ocorriam sendo também possível refletir acerca de possíveis atividades a desenvolver relacionadas com os objetivos apresentados. Uma das temáticas que surgiu foi a presença de situações urgentes de reanimação ou trauma que despertaram em mim uma enorme curiosidade e um misto de receio, uma vez que são raras as vezes em que estive perante uma situação dessa complexidade, enquanto enfermeira. Contudo gostaria de desenvolver mais competências nessa área, assim, tenciono observar melhor as salas de trauma e reanimação nos próximos turnos para perceber que atividades poderei incrementar para adquirir competências nessa área.

Uma outra temática que surgiu durante a minha reflexão, tem a ver com o controlo de infeções relacionadas com os cuidados prestados aos doentes em situações

de urgência pois considero que é uma questão importante para ser refletida e analisada. Será uma outra área onde tentarei investir atividades a desenvolver para aquisição de competências.

26/09/2012 – Tarde

Neste turno fiquei a conhecer um pouco mais do SU, nomeadamente o balcão de atendimento de doentes triados de amarelo e laranja. Inicialmente estavam cerca de 4 doentes em maca e uns 7 doentes sentados em cadeiras, então tentei reconhecer caras e relacionar pormenores das características das pessoas com o seu diagnóstico. Rapidamente percebi que iria ser uma tarefa difícil, pois o número de doentes continuava a aumentar. A enfermeira Inês apontou todos os nomes dos doentes presentes na sala, naquele momento, para consultarmos o seu processo informático e compreendermos um pouco mais da sua história pessoal e, posteriormente, planearmos cuidados de enfermagem e agilizarmos o encaminhamento dos doentes a fim de finalizarem exames que aguardavam. Considerei esse método de trabalho muito eficaz e eficiente para o benefício dos doentes e também para o enfermeiro conseguir melhorar a qualidade do seu trabalho neste contexto.

Refleti também acerca das oportunidades de aprendizagens no SU, pois trata-se de um serviço polivalente em que se contacta com situações de alteração de saúde em várias áreas. Espero conseguir aproveitar bem todas as oportunidades para desenvolver mais conhecimentos e adquirir diversas competências na área da especialidade.

Durante este turno realizei diversos acolhimentos de doentes que iriam ficar internados, em Salas de Observação dentro do serviço ou que iriam para outros serviços. Efetuei então o exame primário segundo a norma do ABCDE e também o exame secundário dos mesmos, com possibilidade de aplicar diversas escalas como a de Glasgow, Índice de Katz (em situações de doentes dependentes) e Trauma Score (apenas em situações de trauma).

Ao longo do turno deparei-me com a questão da gestão do risco em situações de urgência e emergência que também era uma questão que gostaria de abordar e que seria um dos meus objetivos pessoais, contudo receio não conseguir aprofundar nenhum dos meus objetivos e acabar sendo superficial em todos. Assim, tentarei verificar com a

enfermeira orientadora qual será a área que irei aprofundar mais com o intuito de contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lá trabalham.

28/09/2012 – Noite

Durante este turno, estive igualmente nos balcões de atendimento aos doentes triados com prioridade amarela/laranja pela triagem de Manchester. A perspectiva que tive deste turno já foi um pouco diferente, baseando-se na experiência ocorrida no anterior. Foi possível desenvolver a minha capacidade de estar mais atenta e concentrada em todas as situações que ocorriam, de forma a implementar os melhores cuidados aos doentes que se dirigiram ao SU.

Uma das situações que pude observar e que mais admirei, foi a determinação dos enfermeiros em consentir que os doentes que se encontravam naquele local, bem como os que iriam permanecer durante a noite, pudessem estar confortáveis, e que tivessem oportunidade de descansar, permitindo que todas as condições favoráveis à implementação dessas medidas fossem postas em prática.

Ao longo do turno houve também oportunidade para conversar com a enfermeira orientadora acerca do meu projeto de estágio, e conseqüentemente, refletir acerca das alterações que teria de efetuar. Devido ao encaminhamento dos doentes na Via Verde AVC, para uma Unidade específica, fora do SU, procedendo à realização de fibrinólise e vigilância e monitorização de sinais vitais, arriscaria a que um dos meus objetivos e atividades a desenvolver fossem dificilmente concretizáveis. Em relação à temática da promoção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, a enfermeira orientadora sugeriu que direccionasse o meu objetivo e as minhas atividades, para uma situação mais concreta. Assim, após pesquisa e investigação decidi que iria incidir na área da prevenção da infeção associada ao uso de dispositivos intravasculares. A minha proposta será a realização de uma norma ou protocolo na colocação, manutenção e remoção de dispositivos intravasculares, ou então a atualização da norma já existente.

De acordo com a temática do conforto, pretendia verificar através da bibliografia atualizada quais as implicações do desconforto sentido nos SU's para a saúde das pessoas ou em contrapartida quais as perspetivas dos enfermeiros que trabalham no SU em relação aos cuidados de conforto prestados aos doentes.

01/10/2012 – Tarde

Neste dia antes de começar o turno, os enfermeiros da equipa A tinham formação em serviço acerca da Via Verde Sépsis (VVS) que brevemente começará a funcionar no SU do Hospital de São José, o que me permitiu também assistir a essa sessão de formação. A apresentação do protocolo realizado por uma equipa de médicos e enfermeiros do SU foi baseada na Circular Normativa da Direção Geral da Saúde “Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)” (2010) relativamente à implementação de VVS em diversas unidades de saúde a prestar cuidados urgentes. Este protocolo permite encaminhar para a VVS os doentes que apresentem pelo menos dois sinais de resposta inflamatória sistémica e um sintoma de infeção, conjuntamente com a não presença de critérios de exclusão. Nesta formação foram abordados os procedimentos e registos de enfermagem a realizar após a identificação destes critérios na Triage, assim como nas Salas de Reanimação ou Unidades de Observação após encaminhamento dos doentes que antes foram identificados e confirmados pelos critérios clínicos na VVS.

Quando o turno começou, fiquei com a Enfermeira Inês nas Salas de Emergência, nomeadamente nas de Trauma. Iniciei de imediato a minha observação percorrendo as duas salas com o intuito de conhecer os locais do material e perceber o funcionamento da prestação de cuidados a doentes vítimas de Trauma. Pouco tempo depois do início do turno, deu entrada no SU, um senhor invisual vítima de queda, com perda de consciência que foi encaminhado diretamente para uma das Salas de Trauma. Uma vez que o doente, no momento de entrada na sala estava consciente e aparentemente orientado, iniciámos a nossa abordagem solicitando-lhe a identificação e pedindo que nos disesse o que tinha acontecido. Conforme o doente ia explicando, fomos monitorizando-o para avaliação dos Parâmetros Vitais e verificando se tinha alguma lesão exterior que fosse possível proceder ao seu tratamento. Ainda estavam a decorrer os exames radiológicos efetuados ao doente, quando o SU foi contactado devido à necessidade de encaminhamento de um Politraumatizado, vítima de Queda de cerca de 6 metros, que recebeu os cuidados pré-hospitalares pelos profissionais do INEM e da VMER. Passados poucos minutos esse mesmo doente deu entrada no SU e foi conduzido para a Sala de Trauma. O doente já vinha entubado e ventilado com insuflador manual, devido à presença de um score inferior a 8 na Escala de Coma de Glasgow e também trazia uma sonda orogástrica em drenagem, uma vez que havia

suspeita de traumatismo craneo-encefálico. Após a transferência para a maca de observação da Sala de Trauma, mantendo o plano duro e a estabilização da coluna cervical, foi monitorizado e iniciada Ventilação Mecânica no Modo Volume Controlado, aparentemente bem adaptado. Depois da observação dos Parâmetros Vitais e da auscultação pulmonar, a equipa médica decidiu colocar drenagem torácica à esquerda, devido à presença de Hemotórax. A equipa de enfermagem decidiu colocar sonda vesical no doente afim de controlar a sua diurese. Colaborei na colocação de diversos procedimentos técnicos. Após colocação de drenagem torácica a função respiratória do doente melhorou. No entanto, posteriormente, foram colocadas duas novas drenagens torácicas, uma à esquerda pelo volumoso Hemotórax e outra à direita pela presença de Pneumotórax. As Drenagens Torácicas foram drenando bastante conteúdo hemático, pelo que foi necessário fazer uma requisição de sangue e consequentemente administrar mais fluídos ao doente. Assim, a decisão da equipa passou pela colocação de Catéter Venoso Central para complementar a administração de Fluidoterapia e medicação. Uma outra medida foi a colocação de catéter arterial para colheita de sangue afim de proceder ao controlo de gasimetria, e também para monitorização contínua da pressão arterial. No momento, o doente apresentava hipotensão (43/26mmHg) e taquicardia (126b.p.m.), provavelmente devido a choque hemorrágico. Apesar da sua instabilidade hemodinâmica, era necessário realizar outros exames como a tomografia computadorizada para verificação da função neurológica do doente, uma vez que este apresentava um evidente trauma do crâneo, com lesões expostas e presença de anisocória. Tinha prevista a ida ao Bloco Operatório com o objetivo de resolver cirurgicamente as lesões internas. Contudo, antes da realização do exame, o doente fez paragem cardio-respiratória, acabando por falecer, tendo sido posteriormente prestados os cuidados de conforto após a morte.

