



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

O CRESCIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

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

Patrícia Alexandra Pinto Ribeiro

PORTO, JUNHO 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

O CRESCIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

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

Patrícia Alexandra Pinto Ribeiro

Sob a orientação de: Prof. Irene Oliveira

PORTO, JUNHO 2012

“ A vida não é feita de grandes sacrifícios e deveres, mas de pequenas coisas; entre as quais o sorriso e a gentileza que habitualmente dispensámos são o que ganha e preserva a afeição ”

Sir Humphry Dav

RESUMO

O relatório é uma apreciação global sobre as experiências vividas e reflectidas durante os estágios efectuados no Serviço de Urgência do Hospital São João, na Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e na Unidade de Convalescença do Hospital de Valongo, durante o período de 19/04/2010 a 29/01/2011. A sua finalidade reporta-se à intenção de dar visibilidade ao desenvolvimento de competências conseguidas na assistência avançada ao doente adulto com doença, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relata a actuação perante o doente urgente, crítico e em processo de reabilitação, tendo sempre em conta os três domínios; Prestação de cuidados, Formação e Gestão. Em cada um dos domínios, esteve subjacente a identificação de problemas, a identificação de estratégias, algumas sugeridas e outras implementadas e a adequação de comportamentos inerentes à relação doente/família. Relativamente a prestação de cuidados, privilegiei a relação terapêutica com o doente e família, o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar, a adequação de vários métodos de trabalho e ainda a aquisição de novos conhecimentos tendo sempre em conta a auto-aprendizagem e o desenvolvimento pessoal. Quanto a formação, abordo essencialmente os contributos deixados em cada serviço, a prevenção da infecção com a realização de vários cartazes e acções de sensibilização, a formação em serviço sobre o doente agónico e o desenvolvimento de um documento sobre a colheita de hemoculturas, passando pelas necessidades do familiar cuidador ate ao desenvolvimento de um Manual de Emergência. No que diz respeito a Gestão, descrevo apenas as metodologias percebidas ao longo do estágio.

A partilha de experiências e o apoio das várias equipas de enfermagem, bem como de todos os orientadores, tornaram-se fulcrais para a aquisição e desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista. O estágio revelou-se uma experiência bastante enriquecedora que promoveu o meu desempenho autónomo na qualidade dos cuidados especializados prestados aos doentes e desta forma foi possível atingir todos os objectivos com sucesso.

ABSTRACT

The report is a global appreciation on the lived and reflected experiences during the periods of training realized in the Hospital de S. João Urgency Service, in the Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho Intermediate Cares Unit and in the Hospital of Valongo Convalescence Unit, during the period of 19/04/2010 to 29/01/2011. Its purpose refers the intention to give visibility to the development of abilities obtained in the advanced assistance to the adult sick person with illness, in the área of Surgical Medical Nursing.

It always tells the performance in front of the urgent, critical sick person and in process of rehabilitation, having in account the three domains: cares rendered, Formation and Management. In each one of them, it was underlying the identification of problems, the identification of strategies, some suggested and others implemented, and the adequacy of inherent behaviors to the relationship between the ill person and the family. Relatively to the cares rendered, I privileged the therapeutical relation with the sick person and family, the development of relationary abilities and of communication with the multidisciplinary group, the adequacy of some work methods and still the acquisition of new knowledge having always in account the auto-learning and the personal development. As to formation, boarding essentially the contributes left in each service, the infection prevention with the accomplishment of some posters and shares of sensitization, the work formation on the agonizing sick person and the development of a document about the hemoculture, passing for the necessities of the familiar carer to the development of an Emergency Manual. About Management, I describe only the methodologies perceived throughout the period of training.

The share of experiences and the support of the several nursing teams, as well as all the people who orientates, had become vitals for the acquisition and development of the abilities for a Nurse Specialist. The period of training showed an experience sufficiently advantageous that promoted my autonomous performance in the quality of the specialized cares given to the sick people and, this way, it was possible to reach successfully all the objectives.

AGRADECIMENTOS

Á Sr.^a Enf^a Irene Oliveira, orientadora e amiga, que me iluminou o caminho e deu qualidade ao meu trabalho. A sua dedicação e perspicácia renderam frutos. E renderão. Obrigada.

Aos enfermeiros tutores: Isabel Soares, Ricardo Barros, Isabel Ferreira e Cláudia Silva cujas críticas e sugestões enriqueceram o trabalho.

Á Enf^a Margarida, Enf^a Susana e Enf^a Maria José pela disponibilidade e dedicação.

Aos meus amigos e colegas, cujo incentivo e estímulos constantes foram garantia de continuidade dos estudos.

Ao meu marido, pelo apoio, amizade, paciência, compreensão e carinho.

Á minha família: Gratíssima pela paciência, compreensão, carinho, suporte e espera.

A todos os enfermeiros, que se disponibilizaram a ajudar-me nesta árdua caminhada.

A TODOS O MEU SINCERO OBRIGADO

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

CCI – Comissão de Controlo de Infecção;

CDC – Centre for Disease Prevention and Control;

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

CPAP – Continuoun Positive Airway Pressure (Pressão Positiva Continua das Vias Aéreas);

CPR – Conselho Português de Ressuscitação;

CVC – Cateter Venoso Central;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

HSJ – Hospital São João;

HPH – Hospital Pedro Hispano;

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

INSDRJ – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;

IPO – Instituto Português de Oncologia;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PEEP – Positive End-Expiraty Pressure (Pressão Expiratória Final);

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção;

PVC – Pressão Venosa Central;

RIUC – Regulamento Interno da Unidade de Convalescença;

SAPE – Sistema de Apoio à Pratica de Enfermagem;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

STM – Sistema de Triagem de Manchester;

SU – Serviço de Urgência;

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios;

UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios de Medicina;

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

UC – Unidade de Convalescença;

VNI – Ventilação Não invasiva;

INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	pág.10
1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	pág.16
2 – FORMAÇÃO.....	pág.52
3 – GESTÃO.....	pág.60
4 – CONCLUSÃO.....	pág.64
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág.68

ANEXOS

ANEXO I – Poster – Dificuldades na Alimentação Oral após AVC;

ANEXO II – Acção de Formação – Agonia;

ANEXO III – Trabalho Escrito – Hemoculturas;

ANEXO IV – Isolamentos – Régua de Bolso;

ANEXO V – Isolamentos – Posters Individuais para as Unidades;

ANEXO VI – Poster – Isolamentos/Agentes Infecciosos;

ANEXO VII – Poster – Suporte Básico de Vida;

ANEXO VIII – Manual de Emergência da UC;

0 – INTRODUÇÃO

A especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica tem segundo a Ordem dos Enfermeiros, (2007:20) como alvo de intervenção a “ (...) *pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.*”

As experiências vividas durante os estágios possibilitam a consolidação de saberes, que facilitam ao aluno uma apropriação de competências provenientes do domínio onde estão inseridos. Boterf citado por Simões, (2008 B:219), refere que “ *a competência não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades...) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos. A competência é o saber mobilizar (...) não se refere apenas à simples aplicação, mas à construção*”. Como tal é importante considerar não só as experiências que se reportam à actividade instrumental, mas também e principalmente, à actividade reflexiva, que no meu ponto de vista é essencial na construção do saber, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Surge então a necessidade de se proceder a uma análise sobre a forma como as experiências percebidas e as respectivas intervenções realizadas contribuíram para a aquisição de competências. A aquisição de competências é assim o primordial objectivo da aprendizagem em contexto clínico. Segundo Simões (2008 A), o profissional competente é aquele que inicia uma acção perante uma determinada situação, mas que compreende o porquê e o modo de agir.

Relativamente ao Estágio, este foi constituído por três módulos, que passarei a indicar:

- Módulo I – efectuado no Serviço de Urgência do Hospital São João, de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.

Relativamente a escolha do Hospital de São João, considero ter sido adequado para a implementação das minhas actividades, e desenvolvimento de competências. É um Hospital central, multidisciplinar, que recebe doentes em estado crítico e com capacidade para os assistir, o que certamente me proporciona múltiplas e variadas experiências. No que se refere ao serviço pareceu-me pertinente, uma vez que este está considerado como uma unidade funcional das organizações hospitalares ou de cuidados de saúde, que providencia a prestação inicial de cuidados, a pessoas atingidas por doença súbita, trauma ou outros danos inespecíficos, alguns dos quais são uma ameaça à vida e que por esse motivo necessitam de intervenção imediata. Penso que neste serviço tive oportunidade de vivenciar uma panóplia de situações que certamente enriquecerão a minha experiência. Esta multiplicidade permitiu o contacto com o doente crítico, passando pelo doente crónico, revelando-se um óptimo local para o desenvolvimento de competências e produção de conhecimento. O serviço de urgência é, por excelência, um exemplo da dinâmica existente no Sistema Nacional de Saúde e nos Hospitais.

O Serviço de Urgência do Hospital de São João é composto por uma equipa multidisciplinar dotada de Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social, bem como todos os técnicos de tecnologias de saúde que dão resposta nas 24h. Existem seis áreas de prestação de cuidados, por onde se divide a equipa de enfermagem num sistema de rotatividade, nomeadamente, área de triagem, de psiquiatria, área amarela, laranja, área da pequena cirurgia e sala de emergência. Em busca da contínua melhoria e humanização dos cuidados, é de referir que o serviço dispõe de uma “Sala da Família”, local específico, com condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pelos prestadores de cuidados, onde fornecem informações variadas às famílias. Ainda relativamente à família existe um gabinete de apoio ao acompanhante.

- Módulo II – efectuado na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, de 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011.

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de a UCI ser um recurso hospitalar no tratamento de doenças graves. O doente crítico é especial pelas suas condições físicas e emocionais, pela sua especial condição em termos de autodeterminação e por toda a necessidade de cuidados especializados que lhe são administrados. Os cuidados de enfermagem ao doente crítico, pressupõe uma capacidade de gerir informação, uma competência adquirida da mobilização de conhecimentos para a acção em menor tempo possível, com uma prática de cuidados clínicos de excelência, onde a componente ética e legal, em situações de conflito de interesse estão presentes.

A UCIM situa-se na unidade I do CHVNG/Espinho, no pavilhão Satélite no 2º piso. É uma unidade tecnologicamente equipada, que recebe os doentes vindos principalmente do SU e da UCIP. Os doentes apresentam uma faixa etária muito grande e são de ambos os sexos. Relativamente às patologias são, essencialmente, do foro médico podendo os doentes apresentar problemas do foro cirúrgico. É importante referir que a UCIM engloba a UAVC, que se encontra no mesmo espaço e ao qual são destinadas seis camas para cada. A equipa de enfermagem é comum, assim como a das Assistentes Operacionais. As salas de apoio e respectivos armários situam-se do lado de fora da Unidade.

- Módulo III – efectuado na Unidade de Convalescença do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.

No que diz respeito a este módulo, optei por escolher cuidados continuados, uma vez que a essência dos mesmos, visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença muitas das vezes incurável, com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais, espirituais, preocupações e angústias.

Os cuidados continuados são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou diagnóstico, promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes. Assim sendo, pretendi através deste estágio, aperfeiçoar lacunas e superar as dificuldades sentidas no âmbito dos cuidados continuados. Uma vez que, apesar de exercer há cinco anos, sinto ainda muitas dificuldades em colocar em prática a essência dos cuidados continuados, assim como, lidar com a família no processo de sofrimento.

A Unidade de Convalescença do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados. O seu espaço físico integra: enfermarias com três unidades até uma capacidade máxima do serviço para 24 doentes. A Unidade presta cuidados de saúde a doentes com dependência ou perda transitória de autonomia, isto é, em fase de recuperação de uma doença de base ou recorrência de um processo crónico, com perda de autonomia potencialmente recuperável. Assegura cuidados de enfermagem e médicos permanentes, reabilitação intensiva, exames complementares de diagnóstico, prescrição e administração de terapêutica, apoio psicossocial, de conforto e lazer. Objectiva a promoção da recuperação funcional dos doentes, controla ou estabiliza sequelas, favorece a adaptação à nova situação de dependência, facilita e potencia a reinserção familiar e social, assim como a formação e educação dos prestadores de cuidados.

Desta forma, e para uma melhor compreensão do meu percurso, a elaboração de um documento válido, que inclua toda a descrição dos momentos de aprendizagem mais significativos e as reflexões subsequentes, revela-se fundamental. No sentido de documentar este trajecto, surge a necessidade de construir um relatório, no âmbito da Unidade Curricular: Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, referente aos Módulos I, II e III do Estágio na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este documento pretende demonstrar o meu crescimento pessoal e profissional, bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva efectuada contribuíram para a aquisição de competências.

Assim sendo, este relatório, tem como objectivos específicos:

- ✓ Descrever as actividades realizadas e as experiências vivenciadas durante o estágio;
- ✓ Demonstrar a capacidade crítica e reflexiva evidenciada ao longo do estágio;
- ✓ Realçar a aprendizagem experienciada, dando particular ênfase às competências adquiridas/desenvolvidas;
- ✓ Fundamentar os processos de reflexão;
- ✓ Documentar a aprendizagem efectuada e a evolução sistematizada.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi a descritiva e analítico-reflexiva. Como suporte à construção deste instrumento, foram utilizados os portefólios dos diferentes módulos, diários de aprendizagem, pesquisa bibliográfica, entrevistas informais com a orientadora de estágio e observação directa do campo de estágio.

O presente documento encontra-se dividido por capítulos referentes aos domínios da acção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC): Prestação de Cuidados, Formação e Gestão. Cada capítulo é desta forma, estruturado com base nos objectivos que foram inicialmente traçados no projecto. Optei por estruturar o relatório desta forma, pois assim permite-me centralizar as competências adquiridas por domínios, independentemente dos locais de Estágio onde foram adquiridas, evitando a sua fragmentação, dispersão e duplicação ao longo da construção do relatório.

Em relação à prestação de cuidados, são identificadas e descritas as intervenções, estratégias e experiências vivenciadas, significativas para o meu percurso durante a prestação de cuidados directos e indirectos ao doente/família nos diferentes contextos. Em relação à formação, abordo essencialmente os contributos que deixei em cada serviço onde realizei estágio e relativamente à gestão descrevo metodologias percebidas ao longo do estágio. Finalmente apresento a conclusão, onde refiro as

principais competências adquiridas e as reflexões que mais contribuíram para a construção do meu ser profissional, assim como, exponho igualmente algumas considerações sobre as implicações futuras da atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados poderá ser o domínio mais importante na aquisição de competências, daí a importância que por mim foi dada ao longo dos três módulos, tendo procurado planear desta forma, o maior número de horas possível, para o desenvolvimento de habilidades/aprendizagens dentro deste domínio.

O contacto directo com o doente e família, proporciona a execução de cuidados de Enfermagem, que devem ter por base o Processo de Enfermagem em todas as suas fases, numa perspectiva da área Médico-Cirúrgica, sendo este o objectivo basilar para a aquisição de competências. Cuidados de Enfermagem, são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo Enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. (*Portugal, (1996) – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro*).

Com base no que foi dito, os Enfermeiros para desenvolverem a prestação de cuidados sentiram necessidade de recorrer ao Processo de Enfermagem, que inclui a avaliação inicial, construção de diagnósticos, desenvolvimento de intervenções e avaliação dos resultados. Segundo a CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005), o primeiro passo é a identificação de diagnósticos de Enfermagem após a avaliação do doente.

Desta forma o enfermeiro actua sobre os diagnósticos identificados com o objectivo de obter resultados, através da execução de diversas intervenções. Estas podem ter um carácter autónomo ou serem interdependentes, ou seja, são consideradas interdependentes sempre que as intervenções resultam de prescrições ou orientações de outros profissionais, e autónomas quando são realizadas sob a iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros (*Ordem dos Enfermeiros, 2001*).

A competência cognitiva implica, entre outros componentes: a capacidade de análise de problemas, diagnóstico de situações, tomada de decisão, mobilização de atitudes mentais da esfera cognitiva que permitam “aprender a aprender” e mobilização de conhecimentos para dar resposta a situações-problema (Nora e Silva, 2009). A competência técnica por sua vez pode subdividir-se em micro-competências: efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação (Nora e Silva, 2009). Os cuidados de Enfermagem prestados no SU, podem ser enquadrados na sua maioria em intervenções interdependentes. A administração de fármacos, a colheita de espécimes e a execução de inserções de cateteres vesicais, sondas nasogástricas e cateteres venosos periféricos abarca parte da acção dos enfermeiros. Apesar de tudo, existe a preocupação dos enfermeiros em executarem as intervenções atrás referidas, mas contextualizarem-nas na queixa ou provável/diagnóstico.

(I) Objectivo Específico – Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar do SU, UCIM e da UC.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Observação da estrutura física do serviço, bem como a dinâmica da prestação de cuidados;
- (II) Recolha de informação junto da equipa multidisciplinar no sentido de compreender a organização física e funcional do serviço;
- (III) Conhecimento de novos protocolos, normas, organização e dinâmica do serviço;
- (IV) Adopção de uma postura interventiva e disponível na aprendizagem;
- (V) Partilha de conhecimentos e experiências de vida com a equipa multidisciplinar.

Desde o início do estágio no serviço de urgência, consegui interagir com todos os elementos da equipa de Enfermagem com quem fiz turnos, e estes, sempre se mostraram muito disponíveis aquando das minhas perguntas e inquietações, visto a minha realidade profissional ser muito diferente da executada num SU. Os enfermeiros trabalham por turnos, uma vez que o funcionamento do serviço é permanente. Em cada turno, cada equipa é liderada por um Enfermeiro Coordenador, que organiza o seu funcionamento. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores é elaborada pelo Enfermeiro Coordenador, assim como resolver situações pontuais que ameacem o bom funcionamento da equipa e a prestação de cuidados. Este elemento da equipa é ainda o responsável por assegurar a continuidade dos cuidados de um turno para o seguinte.

Para além da relação terapêutica que desenvolvi com o doente/família, foi-me possível durante o estágio, tentando não criar um rompimento na dinâmica do serviço e ao mesmo tempo sem ferir susceptibilidades, e sempre que me deram oportunidade, utilizar a metodologia da equipa mas com a introdução de alguns diagnósticos de enfermagem e intervenções planeadas, fundamentando as minhas observações e decisões quanto à conceptualização dos diagnósticos e intervenções instituídas. **Assim sendo, penso que desenvolvi competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar.** Ao mesmo tempo que desenvolvia competências, desenvolveram-se momentos de partilha de conhecimentos e experiências de vida com a equipa multidisciplinar. Foi notório a abertura que a equipa demonstrou ao longo do estágio e que me permitiu ganhar um à vontade e adoptar uma postura interventiva e disponível na aprendizagem, que de certa forma contribuiu para o meu sucesso.

Este facto contribuiu para desenvolver competências e **capacidade de avaliação e adequação a diferentes métodos de análise de situações complexas.** Algumas das actividades desenvolvidas foram a assistência e vigilância hemodinâmica ao doente crítico; assistência ao doente emergente/urgente; administração de terapêutica; colheita de produtos para análise; colaboração na assistência, na preparação e durante a execução dos meios complementares de diagnóstico, assim como, na sua realização, sem esquecer os esclarecimentos e recomendações sobre a manutenção de saúde e prevenção da doença realizados ao doente. Nunca foram descurados o acompanhamento e apoio da família.

Relativamente à UCIM, para Bernardino (2007) as unidades de cuidados intensivos são, locais onde é dada extrema atenção a pessoas em falência orgânica e multiorgânica, que mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico minucioso e permanente concentração. Para além destes aspectos, estes profissionais têm de lidar com utentes e famílias em sofrimento, com a morte muitas vezes situações trágicas inesperadas, têm de lidar consigo próprios e com os restantes parceiros da equipa no controlo e gestão de emoções e sentimentos resultantes do somatório de todos estes factores.

O ambiente numa unidade de cuidados intensivos é um ambiente *sui generis*, onde se aplicam intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico, com um objectivo muito bem definido, o de combater problemas de saúde que ponham a vida da pessoa em risco. Por sua vez, os cuidados de enfermagem têm como objectivo, proporcionar cuidados contínuos e de elevada qualidade do qual se destaca a função respiratória e vigilância hemodinâmica, permanecendo sempre alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente como um ser holístico.

Um aspecto facilitador, para a promoção da minha evolução como futura Enfermeira Especialista, foi a análise de protocolos existentes no serviço e a comparação com a teoria leccionada nas aulas. No primeiro turno efectuado, com a Enfermeira Tutora prestei cuidados globais a um doente em falência multiorgânica e ventilado invasivamente. Toda a terapêutica do mesmo foi preparada por mim, assim como tive acesso ao processo em papel do doente. As instalações são recentes, no entanto transitórias. Existem condições de trabalho aceitáveis e um bom nível de humanização. Tal facto vem de encontro ao que defende Inaba et al (2005:42), *“na realidade a enfermagem deverá manter um pouco mais de contacto pessoal, fornecendo aos seus pacientes, além da assistência profissional, o carinho, a atenção e a responsabilidade, o que repercutirá na assistência com a qualidade. O termo humanizar significa tornar humano, dar condição humana, tornar afável e tratável.”*

Na minha opinião, este primeiro dia de estágio foi extremamente útil, na medida em que me ajudou a ficar com uma primeira boa impressão em relação á organização física e estrutural do serviço. Na segunda semana, tive oportunidade de conhecer melhor a equipa multidisciplinar com a qual criei de uma forma positiva elos, trocando experiências e vivências profissionais no âmbito do intensivismo e da Oncologia. Fui também, recolhendo informações junto da mesma no sentido de compreender a organização da unidade. Consegui integrar-me com os elementos da equipa de Enfermagem, efectuando vários turnos, todos se mostraram abertos a novas ideias e sugestões como será possível verificar mais à frente. Relativamente ao processo de integração no serviço, não posso dizer que foi complicado, ocorrendo de forma gradual, contando com a ajuda de toda a equipa de Enfermagem. Conheci de forma mais detalhada a estrutura física da unidade bem como a dinâmica da prestação de cuidados, fui-me apercebendo de alguns deficits existentes e que serão identificados mais à frente.

À medida que os dias foram passando, tive a oportunidade de observar e vivenciar tudo “in loco”, tendo um maior contacto com a equipa de Enfermagem, com os doentes, com protocolos e procedimentos, e com as dinâmicas características da unidade, de forma que considero que **demonstrei capacidade e flexibilidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar, o que me proporcionou demonstrar capacidade de trabalho.**

Por fim os *Cuidados Continuados de Convalescença* estão destinados a “doentes com necessidades de cuidados de enfermagem e apoio médico permanentes, que devam ser prestados durante 24 horas, mas sem indicação para internamento em hospital de agudos, com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias” (Regulamento Interno da Unidade de Convalescença, 2007).

A instituição destes cuidados compreende um conjunto de intervenções destinadas a estes doentes dependentes por perda transitória de autonomia, que necessitam de cuidados de saúde que pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio. Estes procedimentos incluem procedimentos de reabilitação intensiva:

- ✓ Alimentação por sonda nasogástrica;
- ✓ Tratamento de úlceras de pressão ou feridas;
- ✓ Manutenção e tratamento de estomas;
- ✓ Administração de terapêutica parentérica;
- ✓ Medidas de suporte respiratório;
- ✓ Necessidade de ajuste terapêutico e /ou administração de terapêutica, com supervisão continuada;

Dentro destas situações incluem-se determinados síndromes, potencialmente recuperáveis a curto prazo tal como:

- ✓ Depressão;
- ✓ Confusão;
- ✓ Desnutrição e problemas na deglutição;
- ✓ Deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ ou segurança da locomoção;
- ✓ Doentes crónicos com risco eminente de descompensação;

(RIUC, 2007)

A Rede de Cuidados Continuados foi criada em colaboração com os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, com o disposto no *Decreto de Lei nº 101/06 Portugal, 2006*, para dar resposta à necessidade de cuidados globais a pessoa em situação de dependência. A Unidade de Convalescença é um serviço cheio de especificidades pelo que foi muito importante para a minha adaptação a forma como fui recebida pelo Enfermeiro Chefe da unidade, que me falou sobre a dinâmica e funcionamento da mesma.