Depois desta situação foi possível refletir acerca da observação e abordagem ao doente segundo o método ABCDE.

05/10/2012 – Manhã

Neste dia, comecei por falar com a Enfermeira Inês acerca do trabalho que iria tentar desenvolver no SU, sobre ações paliativas que podem ser implementadas neste serviço de forma a prestar cuidados a doentes em fim de vida, possibilitando-lhes uma

morte com dignidade, com o mínimo de sofrimento e, se possível, acompanhados da sua família ou pessoa mais significativa na sua vida. Este foi um desafio lançado pela Enfermeira, uma vez que reconhece esta necessidade no serviço e compreendeu a minha vontade de realizar algum trabalho na área da manutenção do conforto nos doentes que são assistidos no SU.

Assim, iniciei de imediato a minha reflexão acerca desta temática, ponderando quais seriam as ações paliativas que se conseguiriam pôr em prática no SU. Posteriormente, foquei a minha atenção no público que iria abranger, pois considero importante não só a formação para os enfermeiros, como a sensibilização dos médicos para esta problemática.

Outra situação que equacionei foi sobre o local onde seriam instalados os doentes que se encontrassem nesta situação, com o objetivo de que pudessem ter a privacidade, dignidade e conforto, que merecem, durante a prestação dos seus cuidados.

Penso que todas estas condições terão que ser analisadas e discutidas com a Chefe dos Enfermeiros e também com toda a equipa, durante a elaboração deste projeto. Uma situação que ocorreu ontem foi a entrada de uma senhora na Sala de Reanimação, devido a um mal-estar generalizado sem conseguir definir bem a sua situação, embora fosse acompanhada de dor localizada a nível abdominal na região supra-púbica, tendo tido um episódio de lipotímia quando foi assistida pelo INEM e, na Triagem as suas tensões eram imensuráveis. Quando deu entrada na Sala de Emergência, vinha ansiosa, polipneica, pálida e sudorética. Apresentava uma temperatura timpânica de 35,2°C, estava taquicárdica e hipotensa com tensão arterial sistólica ligeiramente superior a 90mmHg. Foi feita uma colheita de gasimetria e apresentava uma acidose metabólica. Após ter sido algaliada, clampou-se a sonda vesical para se proceder a uma colheita de Urocultura e foram também colhidas duas hemoculturas. Com todos os sinais e sintomas que a doente apresentava e tendo em conta a formação realizada no início da semana, entre os enfermeiros pensou-se se não seria uma doente com critérios de Via Verde Sépsis. A temperatura abaixo dos 36°C também poderia ser um critério a ter em atenção devido a, possivelmente, o organismo do doente não estar a responder fisiologicamente à agressão infecciológica, sendo esta uma característica descrita por diversos autores como previsão de mau prognóstico em situações de sépsis (Briceño, 2005; Henkin et al, 2009). Depois da colheita de Urocultura, percebeu-se que a doente estava em oligúria. Até ao final do turno, ainda apresentou mais um episódio de mal-estar generalizado, apresentando tensões arteriais imensuráveis, revertendo com

administração de colóides e cristalóides. Quando o turno terminou, a equipa médica ainda não tinha edificado um diagnóstico, mas suspeitavam de insuficiência renal aguda, talvez devido a sobredosagem de anti-inflamatórios. Durante a sua permanência na Sala de Emergência, a doente manteve-se sempre consciente e orientada, mas necessitando de aquecimento externo devido à hipotermia. Sempre que foi possível, o marido foi incluído na prestação de cuidados, permanecendo na sala acompanhando-a.

06/10/2012 – Tarde

No início do turno foi transferido para o Bloco Operatório, um doente que tinha dado entrada no SU, de forma independente e com um score de 15 na Escala de Glasgow. Apresentava uma fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, hipotensão e hiperglicémia com valores de glicémia capilar imensuráveis. Foi encaminhado diretamente para uma das Salas de Emergência, onde foi feita colheita de sangue para análises e gasimetria, hemoculturas, urocultura, colocado catéter venoso central, entubado com sonda nasogástrica e aplicada uma sonda vesical. A avaliação da gasimetria revelou 800mg/dl de glucose no sangue, pelo que iniciou administração de insulina. Durante o procedimento de colocação do catéter venoso central, o doente começou a apresentar um ritmo de bradicardia, pelo que foram administradas adrenalina e atropina. Neste momento o seu score na Escala de Glasgow reduziu rapidamente para 7, pelo que se procedeu a entubação orotraqueal afim de iniciar ventilação mecânica. Foi sedado com midazolam, colocada insulina em perfusão e administrados colóides e cristalóides. Realizou TAC abdomino-pélvica com contraste e verificou-se uma perfuração no trato gastro-intestinal que estaria a provocar um choque séptico. Após estabilização hemodinâmica, foi transferido para o Bloco Operatório.

Um outro doente que deu entrada na Sala de Reanimação veio transferido do Hospital de Santa Maria. Tinha sido vítima de atropelamento em Évora há 4 dias, no entanto o Hospital de São José (Hospital da área de residência) não tinha tido possibilidade de o receber. Foi feito o acolhimento em Sala de Emergência, no entanto após realização de TACs Craneo-Encefálica, Torácica e Abdomino-pélvica foi instalado numa Sala de observação devido ao seu estado hemodinamicamente estável.

Mais tarde, na Sala de Trauma deu entrada um senhor vítima de agressão por objeto cortante na região da face, atingindo a região cervical anterior, pavilhão auricular esquerdo e região nasal. Estava consciente e orientado, com um score de 15 na Escala

de Glasgow. Trazia máscara facial com aporte de oxigenioterapia, com boas saturações de oxigênio periféricas. Apesar das lesões na região facial, mantinha as vias aéreas permeáveis com uma ventilação espontânea eficaz. As lesões apresentavam hemorragia ativa, tendo sido observadas pela especialidade de Cirurgia Plástica, que tomou a decisão de o encaminhar para o Bloco Operatório. No momento de entrada do doente no SU, este vinha com catéter venoso periférico para fluidoterapia e administração de fármacos, tendo a hemorragia sido controlada com aplicação de compressão local. Após a realização de alguns exames complementares de diagnóstico requisitados, o doente foi levado para o Bloco Operatório.

08/10/2012 – Noite

Durante este turno tive oportunidade de experienciar situações que, embora já tivesse conhecimento da sua existência, nunca tinha estado presente durante a ocorrência das mesmas.

Uma das situações foi a de um doente que tinha sido encontrado caído em casa e que apresentava cefaleias e vômitos. Quando entrou apresentava uma diminuição da força, hemiplegia e hemianopsia do lado esquerdo com desvio do olhar para a direita. Após tomografia computadorizada craneo-encefálica percebeu-se que o doente tinha um hematoma intracraniano á direita e essa lesão estaria a provocar-lhe os sintomas referidos. Apesar de tudo, o doente estava consciente e respondeu a algumas questões de forma orientada. Os parâmetros vitais permaneciam estáveis tendo sido algaliado para monitorização da diurese. Ficou internado na Unidade de Observação do SU para vigilância e monitorização contínua, assim como para realização de tratamento farmacológico.