De facto é muito importante sermos bem acolhidos, pois permite-nos ter uma visão abrangente da unidade, normas e protocolos, facilitando assim a nossa integração e a identificação com os objectivos da mesma. Segundo (Perrello, 2003:22) “ *o sucesso dos alunos em estágio resulta do processo formal de suporte de aprendizagem que proporciona aos alunos um desenvolvimento integrado de competências, assumir responsabilidades pela sua própria prática e promover a qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de reconhecida complexidade*”. Ainda referindo-me ao primeiro dia, é de salientar a recepção excepcional da equipa multidisciplinar, que assim me permitiu integrar eficazmente no serviço que está recheado de especificidades que até então eram desconhecidas por mim, contribuindo desta forma, para que eu fosse capaz de desenvolver um trabalho em equipa e me permitisse **desenvolver competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar**. Assim Neto (2006:372), refere que “ *a comunicação pode ser considerada como um sustentáculo para a coesão e firmeza do grupo, permitindo então que o funcionamento da equipa seja elevado e que o doente beneficie deste facto, uma vez que é ele o principal receptor dos cuidados e das intervenções desenvolvidas*”. A forma como fui recebida no primeiro dia e que se manteve ao longo de todo o estágio permitiu-me **demonstrar a capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar**, uma vez que, rapidamente me integrei e para isso muito contribuiu a espontaneidade, simplicidade, cooperação e honestidade de todos os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar da Unidade de Convalescença.

Relativamente à metodologia de trabalho adoptada na unidade, é o método individual, que para Lobo (2008:268), e referindo-se a administração de medicação, “*o método individual de trabalho assume extrema importância na melhoria da segurança do doente internado*”. Durante o meu período de estágio verifiquei que este prevalece, o que em meu entender permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando esses mesmos cuidados. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento por parte dos enfermeiros, mas humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados, privilegiando a interacção do enfermeiro com o doente e/ou família.

No primeiro contacto a principal preocupação foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente que se encontra em recuperação funcional, para tal, procurei desde logo identificar a estrutura física, orgânica e funcional do serviço, assim como o levantamento de protocolos e normas existentes no serviço. Desta forma e dado o método utilizado, foi-me possível **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família e ao mesmo tempo permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e respectiva família.**

O momento de passagem de turno, do qual sempre tive necessidade de fazer parte e no qual sempre me foi dada oportunidade de participar, não se circunscreve a uma simples reunião de enfermeiros, onde se transmitem informações clínicas sobre os doentes. A passagem de turno “ (...) *apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e com a finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação*”. (Ordem dos Enfermeiros, 2001:1) Como tal tentei sempre adoptar uma postura interventiva e disponível na aprendizagem assim como tentei sempre que possível criar momentos de partilha de conhecimentos e experiências de vida com a equipa multidisciplinar.

Face ao exposto, **considero ter fortalecido competências interpessoais de adaptação à equipa multidisciplinar e à dinâmica dos serviços por onde passei, que permitiram continuar a desenvolver o meu trabalho de modo sistemático, preservando a criatividade perante situações imprevistas e complexas relacionadas com o cliente e família, no âmbito da área da EEMC.**

(II) Objectivo Especifico – Aplicar conhecimentos teórico-práticos relativos ao doente urgente/emergente.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Revisão de conhecimentos sobre os algoritmos de suporte básico e avançado de vida;
- (II) Observação e colaboração com o enfermeiro responsável pela sala de emergência;
- (III) Aplicação de conhecimentos adquiridos durante o curso leccionados na área curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- (IV) Consulta de protocolos e normas existentes no SU.

A área amarela foi uma das áreas por onde mais passei. Aqui encontra-se a maior afluência de doentes no SU, daí que as experiências foram variadas. Apesar do fluxo de doentes com a gravidade clínica associada a estas prioridades ser por norma avaliado em primeiro lugar pelo corpo clínico, esta situação nem sempre se verifica quando existe um grande número de doentes para serem observados. Assim a capacidade de diagnóstico dos enfermeiros revela-se de primordial importância. Para que seja exercida com qualidade, tem de haver disponibilidade bem como aspectos arquitectónicos facilitadores, o que por vezes não se verificava, dado que muitos dos doentes que se encontravam alocados na área laranja não estavam monitorizados, o que leva muitas vezes à dificuldade de diagnosticar algumas situações. Procedi muitas vezes à avaliação dos doentes, através da monitorização e à referência da situação clínica ao corpo clínico, em situações de maior gravidade, tais como taquidisritmias, hipoxia, convulsões, síncope, intoxicações medicamentosas, cetoacidoses diabéticas ou hipoglicemias. A permanência nesta área permitiu-me reforçar competências técnicas que muitas vezes não são habituais no meu serviço. Surgiu por isso, a necessidade de efectuar revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, assim como aprofundar conhecimentos relacionados com técnicas específicas.

Em relação á área da pequena Cirurgia/Ortopedia foi-me possível prestar cuidados a doentes do foro cirúrgico em situações tais como queimaduras, que de facto era das situações mais frequentes no SU. Uma das situações que pude presenciar e intervir, tratou-se de uma jovem de 20 anos, cuja sua profissão era modelo fotográfico e que tinha acabado de dar entrada no serviço de urgência com queimaduras de 2º e 3º grau na face, no tórax e membros superiores. Em casos deste género, a acção de enfermagem não se centra apenas no tratamento da queimadura mas em larga escala na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e diminuição da ansiedade, de forma a acalmar o doente e levá-lo a demonstrar capacidade para auto controlar a sua ansiedade, de forma a facilitar o processo terapêutico. Segundo Oliveira (2001:104), *“humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contacto directo fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano”*. Foi o que tentei fazer nesta jovem que se mostrava extremamente revoltada e ansiosa com tudo o que lhe tinha acontecido, tendo mesmo sugerido ao cirurgião que a observava, que seria importante pedir ajuda diferenciada para a jovem, nomeadamente uma psicóloga. Procurei desta forma assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde. Esta área permitiu-me também obter algumas experiências com doentes com suspeita de politraumatismos. Foi-me permitido participar na avaliação do politraumatizado, utilizando os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica deste curso. Estas experiências permitiram-me efectuar pela primeira vez transferências de doentes politraumatizados, pois algumas das vezes era necessário trocar o plano duro.

Em relação a Ortopedia, a acção de enfermagem baseia-se mais em assistir os Ortopedistas na colocação/remoção de gesso, aplicação de talas ou uma colocação de tracção. Esta foi a área onde passei muito pouco tempo, no entanto os momentos de aprendizagem que presenciei, foram construtivos, uma vez que nunca tinha tido oportunidade de os vivenciar.

Relativamente à sala de emergência encontra-se devidamente equipada, no sentido de iniciar de imediato o tratamento emergente. Os equipamentos e medicamentos necessários para o cumprimento do algoritmo universal da reanimação são previamente preparados e confirmados em cada turno. Os medicamentos encontram-se num local visível e devidamente identificados. A prestação de cuidados nesta área é similar a uma unidade de cuidados intermédios. Doentes com critérios de internamento, mas com instabilidade hemodinâmica ou do quadro clínico, permanecem nesta área. Tendo por base as competências preconizadas pela OE referentes a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica, esta revelou-se a área mais enriquecedora. Tive oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados a doentes que necessitavam da aplicação do algoritmo de suporte básico e avançado. Estas experiências revelaram-se extremamente importantes, uma vez que nunca tinha vivenciado situações destas ao longo da minha vida profissional, e que de certa forma contribuíram para a aquisição de conhecimentos relacionados com o atendimento de urgência, uma vez que me consegui aperceber de todos os passos que são efectuados neste tipo de atendimento. Durante a exposição teórica do curso, quando se falava do algoritmo, não tinha noção do encadeamento dos procedimentos que realmente vão sendo efectuados ao longo do atendimento e efectivamente apercebi-me da extrema importância do treino que cada equipa tem de ter, para que os procedimentos sejam realizados de forma eficaz. Segundo Ruthes e Cunha (2008:111) citando Boterf “ *a competência não é um estado ou um conhecimento que se tem e nem é resultado do treino. Competência é na verdade colocar em prática o que se sabe num determinado contexto*”.

Uma outra situação que presenciei teve a ver com a comunicação por parte do CODU, à equipa de enfermagem responsável pela sala de emergência, que o INEM estava a caminho com uma vítima de electrocussão. De imediato se reuniu a equipa e contactou-se um Médico de Cirurgia Plástica e quando chegou, este foi prontamente assistido. Pude observar que a equipa comunicava entre si claramente, sendo o “Team leader”, o Anestesiologista. De facto, perante situações urgentes, é notória a importância de haver um líder com capacidade de comunicação, Segundo Galvão et al (2000:34) “*é através da liderança e da comunicação eficaz, que o enfermeiro tenta conciliar os objectivos organizacionais com os objectivos do grupo de enfermagem, promovendo o*

aperfeiçoamento da prática profissional e principalmente o alcance de uma assistência de enfermagem adequada”.

O doente chegou consciente, com estabilidade hemodinâmica, sendo a área queimada de cerca de 75%, apresentando queimaduras de 2º e 3º grau. Começou por ser envolvido em compressas estéreis molhadas em soro fisiológico e ao mesmo tempo um dos enfermeiros, ia explicando ao doente o que estava ser feito. Foi também analgesiado, sedado e curarizado, com o objectivo de ser entubado e ventilado artificialmente. Foram posteriormente cateterizadas uma via arterial e um CVC de três vias, sendo que colaborei com o Enfermeiro Tutor na colocação deste dois dispositivos.

Outra situação por mim vivenciada foi o atendimento de uma paciente de nacionalidade Alemã. Esta tinha feito escala no aeroporto de Sá Carneiro fazia-se acompanhar pela filha e foi trazida pelo INEM ao SU, com suspeita de trombo embolismo pulmonar. Adoecer num país estrangeiro é complicado e mais complicado se torna se a língua for um obstáculo à transmissão e interpretação da informação que possa levar a um diagnóstico. Tal como diz o velho ditado “quem não sabe é como quem não vê”. É extremamente frequente termos cidadãos estrangeiros no SU. Ora o que se verificou no atendimento a esta paciente e à sua familiar foi precisamente a barreira da língua, pois naquela noite, não constava nenhum profissional que falasse alemão. Perante esta situação embaraçosa, tinha perante os meus olhos dois seres humanos incrédulos e ao mesmo tempo assustados com toda a envolvência, sem que ninguém lhes conseguisse transmitir qualquer tipo de informação. Foi então que perante a dificuldade em comunicar com esta paciente e com a respectiva familiar, me dirigi á mesma e falando em inglês tentei expressar tudo o que ali se estava a passar. Ao falar em Inglês, a filha esboçou um sorriso, dizendo que percebia inglês embora não dominasse na perfeição a dita língua. Posto isto transmiti á equipa a possibilidade de comunicarmos com a filha da paciente em inglês, no entanto não havia ninguém na equipa que dominasse a língua inglesa na perfeição, e por isso mesmo a barreira da língua não foi totalmente ultrapassada. Esta situação fez-me pensar, que numa profissão como a nossa que vai buscar conhecimento a muitas outras ciências e num mundo actual cada vez mais globalizado, parece-me necessário que se comece a verificar um maior investimento na língua inglesa por parte dos enfermeiros.

Desta forma, considero que consegui ter uma postura adequada às situações, e fui capaz de estabelecer o meu lugar na equipa e auxiliar no cuidado ao doente, **demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, onde me foi possível adquirir competência na utilização de técnicas/equipamentos que são específicos da assistência ao doente em SU assim como me foi possível demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, pois tratava-se de doentes/utentes em situação de perigo eminente.**

(III) -Objectivo Especifico – Adquirir conhecimentos acerca do Sistema de Triagem de Manchester.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Observação e participação no processo de triagem;
- (II) Percepção do papel do enfermeiro no processo de triagem;
- (III) Identificação dos principais problemas inerentes à triagem dos doentes.

Do ponto de vista prático, e tendo em vista o atendimento de todos os utentes que recorrem ao SU, foi necessário criar e actualizar um sistema para atribuir prioridades, conforme cada caso. Este mesmo sistema foi sofrendo alterações ao longo do tempo e actualmente preconiza-se a utilização do Sistema de Triagem de Manchester. É sabido que, em Portugal, os Serviços de Urgência (SU) são deveras procurados pelos cidadãos/utentes do SNS, colocando muitas vezes em causa a missão daqueles serviços, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos/utentes em situação de doença e /ou lesão emergente e/ou urgente. Neste sentido, entende-se por situação de doença e/ou lesão emergente, aquela onde é iminente ou está instalada a falência das funções vitais (Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências – CTAPRU, 2007). Após a triagem das prioridades, estabelecem-se circuitos de encaminhamento de doentes para as grandes áreas de influência. A metodologia utilizada consiste em identificar a queixa inicial através do fluxograma. Este não é mais do que um conjunto de algoritmos que contém todos os sinais/sintomas que frequentemente surgem na urgência, e todos se encontram estruturados através de fluxogramas. Este manual constitui uma excelente ferramenta para os profissionais que diariamente triam os

utentes. Aquando da minha passagem pela sala de triagem foi-me dado a oportunidade de triar alguns dos cidadãos/utentes que recorreram ao SU, tendo tido contacto com o manual de fluxogramas, no qual os enfermeiros se baseiam para melhor triar os utentes.

O facto de ter tido oportunidade de ter passado pela sala de triagem, revelou-se uma experiência importante, pois para além de ter aprendido o processo de triagem obtive outras informações bastante pertinentes, nomeadamente, a possibilidade de identificação das patologias mais frequentes que recorrem ao serviço de urgência, assim como permite ainda ao enfermeiro, que se encontra a realizar a triagem, organização de todo o SU em função do número de doentes que se encontram alocados em cada área.

Desta forma, o STM consiste num instrumento de gestão de prioridades/categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada, os utentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente, para que sejam atendidos primeiramente. Sendo o STM um instrumento da prática diária de cuidados de enfermagem, e sendo a triagem uma actividade fundamental no SU, foi efectivamente motivo de interesse pessoal observar/participar em toda esta dinâmica.

(IV) Objectivo Especifico – Obter conhecimentos na área das Vias Verdes.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Observação/Compreensão do circuito do doente inserido na via verde;
- (II) Revisão dos conhecimentos adquiridos.

Segundo a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2006), a Via Verde é uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e /ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações. Dos doentes classificados com Via Verde, a dor torácica é o sintoma mais frequente. As competências adquiridas ao longo deste curso, permitiram compreender e actuar de uma forma decisiva, precisa e eficaz nos cuidados prestados, não só na interpretação do traçado electrocardiográfico, mas também no auto-controle da ansiedade, empregando sempre que foi possível técnicas de

comunicação e enfatizando a relação de ajuda. A estes utentes para além de uma pulseira com a cor respectiva, é também preenchido uma folha identificativa dos parâmetros que correspondem a cada via verde, ou seja a cada via verde, é atribuído um pequeno formulário que o enfermeiro preenche na triagem e que o mesmo acompanha o utente para área onde foi alocado. Assim sendo, foi-me ainda possível durante a minha estadia na sala de triagem acompanhar alguns doentes que deram entrada no serviço de urgência através da via verde. Acompanhei todo o processo, desde que foram admitidos até ao momento em que foi decidido o internamento. Desta forma foi possível perceber toda a dinâmica que envolve uma via verde, pois tal como o próprio nome indica, tudo é feito com brevidade, no sentido de se obter um diagnóstico precoce, para que assim o tratamento seja mais eficaz.

(V) Objectivo Especifico – Estabelecer com o doente e família ou cuidador, uma relação terapêutica adequada a cada situação.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Envolvimento da família no processo de reabilitação do doente;
- (II) Apoio do doente/família na vivência de situações críticas e de intenso sofrimento;
- (III) Recurso a uma comunicação eficaz, permitindo o estabelecimento de uma relação de empatia com o doente, família ou cuidador;
- (IV) Intervenção de acordo com a ética e deontologia profissional, envolvendo a pessoa no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade (...);
- (V) Identificação das necessidades da família nos diversos contextos;
- (VI) Referenciação das situações problemáticas fora da esfera de competências da enfermagem, para outros profissionais na equipa multidisciplinar melhor colocados;
- (VII) Percepção de como a família é vista pelos profissionais.

Durante a execução de algumas intervenções, e pelo facto de haver poucos momentos disponíveis para a comunicação com os doentes que se encontram no SU, estabeleci em algumas ocasiões relações terapêuticas. Na Enfermagem a comunicação tem um lugar especial, ou seja, é um instrumento fundamental na prestação de cuidados e uma

competência que deverá ser desenvolvida ao longo de toda a vida profissional. A comunicação com aquele que se encontra dependente física ou emocionalmente, considero que seja das mais difíceis tarefas desempenhadas pelos enfermeiros, pois existem muitas barreiras que têm de ser ultrapassadas. Daí advém a extrema importância do esforço por parte do enfermeiro, na sua contínua formação.

Segundo Fernandes cit. Phaneuf (2006:20) “ *a competência de comunicar é uma capacidade que a formação de Enfermagem e a experiência em meio clínico visam desenvolver e aperfeiçoar. Visa um conjunto de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afectivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou actividade*”.

Desta forma, e após ter abordado uma doente sobre o regime terapêutico relacionado com a administração de insulina, verifiquei que existia um deficit de conhecimento relacionado com a dieta, precauções de segurança, modo de administrar e situação económica precária. Assim, aproveitando o tempo dispendido para a colheita de algumas análises, tive oportunidade de efectuar ensino acerca dos diagnósticos que foram levantados. Ainda dentro desta situação e tendo identificado a situação económica precária da doente, tive oportunidade de a referenciar de imediato para a assistente social, no sentido de dar a conhecer á doente os direitos económicos que a ela estavam confinados. No processo de interacção, tenta-se estabelecer uma relação de ajuda. Para Freitas et al (2007:85) a enfermeira “ *necessita ter uma profunda consciência do contacto com aquele que ela incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível empenhamento, e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade*” Durante o decorrer do estágio, foi-me possível por diversas vezes, envolver a família no processo de reabilitação do doente, assim como tive a oportunidade de apoiar o doente/família na vivência de situações críticas e de intenso sofrimento, recorrendo a uma comunicação eficaz, permitindo o estabelecimento de uma relação de empatia com o doente, família ou cuidador. Em todas as situações que presenciei, tentei **agir de acordo com a ética e deontologia profissional, envolvendo a pessoa no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade e privacidade.** Assim sendo **penso ter tomado decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas, e as responsabilidades sociais e éticas.** As pessoas significativas que acompanham os

doentes são importantes, não só pelo contributo na vigilância da condição do doente, mas porque na sua maior parte contribuem para o conforto do doente, reduzindo a sua ansiedade. Revela-se importante a incorporação do doente e da família no processo terapêutico, assim como o estabelecimento de relação de ajuda com os mesmos. Das necessidades que pude identificar, destaca-se a necessidade de informação e obviamente a necessidade de resolução da situação de saúde, levando muitas vezes à insatisfação com o tempo de espera. A utilização de técnicas de comunicação com o objectivo de criar uma relação terapêutica empática com o doente e a sua família revelou-se fulcral neste contexto de grande ansiedade.

Aquando da minha permanência na sala de emergência, deu entrada um doente com instabilidade hemodinâmica. Após a estabilização do mesmo, foi permitida a entrada da esposa, e foi-me dada a possibilidade de comunicar a situação clínica do doente e assim conseguir aumentar habilidades de comunicação necessárias. Considero que devido à minha experiência profissional tenho competências a nível comunicacional, no apoio ao doente/família. No entanto, esta situação revelou-se um desafio para mim, pois todo o ambiente envolvente era diferente de tudo aquilo a que estou habituada na minha prática diária, o que me obrigou a arranjar novas estratégias de comunicação tendo sentido algumas dificuldades que foram sendo colmatadas à medida que me ia adaptando ao meio. Desta forma adoptei uma postura de disponibilidade sempre que possível, bem como prestei informações ou contextualizei situações referentes a queixas dos doentes/familiares, de forma a diminuir a tensão com que muitas vezes me deparei, promovendo o respeito pelo direito dos doentes e família no acesso à informação, mas ao mesmo tempo, respeitando a confidencialidade e a segurança da informação adquirida enquanto profissional na equipa de enfermagem onde me encontrava inserida. **Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, procurando zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.** Desta forma procurei ir ao encontro do preconizado pela OE ao nível das competências de promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo Potter e Perry (2006) em saúde, a família pode ser perspectivada como contexto ou como utente. Assim, quando se perspectiva a família como utente, o principal objectivo é estudar os seus padrões e processos. No processo de enfermagem procura-se otimizar estes padrões e processos, no sentido de proporcionar ganhos em saúde ao nível da saúde familiar. Estas nossas atitudes podem ser traduzidas em determinados comportamentos quer verbais, quer não verbais, que são passíveis de ser apreendidos e incorporados no reportório comportamental dos Enfermeiros, utilizando para o efeito técnicas cognitivo-comportamentais onde a dimensão da observação e reflexão estão a par da dimensão da acção e da prática.

Em suma, todas as actividades delineadas foram executadas, ao longo do estágio, nas diversas áreas do SU, mediante as situações clínicas de cada doente/família, com o espírito crítico/reflexivo em parceria com a Equipa de Enfermagem e Tutor. Todo o “cuidado” prestado a cada pessoa, fosse ela o doente ou o familiar, envolveu sempre todos os princípios e os valores éticos, assim como os outros valores associados à ética e Deontologia em Enfermagem.

No que diz respeito à UCIM, o primeiro contacto com o doente e com a sua família é feito na admissão. A chegada de um doente à unidade é um momento marcado pela instabilidade hemodinâmica do doente e pela rapidez de actuação que é exigida à equipa multidisciplinar. Por esta razão desenvolvi ao longo do meu estágio **a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.** Nestas situações também foi possível realizar o processo de enfermagem, inicialmente começando por fazer uma observação directa dos problemas, efectuando a avaliação inicial do doente, estabelecendo prioridades gerindo-as correctamente, articulando os conhecimentos teóricos com a prática, planeando e implementando intervenções adequadas ao doente. Tentei ser assertiva nas minhas intervenções, sendo flexível e mostrando iniciativa.

Na UCIM, todo o contexto está em constante evolução e a própria natureza do trabalho, em mudança permanente, o que revela competências e perfis profissionais relacionados com aspectos ou qualidades pessoais – o saber ser ou estar. A comunicação intra-equipa desenvolve esta competência, pois como diz Boterf, (2003:192) “ (...) *tem de haver a necessidade de saber interagir com os outros para agir com competência; não são apenas os recursos individuais que dão origem à competência, mas a combinação*

desses recursos com os dos outros”. Frequentemente o internamento em UCI’s pode colocar o doente em situação de profundo isolamento, no meu ponto de vista e pelo que vi durante o estágio, quanto mais intensivo é o tratamento, menos profundo e efectivo parece ser o contacto com a equipa de enfermagem, que muitas vezes, pouco toca, conversa e ouve o ser humano que está à sua frente. Uma das várias intervenções por mim executadas, foi tocar nos doentes sem luvas, quando possível para que este toque se tornasse mais efectivo e tentei motivar os enfermeiros para esta prática. Diariamente deparei-me com doentes impossibilitados de comunicar verbalmente, quer pela sedação, quer pela própria patologia ou por outro motivo.

Tive assim que me adaptar a essa realidade, fazendo-me acompanhar da minha reflexão na e sobre a prática de forma a conseguir superar este obstáculo tão importante sobre o cuidar. Silva (2006 A), partilha da opinião que muitos dos doentes em cuidados intensivos não podem falar, no entanto também acredita que é impossível não comunicarmos: actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem.