Mais tarde, deu entrada no SU uma mulher de 30 anos que se dirigiu ao Hospital devido a palpitações, tonturas e mal-estar. A senhora tinha antecedentes cardíacos. Foi operada aos 18 meses por uma insuficiência cardíaca congénita e há cerca de 2 anos foi submetida a ablação cardíaca, no entanto segundo informação da doente, existiam locais inacessíveis no coração que não foram possíveis resolver com a ablação. Após realização de ECG, identificou-se um ritmo de taquicardia supra-ventricular. Foi depois encaminhada para uma das salas de Emergência e monitorizada. Iniciaram-se as medidas do algoritmo de taquicardias de Suporte Avançado de Vida com a massagem do

seio carotídeo e a Manobra de Valsalva que não reverteram a situação. Posteriormente, a equipa médica decidiu que se iria administrar adenosina endovenosa. Administraram-se 6mg, de seguida mais 12 mg e depois mais 12 mg, que não obtiveram o resultado esperado. A equipa médica sugeriu que se administrasse amiodarona, no entanto, a pedido da doente, que referiu que tinha ficado com hipertiroidismo após a última administração de amiodarona, optou-se pela administração de Verapamil, o que também não reverteu a situação. Assim, a próxima opção seria realizar uma cardioversão do ritmo que a doente apresentava aplicando um choque sincronizado. Para isso tinha de permanecer adormecida, tendo-lhe sido administrado Midazolam. O choque aplicado foi de 50J e reverteu a situação do ritmo de taquicardia supra-ventricular para um ritmo sinusal. Após algum tempo de monitorização e vigilância da doente, o ritmo manteve-se sinusal tendo sido transferida para a Unidade de observação do SU.

10/10/2012 – Manhã

Neste dia, a enfermeira Inês informou-me que iria fazer o acolhimento e a abordagem a um doente vítima de trauma ou com falência orgânica, como “team leader”, fazendo avaliação primária segundo a metodologia ABCDE, definindo a prioridade dos cuidados, realizando também a avaliação física e secundária do doente e, posteriormente, registando todas as intervenções junto do doente. Senti ainda algumas dificuldades, na definição das prioridades e na realização dos registos devido ao facto de não ter estruturado a minha abordagem de forma a organizar melhor as intervenções. Em relação aos conhecimentos, tenho vindo a desenvolver diversos ao longo do estágio, tanto na área do trauma como na da reanimação e encaro o facto de não ter previamente esses conhecimentos como uma limitação da minha prática na área da emergência hospitalar. Tentarei colmatar essas limitações e dificuldades com a pesquisa e investigação de documentos acerca desta temática.

Uma outra das situações que ocorreram neste dia, foi a admissão na sala de reanimação, de uma doente com dispneia, respiração superficial e bradipneia, consequência da evolução de uma neoplasia bastante avançada do esófago. Apesar de ser um caso bastante pertinente para o trabalho que pretendo desenvolver, não estive presente no acolhimento da doente, nem na abordagem primária, pois permaneci junto de um outro doente vítima de queda, admitido no SU anteriormente. Também é minha

pretensão ultrapassar a dificuldade que sinto em agilizar o meu desempenho nas situações em que são admitidas várias pessoas no SU, por situações emergentes.

10/10/2012 – Tarde

Houve um doente admitido por síndrome coronário agudo e ainda tive dificuldades na priorização da abordagem ao doente e na agilização de realização de ECDDT para que o doente pudesse ser transferido atempadamente para uma Unidade de Cardiologia, uma vez que se trata de um doente identificado como Via Verde Coronário, em que a rapidez em avaliar, monitorizar, abordar o doente é fulcral para o prognóstico da situação.

#### **Referências Bibliográficas:**

Briceño, I (2005) Sepsis: Etiología, Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico. *Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica* 2(9) 203-213.

CN 01/DQS/DQCQ (2010) *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Henkin, C. (2009) Sepse: uma visão atual. *Scientia Medica* 19 (3) 135-145.

APÊNDICE IX - ARTIGO DE REFLEXÃO “QUE AÇÕES PALIATIVAS NO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA?”

## ARTIGO DE REFLEXÃO

**Título:** «Que Ações Paliativas no Serviço de Urgência?»

**Identificação dos autores:** Enf<sup>a</sup> Isabel Vieira [Mestranda do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira no Hospital de Faro, beu\_isa\_vieira@hotmail.com].

Enf<sup>a</sup> Ilda Lourenço [Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. UCIP 1, Hospital de São José, CHLC, EPE, Lisboa. Mestre em Enfermagem e em Sociopsicologia da Saúde. Professora em Colaboração na Universidade Católica Portuguesa].

Enf<sup>a</sup> Inês Costa [Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Serviço de Urgência, Hospital de São José, CHLC, EPE, Lisboa].

**Resumo:** O presente artigo pretende refletir sobre a temática das ações paliativas no controlo sintomático de doentes admitidos no Serviço de Urgência, bem como as respetivas intervenções farmacológicas e não farmacológicas realizadas aos doentes/família, pelos enfermeiros.

Surge no âmbito do estágio realizado pela estudante, em contexto de Serviço de Urgência do Hospital de São José, integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. O presente tema, enquadrado num dos objetivos delineados no projeto de estágio supracitado, foi selecionado por ser pouco debatido no contexto da prática de cuidados do Serviço de Urgência, que se centram em medidas, maioritariamente, curativas e não paliativas. Contudo, as ações paliativas representam um nível básico de cuidados paliativos que podem ser prestados em qualquer contexto, sem a obrigatoriedade de equipas diferenciadas. Assim sendo, os enfermeiros do Serviço de Urgência podem assegurar esses cuidados a pessoas que são internadas com reais necessidades de cuidados paliativos, nomeadamente se centrarem o seu foco de intervenção ao nível da componente de controlo sintomático.

**Palavras-Chave:** Paliativo, Urgência, Controlo Sintomático

## **Desenvolvimento:**

### INTRODUÇÃO

Em Portugal, os Cuidados Paliativos tiveram o seu arranque em 2004, com a criação de um Programa Nacional de Cuidados Paliativos integrado no Plano Nacional de Saúde. Os Cuidados Paliativos (CP) caracterizam-se por cuidados à pessoa/família a vivenciarem situações de sofrimento físico, emocional ou espiritual, devido à presença de doença incurável e progressiva em estado avançado. São cuidados ativos, coordenados e globais prestados por equipas específicas em internamento ou domicílio segundo níveis de diferenciação, que incluem as componentes de controlo sintomático, apoio psicológico, emocional ou espiritual ao doente/família, assim como acompanhamento no luto. Os doentes aos quais se destinam estes cuidados são caracterizados por: (1) não terem a perspetiva de um tratamento curativo, (2) terem rápida progressão da doença, com expectativa de vida limitada, (3) terem intenso sofrimento, (4) terem problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar e (5) sofrerem um grande impacto emocional, bem como a sua família. Em relação aos níveis de diferenciação, estes podem ser vistos como uma pirâmide, na base da qual assentam as ações paliativas, uma vez que representam um nível básico de cuidados paliativos podendo ser prestados em qualquer contexto, sem a necessidade de equipas diferenciadas. Por outro lado, os CP de nível I pressupõem a presença de equipa com formação diferenciada. Os CP de nível II são disponibilizados 24 horas por dia e, para além da equipa diferenciada constituída por médico e enfermeiro, incluem profissionais nas áreas social, psicológica e espiritual. Por último, os CP de nível III desenvolvem atividades de formação e investigação especializadas em CP e as suas equipas são consideradas de referência na área (Barroso, 2010; Direção Geral de Saúde, 2004; Salgado, s.d.). Tendo em conta que uma das componentes dos CP é o controlo sintomático e que existem diversos doentes com urgências paliativas, assim como com descontrolo de sintomas a recorrerem ao Serviço de Urgência (SU), sendo um serviço com medidas terapêuticas predominantemente curativas, identificou-se a necessidade de abordar as ações paliativas que poderiam ser desenvolvidas no SU.

## ACÇÕES PALIATIVAS DE CONTROLO SINTOMÁTICO NO SU

Os doentes com as características referidas anteriormente, para os quais não há uma perspectiva de cura da sua doença, têm frequentemente sintomas decorrentes da sua doença ou de tratamentos da mesma, que consistem num grande sofrimento físico, psicológico ou espiritual, e que os fazem recorrer aos diversos Serviços de Urgência. Por vezes são sintomas que só por si constituem urgências paliativas, tais como as hemorragias, episódios de dispneia e de compressão vertebro-medular (Salgado, s.d.). Porém, noutras situações, os doentes são trazidos pela família por descontrolo sintomático, sem que estes saibam atuar perante o agravamento ou a presença de novos sintomas. Para além dos referidos, os sintomas mais frequentes são a dor, náuseas/vómitos, estretor e delirium/agitação (Gonçalves, 2002; Landete, s.d.; Massa, 2010; Salgado, s.d.).