Desenvolver esta competência não é pois tarefa fácil, mas é um desafio, uma vez que é necessário adquirir a aptidão de apreensão daquele pormenor que é realmente importante e que fará certamente a diferença no cuidar do doente que não comunica, pois como refere Silva (2006 A), o treino da percepção revela-se uma necessidade fundamental para o profissional de saúde, principalmente porque a rotina do dia-a-dia, faz com que muitas vezes olhemos sem ver, escutemos sem ouvir, palpemos sem sentir. Este foi o pensamento que tentei incutir na unidade, fazendo dele presença constante no meu percurso na humanização do “cuidado Intensivo”. No meu entender, várias são as estratégias que podem ser adoptadas para facilitar o processo de comunicação do doente ventilado. Neste sentido, tive oportunidade de prestar cuidados a um doente ventilado e desta forma tive igualmente oportunidade de estabelecer comunicação com o mesmo. Utilizei perguntas elementares e dicotómicas, ensinei-o a comunicar comigo, utilizando o piscar de olhos. Uma outra estratégia que utilizei numa outra situação foi o fornecimento de papel e lápis, uma vez que se tratava de uma jovem doente traqueostomizada e que se encontrava com níveis de ansiedade muito elevados. Penso desta forma, ter conseguido reduzir significativamente a ansiedade destes dois doentes que foram alvo dos meus cuidados. A família é sem dúvida um aspecto que a equipa de

enfermagem na UCIM valoriza. Não só a transmissão de informação, como a preocupação em acompanhar quando se deparam pela primeira vez com os seus familiares em estado crítico. Pessoalmente, acho que devemos acolher a família de forma calorosa, apresentarmo-nos, mostrando disponibilidade, facilitar a expressão de emoções e informando do cenário que irá encontrar no primeiro contacto, responder a questões de forma segura, reduzindo a ansiedade daquela família e ter em conta que o excesso de informação poderá ser prejudicial. Foram desta forma os princípios que me acompanharam ao longo desta caminhada o que vai ao encontro de Ellershaw (2003) quando refere que a família constitui uma fonte crucial de informações, sendo esta e o doente as prioridades do nosso cuidar.

Uma das intervenções simples que executei para diminuir a ansiedade de uma mãe cuja filha estava internada na unidade, foi conversar acerca da importância da comunicação através do uso de palavras e do toque, uma vez que a filha se encontrava sedada e traqueostomizada. A situação acima referida facilitou-me o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mãe envolvendo-a nos cuidados à filha, como forma de não só facultar a transição para o papel de prestador de cuidados que terá de desempenhar, mas também ajudar a vivenciar a crise. Segundo Cainé (2004:137), *“Em situação de doença e internamento de um dos elementos da família, a sua envolvência pode ser considerada como uma condição facilitadora da vivência da crise”* Permitiu-me também identificar as emoções evidenciadas pela mãe e auxiliar a manter uma atitude de aceitação da realidade, não retirando a esperança.

Relativamente ao período de visitas, este é dividido em três períodos distintos de 30 minutos cada. Apercebi-me ao longo da minha permanência que os familiares demonstravam descontentamento pelo curto período da visita e inclusive um dos períodos coincide com a passagem de turno, e desta forma, constitui-se aqui outro obstáculo, uma vez que este período fica encurtado e, por outro lado, sendo o período de visitas no momento da passagem de turno, obviamente os enfermeiros não se encontram disponíveis para os familiares. Sugeri que se alterasse o horário do último período, dado ser este o que coincide com a passagem de turno, no entanto, a equipa de enfermagem não se mostrou interessada. Como segunda opção sugeri que o enfermeiro responsável do turno ficasse automaticamente disponível para os familiares. No sentido de demonstrar que poderia ser um processo facilitador face ao problema detectado, eu

própria, quando efectuei turnos no período da tarde, pedi para ser a primeira a passar o turno, para assim ficar disponível para a família. Com esta intervenção demonstrei que é possível contornar os problemas, sempre com o objectivo, o bem-estar do doente e da respectiva família, pois segundo Twycross (2003:45), é através *“da relação de disponibilidade/assertividade com o binómio doente/família, que o enfermeiro adquire a confiança destes e onde o cuidar ganha outra dimensão.”*

Relativamente e no que diz respeito ainda à família, deparei-me com a dificuldade que os familiares tinham em falar com os médicos assistentes. Um dos obstáculos prende-se com o horário, pois este não está afixado, não aparece no guia de acolhimento. No entanto, existe efectivamente um horário, onde os médicos se encontram disponíveis para a família. Após ter verificado que havia dificuldades na transmissão dessa informação por parte dos enfermeiros aos familiares, que por muitos e diversos motivos confundiam o que lhes era dito, sugeri à Enfermeira Chefe afixar um pequeno folheto informativo à entrada do serviço com o horário destinado aos familiares, que para meu agrado foi acatado, tendo sido afixado um cartaz informativo com o horário. Segundo Martins (2008:333) *“A família actua como uma unidade de saúde para os seus membros, ou seja, ela tem um referencial para compreender e actuar nas diferentes situações (...) A família deve assumir a responsabilidade pela saúde do seu familiar doente e, para isso, precisa ser ouvido nas suas necessidades, devendo ser igualmente cuidado”*.

Uma outra situação com que me deparei, foi quando tive necessidade de falar de uma forma privada com um familiar e não encontrei nenhum espaço propício para tal. A necessidade desta conversa tinha a ver com a necessidade de perceber a dinâmica familiar de uma doente, e acabou por se desenrolar no corredor, uma vez que não poderia ser junto da doente. Falar com a família no corredor ou junto do doente não é um procedimento correcto, nem inspira confiança. Esta situação levou-me a uma inquietação por mim sentida, dado que, esta unidade ainda tem uma taxa moderada de mortalidade e de situações consideradas muito graves, a minha pergunta à tutora foi, como é que procediam no momento da comunicação das más notícias, dado que não há na unidade um espaço reservado, privado e com o silêncio que lhe é devido, para a comunicação de tal notícia, pois segundo Phaneuf (2005:32), *“as más notícias devem ser comunicadas em ambiente próprio, tranquilo onde o silêncio e o respeito devem*

imperar (...) ” Efectivamente, foi-me dito que a unidade está provisoriamente instalada naquele pavilhão e de facto não existiam recursos físicos para uma “Sala de Família”. Fui igualmente informada que o hospital está a sofrer alterações profundas e que tal necessidade já foi detectada, e que em breve esperam resolver o problema, uma vez que a unidade irá mudar de sítio. O facto de esta situação já ter sido discutida e que em breve será resolvida, demonstra que a humanização se encontra presente nos nossos hospitais, tal como refere Corbella (2003:66), “ *a humanização do ambiente físico hospitalar, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos*”.

Assim sendo penso **ter tomado decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas, e as responsabilidades sociais e éticas, uma vez que consegui estabelecer uma relação terapêutica, com o binómio doente/família ou cuidador no contexto UCIM. Por outro lado penso ter desenvolvido ao longo do estágio um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.** Dado à minha reflexão e experiência na unidade, penso ter demonstrado conhecer a importância da comunicação na transmissão das “más notícias” à família /cuidador na UCI.

Durante a realização deste estágio, foi-me possível estabelecer uma relação com a família/doente em três contextos distintos, já foi referido a experiência em contexto de urgência, depois abordei doente/família em contexto cuidados Intensivos e, de seguida, abordarei a experiência na Unidade de Convalescência com o doente/família que experimentam o processo de reabilitação. Subscrevendo Potter e Perry (2006:139), quando dizem que “... *todas as relações de cuidar, estabelecidas no âmbito profissional, podem ser reforçadas por princípios e orientações de utilização eficaz das técnicas de comunicação*”, reconheço no meu percurso profissional ligado à oncologia o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais específicas que perante cenários de incerteza e instabilidade emocional, me permitem comunicar de forma eficaz fazendo uso da criatividade e do que considero ser uma consciência ética e moral bem formada. Não obstante estas competências que considerava já possuir, senti que as pude aprofundar pelas especificidades de que se revestiu este estágio.

O meu interesse pela relação como forma de intervenção terapêutica, em prol da ajuda ao outro, existe desde há muito tempo. Daí que um dos objectivos era desenvolver /estabelecer uma relação terapêutica, com o binómio doente/família ou cuidador. Este interesse radica em convicções pessoais e profissionais. Enquanto ser humano, sei o que significa sentir a presença de outrem em momentos de grande perturbação. Esse outrem pode até ser um estranho, contudo, se a sua presença é sentida como autêntica, os seus efeitos são notáveis. Durante o estágio e ao longo da minha vida profissional, aprendi com os doentes que o que está em causa numa situação de hospitalização, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana. Enquanto tal, pode ser ou não muito enriquecedora dependendo não só de quem a vive, mas também de com quem a vive. Efectivamente, a “arte da presença” pode fazer a diferença num contexto hospitalar, e neste sentido e após o término do estágio, senti que **desenvolvi estratégias que me permitiram estabelecer uma relação terapêutica baseada na preocupação, na empatia, na facilitação e na genuidade.**

No acolhimento do doente e da família na Unidade de Convalescença tive sempre a preocupação de os preparar para a realidade que iriam encontrar, procurando na informação fornecida fortalecer um potencial parceiro nos cuidados e evitando o excesso de informação que pudesse contribuir para o aumento da ansiedade. Dado ser uma unidade de convalescença onde grande parte dos doentes/famíliares chegam esperançados numa recuperação funcional rápida e eficaz, verifiquei que a disponibilidade e a promoção da esperança e da perseverança, assumem um papel importante nesta unidade. Daí que, durante este período em que desenvolvi o estágio, e nas oportunidades em que tive para efectuar o acolhimento ao serviço do doente/família, uma das minhas preocupações foi efectuar o levantamento das necessidades/preocupações, que a posteriori eram transmitidas à restante equipa durante a passagem de turno. Após a transmissão das necessidades/preocupações levantadas e em conjunto com a equipa, procurei identificar as estratégias a utilizar para dar resposta ao problema identificado, que na maioria dos casos foi conseguido com sucesso.

As estratégias que foram mais vezes desenvolvidas, e que permitiram solucionar muitos dos problemas que foram identificados, prenderam-se sobre tudo com;

- ✓ Fornecimento de folhetos informativos a cerca da unidade e respectiva explicação;
- ✓ Sessões de educação para a saúde (nomeadamente na área dos cuidados de higiene, alimentação, deambulação e terapêutica);
- ✓ Criação de momentos de aprendizagem para os cuidadores informais;
- ✓ Esclarecimentos de questões sociais e contacto com a assistente social;
- ✓ Fornecimento de ajudas técnicas variadas;
- ✓ Informações clínicas;
- ✓ Planeamento da alta;

Relativamente a uma das preocupações dos cuidadores que foi identificada e com grande relevância, foi o receio dos mesmos, no acto da alimentação dos seus familiares, nomeadamente, daqueles que sofreram um AVC e que ficaram com sequelas a nível dos músculos da face e onde a alimentação fica consideravelmente comprometida. Após ter identificado essa necessidade de informação por parte dos cuidadores, sugeri à equipa, a realização de um cartaz informativo (Anexo I) que identifica algumas estratégias que os cuidadores informais podem adoptar no domicilio aquando da alimentação do seu familiar. Como local estratégico para a colocação do poster, foi sugerido a sala de refeições/convívio, onde os familiares passam grande parte do tempo com os doentes. Esta minha intervenção vai ao encontro do que defende Campos (2005:32) quando refere que " *é através da família que se consegue maior adesão do paciente ao tratamento*". Segundo este, a família tanto quanto o doente, precisa de apoio e protecção, precisa de partilhar também as suas dúvidas, receios e fragilidades, pois só assim pode desempenhar o seu papel.

(VI) Objectivo Especifico – Desenvolver competências na abordagem dos registos no sistema da informatização "Alert" no SU.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Execução dos cuidados de acordo com prescrições no respectivo sistema e efectuar registos;
- (II) Adequação dos cuidados de terapêutica e conforto ao doente.

No SU o método de registo utilizado é o Alert. No início tive alguma dificuldade em encontrar informação no serviço, pelo que recorri essencialmente a artigos publicados na Internet. Este sistema está em funcionamento no SU há sensivelmente 5 anos. Sendo o serviço de urgência, um local com muita afluência de doentes, considero que foi de extrema importância a criação do sistema Alert. O sistema Alert preconiza a medida internacional “PFH” (Paper Free Hospital), sendo uma solução clínica para a informatização integral que permite o registo, interligação, reutilização e análise de todos os dados relacionados com os doentes e actividade dos profissionais de saúde em tempo real. O Alert possibilita, a cada momento, uma visão global sobre os doentes em espera ou a ser atendidos e os meios de diagnóstico utilizados. Quando os doentes se deslocam para realizar exames mantém-se a continuidade de registos e de acesso à informação do doente no sistema pela equipa multidisciplinar. Esta continuidade facilita o acesso à informação e o registo objectivo dos procedimentos.

Sobre esta informatização e automatização do SU, encontram-se algumas mais-valias para o utente que se podem caracterizar por: possibilidade da equipa de saúde poder aceder a todo o seu histórico, incluindo os episódios de urgência anteriores, dos quais constam resultados dos vários exames realizados, medições instituídas com os respectivos efeitos terapêuticos que foram observados. Esta questão aliada a uma identificação sem qualquer margem para dúvida de quem fez o quê e a quem, constitui um factor de elevada segurança para o doente, apesar das garantias totais serem do âmbito das ciências exactas, a possibilidade de erro é deveras minimizada com o sistema de registos e organização de trabalho que se encontra em vigor. No entanto o sistema ainda não se encontra devidamente implementado para permitir uma ligação a todos os serviços de Urgência, Serviços de Internamento e Centros de Saúde com informação do doente. Evitava duplicação de exames, rentabilizava as informações recolhidas, melhorava a gestão dos gastos e consequentemente dos recursos humanos e materiais. Uma outra falha deste sistema prende-se essencialmente com o registo das acções/intervenções autónomas dos enfermeiros, como os cuidados de higiene e conforto, apoio à família, factores sociais e psicológicos, onde não está previsto o registo informático.

Assim, considero que apesar das dificuldades iniciais por não utilizar qualquer sistema informático no meu local de trabalho, **consegui efectuar uma aprendizagem benéfica dos registos informáticos e assim zelar pelos cuidados, mantendo de forma contínua e autónoma o meu processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.**

(VII) Objectivo Específico – Aplicar conhecimentos teórico-práticos no doente crítico na UCIM, tendo em conta o Controlo de Infecção.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Revisão bibliográfica e dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, e de acordo com as necessidades identificadas;
- (II) Identificação de necessidades de aprofundamento de conhecimentos relacionados com situações clínicas, presentes na UCIM;
- (III) Identificação de necessidades de aprofundamento de conhecimentos relacionados com técnicas específicas utilizadas nos cuidados providenciados ao doente crítico em contexto da UCIM.

A nível dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, os procedimentos técnicos que realizei durante o estágio, passaram pela abordagem à via aérea artificial, ventilação mecânica, monitorização invasiva e não invasiva e suporte farmacológico. A competência técnica resulta de um conjunto de saberes mobilizados em situações de trabalho (Bartolo, 2008). Os cuidados de enfermagem centram-se também na optimização e manutenção dos dispositivos invasivos e em adoptar medidas de prevenção e controlo da infecção, inclusive na manutenção da via aérea e aspiração de secreções. Assim, tive oportunidade de prestar cuidados a um doente ventilado, são raros os casos de doentes com ventilação invasiva na unidade, no entanto e uma vez que surgiu esta oportunidade, não pude deixar de a fazer.

É certo que a minha formação em ventilação mecânica passou única e exclusivamente pelo contributo teórico deste curso. Recorri ao artigo escrito por Ferreira et al (2009), que descreve com clareza alguns conceitos, os parâmetros, as indicações para a utilização e os procedimentos a efectuar. Existem vários modos ventilatórios que

permitem explorar a ventilação do doente e possibilitam ainda o controlo dos mais variados parâmetros tais como volume, pressão, relação I:E (relação inspiração/expiração), PEEP (Pressão Positiva no Final da Expiração), FiO₂ (fracção de O₂ inspirado), volume corrente, tempo inspiratório, entre outros. Os modos ventilatórios mais usados na unidade são resumidamente: Ventilação Mandatória Controlada (CMV); Ventilação Mandatória Assistida (A/CMV); Pressão Inspiratória de Suporte (PSI); Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV); Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP). Em função destas intervenções por mim realizadas posso afirmar que o foco da minha atenção em doentes com ventilação invasiva centrou-se sobretudo na limpeza das vias aéreas e ventilação, tendo sempre em conta as evidências científicas. O controlo de infecção foi, como tal, uma das minhas principais preocupações, pelos aspectos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e tratamento do doente com falência multiorgânica.

Relativamente à ventilação não invasiva (VNI), é nos dias de hoje uma terapêutica de eleição no tratamento da hipercápnia, nos doentes com insuficiência respiratória. É frequente a sua utilização, o que implica uma maior vigilância pelos enfermeiros, quer na vigilância da monitorização da saturação, quer na gestão de oxigénio ou adaptação do doente à VNI. A minha intervenção incidiu em proporcionar uma maior vigilância, e intervir na adaptação do doente à VNI, item importante no sucesso desta terapêutica.

Demonstrei capacidade de interagir na dinâmica funcional da unidade, bem como tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Por outro lado, tive oportunidade de assistir à colocação do CVC e da respectiva linha arterial, assim como, tive várias vezes oportunidade de cuidar de doentes que possuíam a monitorização invasiva. Considero estas experiências e outras que já mencionei, de extrema importância uma vez que as ditas experiências possibilitaram a aquisição de novos conhecimentos, um alargamento no meu horizonte, dado que tais experiências nunca tinham sido vivenciadas por mim antes.

As linhas arteriais dão valores de pressão arterial mais fidedigna que os valores apresentados na monitorização não invasiva. A manutenção/optimização das linhas arteriais criou em mim uma necessidade de pesquisa. Zerar a linha ou otimizar o cateter tendem para o mesmo resultado, apesar de serem procedimentos diferentes mas, complementares. Desta forma consegui perceber, que zerar a linha prende-se com a forma de encontrar a linha zero ou neutra para não ter valores falseados. Os cabos deverão estar bem conectados. As colunas de mercúrio já não são muito utilizadas até porque os monitores já possuem essa função. Assim sendo, sempre que posicionei os doentes com linha arterial, tive o cuidado de fazer o respectivo zero da linha, ou seja, efectuei sempre que necessário, a calibragem do equipamento em relação à pressão atmosférica. Quanto aos CVC, na UCIM, a maior parte deles, são colocados na veia subclávia, o que vai ao encontro das recomendações INSDRJ (2006) na prevenção da infecção associada ao CVC. Um dos cuidados de enfermagem que pude presenciar e efectuar foi a manutenção do dispositivo intravascular. Consultei as recomendações de Controlo de Infecção da Instituição – Norma 02/2002, as da CCI do Instituto Português de Oncologia do Porto (2007) e as recomendações da Direcção Geral de Saúde (2006). Neste sentido deparei-me com algumas divergências, uma das quais se prende com os solutos utilizados na desinfecção da pele. Nesta unidade pude constatar que os solutos mais utilizados são dois e ambos com o mesmo principio activo – Cloreto de Benzalconio em Solução Alcoólica, cujos nomes comerciais são respectivamente Frekaderm® e o Cutasept®, ambos com base de álcool. Também pude igualmente verificar que a iodopovidona é o soluto de eleição na desinfecção dos CVC.

Ora após consulta das normas acima referidas, levei a cabo a minha intervenção. Após discussão com a enfermeira tutora, e após lhe comunicar o que tinha pesquisado, a solução de clorexidina (Perioxidin®) para a desinfecção do CVC é o mais recomendado, pois segundo Phillips (2001:44) esta é *“um anti-séptico químico, com acção antifúngica e bactericida, capaz de eliminar tanto bactérias gram-positivas como gram-negativas (...) possui acção bacteriostática, inibindo a proliferação bacteriana, sendo por isso a solução adequada na manutenção dos dispositivos intravasculares”* no entanto este produto ainda não foi adquirido pela instituição.

Outra lacuna por mim detectada, foi o facto de quando o doente necessita de tricotomia para a colocação do CVC, esta é feita com a lâmina. Falei com a tutora acerca da possibilidade de melhoria neste aspecto, facultando-lhe as recomendações para a prevenção da infecção no local cirúrgico, segundo o INSDRJ (2006:42) *“Evitar a tricotomia e, se necessário, efectué-la com máquina eléctrica, o mais próximo possível da intervenção”*. Também falei com a Enfermeira Chefe acerca desta minha sugestão, que achou pertinente, tendo de imediato resolvido este problema adquirindo uma máquina para a realização da tricotomia.

Relativamente ao acesso às torneiras para a administração de fármacos é feito da seguinte forma: os enfermeiros removem as tampas e depois procedem à desinfecção com uma compressa embebida em álcool a 70%. No meu ponto de vista o facto de manipularem directamente as torneiras, sem uma barreira de protecção, contribui sem dúvida para o aumento da taxa de infecção associada à manipulação de cateteres. Segundo Harrison citado por Mendes (2007), os conectores sem agulha, estão associados a uma redução da incidência de infecção nos CVC e periféricos em comparação com tampas normais. Na instituição onde actualmente trabalho (IPO) é usado um dispositivo de pressão positiva (CLC 2000) à saída dos cateteres centrais, evitando por um lado o refluxo de sangue e por outro a manipulação directa do cateter aquando da troca dos sistemas de perfusão. Estes dispositivos ainda têm a vantagem segundo a CCI de só precisarem de ser trocados de 7/7 dias.

Para Rummel (2001), o CLC 2000 é um conector revolucionário, que pelo facto de possuir pressão positiva, impede que o sangue volte para o lúmen do cateter, o que poderia resultar em oclusão do dispositivo, ajuda a manter a desobstrução dos dispositivos de acesso vascular e além disso, através do CLC 2000 é possível usar apenas soro fisiológico na manutenção dos dispositivos, não sendo preciso o uso de heparina. Abordei desta forma, a Enfermeira Chefe, no entanto e apesar de considerar importante e pertinente, estes dispositivos são muito dispendiosos, e neste momento com a política de contenção do hospital, não seria o momento ideal para a implementação.

Relativamente à heparinização dos sistemas de monitorização invasiva, na UCIM não existe uniformização de cuidados relativamente a este procedimento, uma vez que alguns enfermeiros são apologistas do uso da heparina enquanto outros não o fazem, o que vai ao encontro do que está descrito na literatura quer nacional, quer internacional, pois após ter efectuado uma pesquisa acerca desta temática, verifiquei que existe falta de uniformidade entre vários autores. Para Phillips (2001:53), *“a terapia intravenosa é um importante recurso terapêutico (...) no entanto um problema significativo no cuidado clínico, é a obstrução do cateter devido à formação de coágulos”*. Segundo o mesmo autor a utilização de soro fisiológico tem vantagens em relação à solução de heparina, nomeadamente o baixo custo, ser um procedimento mais simples, eliminar o risco de trombocitopenia e hemorragia e ser menos incompatível. Já Pinto (2003:40), refere que a solução de heparina deve ser a recomendada, *“esta apresenta propriedades anticoagulantes, devendo ser usada numa concentração que não cause anticoagulação sistémica, devendo ser a menor possível para manter a permeabilidade do cateter”*. Por outro lado, Randolph et al (2008:32) refere que *“não existe consenso no que diz respeito ao tipo de solução a utilizar. Em 2005, defendia-se a não utilização rotineira da solução de heparina. Outra revisão bibliográfica publicada em 2008 identificou que o uso de heparina na dose 0,5U/kg/h, em infusão contínua é recomendada para manter a permeabilidade do cateter”*.

Face ao que constatei na literatura, e a ausência de consenso sobre a utilização da solução salina ou da solução de heparina para a manutenção da permeabilidade dos cateteres, posso concluir que a concentração da solução bem como a periodicidade da perfusão são pontos determinantes, e que devem constar do protocolo da instituição. O que pude constatar, e que foi referido pela Enfermeira Chefe é que actualmente se encontra em curso um estudo no CHVNG/E acerca desta problemática, sendo que neste momento a indicação que o serviço possui, é de não usar heparina até nova indicação.

Relativamente a outro procedimento que não sendo novo para mim, me suscitou inquietação e conseqüentemente a necessidade de intervenção, foi o procedimento da algaliação, verifiquei que a norma do hospital 02/2002 refere que a desinfeção deve ser feita com iodopovidona, ora segundo o INSDRJ (2004) acerca da algaliação, refere que a desinfeção perineal deve ser feita com soro fisiológico ou água e sabão. Em conjunto com a colega que realizava estágio comigo, levámos o manual e demos a conhecer à

equipa, numa tentativa de mudança de comportamentos, no entanto, e segundo a minha tutora, apesar da intervenção ser pertinente e estar de acordo com as indicações mais actuais, não se pode mudar, dado que a norma do hospital refere a iodopovidona como sendo o método de eleição. Ainda dentro deste assunto, foi contactado o elo de ligação do serviço à CCI, no entanto não houve receptividade por parte do mesmo. Ainda no que diz respeito à algaliação, cabe às assistentes operacionais, o esvaziamento dos sacos colectores no final de cada turno. Aquando deste procedimento realizado pelas mesmas, verifiquei que estas não utilizavam uma compressa embebida em álcool na desinfecção da torneira tal e qual como esta preconizado e inclusive a colocavam no chão. Intervi junto das assistentes operacionais, no sentido de começarem a incluir a compressa com álcool nas suas rotinas. No decorrer do estágio, e principalmente na última semana verifiquei que existia em curso uma mudança nos comportamentos das Assistentes Operacionais.