Em relação à dor, a Ordem dos Enfermeiros (2008) publicou um caderno de boas práticas e recomendações para a prestação de cuidados, no que diz respeito ao controlo da dor. Refere a importância da avaliação da dor, numa primeira fase, valorizando o relato do doente, utilizando escalas de avaliação apropriadas a cada doente (Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala de Faces, Escala Qualitativa, Escala Comportamental) e registando outras características fundamentais na avaliação da mesma (Localização, Qualidade, Intensidade, Duração e Frequência). Por outro lado, refere a importância do controlo da dor, com base não só no seu tratamento como na sua prevenção. Para isso, é fundamental conhecer as indicações da analgesia ou fármacos utilizados no controlo da dor, bem como os seus efeitos colaterais e medidas não farmacológicas que devem ser utilizadas em complementariedade com as medidas farmacológicas. A OMS, em 1996, preconizou uma abordagem simples no tratamento da dor, com base em cinco frases: pela boca, pelo relógio, pela escada, para o indivíduo e atenção aos detalhes, uma vez que prefere a administração oral de terapêutica a outras vias, refere a importância da terapêutica ser dada segundo um horário e não apenas quando existe a presença do sintoma, a administração de analgesia ser dada segundo a escada analgésica, tendo em conta a individualidade de cada pessoa e da sua dor, tomando atenção aos pormenores como a manutenção do ciclo circadiano. Na escada analgésica da dor, definida pela OMS, há uma progressão na analgesia, ilustrada na respetiva escada por três degraus, segundo a intensidade da dor (ligeira, moderada ou intensa). No primeiro degrau encontram-se os analgésicos não-opioides e os anti-

inflamatórios não esteróides, posteriormente, caso estes não estejam a resultar introduzem-se os opióides fracos, que no último degrau são substituídos pelos opióides fortes. Ao longo da aplicação da escada analgésica, são também administrados fármacos adjuvantes, como corticóides, antidepressivos, anticonvulsivantes, neuroléticos, que vão potenciar as ações dos analgésicos ou atuar nos efeitos adversos dos mesmos (Barbosa, 2008).

No controlo de náuseas/vómitos é importante conhecer a sua etiologia para adequar o tratamento farmacológico e não farmacológico. As causas mais frequentes deste sintoma em doentes terminais são: alguns fármacos, quimioterapia, radioterapia, aumento da pressão intra-craniana, obstrução do tubo digestivo e obstipação. As ações paliativas que qualquer profissional pode ter, no controlo deste sintoma, passam por melhorar a higiene oral, evitar a posição dorsal para prevenção de aspiração, assegurar a redução de odores e oferecer alimentos em pequenas porções e que sejam do agrado da pessoa. Por outro lado, os fármacos antieméticos atuam de acordo com os vários neurotransmissores, dessa forma é fulcral adaptar a sua administração conforme a etiologia das náuseas e vômitos. No tratamento farmacológico, os fármacos mais utilizados são a metoclopramida, o haloperidol, butilescopolamina, levomepromazina e dexametasona (ANCP, 2009; Gonçalves, 2002).

Outro dos sintomas mais frequentes é o estertor, que é também aquele sintoma que provoca uma maior ansiedade nos cuidadores e que surge nos últimos momentos de vida da pessoa, quando esta apresenta uma diminuição do tónus muscular com uma reduzida capacidade de deglutição, acumulando todo o muco e saliva produzidos pelo organismo. As medidas não farmacológicas sugeridas por Gonçalves (2002) vão de encontro à redução da hidratação do doente e preferência da posição lateral com a cabeça elevada, em complementariedade com as medidas farmacológicas administrando Brometo de Ipatrópio na mucosa oral, butilescopolamina e furosemida. A aspiração de secreções e a administração de oxigenioterapia não estão indicadas nesta situação, pois não trazem benefícios para o doente.

No delírium/agitação é importante reconhecer as possíveis causas do seu aparecimento, que podem ser a abstinência ou excesso de opióides, retenção urinária, obstipação, alterações eletrolíticas ou infeções. No geral, o tratamento do delírium passa por resolver as causas que estão na sua origem porém, existem muitas ações para a redução da ansiedade provocada pelo delírium, como o favorecimento de um ambiente calmo, bem iluminado, com objetos familiares, a presença da família, a redução da

caféina e a tentativa de manter as rotinas e atividades diárias do doente. Contudo, muitas vezes não é possível resolver os períodos de agitação, sem a administração de sedativos ou neuroléticos, como o midazolam, haloperidol e clorpromazina (ANCP, 2009; Gonçalves, 2002).

Existem outros sintomas considerados Urgências Paliativas, não pela ameaça de vida mas por se tratar de sintomas intensos que causam alterações graves e irreversíveis da função de cada pessoa. Entre eles, os que serão abordados por serem mais frequentes são a hemorragia, dispneia e compressão vertebro-medular (Salgado, s.d.). A hemorragia é uma situação que provoca muita ansiedade na pessoa e na sua família, pelo que qualquer medida não farmacológica como compressão e tamponamento ou uso de hemostáticos para o controlo de hemorragia são realizados com o intuito de reduzir o sofrimento especialmente da família. Por outro lado, se a hemorragia não for rapidamente fatal e se o doente mantiver o seu estado de consciência, deve ser implementado um protocolo de sedação com uso de midazolam, levomepromazina, propofol ou morfina (Gonçalves, 2002; Landete, s.d.).

Em relação à dispneia, esta vem muitas vezes associada a problemas cardíacos e respiratórios causados ou não pela doença terminal ou à ansiedade. As ações que se podem iniciar aquando da presença de dispneia passam por promover um ambiente calmo, estabelecer estratégias de comunicação com o doente, elevar a cabeceira e permitir a presença de ar fresco com a abertura de janelas, utilização de ventoinhas ou ar condicionado. No tratamento farmacológico, este pode ter ligeiras diferenças caso o doente tenha problemas respiratórios associados ou a sua causa principal seja a ansiedade. Neste último caso, há indicação para administração de benzodiazepinas e morfina, por outro lado, se houver problemas respiratórios associados, podem administrar-se broncodilatadores ou outros fármacos específicos de acordo com a patologia. A administração de oxigenioterapia, no caso de dispneia, só deve ser realizada caso haja hipóxia, se não, não há benefícios em o fazer, a não ser que seja a pedido do doente ou com o intuito de reduzir o sofrimento da família (ANCP, 2009; Gonçalves, 2002).

Nos casos de compressão vertebro-medular, o tratamento passa pela administração de dexametasona, radioterapia ou cirurgia, pelo que, estas situações terão que ser analisadas afim de que haja uma seleção da melhor escolha de tratamento para o doente (Gonçalves, 2002).

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DE FLUÍDOS E TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA

A Hipodermóclise é a denominação dada à administração de fluídos por via subcutânea, e possui diversas vantagens, tornando-se numa via eleita quando não é possível a via oral. As suas vantagens são o facto de ser menos traumática/invasiva, ter maior durabilidade que outra via (entre 8-11 dias), ser mais cómoda, haver mais facilidade na técnica de colocação e manutenção do catéter, uma vez que a família pode administrar fármacos após receber ensinamentos, não requerer hospitalização, ter menos efeitos secundários, menos custos, um menor risco de complicações e infeções e permitir a manutenção da autonomia do doente. A técnica de hipodermóclise consiste, numa primeira fase, na colocação de uma agulha epicraneana, preferencialmente de baixo calibre (G23), introduzida numa prega cutânea, a 45°, com rotação a 180° com o objetivo de manter o bisel voltado para baixo para melhor absorção. Os possíveis locais onde se deve colocar a agulha são a face anterior do torax, infra-clavicular e supra-mamilar; a região abdominal, em redor do umbigo; a região externa das coxas e a região externa dos braços e região escapular, preferencialmente, em doentes agitados e confusos. Esta via permite a administração de 1000-1500cc/dia de fluídos, podendo ser colocado Soro Fisiológico a 0,9% e Dextrose 5% em perfusão, com um sistema de conta-gotas a 20-100cc/h. A administração de fármacos, por esta via, deve ser feita com um máximo de três fármacos de cada vez, seguido de 3cc de Soro para limpar a tubuladura do sistema e se houver administração de muitos fármacos, ou fármacos incompatíveis com outros, deve considerar-se a colocação de um segundo acesso subcutâneo. Esta via tem algumas desvantagens como a contra-indicação em situações de anasarca, vasoconstrição periférica, alterações na integridade cutânea, infeção de repetição nos locais de punção, coagulopatias e se for colocada junto de cicatrizes operatórias. Também é uma via que apresenta limitações na administração de alguns eletrólitos, fármacos e grandes quantidades de fluídos, podendo ocorrer o aparecimento de complicações, como o eritema, edema ou hematoma local, prurido, abscessos e inflamação (Neto, 2008; Viegas, 2011).

## CONCLUSÃO

Desde identificar os sintomas num doente em fim de vida, passando pelo seu controlo e cuidados de conforto, até à dignificação do doente e sua família no momento da morte, são todas ações paliativas. Os enfermeiros, mesmo no Serviço de Urgência, podem intervir ativamente junto dos doentes que se encontram nesta situação. As ações paliativas não são uma parte menor no cuidado a estes doentes, antes pelo contrário são o pilar dos Cuidados Paliativos. Sendo que os enfermeiros não podem prescrever, têm contudo a missão de lembrar quem o pode fazer, baseando-se na evidência científica, com o melhor argumento: “Sempre pelo bem do doente”.

### **Bibliografia:**

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Barbosa, J. et al (2008) Farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde* 21 (2) 112-120.
- Barroso, R.M.S. (2010) *Condições para o desenvolvimento de ações paliativas em unidades de internamento de agudos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, Portugal.
- CN 14/DGCG (2004) *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Gonçalves, F. (2002) *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Landete, I. et al (s.d.) *Proceso asistencial en urgencias al paciente terminal*. Alicante: Servicio de urgencias del Hospital General.
- Massa, E.B. (2010) *Análise da necessidade de recurso ao Serviço de Urgência de doentes oncológicos em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Neto, I. (2008) Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 15 (4) 277-283.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2008) *Guia Orientador de Boa Prática – Dor*. Cadernos OE Série I Número I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Salgado, J. (s.d.) Situación clínica terminal en urgencias. *Libro electrónico de Temas de Urgencia*. Acedido Outubro 5, 2012, em <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/11.Oncologicas/Situaci%C3%B3n%20terminal%20urgencias.pdf>

Viegas, M. (2011) Via Subcutânea: Uma nova alternativa. *Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.* Acedido Outubro 11, 2012, em [http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA\\_SUBCUTANEA\\_uma\\_alternativa\\_final.pdf](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA_SUBCUTANEA_uma_alternativa_final.pdf)

World Health Organization (1996) *Cancer pain relief*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICE X - SENSIBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA  
IMPLEMENTAÇÃO DE LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA CIRURGIAS  
SEGURAS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo III – Opcional (Bloco Operatório)

## **Sensibilização dos Enfermeiros para implementação de Lista de Verificação para Cirurgias Seguras**

Em 2006, a OMS iniciou o seu projeto relacionado com a Segurança do Doente em procedimentos cirúrgicos. Nesse momento identificou quatro desafios para melhorar a segurança cirúrgica. Em primeiro lugar, a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública significativo, depois não haviam dados básicos sobre os procedimentos cirúrgicos na grande maioria dos países. Um outro problema identificado era a não implementação das práticas atuais e baseadas na evidência, relacionadas com a segurança cirúrgica em grande parte dos locais e também, a complexidade envolvente a todos os procedimentos cirúrgicos. Assim, o objetivo da criação do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” era a correção destes problemas, através de quatro pressupostos: (1) dar informação acerca do papel e padrões de segurança cirúrgica em saúde pública aos clínicos, administradores hospitalares e às autoridades de saúde pública; (2) definir um conjunto de uniformizações para vigilância cirúrgica a nível nacional e internacional; (3) identificar normas de procedimentos para segurança cirúrgica, compiladas numa lista de verificação para ser utilizada em qualquer contexto cirúrgico internacional; (4) testar essa lista de verificação em todos os países piloto e, posteriormente divulga-la por todos os hospitais mundiais. A utilização de uma lista de verificação tem várias vantagens pois ajuda a sistematizar, a recordar situações de rotina principalmente em situações urgentes, a clarificar todas as etapas de um processo complexo e são facilmente aplicáveis no contexto peri-operatório. Apesar das equipas cirúrgicas (anestesista, cirurgião, enfermeiro) aplicarem as normas referentes à lista de verificação de segurança cirúrgica na maioria das situações, nem sempre o seu

registo é realizado, sendo que a ausência de informação básica sobre as medidas de segurança aplicadas torna difícil a definição de normas para a formação, a credenciação da segurança nos hospitais, permite que sejam os governos a determinar a melhor forma de abordar as questões, racionalizando os recursos e as necessidades.

Um dos objetivos do projeto foi melhorar os padrões cirúrgicos em quatro áreas principais: a manutenção de equipas cirúrgicas seguras melhorando o trabalho em equipa com base na qualidade da comunicação, a subsistência de anestésias seguras através da monitorização contínua e adequada do doente e da identificação de problemas potenciais, a prevenção da infeção do local cirúrgico através do controlo da assepsia e a medição dos serviços cirúrgicos com a criação de indicadores para obter os resultados na área da segurança cirúrgica. Este projeto tem ainda três princípios: a simplicidade, a ampla aplicabilidade e a mensurabilidade, que se forem seguidos, serão alcançados os objetivos de implementação com sucesso.

A OMS definiu ainda dez objetivos para a implementação de cuidados cirúrgicos seguros, divulgando os estudos que demonstram a sua evidência e sugerindo recomendações para a sua aplicabilidade.

Em relação ao primeiro objetivo “A equipa vai operar o doente correto no local correto”, uma das estratégias sugeridas pela OMS é a marcação do local de incisão com uma caneta de tinta permanente. A primeira etapa deste objetivo é a verificação de que é o doente certo, o local certo e o procedimento cirúrgico certo, sendo para isso ideal que o doente esteja consciente para colaborar na confirmação da informação, se efetue a marcação do local cirúrgico após o consentimento do doente e se verifiquem os registos no processo clínico e os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente os exames radiológicos. Nesta fase de confirmação da identidade do doente, também é importante arranjar um outro dado de identificação como por exemplo, a data de nascimento. Em relação à segunda etapa, a marcação do local, este não deve ser assinalado com um X pois pode induzir em erro, podendo achar que aquele não é o local a intervir, sendo que se sugere a colocação de uma seta a apontar para o local ou as iniciais do cirurgião ou da pessoa que realiza a marcação que deve estar presente na intervenção cirúrgica. Ainda sugere-se uma terceira etapa, o *time out* que é uma pausa realizada antes da incisão cirúrgica para confirmar o doente, o local e o procedimento, que também promove a comunicação entre a equipa cirúrgica.

O segundo objetivo “A equipa vai usar métodos conhecidos para prevenir danos causados pela administração de anestésicos, protegendo o doente da dor” tem como

principal característica, o uso de monitorização contínua dos parâmetros vitais do doente, sendo que a oximetria de pulso e a capnografia são consideradas particularmente importantes. A equipa de anestesia (médico anestesista e enfermeiro) tem de ter em conta que os principais problemas associados à utilização de anestesia estão relacionados com as vias aéreas e com a presença de anestesia em situações de hipovolémia. Também é importante considerar que o sistema de anestesia inclui qualquer aparelho ou equipamento que fornece gases, vapores ou agentes anestésicos locais ou intravenosos para a indução anestésica, qualquer dispositivo médico para garantir a segurança e permeabilidade da via aérea e qualquer dispositivo para manter de forma contínua a monitorização do doente, que teve que dar o seu consentimento aos procedimentos relacionados com a anestesia. Assim sendo, os equipamentos relacionados com a anestesia devem ser verificados antes de cada utilização, no início de cada dia de funcionamento e após qualquer reparação, manutenção ou introdução de equipamentos. A utilização de lista de verificação de segurança antes de qualquer anestesia é fulcral, tendo em conta que se devem verificar os fatores de risco relacionados com o doente e com os recursos. Mais uma vez, é importante a manutenção de registos acerca da segurança nos procedimentos anestésicos e cirúrgicos.