(VIII) Objectivo Específico – Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente à Unidade De Convalescença e suas especificidades.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Aprofundamento e mobilização de conhecimentos teórico-práticos relativamente aos procedimentos e técnicas mais comuns na unidade;
- (II) Análise de diversos protocolos existentes no serviço;
- (III) Realização de pesquisa bibliográfica sempre que necessário.

A reflexão sobre as dificuldades vivenciadas pelo cliente e família permitiu-me desenvolver uma maior consciência crítica para alguns dos problemas e questões de maior complexidade relacionados com a prática profissional, fundamentalmente, na minha área de especialização e actuar em conformidade de forma autónoma, sistemática e crítica. A unidade dispõe e pratica continuamente a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, que é realizada através de um instrumento de avaliação denominado por Instrumento de Avaliação Bio Psicossocial (IAB). Este instrumento assenta na conjugação de escalas de avaliação, como o *Índice de Lawton e Brody* e no *Índice de Katz*, realizado em três momentos durante os 30 dias de internamento. Assim é possível

a verificação e registos ao longo do tempo dos ganhos em saúde de forma individual e colectiva. Relativamente a estes Índices, tive a oportunidade de os trabalhar algumas vezes, nomeadamente aquando da admissão dos doentes.

Pela provável satisfação dos seus resultados a nível nacional esta ferramenta de registos passou de Modelo de Avaliação Bio psicossocial (MAB) para IAB. Durante o estágio também me foi possível realizar a Avaliação Bio psicossocial do doente. Com a realização destas actividades considero ter ficado mais desperta para a importância da avaliação funcional do doente, no sentido de ser mais proveitosa a recuperação do mesmo, promovendo a sua autonomia. Reconheço que até à presente data, e durante a minha prática diária, não reconhecia a importância da avaliação funcional do doente nas actividades de vida diária, com o objectivo da promoção da autonomia, que segundo Kottow (2000:45) é “*categoria central no conceito de promoção de saúde*”. Desta forma penso ter sido um importante contributo para a minha prática diária.

Uma das situações problema que identifiquei, prendeu-se com a manutenção dos diversos equipamentos/dispositivos da unidade, onde se verificou a existência de sistemas de oxigenoterapia e aspiração de secreções não montados na sua totalidade nas unidades, com a mesma base de justificação. Ainda relativamente a esta área, verifiquei que a manutenção do carro de emergência era feita única e exclusivamente sempre pela mesma pessoa, pelo que foi sugerido ao Enfermeiro Chefe que fosse elaborada uma tabela, onde todos os meses fosse nomeado um enfermeiro responsável pelo carro de emergência. Penso que este item se revela de extrema importância, uma vez que, com a estratégia que foi sugerida, todos os enfermeiros passam a ter contacto com o carro de emergência, facto que se revela crucial para a prestação do enfermeiro perante uma situação de urgência/emergência.

Assim as preocupações de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico passam não apenas pelo seu alvo mais importante, que é sempre sem dúvida o doente e todo o mundo social, familiar e cultural, mas acima de tudo assistencial, preocupando-se também com os diversos equipamentos, acessórios, dispositivos e áreas, indagando a previsibilidade de situações de urgência e emergência e formas de actuação face as mesmas. Outra situação identificada prendeu-se com os cuidados orais dos doentes. Durante o desenrolar do estágio, tive a oportunidade de verificar e dado a

quantidade de doentes que necessitam de auxílio nos cuidados de higiene que alguns deles são auxiliados pelas assistentes operacionais. Neste sentido verifiquei que os cuidados orais eram muitas vezes descuidados. Assim sendo, após o término de uma das passagens de turno, reuni com a equipa e alertei para a situação identificada. Sugeri uma acção de formação aos assistentes operacionais acerca dos cuidados orais, mas acima de tudo reforcei a importância da criação de uma norma. Este meu alerta vem ao encontro de Luiz (2008: 486), quando refere que “ *a cavidade oral constitui um sítio propício a infecções com grande potencial de desenvolvimento de bacteremia, pelo que os enfermeiros, devem zelar pelos cuidados orais dos doentes internados*”. Ainda dentro das experiências que desenvolvi nesta unidade, gostaria de relatar que acompanhei e participei no desenvolvimento de um protocolo de avaliação para quedas, revelando-se uma experiência pioneira a nível nacional, devido ao apoio tecnológico coadjuvado. O protocolo é aplicado aos indivíduos avaliados com risco de queda no momento da admissão.

O sistema consiste em dois sensores junto as cabeceiras das camas, emitindo um feixe paralelo as grades da mesma que limita por sua vez uma zona envolvente da cama. Para além disso inclui ainda a colocação de um par de meias vermelhas com uma base antiderrapante e uma pulseira vermelha no doente. Assim sendo, a instituição mostra assim dar ênfase claramente ao conceito de Enfermagem Avançada.

Nesta unidade existe desde o início uma preocupação constante no processo de enfermagem da preparação do regresso a casa, onde é incluído não apenas o doente, mas também a família ou cuidador informal, onde sempre que tive oportunidade, providenciei o ambiente necessário para que a família prestasse e se integrasse no plano de cuidados ao doente. Permite implementar e praticar uma enfermagem integrada cuja acção e avaliação é determinante de forma oficial para a conclusão de todo o processo, não se limitando como habitualmente a uma determinação exclusivamente médica.

(IX) Objectivo Especifico – Aprofundar conhecimentos relativamente à farmacocinética dos fármacos utilizados na UCIM.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Identificação dos fármacos mais usados nestes serviços, muito especialmente no processo de sedação, analgesia e respectiva curarização no doente crítico;
- (II) Aprofundamento dos conhecimentos acerca das particularidades de cada um, sobretudo a sua repercussão hemodinâmica, bem como os seus efeitos no doente;
- (III) Revisão dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, nomeadamente na área curricular de Patologia e Terapêutica;
- (IV) Revisão, sempre que necessário, bibliográfica.

O uso concomitante de vários medicamentos, enquanto estratégia terapêutica, e o crescente número destes agentes no mercado são alguns dos factores que contribuem para ampliar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam a interferência mútua de acções farmacológicas podendo resultar em alterações dos efeitos desejados. Na prática, a questão das interacções medicamentosas é complexa, pois além das inúmeras possibilidades teóricas de interferência entre os medicamentos, foi possível verificar que factores relacionados ao doente (idade, constituição genética, estado fisiopatológico, tipo de alimentação) e a administração do medicamento (dose, via, intervalo e sequência da administração) influenciam na resposta do tratamento. Neste sentido, foi importante a consulta os protocolos da unidade, relativamente à terapêutica instituída aos doentes, para aprofundar os conhecimentos sobre farmacocinética já adquiridos e interrelacionar com novos conceitos, assim como, observar directamente o efeito dos mesmos nas repercussões hemodinâmicas do doente e na consequente melhoria da qualidade de vida do mesmo. Foi muito importante durante todo o estágio relacionar os processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos aos mecanismos de acção, efeitos colaterais e reacções adversas dos principais grupos de fármacos utilizados, como a dopamina, aminofilina, amiodrona, atropina, midazolam, dinitrato de isossorbido, noradrenalina, furosemida, morfina, heparina, antibióticos diversos, etc.

A farmacologia, a administração, apresentação, interacção, incompatibilidades farmacológicas, estabilidade, cálculos de dosagem, diluição e cuidados relativos aos fármacos mais utilizados permitiu-me desenvolver a compreensão da farmacologia, dando ênfase aos procedimentos de enfermagem na terapêutica, uma vez que, ante a gravidade do quadro clínico normalmente apresentado pelos doentes, passa a ser imperativa a administração de vários e diferentes medicamentos, cada um exigindo cuidados específicos. **Desta forma consegui gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e formação pós-graduada; assim como demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC.**

(X) Objectivo Especifico – Desenvolver competências na abordagem dos registos no sistema de apoio á pratica de Enfermagem – SAPE.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Execução dos cuidados de acordo com prescrições no respectivo sistema e efectuar registos;
- (II) Adequação dos cuidados de terapêutica e conforto ao doente.

Os enfermeiros da UCIM utilizam o plano de trabalho gerado pela SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) como suporte para a passagem de turno, utilizando a CIPE como linguagem quando se referem à condição do doente. Assim sendo, com este sistema adquire-se a noção do impacto das intervenções de enfermagem no status diagnóstico, bem como são preteridas algumas intervenções planeadas para o turno, cuja realização depende da hora a que o enfermeiro documenta os cuidados no SAPE.

No sector da saúde, as tecnologias de informação modificam os processos ao disponibilizar informação íntegra e fidedigna aos profissionais de saúde e suportar as decisões dos gestores e das entidades reguladoras. Para Pinto (2009:3), “os profissionais de enfermagem encontram-se inseridos em organizações de saúde sujeitas a todas estas mudanças. A implementação dos sistemas de informação no âmbito de enfermagem (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE) determina e aprofunda redefinição das actividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados

de enfermagem ao cliente”. Não obstante, é de salientar que a visibilidade dos cuidados de enfermagem, estatisticamente é, de algum modo, reduzida, impossibilitando, deste modo, a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Assim sendo, a mudança em saúde é percebida como indispensável no processo de garantia da resposta às necessidades em saúde dos cidadãos. Um dos principais desafios da modernização do sistema de saúde passa pela aposta intensiva nas tecnologias da informação enquanto investimento estratégico, capaz de racionalizar a utilização dos recursos disponíveis e de incrementar a eficiência e a qualidade. Os sistemas de informação constituem, nos nossos dias, uma indispensável fonte de conhecimento e de suporte à decisão, contribuindo para aumentar a segurança e a eficiência dos processos em saúde (Fernandes, 2006).

O facto de ter tido a oportunidade de realizar as notas de evolução de enfermagem neste sistema informatizado, revela-se desta forma, uma actividade importante na minha aprendizagem pessoal, dado que vejo neste momento de aprendizagem um verdadeiro desafio para quem nunca tinha contactado com a linguagem CIPE. **Desta forma penso ter promovido de forma contínua a auto-aprendizagem e desenvolvimento pessoal.**

2 – FORMAÇÃO

Concordando com Hesbeen (2000:19), quando refere que “*os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados*”. Perante a realidade encontrada, facilmente reconheço que na prestação de cuidados ao doente urgente/emergente se exige dos Enfermeiros um saber actualizado e especializado com competências específicas que permitam acompanhar a evolução e inovação da Enfermagem. Sabendo que do Enfermeiro Especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de gestão, supervisão de cuidados e ainda que lhe permitam promover a formação, investigação e acessória na área de intervenção definida para a especialidade. Sendo minha convicção que o crescimento profissional só é possível quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos à nossa prática, rentabilizei ao máximo as oportunidades de aprendizagem aproveitando as mais diversas experiências, apliquei na prática os meus conhecimentos da área de especialização e através da formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados.

Neste sentido, procurei enquadrar-me com o plano de formação de todos os serviços por onde passei, no sentido de identificar as necessidades formativas da equipa multidisciplinar, uma vez que era meu objectivo, participar no plano de formação de enfermagem.

(I) Objectivo Especifico – Promover de forma contínua a auto-aprendizagem e desenvolvimento, participando no plano de formação de enfermagem do SU, UCIM e UC.

Actividades Desenvolvidas:

- (I) Identificação das necessidades de formação na área de EEMC, através da observação da prestação de cuidados;
- (II) Promoção do interesse pela formação individual e profissional dos elementos da Equipa multidisciplinar favorecendo o seu desenvolvimento;
- (III) Participação activa ou passivamente na formação em serviço que decorreu durante o período de estágio.

No que diz respeito ao SU, deparei-me com um grande número de doentes em fase terminal que recorrem a este serviço. Dado a minha experiência profissional em doentes oncológicos (muitos deles em fase terminal), estas experiências não foram novas para mim. Perante a evidência fisiológica e emocional de mal-estar, senti que os profissionais de urgência apresentam algumas lacunas na prestação de cuidados ao doente em fase terminal. Por várias vezes observei défices na gestão da dor e promoção do bem-estar, na comunicação com o próprio doente assim como na relação interpessoal desenvolvida com o alvo dos cuidados e sua família. Penso que estas dificuldades advêm do ambiente em que os profissionais se encontram, ou seja um ambiente urgente/emergente onde o fundamental é recuperar “vidas”, não lidando por isso da melhor forma com a morte e todo o processo que a envolve. Indo ao encontro do que defende Twycross (2003:22), *“constitui uma competência importante dos enfermeiros, saber identificar os sinais e sintomas que caracterizam a fase agónica”*, comuniquei à Enfermeira Chefe as dificuldades identificadas nesta temática, tendo sido sugerido a realização de uma acção de formação cujo tema seria “Agonia” (Anexo II). Foi desde logo bem aceite, no entanto, por constrangimentos relacionados com o serviço, mais tarde a formação teve de ser cancelada, sendo que me foi pedida a colaboração para a sua realização numa data posterior ao estágio. Mediante estes entraves, resolvi procurar outro caminho, sempre com o objectivo de abranger o tema da Agonia e a sua importância.

Tendo a acção de formação como fio condutor e não deitando assim por terra todo o trabalho de pesquisa que tinha efectuado, desenvolvi com os enfermeiros momentos de diálogo e reflexão informais em pequeno grupo, que tiveram como principais objectivos:

- ✓ Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes em fase agónica que recorrem ao serviço de urgência;
- ✓ Identificar as dificuldades dos enfermeiros na abordagem dos doentes em fase terminal;
- ✓ Abordar aspectos relativos aos cuidados a prestar aos doentes em fase terminal;
- ✓ Promover a reflexão sobre a temática em causa.

Penso que apesar de tudo foi a melhor estratégia encontrada para falar desta temática, uma vez que foi possível partilhar experiências e saberes de uma forma mais personalizada/individualizada. É de realçar que estes momentos de partilha foram realizados apenas com os enfermeiros que constituíam a equipa em que eu estava inserida (24 ao todo), daí ter cuidado com a interpretação de alguns resultados, visto o número de enfermeiros não ser muito representativo da totalidade dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do SU. Relativamente aos dados que consegui obter retirei como conclusões mais significativas, as que a seguir se seguem:

- ✓ *Dificuldades no tratamento do doente agónico:*
 - Falta de privacidade que o ambiente da urgência proporciona;
 - Falta de informação por parte dos familiares;
 - Reanimar/Não Reanimar (questões éticas);
 - Plano de cuidados dos Enfermeiros & Plano Terapêutico Médico. Muitas vezes os Enfermeiros direccionam os seus cuidados para o alívio dos sintomas e promoção do conforto e dignidade do doente, enquanto surgem situações em que os clínicos continuam a investir realizando uma série de manobras e procedimentos invasivos.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros, estas aparecem descritas na literatura através de Twycross (2003), quando identifica as barreiras ao diagnóstico da agonia, tais como, dificuldades na identificação dos sinais/sintomas chave, não-aceitação da morte, dificuldades em comunicar, entre outros.

✓ Principais intervenções implementadas pelos Enfermeiros n um doente agónico:

- Controlo de sintomas;
- Presença da Família;
- Relação de ajuda.

As intervenções identificadas pelos enfermeiros estão de acordo com o que defende Ellershaw (2003:42), quando refere que *” na agonia é importante maximizar o conforto, através do controlo de sintomas, intensificar cuidados à família e proporcionar cuidados apropriados, sem intervenções desnecessárias”*.

Durante esta troca de experiências foi possível verificar que os enfermeiros que lidaram com a agonia de uma forma pessoal apresentam uma sensibilidade diferente, desenvolvendo desta forma uma visão do doente agónico muito mais abrangente do que outros que apenas têm a agonia como experiência profissional. Um outro ponto importante foi o facto de se ter verificado uma diferença notória na postura do enfermeiro que possui menos anos de serviço, face à agonia. Estes não encaram da melhor forma a morte e todo o processo que a desencadeia, muitos deles não entendem o porquê de não se investir, uma vez que se encontram num hospital dotado de recursos humanos e físicos, que permitem fazer face a muitas enfermidades.

Gostaria de destacar que foi ainda possível lembrar a existência do serviço de assistência religiosa que se encontra disponível no HSJ, e que muitos dos enfermeiros desconheciam, e por isso mesmo confessaram que muitas vezes face a este desconhecimento, não proporcionaram o devido acompanhamento dos doentes e suas famílias.

Uma outra necessidade que identifiquei durante o meu estágio no SU, foi a falta de uniformização no procedimento das hemoculturas por parte dos enfermeiros.

A hemocultura é um meio auxiliar de diagnóstico que permite identificar o(s) microorganismo(s) presente(s) no sangue e que podem provocar quadros de infecção traduzidos por febre, daí traduzir-se num meio de diagnóstico de extrema importância. Assim sendo, o enfermeiro enquanto profissional de saúde que, normalmente, executa a colheita de sangue para hemocultura tem a responsabilidade de respeitar as regras de assepsia de forma a não contaminar a amostra com microorganismos externos (INSDRJ, 2007). Dado a importância de se proceder correctamente à colheita das hemoculturas, decidi desta forma e no sentido de identificar os problemas inerentes a este procedimento desenvolver um diagnóstico de situação, fazendo um breve inquérito aos enfermeiros da equipa onde estava inserida. Após os resultados obtidos, foi desenvolvido um documento que resumiu de uma forma clara e precisa, todo o procedimento, com o objectivo principal de promover a uniformidade no procedimento de colheita de hemoculturas no serviço de urgência, (Anexo III). Mais uma vez realço a pouca representatividade dos enfermeiros que foram envolvidos, já que só me era permitido abordar os enfermeiros que constituíam a equipa em que eu estava inserida, daí que os resultados destes momentos informais, advêm única e exclusivamente de uma das cinco equipas que constituem a Equipa de Enfermagem do SU.

Em relação à UCIM, tentei identificar juntamente com a minha colega de estágio situações problema onde eventualmente pudesse dar o meu contributo. Deparamo-nos com a dificuldade que os enfermeiros apresentavam no que dizia respeito às precauções de isolamento. Constatamos que a Comissão de Controlo de Infecção da instituição dispõe da norma e que esta está de acordo com as indicações preconizadas pela DGS. Sendo assim, o problema não residia na falta de informação, mas sim na dificuldade em colocar toda a teoria em prática.

Segundo Quinto (2006), a prevenção da disseminação de agentes patogénicos no ambiente hospitalar exige a necessidade de instituir e manter medidas de controlo durante o período de transmissão para cada doença. Segundo este, *“cabe ao enfermeiro identificar a necessidade de precauções de isolamento, este deve orientar o paciente e a respectiva família, assim sendo deve instituir a categoria de precaução e cabe ainda ao enfermeiro a avaliação periódica do isolamento”*. (2006: 155)

Desta forma e dado a importância que o enfermeiro tem neste procedimento, colocámos em prática a nossa experiência profissional em isolamentos e reportámos os instrumentos que dispúnhamos e adaptamo-los à realidade da unidade. Desta forma, foi sugerida a divisão dos isolamentos, já que na unidade não se diferencia que tipo de isolamento se trata, ou seja para todos os doentes infectados ou que necessitem de protecção, as precauções e a forma como usam o material de protecção é o mesmo. O objectivo deste trabalho, não foi mais do que a colaboração com os profissionais de enfermagem para o planeamento de acções e controlo da infecção hospitalar.

Neste sentido, e após termos apresentado aos responsáveis de serviço o esboço do que pretendíamos, foi elaborada uma “régua de bolso” (Anexo IV) de acordo com as recomendações da DGS, que identifica os principais isolamentos através de cores, assim como fornece informação acerca do material que deve ser usado em cada isolamento. Penso que a estratégia utilizada foi a mais viável visto ser um instrumento que poderá acompanhar o enfermeiro na sua prática diária e que a qualquer altura poderá ser consultado. A cada enfermeiro foi fornecido uma régua e explicado que o objectivo da mesma seria colocar em prática a distinção dos vários isolamentos distinguindo-os por cores. Embora o cumprimento dos isolamentos seja uma função do enfermeiro, cabe à assistente operacional a função de colocar o material que é necessário para se proceder a um isolamento correcto, desta forma achamos pertinente, entregar uma régua a cada uma das assistentes com o objectivo de as dotar de alguns conhecimentos acerca do material de protecção que deve ser devidamente colocado consoante o tipo de isolamento a que se refere.

Ainda dentro desta temática, foram ainda realizados posters A4 individuais (Anexo V) com a finalidade de serem colocados junta das unidades dos doentes, identificando desta forma o tipo de isolamento a que o doente está sujeito. Desta forma, consideramos que o trabalho dos profissionais de saúde fica facilitado, uma vez que basta chegarem à unidade do doente, para perceberem que tipo de isolamento se trata e quais os cuidados a ter. O mesmo se aplica aos familiares quando vão visitar os seus doentes, ficando estes mais orientados no sentido do equipamento de protecção que devem utilizar. Para terminar foi ainda efectuado um poster A3 (Anexo VI) que ficou estrategicamente colocado junto do balcão de trabalho dos enfermeiros, onde se encontram identificados os vários agentes infecciosos e quais os tipos de isolamentos mais apropriados para cada um deles. Esperamos ter despertado o interesse para esta temática e que este trabalho constitua uma fonte de informação e motivação para a busca de novos conhecimentos, promovendo desta forma o interesse pela formação individual e profissional dos elementos da Equipa multidisciplinar favorecendo o seu desenvolvimento.

Para finalizar e no que diz respeito ao estágio desenvolvido na Unidade de Convalescença, destaco uma situação que sucedeu durante a minha permanência na unidade, e que dela resultou uma partilha aprofundada de conhecimentos na área da emergência médica, onde intervi com consciência e de acordo com os meus conhecimentos. Foi notório que, perante a agudização do estado de saúde de um doente, surgiu um clima de instabilidade e insegurança por parte da equipa que estava presente, pelo que prontamente sugeri a construção de um poster (Anexo VII) que de uma forma sucinta resumisse de uma forma clara e prática as etapas do Suporte Básico de Vida em meio hospitalar.

Pelo facto de ser uma unidade onde o objectivo fulcral é a recuperação funcional e estrutural do doente, os enfermeiros acabam por estar menos despostos para situações emergentes onde os doentes agudizam o seu estado de saúde.

Neste sentido e porque identifiquei um deficit nos conhecimentos dos profissionais de saúde na área do Suporte Básico de Vida, para completar este contributo e no sentido de dar uma resposta mais adequada à situação – problema identificada, foi realizado um Manual de Emergência (Anexo VIII) baseado nas directrizes do CPR e nas especificidades do serviço dirigido a todos os enfermeiros do serviço. É de salientar que este manual veio ao mesmo tempo colmatar uma necessidade que tinha sido apontada pela última auditoria a que a unidade foi sujeita, onde era referido a falta de um manual de procedimentos básicos em contexto de urgência.

As competências ao nível da formação em serviço na área da EEMC foram atingidas na medida do possível, procurei mostrar disponibilidade para promover a investigação em serviço, fazendo-o em prole do serviço e a nível pessoal.

3 – GESTÃO

Existe na área da saúde uma crescente preocupação em conjugar eficiência e a racionalização dos custos. As metodologias de gestão evoluíram de forma a adaptarem-se a esta nova realidade. Como consequência, também os cuidados de Enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde obtidos, mas pelos recursos utilizados para os obter. Segundo Affara e Oguisso (1995) citado por Machado (2001), refere que as funções dos Enfermeiros são redefinidas pelos países que reestruturam os seus Serviços de Saúde a fim de conter os custos e resultados. Assim, não só a qualidade dos cuidados deve ser objecto da acção do Enfermeiro Especialista, como a eficiência na sua consecução. Para a eficiência contribui a organização dos cuidados de Enfermagem, sendo que os padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem preconizam a utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras da qualidade. Assim, a gestão é um domínio da área da competência do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Neste capítulo pretendo demonstrar de uma forma sucinta, que fui capaz de compreender a metodologia adoptada na gestão de cada serviço, ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem.

(I) Objectivo Específico – Identificar estratégias de gestão de recursos materiais, recursos humanos e de cuidados de Enfermagem no SU.

Actividades Desenvolvidas;

(I) Observação da prática da Enfermeira. Chefe;

(II) Colaboração na gestão do serviço.

Segundo Machado (2001) “ *A forma como os horários de trabalho são realizados é elemento significativo na promoção da insatisfação ou satisfação do trabalho, e a consequente retenção de Enfermeiros*”. A metodologia adoptada poderá permitir uma maior satisfação, mas é necessário encontrar um equilíbrio entre a satisfação e a qualidade dos cuidados que são oferecidos. A motivação é um dos aspectos centrais para a satisfação no trabalho, sendo que a atribuição de uma tarefa fora do âmbito da actividade, poderá levar a um aumento da satisfação no trabalho, pois essa atribuição é inerente o reconhecimento da capacidade individual do Enfermeiro. Na minha opinião, o planeamento do horário, é sem dúvida o aspecto mais complexo no âmbito da gestão. A existência de um grande número de variáveis (tipo de contrato, preferências, formações, número de enfermeiros experientes, atestados...) condiciona a sua elaboração, exigindo uma atenção redobrada, de forma a produzir um horário equilibrado. Neste estágio, e no que diz respeito ao serviço de urgência (único serviço onde me foi permitido desenvolver este objectivo) tive oportunidade de junto da Enfermeira Chefe, colaborar na elaboração do horário de Novembro. Tarefa que não se revelou fácil, dado que a equipa na sua totalidade é composta por 90 elementos, divididos por cinco equipas, sendo que cada equipa é composta por 18 elementos. Dado o grande número de elementos, e a diversidade no que diz respeito à experiência dos profissionais, a elaboração do horário revelou-se um desafio interessante. Relativamente à Enfermeira Coordenadora, tive oportunidade de efectuar dois turnos com a mesma, este tem a função de gerir recursos, conflitos e tomar decisões complexas, sendo a responsável pelo SU na dependência hierárquica do Chefe de Equipa (Médico Sénior). No que me foi possível perceber, cabe ao Enfermeiro Coordenador:

- ✓ Planificar a distribuição dos Enfermeiros pelas diferentes áreas, obedecendo aos critérios da rotatividade, percepção da competência/experiência do enfermeiro no desempenho da sua função e antiguidade;
- ✓ Transmitir ocorrências significativas;

- ✓ Tomar decisões complexas; o Enfermeiro Coordenador serve de suporte á equipa de Enfermagem, sempre que surge alguma dúvida, quer seja do foro organizacional ou do foro da prestação de cuidados; algumas das dúvidas que presenciei centravam-se no domínio organizacional e farmacológico;
- ✓ Gerir conflitos; a maioria dos conflitos estava relacionada com reclamações provenientes da triagem (doentes que não concordam com a atribuição de determinada prioridade, médicos que não concordam com a área para onde o doente foi encaminhado, etc.); o tempo de espera continua a ser a principal queixa que percepcionei durante a minha estadia na urgência, provocando muitas vezes momentos de exaltação, sendo que nestes casos é essencial uma actuação eficaz de alguém com muita experiência, como é o caso do Enfermeiro Coordenador.

Durante este dois turnos foi-me possível compreender as funções e estratégias de gestão a utilizar na liderança da equipa. Pude colaborar com a Enfermeira Coordenadora na planificação e distribuição dos elementos da equipa atendendo à optimização dos cuidados. No processo de liderança da equipa emiti juízos e pareceres segundo uma perspectiva de Enfermagem avançada na tomada de decisões em situações de discordâncias tanto de ordem técnica como organizacional, que ocorrem entre os Enfermeiros da equipa em situações concretas, em que se incluíram situações de emergência com necessidade de tomada de decisão rápida em situação crítica. Demonstrei compreender a metodologia adoptada na gestão do serviço ao nível dos recursos humanos e compreendi a importância da gestão dos cuidados e optimização da resposta da Equipa de Enfermagem e dos seus colaboradores, tal como a articulação na equipa multidisciplinar.

No que diz respeito à gestão de recursos materiais, esta poderá ser vista como o *“sistema que ordena as actividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamentos, desde a sua aquisição até à sua utilização”* (Frederico e Leitão, 1999:90).

Sabendo que é função do Enfermeiro planear a gestão de stocks e colaborar na gestão de abastecimento de material e no tipo de reposições, foi minha preocupação identificar o tipo de reposições do material clínico. A gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço em termos de materiais de consumo clínico é feita por reposição por nível adequado. Existe Armazém avançado no armazém central de onde sai o material para dois armazéns intermédios no serviço. De acordo com a Enfermeira Coordenadora, este é o melhor método, uma vez que permite um melhor controlo de gastos, na medida em que evita a acumulação de uma grande quantidade de material no Serviço, o que acarreta custos e riscos, nomeadamente a expiração da validade, e também reduz a quantidade de material disponível, o que conduz à conseqüente redução no seu consumo. O stock de material no armazém intermédio é verificado diariamente, de forma a não haver falhas quando este é necessário. Este sistema, em expansão, tem sido utilizado de forma exponencial em inúmeros hospitais, onde têm sido relatados inúmeros benefícios, nomeadamente a redução de desperdícios devido à simplificação das tarefas acabando com a utilização do papel; a redução de níveis de stock no armazém central e nos armazéns avançados; a diminuição de artigos em ruptura de stock; a redução dos custos com pessoal devido à reestruturação e ao facto de ter baixado o recurso aos enfermeiros afectos às tarefas de logística e o decréscimo de erros na introdução de dados devido à automatização de procedimentos, que contribuem para o aumento da eficiência da performance dos serviços logísticos (Nora e Silva, 2009).

A observação e principalmente a colaboração na gestão de recursos humanos e materiais, juntamente com a Enfermeira Coordenadora, contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, pois era uma área da Enfermagem em que não tinha qualquer experiência. Foi muito interessante perceber a dinâmica da gestão dos materiais, essencialmente devido a ser um serviço que abrange muitas valências e, por isso, uma variedade enorme de fármacos e materiais. Foi igualmente importante, verificar a gestão e articulação dos Enfermeiros, na realização do horário. Desta forma foi possível **gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.**

4 – CONCLUSÃO

A formação em Enfermagem, para além da importante componente teórica, é impraticável sem a realização de estágios, devido às vastas experiências que proporcionam. Através destas etapas de aprendizagem, procede-se à consolidação de conhecimentos teórico-práticos previamente adquiridos, bem como se desenvolvem novas competências neste âmbito, bem como no âmbito relacional e comunicacional, visando a aquisição de capacidades que permitam alcançar a prestação de cuidados de excelência.

Este estágio permitiu-me, realizar uma integração global, bem como desenvolver e aprofundar os conhecimentos e as competências inerentes ao grau de Enfermeira Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a nível da componente teórica e prática. Assim, desenvolvi, a tomada de decisão favorecendo, uma aquisição de autonomia no desempenho profissional futuro. Ao longo do estágio desenvolvi novas competências, atitudes e saberes, permitindo, atingir os objectivos estabelecidos. Este também me permitiu uma maior abertura para novas iniciativas, um reformular de certos comportamentos que derivam da reflexão efectuada, promovendo deste modo, a evolução para uma excelência na prestação de cuidados.

A elaboração deste relatório possibilitou fundamentalmente, dar evidência á minha atitude crítica-reflexiva durante o estágio, realçando as actividades desenvolvidas mais pertinentes para a minha aprendizagem, dando relevo às situações/problema encontradas. As estratégias sugeridas e respectiva implementação para a resolução dos problemas foram sendo relatadas, destacando as competências adquiridas e desenvolvidas. Tive oportunidade de contactar com diferentes realidades sociais e com diversas patologias em adultos com diferentes faixas etárias, sendo que esta realidade me possibilitou o aprofundar de conhecimentos, o despertar para outros problemas e a reflexão sobre as problemáticas da vida.

A Enfermagem de Urgência é pluridimensional, pois implica o conhecimento de vários sistemas do organismo humano, processos de doença e grupos e etários comuns a outras especialidades de Enfermagem, foi difícil transmitir a vivência no SU e penso que boa parte não é descritível. Muita da prática do Enfermeiro de Urgência implica sagacidade na tomada de decisões, capacidade analítica e científica na recolha de dados e qualidades de reflexão crítica. A experiência adquirida no serviço de urgência foi fruto não só de uma autoformação (reflexiva e científica), mas também da aprendizagem interpessoal. Para isso contribuiu o acesso a novas experiências, umas observadas e outras participadas, possibilitando uma vivência mais real, mais profunda e mais satisfatória. A sabedoria (científica/experiencial) e a criatividade (frente a novas situações) foram sendo desenvolvidas pela interacção com os pares profissionais e com todos os outros (profissionais/utentes) com quem convivi ao longo deste percurso.

A passagem pela UCIM foi um contributo extremamente positivo para a formação como futura Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, permitindo-me adquirir conhecimentos específicos desta área e também, de adquirir competências ímpares para o meu futuro na Enfermagem. Pude observar que a equipa de Enfermagem, tem a vertente humana bastante desenvolvida e apaixonada pelo intensivismo. Foram colocadas questões sobre alguns aspectos detectados menos positivos, tenho consciência de que mudar atitudes, não é fácil, pode ser que tenha ficado a dúvida em alguém e que as práticas venham a ser alteradas.

No que diz respeito a minha permanência na UC, foi igualmente importante, pois permitiu-me ficar mais desperta para a promoção da autonomia onde reconheci na equipa a promoção de cuidados integrais de qualidade, com respeito pelas dimensões ético-deontológica e relacional na abordagem ao doente e família, sendo visível essa preocupação na comunicação com o doente e família, no respeito à autodeterminação, na promoção de estratégias para manter o equilíbrio sensorial dos doentes e no apoio ao processo de readaptação dos familiares. A presença de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica inserido nesta equipa, poderia ser uma mais-valia, funcionando como elemento dinamizador da formação da equipa de enfermagem, nomeadamente na percepção das suas dificuldades e receios, apontando caminhos para a aquisição de conhecimentos e melhor obtenção de resultados, facilitando a aquisição de

uma aprendizagem de competências em conjunto com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar.

Exercer um papel fundamental junto do doente e da sua família, apercebendo-se das suas dificuldades, dúvidas, ânsias e receios, de modo a criar estratégias, alternativas e soluções, desta forma preparando e inserindo o doente na sua casa e na própria sociedade. Teria um papel de gestor de casos, onde avaliaria cada caso as suas necessidades e colaborava na construção do planeamento de cuidados de enfermagem individualizados, fomentando a adesão ao regime terapêutico, prevenção e controlo de infecção, prestador de cuidados com o ensino para aquisição de conhecimentos e de competências ao próprio indivíduo.

Contactei com muitas pessoas, muitas realidades e muitas situações que me fez questionar como deveria ser o meu papel enquanto Enfermeira e, a verdade é que não me arrependo de ter vivido essas situações. Este estágio foi e será uma experiência enriquecedora, uma vez que me colocou cara a cara com a realidade tal como ela é. Tenho consciência que aprendi muito, consegui colocar, na prática, muitos conteúdos aprendidos nas aulas e tive uma atitude crítica-reflexiva positiva e adequada aos locais, adquirindo competências, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família e reflectindo na e sobre a prática, de forma crítica.

Penso que os Enfermeiros devem ter como fio condutor para a sua prática os seguintes princípios; a igualdade, liberdade responsável, capacidade de escolha, tendo em atenção o Bem Comum, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional, Vieira (2008) refere que a intervenção do Enfermeiro privilegiará a defesa dos interesses dos grupos mais vulneráveis com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelos direitos humanos e visando a excelência do exercício profissional. Foram estes os pilares da minha longa caminhada, como futura Enfermeira Especialista, na prestação de cuidados directos ao doente em estado crítico, urgente, crónico e/ou em reabilitação, adulto ou idoso, segundo uma perspectiva de excelência, da prática de cuidar.

Tenho noção de que muito mais podia ser dito, no entanto torna-se difícil passar para o papel todas as emoções, sentimentos, medos, dificuldades, satisfações e alegrias sentidas ao longo deste estágio. Assim, pelos desafios, pelas dificuldades ultrapassadas, pelo trabalho realizado e pelo que tentei realizar, este estágio fez e faz todo o sentido uma vez que contribuiu para a minha formação enquanto pessoa e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como considero ser importante pensar o futuro que se deseja, atribui particular significado à motivação pessoal e às condições que o permitiram realizar. Lançando um inevitável olhar sobre o percurso realizado, estou convicta que este Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi promotor do meu crescimento pessoal e profissional. É minha intenção continuar a investir na minha formação assim como, colaborar em projectos que possam ser implementados no serviço em que desempenho funções, podendo desta forma ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos e, em actividades que considero válidas e interessantes, que possam contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem.

A realização deste relatório foi importante para a consolidação das aprendizagens efectuadas, promovendo a minha autonomia. Acredito ainda que este documento é uma ferramenta que me permite reflectir sobre o que na realidade vivenciei, o que fiz e adquiri/desenvolvi. Considero assim, ter atingido os objectivos propostos inicialmente, permanecendo a sensação de que o caminho percorrido foi gratificante, pela aprendizagem contínua, através da tomada de consciência, da importância da realização de projectos de intervenção no desenvolvimento da profissão de Enfermagem, e da necessidade de manter viva, esta motivação e crescimento a todos os níveis, na medida em que, parafraseando Bach (2001), não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer, o que nos define é o modo como enfrentámos esse desafio.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓BACH, R. (2001) – **“Mensagens para sempre”**. Cascais: Art Plural Edições. 15.
- ✓BÁRTOLO, E. (2008) – **“Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os Profissionais aprendem”** Revista de Ciências de Educação, nº 5 de Jan-Abr.
- ✓BERNARDINO (2007) – **“Limites e Possibilidades da Permanência de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva”**. Cogitare Enfermagem. Vol 12, nº 4: 446-451.
- ✓CAINÉ, João Manuel Pimentel (2004) – **“A Família como Unidade de Suporte em Pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio uma Análise do seu Envolvimento durante o Processo de Cuidados.”** Dissertação de Mestrado em Ciências De Enfermagem sob a orientação do Enfermeiro Paulino Artur Ferreira de Sousa apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- ✓CAMPOS, Eugénio Paes (2005) – **“ Quem Cuida do Cuidador; uma resposta para os profissionais de saúde”**. 2ª Edição. Petrópeles. Rio de Janeiro.
- ✓COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO (2002). - **“Guia De Utilização de Antissépticos e Desinfectantes** “Norma 02/2002. Intranet do CHVNG/E [22/12/2010].
- ✓COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO (2004) – **“Precauções de Isolamento”**. Intranet do CHVNG/E [23/12/2010].
- ✓COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO (2007) – **“Manutenção de Dispositivos Intravasculares Procedimento”**. Intranet do IPO [03/01/2011].

✓CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005) – “**Classificação Internacional para a prática de Enfermagem** “. Versão Beta 2; 4ª Edição Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.

✓COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO AO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) – “**Requalificação das Urgências e alegado encerramento de serviços**”. Consultado em 22 de Novembro de 2010. Disponível na http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Gonernos/Governos_Constitucionais/GCI7/Ministérios/MS/Comunicação/Outros_Documentos/20070221_MS_Doc_Urgencias_Encerramento.htm

✓COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (2006) – “**Crítérios de Elegibilidade para a Terapêutica Fibrinolítica**”. Lisboa. Portugal.

✓CORBELLA, Oscar (2003) – “**Em Busca da Arquitectura Sustentável para os Trópicos – conforto ambiental**”. Rio de Janeiro. Brasil.

✓DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006) – “**Recomendações para a Prevenção de Infecção Associada aos dispositivos Intravasculares**”. <http://www.dgs.pt/> [20/12/2010]

✓DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008) – “**Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização.**” <http://www.dgs.pt> [20/12/2010]

✓ELLERSHAW J. W. (2003) – “**Care of the Dying, a Pathaw to Excellence**”. Londres, Oxford University Press.

✓FERNANDES, A. C. (2006) – “**O Papel dos Sistemas de Informação na Modernização do Sistema de Saúde**”. Lusociência. Loures.

✓FERREIRA [et al] (2009) –“**Ventilação não invasiva**”. Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol 15 Nº 4.

- ✓FEREEIRA, A. B. H.(2001) - **“Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa”**. Porto Alegre: Lexikon Inf.. Disponível em <http://www.upl.com.br/aurélio>. [10/10/2010].
- ✓FREDERICO, M; LEITÃO, M. (1999) – **“Princípios de Administração para Enfermeiros”** Editora Formasau, 1ª Edição.
- ✓FREITAS, [et al] (2007) – **“Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado”**. Ribeirão Preto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.15, nº1 (Jan/Fev 2007).
- ✓GALVÃO, L.M., [et al] (2000) – **“Liderança e Comunicação; estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar”** Rev. Latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto. Vol 8 nº 5. Brasil
- ✓HESBEEN, W (2000) – **“Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar”**. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- ✓INABA, [et al] (2005) – **“Paciente Crítico e Comunicação: Visão de Familiares sobre a sua adequação pela Equipa de Enfermagem”**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- ✓INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2004) –**“Programa Nacional de Controlo de Infecção; Recomendações para a prevenção da infecção do trato Urinário”** Lisboa: INSDRJ
- ✓INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2006) – **“Programa Nacional de Controlo de Infecção; Recomendações para a prevenção da infecção associadas aos dispositivos intravasculares”** Lisboa: INSDRJ.
- ✓INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007) **“Orientações para a Elaboração de um Manual de Boas Práticas em Bacteriologia”** Lisboa: INSDRJ.

✓KOTTOW, M. (2000) – **“Enseñando las paradojas de la autonomia”**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro.

✓LE BOTERF, G. (2003) – **“Desenvolvendo a competência dos profissionais”**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artemed.

✓LOBO, Ana Catarina (2008) – **“O Erro na Administração de Medicação-Causa e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros”**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde sob a orientação do Professor Doutor Jorge Correia Jesuino apresentado à Universidade Aberta.

✓LUIZ, Ana C. [et al] (2008) – **“ Alterações bucais e cuidados orais no paciente transplantado de medula óssea”** Revista Brasileira henatol.hemoter. Rio de Janeiro. Brasil.

✓MACHADO, Paulo Alexandre Puga (2001) – **“Gestão de Recursos de Enfermagem nos Cuidados de saúde primários: contributo para um discurso mais rigoroso”**. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde sob a orientação de Abel Paiva e Silva, Mestre em Ciências da Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

✓MARTINS, JJ (2008) – **“O Acolhimento à Família na Unidade de Terapia Intensiva”**. Revista de Enfermagem UERJ.

✓MENDES, R. (2007) – **“O doente com cateter venoso central”**. Revista Nursing. Nº 233. Agosto. [24/01/2011]

✓NETO, Isabel (2006) – **“Manual de Cuidados Paliativos”**. 1ª Edição. Núcleo de Cuidados Paliativos, centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

✓NORA, A. M; SILVA, C.P.R. (2009) – **“Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão”**, yendis. Rio de Janeiro.

- ✓ OLIVEIRA, M. E. (2001) – **“A Melodia da Humanização: Reflexos sobre o cuidado durante o processo do Nascimento”**. Florianópolis. Ed. Cidade Futura.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”**. Dezembro, 2001. www.ordemdosenfermeiros.pt [14/01/2011].
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **“Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema”**. Lisboa.
- ✓ PERRELLO, J. S. (2003) – **“Pedagogia do Estágio: experiências de formação profissional”**. Belo Horizonte, Editora da PUC Minas.
- ✓ PHANEUF, Margot (2005) – **“Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação”**. Loures: Lusociência.
- ✓ PHILLIPS, L.D. (2001) – **“Manual de Terapia Intravenosa”**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artemed.
- ✓ PINA [et al] (2008) – **“Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Guia Prático”** 2ª Edição <http://www.dgs.pt> [10/01/2011]
- ✓ PINTO, T.J.A. (2003) – **“Aspectos de Bio compatibilidade de Cateteres Intravenosos no Uso Clínico”**. Dissertação de Mestrado Em Ciências Farmacêuticas sob a orientação do Professor Doutor Artur Ribeiro, apresentado à Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- ✓ PINTO, L. F. B., (2009) – **“Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem”**. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde sob a orientação do Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues, apresentado à Universidade Trás-os-Montes, Vila Real.
- ✓ POTTER, Patrícia; PERRY, Anne (2006) – **“Assepsia e Controlo de Infecção in Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar”**. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Tempo Editora.

- ✓ QUINTO, N. A. (2006) – **“Segurança dos Pacientes, Profissionais e Organizações; um padrão de assistência à saúde”**. Revista Administração e Saúde. Porto Alegre. Vol 8 n°33. Brasil.
- ✓ RANDOLPH, [et al] (2008) – **“Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”**. Londres. Oxford University Press.
- ✓ RUMMEL, Donnelly (2001) – **“Avaliação Clínica de um Dispositivo de Pressão Positiva para a Prevenção da Oclusão do CVC”**. CJON, Vol. 5, 6 de Novembro. Disponível em <http://www.icumed.com/Spanish-website/CLC2000.asp> [12/01/2011]
- ✓ RUTHES, R. M.; CUNHA, I.C. (2008) – **“Entendendo as Competências para a Aplicação na Enfermagem”**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Brasil.
- ✓ SILVA, Júlia Paes (2006 A) – **“Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais”**. São Paulo: Loyola, 3ª Edição.
- ✓ SILVA, Rosanna Rita (2006 B) – **“Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva”** Revista Salus-guarapuava.
<http://www.unicentro.br/editora/revistas/salus/vInI/8-p39-41.pdf> [23/12/2010]
- ✓ SIMÕES, Aida de Jesus Correia (2008 A) – **“Motivações e Expectativas Profissionais dos Estudantes de Enfermagem”**. Estudo numa escola da área de Lisboa: Universidade Aberta, pág. 219 Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, como requisito para obtenção do grau de Mestre. Coordenadora: Professora Dr.^a Natália Ramos Orientador: Professor Dr. Fausto Amaro.
- ✓ SIMÕES, Rosa Maria Pereira (2008 B) – **“Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem”**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pp.239 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Orientação do Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues.

- ✓ TWYLCROSS R. (2003) – “ **Cuidados Paliativos**” 2ª Edição, Lisboa. Climepsi.

- ✓ UNIDADE DE CONVALESCENÇA (2007) – “**Regulamento Interno da Unidade de Convalescença.**” Valongo, Julho.

- ✓ VIEIRA, Margarida (2008) – “**Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência**”. 2ª Edição. Universidade Católica Editora, Lisboa.

Legislação

Portugal, Ministério da Saúde (1996) – *Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*: D.R: I Série A, nº 205 – 4-9-1996.

Portugal, Ministério da Saúde (1998) – *Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. D.R: I Série A, nº 93 – 21-04-1998

Portugal, Ministério da Saúde (2006) – *Decreto-Lei nº 101/06, de 6 de Junho: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. D.R: I Série A nº109 – 6-06-2006.

ANEXOS

ANEXO I

Poster – Dificuldades na Alimentação Oral após AVC

Dificuldades na alimentação oral após AVC

Dificuldades	Causas	Atenção	Como Resolver
Mastigar	Fraqueza dos músculos da cara e língua do lado afectado		Dar pequenas porções de alimento ou alimentos triturados.
		Mastigação lenta e sempre para o mesmo lado	Estimular para uso do lado afectado ao mastigar.
		Queda dos alimentos por não ser capaz de fechar a boca	Apoiar o queixo para manter a boca fechada e ajudar os movimentos da mastigação.
	Diminuição da saliva	Dificuldade em formar um bolo alimentar homogéneo. Pode estimular-se a saliva através de várias estratégias.	Proporcionar um prato agradável à vista.
			Iniciar a refeição com um alimento ácido (sopa com umas gotas de vinagre, um pouco de ananás ou um morango).
			Massajar debaixo do queixo com as pontas dos dedos
Engolir alimentos sólidos	A cabeça para trás aumenta o risco de engasgamento	Nunca beber ou comer deitado ou inclinado para trás.	A posição de sentado com o tronco direito ajuda a mastigar e engolir.
	Diminuição ou atraso do reflexo de deglutição	Fica com a comida na boca sem engolir.	Fazer pressão com a colher na língua.
			Pedir para engolir.
	Fraqueza dos músculos do pescoço do lado afectado	Tosse enquanto engole.	Engolir rodando (movimento do pescoço de “dizer não”) a cabeça para o lado afectado.
Restos de comida que ficam na garganta	Tosse depois de engolir, por queda de comida para as vias aéreas.	Intercalar os sólidos com líquidos para limpar quaisquer restos de comida.	
Engolir líquidos	Má protecção das vias respiratórias.	Beber muito rápido pode favorecer o engasgamento.	Dar pequenos goles de cada vez.
		Tosse enquanto engole	Engolir com o queixo para baixo. Usar um copo recortado. Se continuar a engasgar-se espessar um pouco o líquido.