No terceiro objetivo “A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de vida resultante da perda de controlo da via aérea ou da função respiratória” a equipa anestésica tem de estar preparada, realizando uma avaliação pré-anestésica referente à via aérea e à manutenção do jejum pré-operatório, mas também ter disponível todo o equipamento necessário à manutenção e abordagem da via aérea em adultos sem obstrução e material para abordagem de via aérea difícil, de fácil localização e utilização. Toda a avaliação pré-anestésica ou complicações pós-anestésicas devem ser registadas no processo clínico do doente.

O quarto objetivo é “A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de grande perda de sangue” e em relação a este objetivo, o anestesista durante a avaliação pré-anestésica pode prever uma grande perda de volume de sangue tendo em conta as características do doente ou através da comunicação com o cirurgião e, após essa avaliação devem ser garantidos acessos venosos adequados em quantidade e em calibre para a reposição de fluídos ou hemoderivados, que também devem ser preparados e confirmar a sua disponibilidade reservada para o doente, em caso de urgência.

Em relação ao quinto objetivo “A equipa vai evitar induzir uma reação alérgica/medicamentosa adversa para a qual o doente é conhecido ter um risco significativo”, a equipa cirúrgica evita os erros referentes a hipersensibilidade conhecida dos doentes se houver uma boa recolha dos dados do doente, se esses mesmos dados estiverem registados, se houver uma boa comunicação entre os elementos da equipa responsável pela prestação de cuidados ao doente e se existirem listas de verificação que garantam o controlo das medidas de segurança adequadas à realização de um procedimento cirúrgico. Relativamente a este objetivo, devem ser adequadas as estratégias referentes à administração de medicação, uma vez que existe a ocorrência de diversos erros nesta área, ou por falta de administração de determinado fármaco, ou pela troca de fármacos, vias, doentes ou dosagens. Uma dessas estratégias pode ser a utilização de um código de cores por classe de fármacos, com o intuito de diminuir a probabilidade de erro na administração de um medicamento com embalagem ou nome semelhantes, assim como a identificação completa do conteúdo de todas as seringas pré-preparadas com medicação a administrar.

Relativamente ao sexto objetivo “A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico”, existe uma vasta lista de métodos simples que podem ser implementados, sem aumento de custos, que irão limitar o risco de infeções. Essa lista é constituída por intervenções como: redução de hospitalização pré-operatória, redução de peso em doentes obesos, cessação tabágica, o controlo de hiperglicémias, métodos adequados de tricotomia, gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica com antibioterapia, desinfeção de superfícies no bloco operatório, a adequada utilização do vestuário cirúrgico, manutenção da normoterapia durante o procedimento cirúrgico e redução do tempo operatório. Por exemplo, em relação à antibioterapia profilática, esta é eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico quando usada adequadamente. Vários estudos revelam que a administração da antibioterapia profilática cerca de duas horas antes ou após a incisão revelam um aumento na taxa de infeção, contudo houve redução dessa mesma taxa nas situações em que os antibióticos foram administrados antes da indução anestésica, ou seja, cerca de 20 minutos antes da incisão cirúrgica. No entanto, é importante conhecer a ação dos antibióticos, pois alguns terão de ser administrados cerca de uma hora antes para iniciar a sua ação quando inicia o procedimento cirúrgico.

No sétimo objetivo “A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas no local cirúrgico”, devem ser utilizadas metodologias de contagem de

compressas e instrumental cirúrgico antes do início do procedimento, antes do encerramento de uma cavidade, antes do encerramento da ferida e no encerramento da pele. As compressas utilizadas devem ser detetáveis em Rx e, uma das estratégias para a sua contagem é ser realizada em múltiplos de cinco. Todo o material utilizado deve ser mantido na sala operatória até à contagem final realizada no término do procedimento cirúrgico. Toda a contagem, quer de compressas, instrumental cirúrgico ou material corto-perfurante, deve ser registado no processo do doente. Em caso de discrepância entre as contagens inicial e final do procedimento cirúrgico, cada unidade hospitalar deve ter um protocolo de atuação, realizando uma radiografia no final da cirurgia, não deixando sair ninguém, nem nenhum material antes de uma inspeção detalhada de todos os locais da sala operatória,

Em relação ao oitavo objetivo “A equipa vai identificar com segurança e precisão todos os espécimes cirúrgicos”, os elementos responsáveis pela recolha da amostra de espécimes pertencentes aos doentes têm que identificar as mesmas com pelo menos dois dados do doente (nome, data de nascimento ou número do processo clínico) e com a identificação da amostra e o seu local de origem e, esta deve ser acompanhada com uma requisição realizada pelo médico com os mesmos dados identificativos que a amostra. Em simultâneo, deve ser registado no processo clínico que foi enviada uma amostra de espécime do doente para análise patológica, sendo importante também registar o nome e o local da amostra.

Relativamente ao nono objetivo “A equipa vai comunicar de forma efetiva e partilhar informação crítica para a condução segura da cirurgia”, verifica-se que em contextos complexos, os erros humanos são uma grande ameaça, pois são impossíveis de eliminar. Alguns fatores que contribuem para essa falibilidade humana são a elevada carga de trabalho, a experiência inadequada, ambiente stressante, fadiga mental e rápidas mudanças. Assim, de acordo com alguns estudos, tanto médicos como enfermeiros referiram a melhoria da comunicação na equipa como a medida mais importante para a melhoria da segurança e eficiência nas salas de operações. Por isso, a discussão interdisciplinar da equipa permite garantir um planeamento e preparação adequados dos procedimentos caso a caso, contribuindo para uma cultura construtiva da equipa. Mais uma vez, estudos revelam que a utilização de listas de verificação contribuem para o sucesso dos objetivos e promovem uma cultura de comunicação aberta, bem como a preservação de registos precisos demonstram a elevada qualidade na prestação dos cuidados.

Por último, o objetivo “Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados” refere a importância de uma vigilância cirúrgica sistemática por parte dos hospitais no que diz respeito aos dados de taxas de mortalidade, quer no dia da cirurgia ou no período pós-operatório, a taxa de infeção do local cirúrgico e o índice de Apgar cirúrgico.

### **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS**

Em primeiro lugar é importante esclarecer que a equipa cirúrgica é composta pelos cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros e os técnicos envolvidos nos procedimentos cirúrgicos. Em relação à lista de verificação, muitos dos passos da mesma já são colocados em prática pelas equipas na sua rotina, no entanto é raro ser implementada e registada na sua totalidade. Deve existir uma única pessoa responsável pela verificação da lista, sendo que a OMS sugere que seja o enfermeiro circulante, que deve manter a comunicação e participação ativa de todos os elementos nos passos de verificação. Assim, antes da indução anestésica, o coordenador da lista de verificação confirma os dados com o anestesista, enfermeiro de anestesia e com o doente; antes da realização da incisão sugere-se uma pausa (time out) para confirmar os dados da lista com os cirurgiões, anestesista e enfermeiros de anestesia e instrumentista e por fim, antes do doente e equipa cirúrgica abandonarem a sala, idealmente, no momento do encerramento da pele deve proceder à verificação dos restantes dados da lista com a restante equipa cirúrgica. Até toda a equipa estar familiarizada com todos os passos da lista de verificação, cabe ao coordenador de verificação orientar toda a equipa ao longo do processo, daí que esta pessoa deva ser um profissional maduro, respeitado por toda a equipa cirúrgica e que exerça as funções de enfermeiro circulante.

Antes da indução anestésica, o coordenador de verificação da lista deve confirmar verbalmente com o doente, a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e se o consentimento foi dado. Se for uma criança ou um adulto inconsciente ou incapaz de colaborar, deve haver um tutor ou membro da família presente e caso não seja possível estar ninguém presente ou em caso de emergência se não for possível verificar este passo, são registadas as razões e toda a equipa concorda em continuar nestas condições. Depois verifica que o local está marcado com tinta permanente, ou marca o local após a confirmação dada pelo doente. De seguida, verifica

com o anestesista ou enfermeiro de anestesia que a verificação de todo o material e equipamento está completa, podendo ser utilizadas listas de verificação ou o uso de mnemónica como o ABCDE – verificação do equipamento de via aérea (Airway), do sistema de ventilação (Breathing), de aspiração (suCtion), medicamentos e dispositivos (Drugs) e medicamentos ou equipamentos de emergência (Emergency). Junto do doente, verifica se este está monitorizado com oximetria de pulso e outros equipamentos e, que estes se encontram a funcionar corretamente. Depois, mais uma vez junto do anestesista, verifica se o doente tem alguma alergia conhecida e regista-a, se foi realizada uma avaliação da abordagem da via aérea e se está disponível o material de emergência e se o anestesista sabe e está preparado para uma perda de volume de sangue superior a 500ml, verificando a presença e confirmação de hemoderivados e fluídos para administração.