ANEXO II

Acção de Formação – Agonia

Acção de formação: Agonia

Público-alvo: Enfermeiros

	CONTEÚDO	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGIA	MEIOS	ORADOR	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação/Acolhimento;- Apresentação geral do tema e explicar a sua pertinência;- Objectivos;	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer o público-alvo e criar bom ambiente;- Dar a conhecer o tema que e a sua importância;- Dar a conhecer os objectivos da acção;- Avaliar os conhecimentos anteriores.	<p>Método expositivo</p> <p>Método activo</p>	<p>Datashow</p> <p>Brainstorming</p>	<p>Patrícia Ribeiro</p>	<p>5 Min</p>
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados paliativos – o que são e para que servem;- Agonia:<ul style="list-style-type: none">• <u>Barreiras no diagnóstico;</u>• <u>Critérios para diagnosticar;</u>• <u>Sinais e sintomas;</u>• <u>Família;</u>• <u>Agonia não diagnosticada;</u>• <u>Objectivos dos cuidados;</u>	<ul style="list-style-type: none">- Definir o que são cuidados paliativos e para que servem;- Adquirir/actualizar conhecimentos acerca da agonia;	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Datashow</p>	<p>Patrícia Ribeiro</p>	<p>10min</p>

Duração: 30 minutos

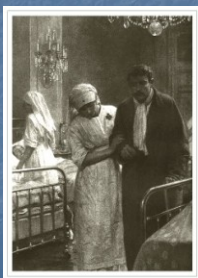
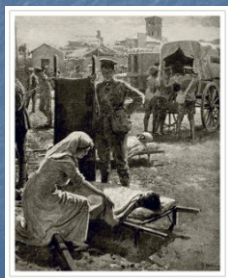
Acção de formação: Agonia

Público-alvo: Enfermeiros

	<p>-Comunicação das más notícias:</p> <p>- Protocolo de Liverpool:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Pressupostos</u>• <u>Componentes</u>• <u>Dificuldades</u>• <u>Família</u>	<p>- Compreender a importância da comunicação das más notícias;</p> <p>- Compreender a importância do Protocolo de Liverpool;</p> <p>- Descrever quais os princípios em que assenta;</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Datashow</p>	<p>Patrícia Ribeiro</p>	<p>10 Min</p>
<p>CONCLUSÃO</p>	<p>- Síntese Final</p> <p>- Avaliação</p>	<p>- Identificar os aspectos mais importantes;</p> <p>- Avaliar a eficácia da acção (satisfação);</p> <p>- Transmitir resultados;</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Método interrogativo</p>	<p>Datashow</p>	<p>Patrícia Ribeiro</p>	<p>5 Min</p>

Duração: 30 minutos

Agonia



Trabalho realizado por:

Patrícia Ribeiro

Novembro, 2010

Sumário

- 1 – Objectivos
- 2 – Cuidados Paliativos
- 3 – Agonia
 - 3.1 – Barreiras no diagnóstico da agonia;
 - 3.2 – Critérios para diagnosticar a agonia;
 - 3.3 – Sinais e sintomas;
 - 3.4 – Família na agonia;
 - 3.5 – Agonia não diagnosticada;
 - 3.6 – Atitudes;
 - 3.7 – Objectivos dos cuidados de enfermagem;
- 4 – Comunicação das Más notícias;
- 5 – Protocolo de Liverpool;
 - 5.1 – Pressupostos;
 - 5.2 – Componentes;
 - 5.3 – Dificuldades ;
 - 5.4 – Família;
- 6 – Considerações Finais;
- 7 – Bibliografia;

I -Objectivos

➤ Objectivos gerais:

- ✓ Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes em fase agónica;
- ✓ Desenvolver competências que permitam compreender e lidar com as situações de agonia, com os doentes e seus familiares;
- ✓ Proporcionar momentos de reflexão;

➤ Objectivos específicos:

- ✓ Desenvolver conhecimentos sobre a definição e finalidade dos Cuidados Paliativos;
- ✓ Adquirir/actualizar conhecimentos sobre alguns aspectos relacionados com a fase agónica;
- ✓ Dar a conhecer a importância das más notícias na fase agónica;
- ✓ Dar a conhecer o Protocolo de Liverpool e sua importância;

2 -Cuidados Paliativos

São cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença avançada e progressiva, com principal objectivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida. São cuidados activos, coordenados e globais que incluem o apoio à família, prestados por equipas multidisciplinares



Principal objectivo como tratamento é "encobrir" os sintomas, promovendo o conforto do doente

Todos os doentes e todos aqueles que fisiologicamente se encontram no limiar entre a vida e a morte requerem momentos de tranquilidade, intimidade e respeito!!

3 – Agonia

- ✓ Caracteriza-se, habitualmente, por uma deterioração geral prolongada, marcada por episódios de complicações e de efeitos secundários (TWYGCROSS, 2003) ;
- ✓ É uma fase que exige cuidados específicos;
- ✓ Ocorre um declínio funcional, onde há uma aproximação da morte;



É importante diagnosticar (correctamente) a agonia...constitui um imperativo e um dever dos enfermeiros. Constitui uma competência importante saber identificar os sinais e sintomas que caracterizam a fase agónica.

Agonia VS Investir

Um doente em estado agónico



Não implica ser um doente em que deixou de se investir

- O investimento deve ser adequado ao doente, sem prejuízo na sua qualidade de vida.
- Pois neste sentido, os profissionais de saúde, podem desta forma, ser a principal fonte de sofrimento ou o meio de o aliviar.

(BARBOSA, 2006)

3.1 - Barreiras no Diagnóstico da Agonia

- ✓ Esperança na recuperação;
- ✓ Ausência de um diagnóstico;
- ✓ Manutenção de intervenções irrealistas;
- ✓ Não aceitação da morte;
- ✓ Dificuldades na identificação dos sinais/sintomas chave;
- ✓ Falta de conhecimentos de prescrição terapêutica;
- ✓ Dificuldades em comunicar;
- ✓ Medo de "acelerar" a morte;
- ✓ Reanimação vs não reanimação;
- ✓ Barreiras culturais e espirituais;



(ELLERSHAW, 2003)

3.2 - Critérios para Diagnosticar a Agonia

- Prostração;
- Acamamento;
- Incapacidade para cumprir regime terapêutico;
- Incapacidade para se alimentar;
- Anorexia acentuada;
- Alternância entre sonolência/curtos períodos de vigília;
- Alterações cognitivas;
- Oligoanúria;
- Padrão intestinal desregularizado;
- Estertor (23% a 92%) → Sintoma que mais ansiedade provoca;
- Sudorese profunda;

(ELLERSHAW, 2003)

Com o aproximar da morte, muitas vezes o doente chega ao serviço :



- ✓ Muito debilitado, quase sempre encontra-se acamado;
- ✓ Apresenta alterações do estado de consciência;
- ✓ Alterações respiratórias;
- ✓ Dificuldades em se alimentar (sem reflexo de deglutição/recusa alimentar);
- ✓ Falência de vários órgãos;

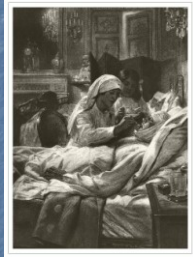


AGONIA

- ✓ Evidente estado de deterioração do estado geral;
- ✓ Irreversível;
- ✓ Tem uma duração de dias ou de horas, de acordo com o doente;
- ✓ Impacto emocional no doente, na família e na equipa prestadora de cuidados;

3.3 - Sinais e Sintomas

- Astenia;
- Dor;
- Debilidade;
- Isquemia Cutânea (cianose);
- Anorexia;
- Xerostomia e secura/desidratação das mucosas;
- Delírio;
- Alteração da função respiratória → dispneia ;
- Descontrolo de esfíncteres (retenção urinária);
- Incapacidade de deglutição/ ausência de reflexo de deglutição;



(MACDONALD, 2002)

3.4 - Família Perante a Agonia

- Constitui por vezes uma importante fonte de informações cruciais;
- Esta e o doente são as prioridades do "cuidar";
- A equipa deve comunicar à família que o doente se encontra nas últimas horas/dias;
- A equipa deve apoiar a família nesta fase;

3.5 - Efeitos da Agonia Não Diagnosticada (na família e no doente)

- Desconhecimento que a morte está iminente;
- Perda de confiança na equipa;
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais de saúde;
- Morte sem dignidade → ausência do controlo de sintomas;
- Manobras de reanimação;
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais;

(ELLERSHAW, 2003)

3.6 -Atitudes

- Suspensão de medidas invasivas: infusões EV, ATB, transfusões, sondas...
↳ Utilização da via subcutânea (terapêutica) / hipodermoclise
- Adequar os cuidados ao doente; posicionamentos, aspiração, cuidados de higiene, alimentação, hidratação...

↓
SIMPLIFICAR OS CUIDADOS E ACRESCENTAR OUTROS MAIS ADEQUADOS SE NECESSÁRIO



- ✓ Maximizar o conforto, através do controlo de sintomas;
- ✓ Redefinir objectivos terapêuticos/reavaliar terapêutica;
- ✓ Intensificar cuidados à família (comunicação) → sempre que possível;
- ✓ Proporcionar cuidados apropriados, sem intervenções desnecessárias;



Na fase agónica, devemos actuar com base no tipo de necessidades e não sobre o diagnóstico do doente!

3.7 - Objectivos dos Cuidados de Enfermagem

- ✓ Proporcionar medidas de conforto;
- ✓ Contornar aspectos psicológicos;
- ✓ Proporcionar suporte religioso e espiritual;
- ✓ Interagir com a família;
- ✓ Comunicação interactiva com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Proporcionar tranquilidade, segurança, privacidade;

4 - Comunicação das Más Notícias

“A comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio da autonomia, do consentimento informado, da confiança mútua, à segurança e à informação que o paciente necessita para ser ajudado a ajudar-se a si mesmo”

Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos - SECPAL

Comunicação das Más Notícias



- ✓ Proporcionar um ambiente seguro e adequado; (*sala de família*)
- ✓ Avaliar o que o doente/família já sabe;
- ✓ Perceber o que querem saber;
- ✓ Partilhar a informação;
- ✓ Responder na base da verdade, às questões colocadas;
- ✓ Planear e acompanhar;

5 - Protocolo de Liverpool



Objectivo principal

Promoção do conforto e dignidade de vida!!

Este protocolo tem início quando todos os membros da equipa multidisciplinar estão de acordo quanto à situação em que o doente se encontra



Canalizando todos os cuidados prestados com um sentido único



o conforto e a dignidade do doente

Este protocolo pretende uniformizar a forma de cuidar do doente agónico

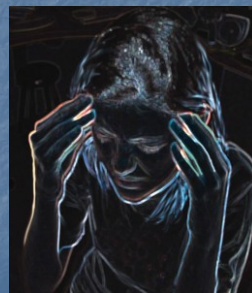
5.1 - Pressupostos do Protocolo de Liverpool

- ✓ Necessidade de prestar cuidados à luz de uma filosofia holística;
- ✓ Reconhece e contempla as áreas mais difíceis do cuidado – morte;
- ✓ Documento multidisciplinar, pois todos os membros estão envolvidos;

(SAUNDERS, 2003)

5.2 - Componentes

- ✓ Abordagem inicial;
- ✓ Medidas de conforto (suspensão de intervenções inúteis);
- ✓ Apoio psicológico;
- ✓ Suporte religioso e espiritual;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Plano de cuidados;



(SAUNDERS, 2003)

5.3 - Dificuldades de Implementação

- ✓ Escassa informação;



Família;
Doente;
Profissionais de saúde;

5.4 – Família

- ✓ Previsão de sentimentos ambivalentes;
- ✓ Relação profissional/família;
- ✓ Proporcionar linhas de orientação claras;
- ✓ Explorar os medos;
- ✓ Proporcionar disponibilidade;
- ✓ Reforçar a actuação dos cuidadores;
- ✓ Clarificar as necessidades do doente;

CONFIANÇA

6- Considerações Finais

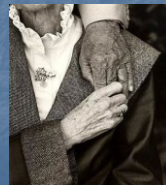
- ✓ A agonia é uma realidade no nosso serviço;
- ✓ As intervenções devem sempre trazer benefício efectivo ao doente e nunca ser fonte de desconforto ou de riscos inaceitáveis;
- ✓ Os cuidados visam o conforto e o acompanhamento de um indivíduo e sua família, que merece morrer com qualidade e dignidade;



A morte não apaga as memórias do passado, nem o percurso que a vida teve... As boas recordações e a esperança realista ajudam a contextualizar a morte no percurso da vida!!

“Cuidar é

quando o nosso **olhar** repousa no olhar do outro, quando a nossa **mão** encontra a mão do outro, quando o nosso **sorriso** abre um sorriso no outro. Cuidar, é **estar com o outro**, mesmo quando o outro, aparentemente, já não esta connosco. Cuidar é **ajudar** o outro a morrer, **caminhando a seu lado** nos últimos momentos da sua vida.”



BARBOSA, 2006

Morrer não custa, o que custa é
sofrer !!!

O Doente vale por quem é e
vale até ao fim!!



Obrigado pela atenção
dispensada

7 - Bibliografia

- ✓ BARBOSA A. e NETO IG, ed (2006)– “ Manual de Cuidados Paliativos”, Lisboa;
- ✓ Direcção Geral de Saúde (2004) – “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” Circular Normativa de 13.7;
- ✓ ELLERSHAW J, WILKINSON S, ed (2003)– “Care of the dying, a pathaw to excellence”, Londres, Oxford University Press;
- ✓ SAUNDERS Y, ROOS JR, RILEY J, (2003)- “Planning for a good death: responding to unexpected events” BMJ, pág. 204-206;
- ✓ TWYXCROSS R. (2003)– “Cuidados Paliativos”, Lisboa, Climepsi 2ªedição;

Avaliação da Acção de Formação e do Formador

<ul style="list-style-type: none"> • Nome do formando (facultativo): • Local de realização: • ____ Edição • Data:

Este questionário deverá ser preenchido pelos formandos que participaram na acção de formação, com o objectivo de melhorar o desempenho nas próximas acções.

Acção de Formação

Aspectos a avaliar	<i>Insuficiente</i> <i>Suficiente</i> <i>Bom</i> <i>Muito Bom</i>			
	1	2	3	4
Cumprimento dos objectivos da acção				
Adequação dos conteúdos da acção				
Relacionamento entre os participantes				
Motivação e participação dos formandos				
Instalações e equipamentos				
Meios audiovisuais utilizados				
Material do apoio				
Duração da acção				

Formador

Aspectos a avaliar							
	Pontualidade	Capacidade de transmissão de conhecimentos	Domínio das matérias	Linguagem utilizada	Capacidade de motivação	Empenhamento	Relacionamento com os participantes
Enf. Patrícia							

Coloque uma x no número correspondente à sua opinião:

1 – Insuficiente; **2** – Suficiente; **3** – Bom; **4** – Muito Bom

Sugestões/Críticas

- Que temas considerou mais importantes?

- Quais os aspectos mais positivos nesta acção?

- Quais os aspectos a melhorar?

- Na sua opinião esta acção de formação foi tão motivante ao ponto de levá-lo a repensar na forma como irá actuar perante situações de agonia?

- Outras observações/Sugestões:

ANEXO III

Trabalho Escrito – Hemoculturas



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Hemoculturas

Módulo I – Serviço de Urgência

Aluno: Patrícia Ribeiro

Sob a orientação de: Prof. Irene Oliveira

Porto, Novembro, 2010



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Hemoculturas

Módulo I – Serviço de Urgência

Aluno: Patrícia Ribeiro

Sob a orientação de: Prof. Irene Oliveira

SIGLAS E ABREVIATURAS

ATB – Antibioterapia;

CVC – Cateter Venoso Central;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

EC – Enfermeiro Chefe;

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica;

ENF. – Enfermeira/o;

HSJ – Hospital de São João;

ICS – Infecções da Corrente Sanguínea;

INSDRJ – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;

PROF. – Professora;

M – Minutos;

Nº – Número;

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO.....pág. 5

1– ANÁLISE DOS RESULTADOS.....pág. 7

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....pág. 9

3 – CONCLUSÃO.....pág.16

4 – BIBLIOGRAFIA.....pág.17

ANEXOS:

ANEXO I – Inquérito de Diagnóstico

ANEXO II – Resultados do Inquérito

O – INTRODUÇÃO

A execução deste trabalho insere-se no âmbito do Módulo I, realizado no HSJ – Serviço de Urgência, enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem-Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

A colheita de sangue para hemocultura é um procedimento técnico específico, executado pelo enfermeiro, que exige o conhecimento e respeito rigoroso de certas normas. Neste sentido e em colaboração com o Enfermeiro Ricardo (Enf^o Tutor) e com a Enf^a Dulce (Enf^a Chefe), achei pertinente abordar esta temática, dado que verifiquei que não existia conformidade/uniformidade entre a equipa de enfermagem, quanto ao procedimento mais correcto a realizar no momento da colheita de hemoculturas.

Assim sendo, efectuei um diagnóstico de situação, que deve ser o primeiro passo no processo de planeamento e deve responder às necessidades da Instituição/Serviço e dos Enfermeiros. O diagnóstico implica o levantamento da realidade, através da recolha, tratamento de dados e análise sucinta dos mesmos. A estratégia utilizada foi a realização de conversas informais aos enfermeiros que se encontravam a realizar o turno na equipa em que eu estava inserida. Ao todo foram inquiridos vinte e quatro (24) enfermeiros. Pretende-se com a elaboração deste diagnóstico, o levantamento/identificação dos problemas que estão inerentes ao procedimento da colheita de hemoculturas. Após a análise dos resultados obtidos que pode ser consultada em anexo (Anexo II), decidi elaborar um pequeno documento (que pode ser consultado mais à frente) que resumisse de uma forma clara e precisa todo o procedimento, com o objectivo principal de promover a uniformidade no procedimento de colheita de hemoculturas no serviço de urgência.

No sentido de orientar estas conversas, foram elaboradas algumas questões que podem ser consultadas no respectivo Anexo. (Anexo I)

Assim, e como forma de orientação, delineei os seguintes objectivos específicos, aos quais pretendo dar resposta:

- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes que recorrem ao serviço de urgência;
- Adquirir/actualizar conhecimentos sobre alguns aspectos relacionados com a colheita das hemoculturas;

- Aprofundar a capacidade crítica e reflexiva;

Após a introdução, em que é apresentado o tema, justificada a sua pertinência e os objectivos, surge um pequeno resumo dos resultados obtidos através do diagnóstico de situação. Após surge, a breve contextualização que resume os princípios básicos do procedimento e por fim apresento uma conclusão breve ao trabalho.

O método escolhido para a realização deste trabalho é o exploratório-descritivo uma vez que senti necessidade de fazer uma intensa pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo a fim de explorar ao máximo a realidade da situação encontrada. A elaboração deste trabalho pretende ser um documento claro, preciso, conciso e de fácil compreensão para quem o ler, que permita a compreensão do trabalho por mim desenvolvido.

I – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após os resultados obtidos, é possível concluir que grande parte dos enfermeiros não tem conhecimento da norma na sua totalidade e que os próprios conhecimentos que possuem se encontram desactualizados face às indicações que agora se encontram em vigor. Também foi possível concluir que os oito (8) enfermeiros que tinham lido a norma recentemente, são aqueles que menos tempo de serviço têm, por outro lado aqueles que responderam que não tinham lido/não se lembravam, correspondiam aos enfermeiros com mais tempo de serviço.

Ainda no que diz respeito à norma existente no serviço, constatei que esta não é de fácil acesso, uma vez que se encontra dentro do gabinete da Enf^a Chefe que fica completamente fora do campo de trabalho dos enfermeiros prestadores de cuidados e que muitas vezes se encontra fechado. Penso que este facto condiciona directamente os resultados obtidos. Sugeri então, que esta norma, assim como outras, permanecessem junto das respectivas áreas, organizadas em dossiers para assim se tornarem de fácil acesso e desta forma promover a consulta das mesmas.

É de salientar, que apesar de tudo, os enfermeiros tentam na sua maioria efectuar a punção venosa, como primeira opção, o que de certa forma vai de encontro ao que está descrito na literatura, pois segundo o INSDRJ (2007),” *as colheitas devem ser efectuadas por veia periférica*”. Já no momento ideal para a colheita, foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros desconhecia as indicações que agora se encontram em vigor, uma vez que quase todos eles referiram que o momento ideal para a colheita é em pico febril. Em tempos era esta a recomendação que prevalecia, no entanto desde 2007 que as indicações passaram exactamente a ser o oposto, pois segundo INSDRJ (2007) “*deve evitar-se a colheita em pico febril*”.

No que diz respeito a assépsia, na sua globalidade tentam cumprir, no entanto não deixa de ser preocupante que ainda haja enfermeiros a referir que não cumprem a assépsia aquando da colheita de hemocultura. Este facto não deixa de ser preocupante, uma vez que, sendo as hemoculturas um meio de diagnóstico essencial, o facto de não cumprirem o procedimento de forma correcta podem estar a induzir em erro, uma vez que pode ocorrer falsos positivos nos dados obtidos nas hemoculturas, devido a uma contaminação durante o procedimento.

É fundamental que haja critérios rigorosos em todo o procedimento, para assim podermos obter uma racionalização da antibioterapia permitindo assim a redução de custos e optimização dos resultados.

Foi ainda possível verificar que a grande maioria dos enfermeiros não cumpre o que está preconizado em relação ao protocolo das hemoculturas, deixando muitas vezes “cair por terra” informações que são importantes para quem interpreta os resultados, como sendo o local onde colhem e a temperatura que o doente apresentava no momento da colheita.

Assim sendo, gostaria ainda de referir que após ter obtido as respostas dos enfermeiros e de analisar os resultados, tive a oportunidade de lhes dar a conhecer as novas indicações, corrigir procedimentos e acima de tudo tentei sensibilizá-los para a importância deste procedimento e da importância de o concretizar de forma correcta. Tive igualmente oportunidade, de apresentar o documento que elaborei, informando-os que o mesmo iria ficar no serviço para poderem ter a oportunidade de o consultar.

É de realçar que estes resultados foram obtidos através das respostas dos 24 enfermeiros que se encontravam inseridos na equipa que integrei, e por isso, mais uma vez realço a pouca representatividade dos enfermeiros que foram envolvidos, já que só me era permitido abordar os enfermeiros que constituíam a equipa em que eu estava inserida, daí que os resultados destes momentos informais, advêm única e exclusivamente de uma das cinco equipas que constituem a Equipa de Enfermagem do SU.

Para terminar, após reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e após lhe ter comunicado os resultados, foi sugerido que se desenvolvessem acções de sensibilização estruturadas a cerca desta problemática e que incidissem sobre as lacunas detectadas, pois foi notória a falta de uniformidade na execução do procedimento assim como a falta de conhecimentos actuais por parte dos enfermeiros relativamente a esta temática. Seria igualmente interessante, efectuar as mesmas questões que foram realizadas aos enfermeiros, após a realização destas acções de sensibilização, no sentido de comparar/verificar se houve ou não mudanças no comportamento dos mesmos em relação ao procedimento.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Por hemocultura entende-se a “ *preparação de um meio de cultura com sangue colhido de um doente que se presume conter germes patogénicos, como meio de diagnóstico bacteriológico de uma infecção*” (Manuila [et al] 2000).

Para Queirós (1998), é uma análise bacteriológica cuja colheita é feita por punção venosa. Tem como objectivo a identificação de microorganismos presentes no sangue.