No momento antes da realização da incisão, na pausa ou time out, o coordenador da lista de verificação pedirá a cada pessoa que se apresente e que diga a sua função e apenas não se realiza este passo se toda a equipa cirúrgica se conhece, sendo que também serão confirmados a identidade do doente, o procedimento e o local cirúrgico. De seguida, o mesmo coordenador perguntará em voz alta se a profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos e se o doente fez ou se possui a profilaxia tromboembólica (meias de contenção). Neste momento, deve também confirmar com o enfermeiro instrumentista a esterilização do instrumental e material necessário à cirurgia, bem como se a equipa cirúrgica prevê alguns eventos adversos durante o procedimento cirúrgico. Por fim, irá verificar junto do cirurgião se existem exames imagiológicos necessários e disponíveis e se este quer que os mesmos estejam bem visíveis durante o decorrer da cirurgia.

A última etapa da lista de verificação pode decorrer no momento do encerramento da pele do doente e devem estar presentes todos os elementos da equipa cirúrgica. A seguir, o coordenador confirma com os cirurgiões qual foi o procedimento realizado e junto ao enfermeiro instrumentista e em colaboração com este verificam a contagem de compressas, instrumental cirúrgico e material corto-perfurante. De seguida verifica que a amostra do espécime do doente está embalada e rotulada com todas as informações necessárias e confirmadas pela restante equipa cirúrgica e se a mesma tem alguma informação importante que seja necessário registar e reportar aos colegas que procederão aos cuidados pós-operatórios.

APÊNDICE XI - POSTER "CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS"

# Cirurgia Segura Salva Vidas

No projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”, a OMS (2006) definiu **10 objetivos** para implementação de cuidados cirúrgicos seguros

**Objetivo 1** – “A equipa vai operar o doente correto no local correto”

- Verificar a identidade do doente através de dados pessoais (nome e data de nascimentos) (Michaels, 2007).
- Assinalar o local certo com uma seta, ao invés do X que pode induzir em erro (The royal college of surgeons of England, 2005).
- Realizar o time out, pausa antes da incisão cirúrgica (Makkary et al, 2007).

**Objetivo 2** – “A equipa vai usar métodos conhecidos para prevenir danos causados pela administração de anestésicos, protegendo o doente da dor”

- O material de anestesia inclui fármacos, material anestésico, manutenção da via aérea, monitorização, que devem sempre ser verificados antes do uso (Merry et al, 2010).
- O uso de oximetria e capnografia são fundamentais (Runciman, 2005).

**Objetivo 3** – “A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de vida resultante da perda de controlo da via aérea ou da função respiratória”

- Colocar o material de via aérea difícil em local de fácil acesso (Baker et al, 2007).
- Registrar avaliação pré-anestésica e complicações pós-anestésicas (Peterson, 2005).

**Objetivo 4** – “A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de grande perda de sangue”

- Prever uma grande perda de sangue através do conhecimento das características do doente.
- Garantir acessos venosos suficientes em quantidade e calibre.
- Confirmar disponibilidade de reserva de sangue (Spinella, 2007).

**Objetivo 5** – “A equipa vai evitar induzir uma reação alérgica/medicamentosa adversa para a qual o doente é conhecido ter um risco significativo”

- Realizar uma boa recolha de dados do doente e registar.
- Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa.
- Utilizar listas de verificação.
- Uma vez que existe a ocorrência de diversos erros nesta área, ou por falta de administração de determinado fármaco, ou pela troca de fármacos, vias, doentes ou dosagens, adotar estratégias como: utilização de um código de cores por classe de fármacos e a identificação completa do conteúdo de todas as seringas (Webster et al, 2001).

**Objetivo 6** – “A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico”

- Adotar atitudes de redução do risco de infeção, sem custos, tais como: redução de hospitalização pré-operatória, redução de peso em doentes obesos, cessação tabágica, o controlo de hiperglicémias, métodos adequados de tricotomia, gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica com antibioterapia, desinfeção de superfícies no bloco operatório, a adequada utilização do vestuário cirúrgico, manutenção da normotermia durante o procedimento cirúrgico e redução do tempo operatório (Castella, 2006).
- Vários estudos revelam que a administração da antibioterapia profilática cerca de duas horas antes ou após a incisão revelam um aumento na taxa de infeção, ao contrário da administração cerca de 20 minutos antes (Classen, 1992; Dellinger, 2007).

**Objetivo 7** – “A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas no local cirúrgico”

- Utilizar metodologias de contagem de compressas e instrumental cirúrgico antes do início do procedimento, antes do encerramento de uma cavidade, antes do encerramento da ferida e no encerramento da pele.
- As compressas devem ser detetáveis em RX e a sua contagem deve ser realizada em múltiplos de cinco.
- Todas as contagens devem ser registadas no processo do doente (AORN, 2005).

**Objetivo 8** – “A equipa vai identificar com segurança e precisão todos os espécimes cirúrgicos”

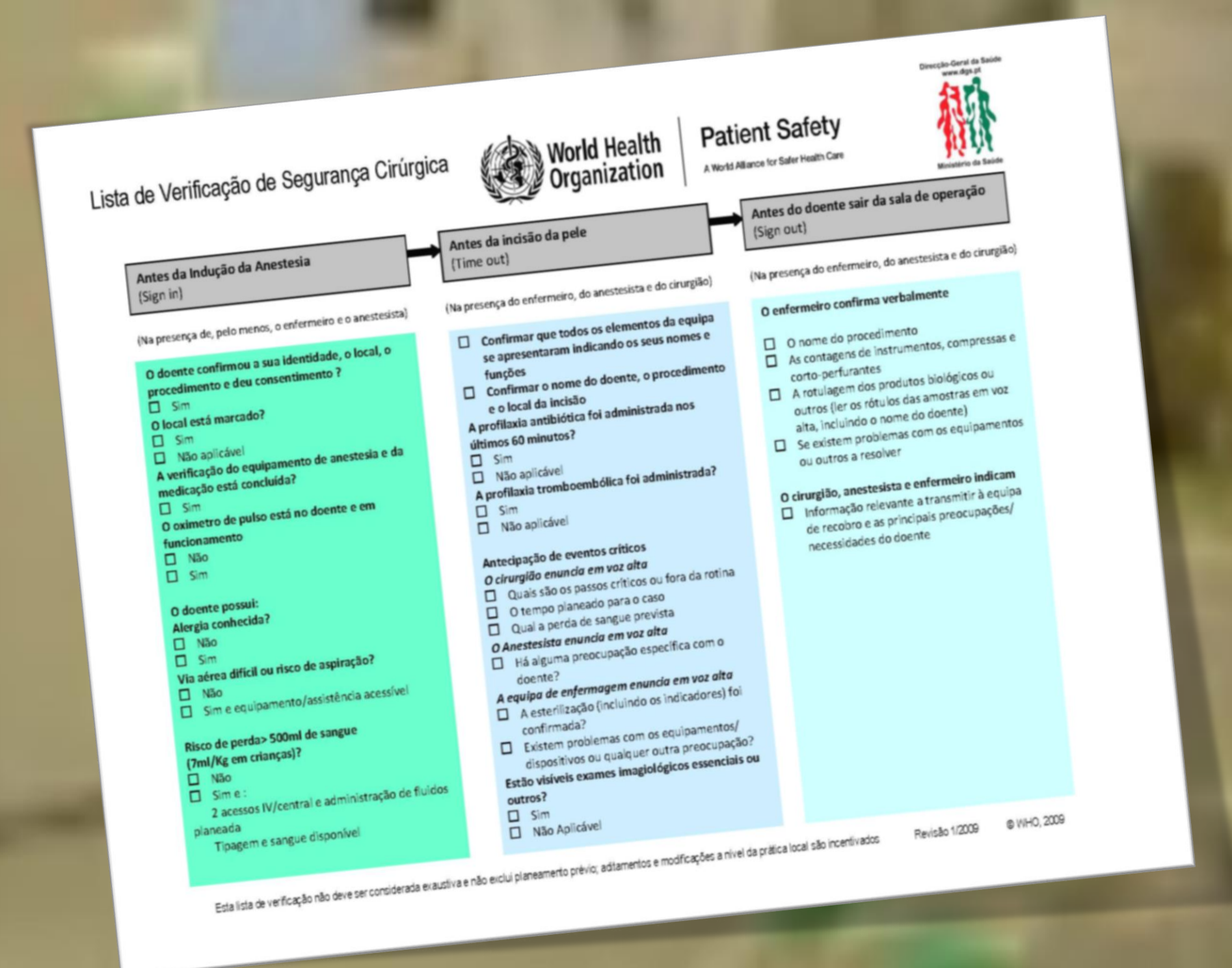
- Os responsáveis pela recolha da amostra devem identificar as mesmas com pelo menos dois dados do doente e também com a respetiva identificação da amostra e o seu local de origem, acompanhadas da requisição com os mesmos dados identificativos (Makary, 2007).
- Em simultâneo, deve ser registado no processo clínico que foi enviada uma amostra de espécime do doente para análise patológica, sendo importante também registar o nome e o local da amostra.

**Objetivo 9** – “A equipa vai comunicar de forma efetiva e partilhar informação crítica para a condução segura da cirurgia”

- Em alguns estudos, tanto médicos como enfermeiros referiram a melhoria da comunicação na equipa como a medida mais importante para a melhoria da segurança e eficiência nas salas de operações (Sexton et al, 2000).
- A utilização de listas de verificação contribuem para o sucesso dos objetivos e promovem uma cultura de comunicação aberta, bem como a preservação de registos precisos demonstram a elevada qualidade na prestação dos cuidados (NMC).

**Objetivo 10** – “Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados”

- É muito importante a existência de vigilância cirúrgica sistemática por parte dos hospitais no que diz respeito aos dados de taxas de mortalidade, quer no dia da cirurgia ou no período pós-operatório, a taxa de infeção do local cirúrgico e o índice de Apgar cirúrgico (Berwick, 2008).



**Notas gerais acerca da lista de verificação cirúrgica sugerida pela OMS (2006):**

- Deve existir uma única pessoa responsável pela verificação da lista, sendo que a OMS sugere que seja o enfermeiro circulante, que deve manter a comunicação e participação ativa de todos os elementos nos passos de verificação.
- Até toda a equipa estar familiarizada com todos os passos da lista de verificação, cabe ao coordenador de verificação orientar toda a equipa ao longo do processo, daí que esta pessoa deva ser um profissional maduro, respeitado por toda a equipa cirúrgica e que exerça as funções de enfermeiro circulante.
- Se o doente for uma criança ou um adulto inconsciente ou incapaz de colaborar, deve haver um tutor ou membro da família presente e caso não seja possível estar ninguém presente ou em caso de emergência se não for possível verificar este passo, são registadas as razões e toda a equipa concorda em continuar nestas condições.
- Na verificação do material e equipamento para a indução anestésica podem ser utilizadas listas de verificação ou o uso de mnemónica como o ABCDE – verificação do equipamento de via aérea (Airway), do sistema de ventilação (Breathing), de aspiração (suction), medicamentos e dispositivos (Drugs) e medicamentos ou equipamentos de emergência (Emergency).

ANEXO I – ESTATÍSTICAS DOS MOVIMENTOS GERAIS DO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, CHLC.

ESTATÍSTICA DO MOVIMENTO ASSISTENCIAL

URGÊNCIA EXTERNA - Movimento Geral



Dados importados a 6 de Julho

PERÍODO: 1º Semestre 2012

Especialidades de Urgência	DOENTES SOCORRIDOS											
	ADMITIDOS							SAÍDOS				
	Emergente	Muito Urgente	Urgente	Pouco Urgente	Não Urgente	Outros Casos	Indefinido	Σ	Altas	Falecidos	Internados	Σ
MEDICINA	160	3.022	12.954	17.174	463	770	4	34.547	30.910	160	3.469	34.539
REANIMACAO												
CIRURGIA GERAL	36	569	4.906	6.058	98	364	4	12.035	10.858	16	1.155	12.029
PEQ CIRURGIA		1	102	193	2	5		303	301		2	303
UROLOGIA		331	1.688	848	12	54		2.933	2.701		232	2.933
ORTOPEDIA	3	114	3.039	6.206	50	106		9.518	9.192		327	9.519
UVM	1	3	39	6				49	30		19	49
UUM												
GASTROENTEROLOGIA	1	4	38	15	1	6		65	51		14	65
NEUROLOGIA	23	189	1.090	574	4	204		2.084	1.472	1	617	2.090
ESTOMATOLOGIA												
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	16	566	2.397	57	104		3.141	3.054		85	3.139
OFTALMOLOGIA	62	111	1.670	4.732	69	162	2	6.808	6.756		51	6.807
EMERGENCIA												
MAXILO-FACIAL	6	40	815	886	7	26	1	1.781	1.518		261	1.779
IMUNOHEMOTERAPIA												
NEURORRADIOLOGIA		2	5	4				11	6		5	11
CPR	13	102	490	208	3	19		835	450		384	834
NEUROCIRURGIA	38	151	796	327	3	44		1.359	976	1	379	1.356
ANESTESIA	11	8	36	12				67	7	1	59	67
MFR												
HEMATOLOGIA	8	306	176	159	17	83	30	779	535	1	243	779
DERMATOLOGIA												
QUIMIOTERAPIA												
CARDIOLOGIA		2		1			244	247	10		237	247
CIRURGIA VASCULAR	3	63	97	74	1	19	269	526	364		162	526
PSIQUIATRIA	10	408	2.076	1.061	28	99		3.682	3.680		3	3.683
Outras		1	1				1	3			2	2
<b>Urgência Geral Polivalente</b>	<b>376</b>	<b>5.443</b>	<b>30.584</b>	<b>40.935</b>	<b>815</b>	<b>2.065</b>	<b>555</b>	<b>80.773</b>	<b>72.871</b>	<b>180</b>	<b>7.706</b>	<b>80.757</b>
GINECOLOGIA				2				2	2			2
OBSTETRÍCIA			1	1				2	2			2
Outras												
<b>Urgência de Ginecologia/Obstetrícia</b>			<b>1</b>	<b>3</b>				<b>4</b>	<b>4</b>			<b>4</b>
OFTALMOLOGIA												
ESTOMATOLOGIA			16	19		2		37	37			37
NEUROLOGIA	2	15	105	32		7		161	149		12	161
PSIQUIATRIA DE INF. E ADOLESCÊNCIA		23	340	198		15	1	577	522		55	577
ORTOPEDIA INFANTIL		39	759	2.886		80	1	3.765	3.635		130	3.765
TRAUMATOLOGIA												
OTORRINOLARINGOLOGIA		4	250	308		68	1	631	603		28	631
PEDIATRIA CIRURGICA		117	1.487	1.051		155	1	2.811	2.425		385	2.810
PEDIATRIA MÉDICA	31	1.453	9.643	23.487		872	21	35.507	34.595		908	35.503
NEUROCIRURGIA		2						2	1		1	2
ANESTESIA												
Outras							1	1				
<b>Urgência Pediátrica</b>	<b>33</b>	<b>1.653</b>	<b>12.600</b>	<b>27.981</b>		<b>1.199</b>	<b>26</b>	<b>43.492</b>	<b>41.967</b>		<b>1.519</b>	<b>43.486</b>
<b>Total CHLC</b>	<b>409</b>	<b>7.096</b>	<b>43.185</b>	<b>68.919</b>	<b>815</b>	<b>3.264</b>	<b>581</b>	<b>124.269</b>	<b>114.842</b>	<b>180</b>	<b>9.225</b>	<b>124.247</b>

OBSERVAÇÕES:	
Emergente - Vermelho	
Muito urgente - Laranja	
Urgente - Amarelo	
Pouco Urgente - Verde	
Não Urgente - Azul	
Outros Casos - Branco	

Modelo: 4.01 Fonte: SIG