Por outro lado, **Bacteriémia** entende-se como a invasão do sangue por microorganismos e geralmente ocorre por um dos seguintes mecanismos: através de um foco primário de infecção, onde o microorganismo drena dos vasos linfáticos, atingindo a corrente sanguínea ou por entrada directa na corrente sanguínea do microorganismo, via agulha ou outros equipamentos e dispositivos vasculares, como por exemplo cateteres. (Oplustil, 2004)

Assim sendo, hemocultura é o nome dado à cultura realizada a partir de uma amostra proveniente da corrente sanguínea de um paciente. Cultura esta que tem características especiais, pois auxilia o diagnóstico precoce de uma infecção, permitindo uma orientação terapêutica anti microbiana. (INSDRJ, 2007)

O objectivo da hemocultura, é detectar a presença de microorganismos no sangue do paciente, em situações de agravamento do processo infeccioso. (Anvisa, 2004)

❖ Microorganismos Isolados em Hemoculturas

- ✓ Cocus Gram positivo: - *Stafilococcus epidermidis*;
- *Stafilococcus áureos*;
- ✓ Cocus Gram negativo: - *Acinobacter baumannii*;
- *Klebesiella*;
- *Pseudmonas*;
- *Escherichia Coli*;
- ✓ Fungos

✓ *Micobactérias;*

✓ *Brucella;*

❖ Colheita de Hemoculturas

A presença de microorganismos no sangue pode ser transitória, intermitente ou contínua, reflectindo os vários mecanismos de entrada na corrente sanguínea. Para aumentar a probabilidade de se apanhar as bacteriémias é muito importante que nunca se colha apenas uma hemocultura.

O organismo reage à presença dos microorganismos em circulação através do pico febril, num período curto (30m a 45m), numa tentativa da sua remoção. Nesta altura a probabilidade de se encontrarem microorganismos circulantes é menor, assim como, é menor a probabilidade da hemocultura ser positiva. Para assegurar uma maior positividade não se devem colher hemoculturas quando não há indícios de ICS clínica e **deve evitar-se a colheita em pico febril.** (INSDRJ, 2007)

A colheita de sangue deve ser feita de preferência antes do início do tratamento com antibióticos. No caso do doente já ter tomado antibiótico, isso não significa que se exclua a hemocultura mas deve fazer-se **a colheita na altura em que haja uma menor concentração de antibiótico em circulação**, e ter isso em conta na interpretação dos resultados.

Devem ser obtidas hemoculturas em todos os doentes com febre em que não possa ser excluída uma causa infecciosa e também em doentes normo ou hipotérmicos em que a clínica sugere infecção, daí que a colheita de hemocultura não deve ser condicionada pela existência de pico febril. (INSDRJ, 2007)

❖ Hora e Número de Colheitas

Habitualmente recomenda-se a obtenção de pelo menos **duas a três hemoculturas de punções venosas, em locais diferentes e intervalos de pelo menos 10 minutos**. As colheitas devem ser efectuadas **por veia periférica**: duas colheitas em simultâneo em aerobiose – uma em cada membro. Após 15 minutos, uma colheita em aerobiose sem preferência de membro. No entanto pode ser necessário encurtar este intervalo de tempo em doentes que se encontrem em estado crítico, com necessidade de iniciar antibioterapia emergente. Por outro lado, se existe suspeita de Sepsis por infecção intra-abdominal, deve-se proceder a colheita de uma hemocultura em anaerobiose. (INSDRJ, 2007)

Quando a colheita de sangue se torna difícil em veia periférica e esta se faz através de cateter venoso central, deve-se efectuar:

- Uma colheita de cada via do cateter em aerobiose.
 - Em simultâneo uma colheita em aerobiose por veia periférica (no membro oposto) e outra em anaerobiose (se suspeita de Sepsis por infecção intra abdominal)
 - Após 15 minutos uma colheita em aerobiose por veia periférica;
- (INSDRJ, 2007))

No entanto, **aconselha-se a não colher de um cateter venoso ou arterial**, (não devem ser vistos como primeira opção) mas se a punção for difícil e se o doente tiver um destes cateteres, pode ser permitido desde que o laboratório seja avisado previamente que a colheita foi efectuada por um desses dispositivos, pois é essencial para a interpretação do resultado. Neste caso, deve ser usado o cateter introduzido mais recentemente para reduzir o risco de contaminação da hemocultura com microorganismos que colonizam o cateter.

❖ Procedimento de Colheita

Por Punção Venosa:

- Efectuar a fricção anti-séptica das mãos (1);
- Seleccionar o local de punção (evitar membros inferiores e região inguinal);
- Realizar anti-sepsia do local de punção preferencialmente com álcool a 70°. Na impossibilidade, utilizar uma solução de base alcoólica – Cutasept® (Nota: não utilizar iodopovidona nas colheitas para micobactérias; fazer a anti-sépsia com álcool a 70°);
- A anti-sépsia deve ser feita em movimentos concêntricos com uma compressa esterilizada, do local de punção previsto para o exterior;
- Deixar secar o anti-séptico;
- Não palpar a veia nesta altura (excepto se tiver calçado luva esterilizada);
- Colher o sangue de preferência com agulha e seringa, que devem estar esterilizadas;
- Antes da colocação do sangue colhido, no frasco da hemocultura, deve-se proceder à troca da agulha de forma asséptica;

(Comissão de Controlo de Infecção, HSJ, 2007)

Nota: A colheita de hemoculturas é um procedimento que exige técnica asséptica, no entanto, não é estritamente necessário o uso de luvas esterilizadas, desde que a assésia do local de punção seja mantida.

(1) – Baseado nas novas directrizes da DGS de 6/2010

Por Cateter Venoso Periférico: (em caso de difíceis acessos)

- Efectuar a fricção anti-séptica das mãos;
- Desinfectar o acesso com álcool a 70° ou solução de base alcoólica – Cutasept®;
- Se necessário desconectar o sistema de perfusão;
- Voltar a desinfectar com álcool a 70° ou Cutasept®;
- Colher com uma seringa estéril entre 0,5 (meio) a 1 (um) mililitro de sangue, a qual deve ser rejeitada em seguida;
- Com uma nova seringa estéril, colher o sangue e inocular os frascos; (não esquecer de proceder à troca da agulha, antes de colocar o sangue colhido no frasco de hemocultura)
- Lavar o catéter com soro fisiológico;
(Comissão de Controlo de Infecção, HSJ, 2007)

Por Cateter Venoso Central:

- Proceder à fricção anti-séptica das mãos;
- Colocar máscara;
- Abrir kit de pensos esterilizado, junto do doente. Dispor nele com técnica asséptica todo o material esterilizado necessário: compressas, seringas de 10cc (nunca de inferior calibre), frascos de colheita, que ficam colocados numa extremidade do campo (previamente desinfectados com álcool a 70°/Cutasept®). Colocar o porta-tubos esterilizado e adaptador (ou seringas, caso não haja porta tubos esterilizado);
- Calçar uma luva esterilizada (manusear material estéril);

- Envolver os terminais do cateter com compressas embebidas em álcool a 70°, friccionando-as;
- Calçar a 2ª luva esterilizada;
- Abrir campo esterilizado (pode ser o das luvas) e colocá-lo por baixo das extremidades do cateter;
- Mantendo a norma asséptica, procede-se à colheita, tendo em conta de que se o cateter tiver mais do que uma via, deve-se individualizar o material para cada via;
- O restante procedimento é igual à punção venosa;

❖ **Momento de Colheita**

- Se há pico de hipertermia intermitente, deve-se colher o sangue na hora que precede o pico de temperatura esperado – curva ascendente;
- Se a hipertermia é constante, o momento de colheita não é importante;
- Se o doente se encontrar em estado de risco iminente, não se deve respeitar os tempos de colheita. Efectuar colheitas sem qualquer intervalo;
- Sempre que possível, colher hemoculturas antes de iniciar tratamento;
- Evitar a colheita em pico febril ou as alturas em que há maior concentração de antibiótico em circulação.

❖ **Desinfecção da Pele**

- A desinfecção da pele deve ser feita com movimentos concêntricos de dentro para fora, no local da veia escolhida;
- Deixar secar o desinfectante antes de proceder à colheita; as soluções alcoólicas favorecem uma secagem mais rápida;
- Após a desinfecção da pele, a palpação da veia só deve ser feita com luva esterilizada; caso contrário será necessário tornar a desinfetar a pele;

❖ **Volume da Amostra**

- O volume de sangue a inocular deve ser indicado pelo laboratório/fabricante, e habitualmente encontra-se marcado no frasco. É importante respeitar o volume indicado;

❖ **Identificação dos Frascos**

- Etiqueta identificativa do doente;
- Protocolo de colheita (requisição que acompanha a hemocultura);
- Data e hora de colheita;
- Local da colheita;
- Temperatura do doente;

3 – CONCLUSÃO

A hemocultura é um meio auxiliar de diagnóstico que permite identificar o(s) microorganismo(s) presente(s) no sangue e que podem provocar quadros de infecção traduzidos por febre, daí traduzir-se num meio de diagnóstico de extrema importância.

Através do antibiograma, poderá instituir-se uma terapêutica adequada e avaliar a evolução da doença. O uso indiscriminado de antimicrobianos de forma empírica induz a produção de estirpes multiresistentes, pelo que se exige cada vez mais uma prática baseada na evidência. (INSDRJ, 2007)

Assim sendo, o enfermeiro enquanto profissional de saúde que, normalmente, executa a colheita de sangue para hemocultura tem a responsabilidade de respeitar as regras de assepsia de forma a não contaminar a amostra com microorganismos externos.

Depois de concluído este trabalho, posso afirmar que os objectivos a que inicialmente me propus, quer a nível do trabalho teórico, quer a nível da execução do diagnóstico de situação por mim realizado foram atingidos. Consegui aprofundar conhecimentos sobre todo o procedimento de colheita de hemoculturas, bem como reflectir em que medida o enfermeiro tem um papel preponderante nessa mesma colheita.

Gostaria ainda de referir que a realização deste trabalho permitiu-me questionar a minha própria postura em relação a este procedimento, uma vez que, também eu não o executava de forma correcta. Desta forma e após a conclusão deste trabalho, sinto que alterei o meu comportamento face a este procedimento, assim como me permitiu a aquisição de novos conhecimentos e a actualização de outros.

Espero ter despertado o interesse para este tema e que este trabalho constitua uma fonte de informação e motivação para a busca de novos conhecimentos.

4 – BILIOGRAFIA

- ANVISA, (2004) – **“Manual de Microbiologia Clínica para Controlo e Infecção em Serviços de Saúde”**. São Paulo, Sarvier Editora.
- COMISSÃO DE CONTOLO DE INFECCÃO DO IPO (2007) – **“Manual de Controlo de Infecção”**.
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO DO HSJ (2007) – **“Manual de Controlo de Infecção”**.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2007) – **“Orientações para a Elaboração de um Manual de Boas Práticas em Bacteriologia”** Lisboa: INSDRJ.
- MANUILA, L. et al (2000) – **“Dicionário Médico”**. Lisboa, Climepsi Editores.
- OPLUSTIL, C. P. [et al] (2004) – **“Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica”** 2ª Edição. São Paulo: Sarvier Editora.
- QUEIRÓS, P (1998) – **“Colheitas de Espécimes para Análise in Técnicas de Enfermagem II”**. Formação e Saúde, Lda.
- PHIPPS [et al] (2009) – **“Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica”**. 4ª Ed, Lisboa, Lusodidacta Lda.

ANEXO I
Inquérito de Diagnóstico

As s questões que constituíram o inquérito estão descritas na tabela que se segue:

Número da Questão	Questão
1	Qual o tempo de serviço?
2	Tem conhecimento da norma existente no serviço, que diz respeito à colheita de hemoculturas?
3	Com base nos conhecimentos que possui, qual o momento ideal para a colheita de hemoculturas?
4	Quantas colheitas na sua opinião devem ser realizadas e porquê?
5	Qual o meio escolhido para a colheita de hemoculturas?
6	Aquando do procedimento, utiliza norma asséptica?
7	Que tipo de material utiliza na colheita das hemoculturas?
8	Que elemento considera importante, colocar no protocolo da hemocultura?

ANEXO II
Resultados do Inquérito

Quadro nº 1 – Tempo de Serviço.

Frequência Absoluta	Tempo de Serviço
10	- Há mais de 5 anos;
10	- Há menos de 5 anos;
4	- Há mais de 10 anos;
Total:	24

Quadro nº 2 – Conhecimentos da norma de serviço da colheita de hemoculturas.

Frequência Absoluta	Conhecimentos
12	- Nunca consultaram a norma/ou não se lembram de ter consultado;
8	- Consultaram a norma mais recentemente;
4	- Consultaram há mais de cinco (5) anos;
Total:	24

Quadro nº 3 – Momento ideal para a colheita de hemoculturas.

Frequência Absoluta	Momento Ideal
23	- Em pico febril e se possível antes da ATB
1	- Se possível antes de iniciar ATB e fora do pico febril;
Total:	24

Quadro nº 4 – Número de colheitas a serem realizadas.

Frequência Absoluta	Nº de Colheitas
10	- Que depende do que o clínico pede;
8	- Colhem sempre duas (2);
6	- Colhem apenas uma (1) hemocultura;
Total:	24

Observações:

- Os oito (8) enfermeiros que responderam que depende do que o clínico pede, referiram no entanto, saber que devem ser duas (2), mas reconhecem que só o fazem se estiver pedido;
- Os dez (10) enfermeiros que responderam colher sempre duas (2) realçaram ainda que em caso de CVC, também têm o cuidado de colher pelo central, independentemente de estar pedido ou não, no entanto não respeitam o intervalo estipulado;

Quadro nº 5 - Meio escolhido para a colheita de hemoculturas.

Frequência Absoluta	Meio
22	- Punção venosa
2	- Dispositivos
Total:	24

Observações:

- Dos vinte e dois (22) enfermeiros que responderam optar sempre por efectuar punção venosa em cada colheita referiram também que apenas em casos de difíceis acessos é que optam por colher por cateter venoso periférico, no entanto não comunicam ao laboratório esse facto;

Quadro nº 6 – Utilização da norma do serviço.

Frequência Absoluta	Utilização da norma
10	- Não utilizam luvas esterilizadas, mas usam compressa esterilizada, mantendo a assépsia;
8	- Não utilizam norma asséptica, mas utilizam o produto recomendado pela norma para a desinfecção;
4	- Não utilizam norma asséptica, e não têm preferência pela solução a utilizar na desinfecção;
2	- Utilizam luvas e compressas esterilizadas, utilizando a norma asséptica;
Total:	24

Quadro nº 7 – *Material utilizado na colheita de hemoculturas.*

Frequência Absoluta	Material Utilizado
9	- “Porta tubos/ sistema de vácuo” (este sistema não se encontra esterilizado);
8	- Agulha e seringa esterilizadas;
7	- Agulha e seringa esterilizadas;

Total: 24

Observações:

- Dos sete (7) enfermeiros que responderam utilizar agulha e seringa esterilizadas, é de salientar que não têm o cuidado de mudar de agulha aquando da transferência do produto colhido para o frasco;
- Dos oito (8) enfermeiros que responderam utilizar agulha e seringa esterilizadas, têm o cuidado de proceder à troca da agulha aquando da transferência do produto colhido;

Quadro nº 8 - Que elementos importantes a colocar no protocolo da hemocultura.

Frequência Absoluta	Elementos do Protocolo
15	- Vinheta que contem a data, hora, nome do doente e colocam o local de punção;
9	- Vinheta que contem a data, hora e nome do doente;
Total:	24

ANEXO IV

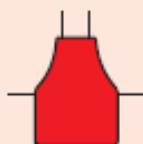
Isolamentos – Régua de Bolso

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:

TRANSMISSÃO
POR
CONTACTO



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR AVENTAL
DE PLÁSTICO



DESINFECTAR
AS MÃOS



COLOCAR LUVAS

TRANSMISSÃO
POR
GOTÍCULA



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

TRANSMISSÃO
POR
VIA AÉREA



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR RESPIRADOR



DESINFECTAR
AS MÃOS

ISOLAMENTO
DE
PROTECÇÃO



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR TOUCA



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

Elaborado por: **Patrícia Ribeiro e Clara Carvalho**, alunas do 3º curso Pós Licenciatura da EMC da UCP

Baseado: Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde 2009

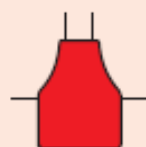
AO SAIR DA UNIDADE DEVE:

TRANSMISSÃO
POR
CONTACTO



RETIRAR LUVAS

+



RETIRAR AVENTAL
DE PLÁSTICO

→



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR
AS MÃOS

TRANSMISSÃO
POR
GOTÍCULA



RETIRAR BATA

+



RETIRAR MÁSCARA

→



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR
AS MÃOS

TRANSMISSÃO
POR
VIA AÉREA



RETIRAR RESPIRADOR

→



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR
AS MÃOS

ISOLAMENTO
DE
PROTECÇÃO



RETIRAR BATA

+



RETIRAR MÁSCARA

+



RETIRAR TOUCA

→



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR
AS MÃOS

Elaborado por: **Patrícia Ribeiro e Clara Carvalho**, alunas do 3º curso Pós Licenciatura da EMC da UCP

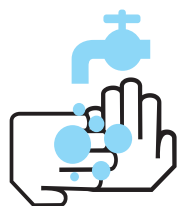
Baseado: Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde 2009

ANEXO V

Isolamentos – Posters Individuais para as Unidades

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR TOUCA



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR BATA

+



RETIRAR MÁSCARA

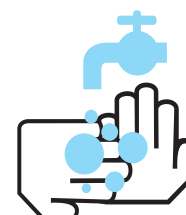
+



RETIRAR TOUCA



CONTENTOR



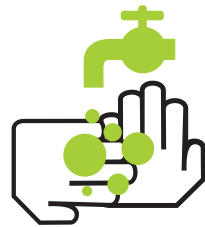
LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR
AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



LAVAR AS MÃOS



COLOCAR RESPIRADOR



DESINFECTAR AS MÃOS

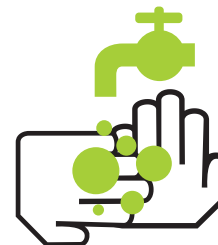
AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR RESPIRADOR



CONTENTOR



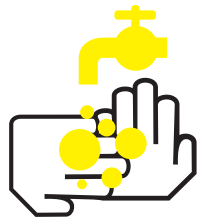
LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



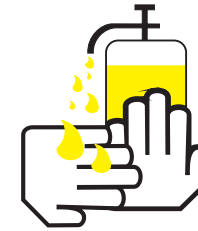
LAVAR AS MÃOS



COLOCAR MÁSCARA



COLOCAR BATA



DESINFECTAR
AS MÃOS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR BATA

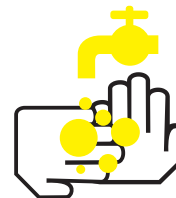
+



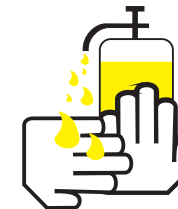
RETIRAR MÁSCARA



CONTENTOR



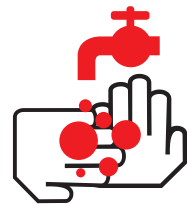
LAVAR AS MÃOS



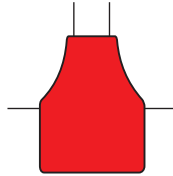
DESINFECTAR
AS MÃOS

ÁREA RESTRITA

AO ENTRAR NA UNIDADE DEVE:



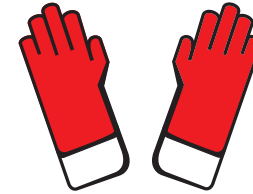
LAVAR AS MÃOS



COLOCAR AVENTAL DE PLÁSTICO

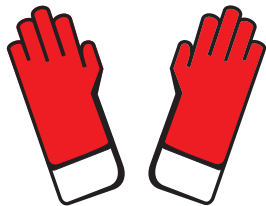


DESINFECTAR AS MÃOS



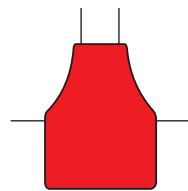
COLOCAR LUVAS

AO SAIR DA UNIDADE DEVE:



RETIRAR LUVAS

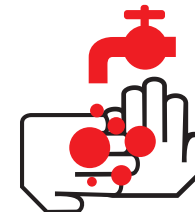
+



RETIRAR AVENTAL DE PLÁSTICO



CONTENTOR



LAVAR AS MÃOS



DESINFECTAR AS MÃOS

ANEXO VI

Poster – Isolamentos/Agentes Infecciosos

■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO POR CONTACTO: Cor Vermelha

- MRSA
- Acinetobacter
- Pseudomonas aeruginosa MR
- VRE (Enterococcus Resistente à Vancomicina)

■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA: Cor Amarela

- Adenovírus + precauções contacto
- Bordetella tussis
- Haemophilus influenza
- Mycoplasma pneumoniae
- Neisseria meningitidis
- Parvovírus B19
- Rubéola
- Streptococcus A

■ ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO - TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA: Cor Verde

- Tuberculose pulmonar ou laríngea (suspeita ou diagnosticada)
- Varicela + precauções contacto
- Zoster disseminado + precauções contacto
- Sarampo

ANEXO VII

Poster – Suporte Básico de Vida

Suporte Básico de Vida

Doença Súbita / Acidente

Gritar por ajuda e verificar se a vítima responde

Não Responde

Presença de pulso e respiração

Não

Chamar a equipa de emergência e ir buscar carro de emergência

Iniciar manobras de SBV:
- compressões torácicas externas
- ventilação c/ máscara e ambu

Chegada da equipa de emergência.
- Início do SAV

30 Compressões torácicas / 2 Ventilações

As manobras uma vez iniciadas devem ser continuadas sem interrupção até que:

- chegue ajuda diferenciada;
- a vítima recupere;
- exaustão do reanimador;

Responde

Sim

Chamar médico assistente ou médico de referência

- avaliar A B C D E
- monitorizar sinais vitais
- administrar O₂
- assegurar acesso venoso

Chamar equipa de emergência
- se indicada

ANEXO VIII

Manual de Emergência da UC

Unidade de convalescença

Hospital N.º Sr.ª da Conceição Valongo

Manual de Emergência

Elaborado por: Enf. Patrícia Ribeiro,
Aluna do 3º Curso Pós – Licenciatura
De Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica da UCP

Porto, Maio, 2010

"O Direito a ser reanimado conquista-se pelo dever de saber reanimar"

(Anónimo)

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

DAE – Desfibrilhador Automático Externo;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

ERC – Conselho Europeu de Ressuscitação;

EV – Endovenoso;

IO – Intra – Ósseo;

PCR – Paragem Cardio-Respiratória;

Enf. – Enfermeira/o;

Mg – miligramas;

ml – mililitros;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SBV – Suporte Básico de Vida;

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO	pág 6
1 – CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA	pág. 7
2 – PARAGEM CARDIO – RESPIRATÓRIA	pág. 9
2.1 – CAUSAS DE PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA	pág. 9
3 – REANIMAÇÃO INTRA – HOSPITALAR	pág. 11
3.1 – ETAPAS E PROCEDIMENTOS	pág. 12
4 – FARMACOLOGIA	pág.19
5 – OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA	pág. 22
6 – TRANSPORTE	pág. 26
7 – CONCLUSÃO	pág. 27
8 – BIBLIOGRAFIA	pág. 28

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura nº 1 – Cadeia de Sobrevivência do ERC	7
Figura nº 2 – Permeabilização da via aérea	13
Figura nº 3 – Pesquisa de corpos estranhos na cavidade oral	13
Figura nº 4 – Pesquisa de sinais de vida e pulso	14
Figura nº 5 – Compressões torácicas	16
Figura nº 6 – Palmadas Interescapulares	24
Figura nº 7 – Manobra de Heimlich	25

O – INTRODUÇÃO

A Paragem Cardio-Respiratória (PCR) é uma situação de emergência que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata, metódica e organizada. A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho, agindo nesta situação com máxima brevidade possível e eficiência.

A probabilidade de ocorrerem situações de paragem cardio-respiratória em ambiente hospitalar existe. As hipóteses do doente sobreviver dependem da competência do Enfermeiro em iniciar os passos da cadeia de sobrevivência de forma adequada e em tempo oportuno.

Assim sendo, faz todo o sentido a criação de um manual que aborde as questões relacionadas com a reanimação intra-hospitalar. O presente manual foi concebido, segundo as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (2005), emanadas pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC). O seu conteúdo refere-se essencialmente à reanimação em contexto hospitalar, contudo os princípios da reanimação são os mesmos em todos os contextos.

É de salientar que o presente manual foi elaborado tendo em conta a especificidade e as necessidades da unidade, tendo como principal objectivo, capacitar todos os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, de conhecimentos na área da reanimação, que permita uma resposta eficiente perante uma situação agudizante, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados.

I – CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

O conceito de Cadeia de Sobrevivência resume os procedimentos indispensáveis para o sucesso de uma ressuscitação. Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma *cadeia de atitudes* em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. (CPR, 2007)

Surge assim o conceito de **cadeia de sobrevivência** composta por quatro elos, ou acções, em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é vital para que o resultado final possa ser uma vida salva.

A cadeia de sobrevivência tem apenas a força que tiver o seu elo mais fraco, pelo que, idealmente, todos os elos deveriam ser igualmente fortes.

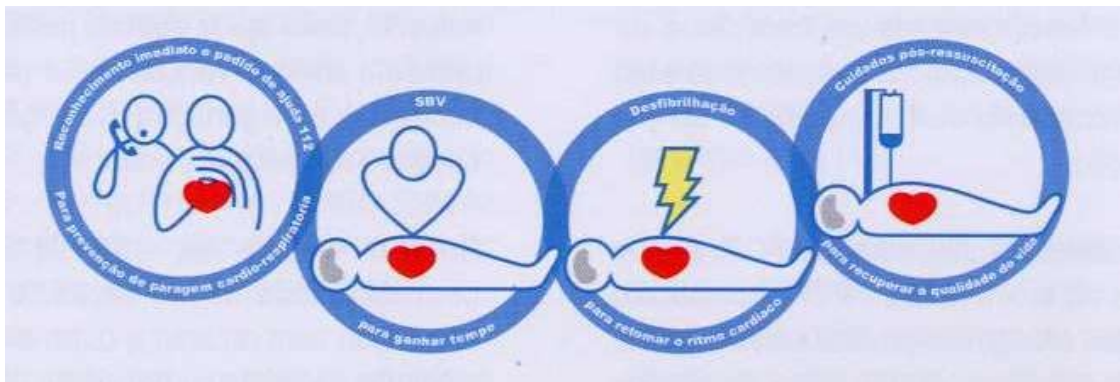


Figura I – Cadeia de sobrevivência do ERC (2005)

As cadeias partem pelo elo mais fraco, por isso na cadeia de sobrevivência todos os elos são igualmente importantes!!!

Os quatro elos da cadeia de sobrevivência são:

- Acesso precoce aos serviços de emergência;
- Suporte Básico de Vida Precoce (SBV);
- Desfibrilhação precoce;
- Suporte Avançado de Vida Precoce (SAV) / Cuidados pós – Reanimação;

✓ Acesso precoce aos serviços de emergência

Para o funcionamento adequado deste elo, é fundamental que quem presencie uma determinada ocorrência, seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba activar o sistema de emergência.

✓ Suporte Básico de Vida Precoce

As manobras de compressão torácica externa e de ventilação têm como objectivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para preservação da viabilidade do coração e cérebro. O SBV tem como função ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa de emergência.

O SBV deve ser iniciado de imediato, mas jamais deve atrasar o acesso à desfibrilhação.

✓ Desfibrilhação Precoce

O acesso à desfibrilhação por elementos não médicos, nomeadamente enfermeiros, devidamente treinados, tem permitido a desfibrilhação eficaz e segura, cada vez mais precoce.

É desejável que um número cada vez maior de profissionais de saúde tenha treino e recursos para desfibrilhar precocemente. Na Unidade de Convalescença existe um Desfibrilhador Automático Externo (DAE), que se encontra junto ao carro de emergência.

✓ Suporte Avançado de Vida Precoce

Conjunto de manobras de suporte adicionais que optimizam a função respiratória, aumentando a taxa de sobrevivência, a longo prazo.

2 – PARAGEM CARDIO-RESPIRATORIA

A PCR pode acontecer no contexto de problemas primários da via aérea, respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. A maior parte das doenças que implicam risco de vida, leva a compromisso respiratório e/ou cardiovascular, pelo que se associam a risco de PCR. Por outro lado, os sistemas respiratório e cardiovascular estão estritamente ligados, daí que a falência cardíaca possa ser consequência de insuficiência respiratória e vice-versa.

2.1 – CAUSAS DE PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

❖ Obstrução da via aérea

Pode ser completa ou parcial. A obstrução completa conduz rapidamente a PCR. As obstruções parciais frequentemente precedem as obstruções complexas e podem, por si só, condicionar lesões cerebrais, pulmonares, exaustão, apneia ou PCR.

Assim sendo, as causas de obstrução da via aérea são:

- Sangue;
- Aspiração de conteúdo gástrico;
- Corpos estranhos;
- Secreções brônquicas;
- Depressão do estado de consciência;
- Broncospasmo;
- Espasmo laríngeo;

❖ Falência respiratória

A falência respiratória pode ser classificada como aguda ou crónica, contínua ou intermitente, sendo suficientemente grave, nalguns casos, para provocar apneia e PCR subsequente.

Por uma questão de sistematização podemos agrupar as causas de falência respiratória a três níveis:

- ✓ Centro Respiratório;
- ✓ Esforço Ventilatório;
- ✓ Doenças Pulmonares;

❖ Patologia cardíaca

Em alguns casos de paragem cardíaca não é possível determinar a etiologia, não são encontradas quaisquer alterações estruturais. As afecções cardíacas podem ser primárias ou secundárias e a PCR pode ser súbita ou precedida de um estado de baixo débito com maior ou menor duração.

As causas de paragem cardíaca primária são:

- Isquemia;
- EAM;
- Cardiopatia hipertensiva;
- Valvulopatias;
- Acidose;
- Desequilíbrios electrolíticos;
- Hipotermia;

3 – REANIMAÇÃO INTRA – HOSPITALAR

O Suporte Básico de Vida (SBV) tem como objectivo a manutenção de algum grau de ventilação e de circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado. A interrupção da circulação durante 3-4 minutos (ou mesmo menos no caso de uma vítima já previamente com hipóxia) implica lesões cerebrais, que poderão ser irreversíveis. Qualquer atraso no início de SBV reduz drasticamente as hipóteses de recuperação.

Apesar de todas as especificidades desta unidade, esta não pode deixar de ser considerada, uma unidade de saúde que está institucionalizada, e como tal os profissionais de saúde devem actuar em conformidade com o que está preconizado em ambiente hospitalar, perante uma situação de emergência.

Segundo (ANTUNES, 2009:47), “em contexto de PCR intra-hospitalar, a divisão entre suporte básico e avançado de vida é arbitrária”. A reanimação é um processo contínuo que exige bom senso.

A sequência precisa das acções da reanimação na paragem cardíaca intra-hospitalar depende de vários factores que incluem:

- A localização (ocorre em área clínica ou não clínica);
- A competência de quem identifica a paragem;
- O número de reanimadores presentes;
- O equipamento disponível;
- O sistema de resposta à emergência no presente hospital;

(ANTUNES, 2009:48)

3.1 – ETAPAS E PROCEDIMENTOS

A – Avaliar e garantir as condições de segurança

Existem relatos de reanimadores que contraíram doenças durante a reanimação (CPR, 2007).

Assim é importante:

- A segurança do reanimador e da equipa são prioritárias em qualquer tentativa de reanimação;
- Confirmar condições de segurança;
- Calçar luvas logo que possível. Em situações específicas tomar outras medidas de protecção individual, incluindo máscara facial com protecção ocular e avental;
- O risco de infecção é baixo, mas há relatos isolados de infecção como a tuberculose. A transmissão do HIV durante a reanimação nunca foi descrita;
- Deve-se ter cuidado com utensílios cortantes ou perfurantes e colocá-los de imediato no contentor;

B – Avaliar a resposta do doente

Perante um doente em colapso ou aparentemente inconsciente a primeira intervenção é pedir ajuda. De seguida, avaliar a resposta abanando-o suavemente e inquirindo em voz alta “*está bem?*” “*sente-se bem?*”.

Se ao lado estiver outro profissional iniciam-se de imediato as acções seguintes:

C1 – Se o doente responde, é necessária a avaliação médica urgente No caso específico da unidade de convalescença, não existe uma equipa de emergência específica, para prestar cuidados diferenciados, assim os enfermeiros, na presença de situações agudizantes, devem recorrer à Médica Assistente presente no serviço das 8h-20, e após este horário a ajuda diferenciada, é prestada pelo Médico presente no serviço de urgência. Até o médico chegar, é necessário avaliar o doente na sequência ABCDE, administrar oxigénio, monitorizar o doente e colocar pelo menos um acesso venoso periférico (se ainda não tiver).

C2 – Se o doente não responde,

a) A sequência de procedimentos depende do treino do reanimador na avaliação da respiração e circulação do doente. Na primeira fase a seguir à paragem cardíaca é frequente encontrar o doente com respiração agónica (inspirações irregulares, ocasionais, lentas, com esforço, ruidosa) (ANTUNES, 2009:52), situação que não deve ser considerada sinal de vida;

- b)** Se ainda não foi pedida ajuda, fazê-lo de imediato;
- c)** Colocar o doente em decúbito dorsal e se estiver no leito, é necessário baixar a cabeceira e baixar as grades se ainda as tiver;
- d)** Permeabilizar a via aérea com a extensão da cabeça e elevação do queixo;



Figura 2 – Permeabilização da via aérea (CPR, 2007)

- e)** Observar a cavidade oral, se houver corpos estranhos ou fluidos, remover com pinça ou através do aspirador;



Figura 3 – Pesquisa de corpos estranhos na cavidade oral (CPR, 2007)

Nota: As próteses dentárias bem fixas não devem ser removidas

f) Em caso de risco de lesão da coluna cervical, permeabilizar a via aérea com protusão da mandíbula, ou elevação do queixo com alinhamento da cabeça e pescoço;

g) Em situação de risco de vida, a permeabilização da via aérea tem prioridade sobre a protecção da coluna cervical. Se as manobras anteriores não permitem permeabilizar a via aérea, deve ser feita a extensão do pescoço para permeabilizar a via aérea durante o tempo necessário, para a tornar segura.

h) Depois de permeabilizar a via aérea, ver, ouvir e sentir (VOS) até **10 segundos** e avaliar se a respiração é normal. Uma inspiração ocasional, lenta, com esforço e ruidosa (gasping) não é respiração normal;

V – Ver se há movimentos torácicos (ventilação ou tosse); Verificar se tem outros movimentos que signifiquem sinais de vida;

O – Ouvir se há sons respiratórios;

S – Sentir se há fluxo de ar com a respiração;

i) Mesmo os profissionais treinados podem ter dificuldades em avaliar o pulso. Ao mesmo tempo que se pesquisa sinais de vida, palpa-se o pulso carotídeo, **até 10 segundos**. Se o doente não evidencia sinais de vida (não tem movimento, não respira, nem apresenta tosse), nem pulso, deve-se iniciar a reanimação até à chegada da equipa diferenciada ou até o doente expressar sinais de vida.



Figura 4 – Pesquisa de sinais de vida e pulso (CPR, 2007)

j) Todos os atrasos na intervenção, em situação de PCR, aumenta a probabilidade de morte, pelo que, em caso de dúvida, deve iniciar-se as manobras de reanimação.

D 1 – Se tem pulso e sinais de vida

É necessária a avaliação médica urgente. Procede-se de igual forma, ao que já foi referido no ponto **CI**.

D 2 – Se não tem pulso nem sinais de vida

a) Iniciar SVB, pedir ajuda ou mandar pedir ajuda à equipa diferenciada. No caso específico da unidade de convalescença, não existe uma equipa de emergência específica, para prestar cuidados diferenciados, sendo que, os cuidados são prestados a dois níveis. Numa primeira fase pelo Médica Assistente/Médico da Urgência e uma segunda fase, caso haja necessidade pelo 112. Assim, os enfermeiros, na presença de situações agudizantes, devem recorrer à Médica Assistente presente no serviço das 8h-20, e após este horário a ajuda diferenciada, é prestada pelo Médico presente no serviço de urgência. Cabe a estes prestar cuidados diferenciados, os quais se inclui a necessidade de contactar 112, iniciar a administração de fármacos e avaliar a necessidade de desfibrilhação através do desfibrilhador automático externo. Naturalmente, e logo que seja possível, deve ser realizada a monitorização dos sinais vitais da vítima, esta fornece-nos dados importantes, nomeadamente há cerca das características da respiração, pulso, assim como estado tensional

b) Se o reanimador está só, primeiro pede ajuda e só depois vai buscar o carro de emergência e o DAE (é o desfibrilhador que existe na unidade);

c) De seguida, deve iniciar-se de imediato **30 compressões torácicas**, seguindo-se as **2 ventilações**;

d) A qualidade das compressões torácicas é essencial;

e) Para iniciar as compressões torácicas o doente deve estar em decúbito dorsal, e se possível, sobre uma superfície rígida (o carro de emergência possui essa superfície rígida) com a cabeça no mesmo plano do resto do corpo.

f) Pressionar verticalmente sobre o esterno, de modo a que este deprima cerca de **4-5 cm**;

g) Aliviar a pressão, para que o tórax possa descomprimir totalmente, mas sem perder o contacto da mão com o esterno;

h) Repetir o movimento de compressão e descompressão de forma a obter uma frequência de **100/min** (um pouco menos de 2 compressões por segundo);

i) Ao iniciar ou retomar as compressões torácicas colocar de imediato sem demora as mãos no centro do tórax e iniciar as compressões sem atrasos.



Figura 5 – Compressões torácicas (CPR, 2007)

j) Para iniciar a permeabilização da via aérea e a ventilação, deve-se usar o equipamento que estiver imediatamente disponível. Nesta unidade, existe o insuflador manual, que se encontra no carro de emergência, e que deve ser conectado a uma fonte de oxigénio – **O₂ a 15l/min**, é o recomendado, neste tipo de situações, salvo raras excepções.

k) A entubação traqueal só deve ser tentada por profissionais peritos treinados, que neste caso específico, fica ao cargo da ajuda diferenciada que foi solicitada.

l) Se os membros da equipa forem suficientes, logo que a reanimação se inicia, deve-se colocar acesso venoso, se ainda não tiver sido efectuado;

m) Manter SBV até chegar a ajuda diferenciada e que neste caso específico, será a responsável pelas manobras do SAV;



Este pedido de ajuda diferenciada/especializada é extremamente importante para que a vítima possa ter SAV o mais rápido possível, já que é improvável que a vítima recupere apenas com manobras de SBV. No caso específico da unidade de convalescença, não existe uma equipa de emergência específica, para prestar cuidados diferenciados, sendo que, os cuidados são prestados a dois níveis. Numa primeira fase pelo Médica Assistente/Médico da Urgência e uma segunda fase, caso haja necessidade pelo 112. Assim, os enfermeiros, na presença de situações agudizantes, devem recorrer à Médica Assistente presente no serviço das 8h-20, e após este horário a ajuda diferenciada, é prestada pelo Médico presente no serviço de urgência.

Cabe a estes prestar cuidados diferenciados, os quais se inclui a necessidade de contactar 112, iniciar a administração de fármacos e avaliar a necessidade de desfibrilhação através do desfibrilhador automático externo.

D 3 – Se tem pulso mas não respira

- a) Iniciar a ventilação e avaliar a circulação após cada 10 insuflações (cerca de 1m);
- b) O diagnóstico só tem consistência se estiver seguro da avaliação da respiração e do pulso ou se o doente exibir outros sinais de vida (extremidades quentes e bem perfundidas, com bom preenchimento capilar);
- c) Em caso de dúvida sobre a existência de pulso pedir ajuda e iniciar as compressões torácicas enquanto a ajuda não chega;
- d) Todos os doentes em paragem respiratória evoluem para paragem cardíaca se a situação não for corrigida de imediato.

É igualmente importante, lembrar que as manobras uma vez iniciadas, só devem ser interrompidas se:

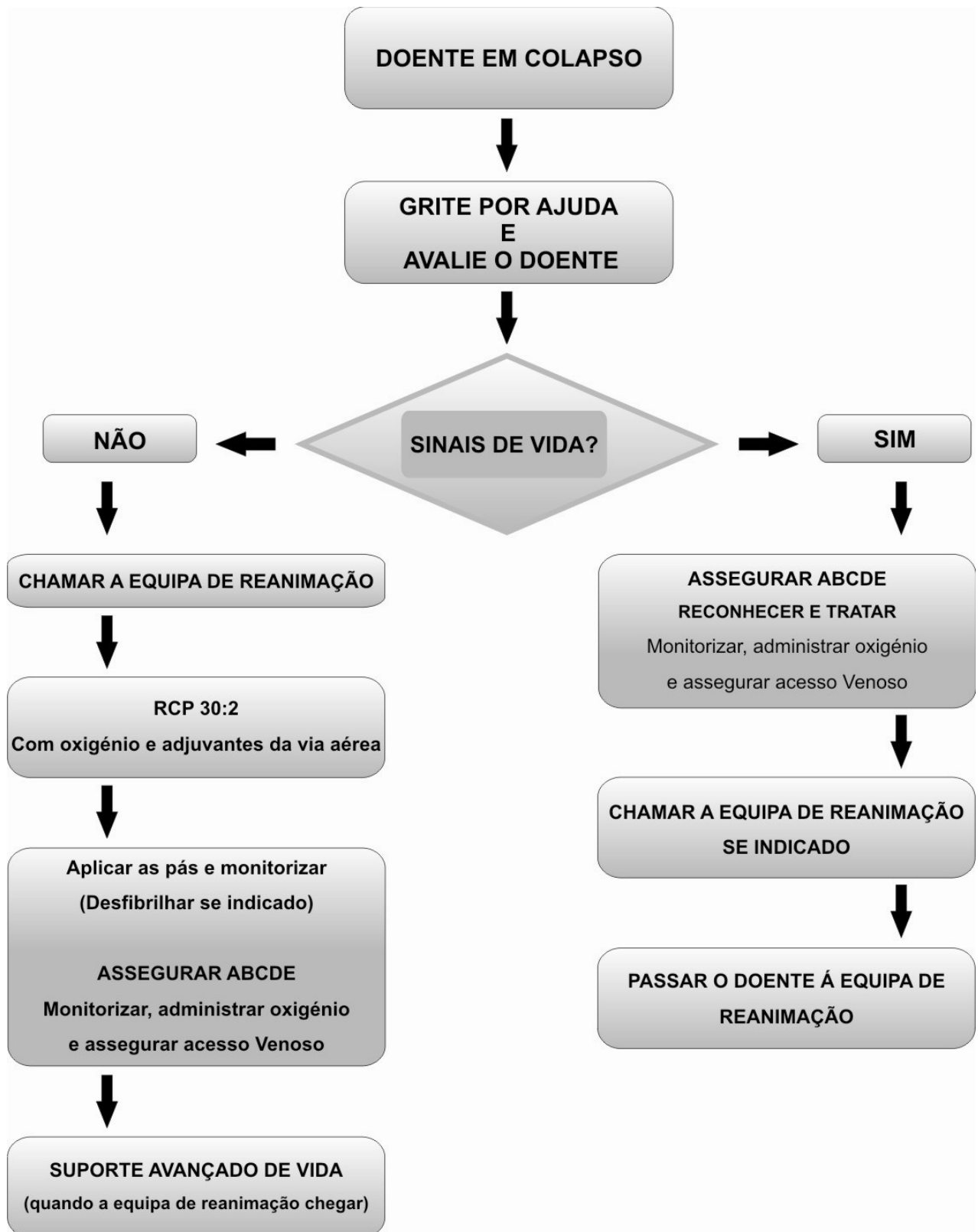
As manobras uma vez iniciadas devem ser continuadas sem interrupção até que:

- Chegue ajuda diferenciada;
- A vítima recupere;
- Exaustão do reanimador;

Aquando da chegada da ajuda especializada/diferenciada, o doente deve ser monitorizado e o ritmo analisado, decidindo se está ou não indicada a desfibrilhação. No caso de estar presente um ritmo desfibrilhável, a desfibrilhação é prioritária em relação a qualquer outro procedimento. Nesta unidade, este procedimento, fica ao cargo do Médico que ocorre ao pedido, e posteriormente ao 112, quando solicitado.

Para terminar este capítulo e em jeito de resumo, apresenta-se na página seguinte o algoritmo de reanimação intra – Hospitalar:

✓ Algoritmo de Reanimação Intra Hospitalar



(ANTUNES, 2009)

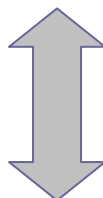
4 – FARMACOLOGIA

São poucos os fármacos com indicação para serem administrados na paragem cardíaca e a evidência científica que suporta o seu uso é limitado. Os fármacos só têm lugar depois de estarem asseguradas as compressões torácicas e a ventilação, e quando indicado. (ANTUNES, 2009:132)

É importante, que se existirem elementos suficientes, e caso haja indicação médica, que se proceda o mais rapidamente, à preparação dos fármacos necessários, pelo que devem ser utilizados fármacos em seringas pré-preparadas, para agilizar e facilitar a administração em tempo oportuno.

Neste capítulo disponibilizam-se as informações necessárias para o uso destes fármacos, mas a actualização científica não dispensa a consulta das recomendações do fabricante.

Segundo as normas da unidade, a administração dos fármacos é da responsabilidade da equipa de reanimação que é solicitada, no entanto, e porque cabe aos enfermeiros da respectiva unidade, o auxílio e colaboração em todos os procedimentos, revela-se de extrema importância, que os mesmos possuam conhecimentos a cerca da farmacologia mais utilizada na reanimação.



✓ Oxigénio

Sempre que possível administrar oxigénio, em concentrações elevadas, aos doentes em paragem cardíaca, com a intenção de atingir uma concentração normal no sangue periférico.

Em alguns doentes isto não é possível, tendo que se administrar valores mais baixos, como é o caso dos doentes com DPOC, onde concentrações elevadas podem inibir a respiração.

✓ Adrenalina

Não há nenhuma evidência que suporte a utilização de doses mais elevadas de adrenalina em doentes vítimas de paragem cardíaca refractária. Em alguns casos, uma perfusão de adrenalina é necessária no período pós reanimação.

Após o retorno da circulação espontânea, doses excessivas de adrenalina podem induzir a taquicardia, isquémia do miocárdio, taquicardia ventricular e fibrilhação ventricular.

A adrenalina tem indicação na paragem de todas as etiologias, com a administração de 1mg endovenoso a cada 3-5 minutos.

Durante a paragem cardíaca, se o acesso intravascular (endovenoso ou intra ósseo) se atrasar ou não for conseguido, administrar 3mg de adrenalina diluída em 10-20ml de soro fisiológico ou água estéril, através do tubo endotraqueal. A absorção por via traqueal é altamente variável e incerta.

A adrenalina é uma amina simpático mimética, com acção e efeito directo quer nos receptores alfa quer nos beta. Nas doses utilizadas na reanimação estimula tanto os receptores alfa 1 como os alfa 2, provocando vasoconstrição. Aumenta a resistência vascular periférica, durante a reanimação, melhorando a perfusão coronária e cerebral. Quando o coração volta a bater a adrenalina provoca taquicardia por estimulação dos receptores beta, aumenta a força de contracção do miocárdio, o que pode ser um problema porque aumenta o consumo de oxigénio e pode agravar a isquemia.

È arritmogénica porque aumenta a excitabilidade miocárdica, em particular se este está em hipoxia e/ou hipo perfusão, de tal forma que na fase pós-reanimação pode precipitar a recidiva da fibrilhação ventricular.

✓ Amiodarona

A amiodarona pode paradoxalmente ser arritmogénica, especialmente se administrada simultaneamente com outros fármacos que prolongam o intervalo QT. Mas, tem uma incidência mais baixa de efeitos pró-arrítmicos do que outros fármacos anti-arrítmicos em circunstâncias similares.

Tem indicação para ser administrada na fibrilhação ventricular e na taquicardia ventricular sem pulso refractárias numa dose de 300mg em bólus.

Administra-se na dose de 300mg endovenosa se ao fim do 3º choque persistir a fibrilhação ventricular ou a taquicardia ventricular sem pulso. Deve estar pré-preparada, para este fim, em seringa com dextrose 5% até 20ml. Pelo facto de poder causar tromboflebites, em caso de veia periférica, deve ser administrada em bólus.

✓ Atropina

A administração de atropina está indicada na Assistolia e actividade eléctrica sem pulso com uma frequência cardíaca inferior a 60 por minuto.

Não há evidência conclusiva de que a atropina seja eficaz, mas há relatos de sucesso ocasionais e é improvável que prejudique os doentes em PCR.

A dose recomendada para o adulto, quer em assistolia quer com actividade eléctrica sem pulso com bradicardia inferior a 60 batimentos por minuto, é de 3mg Ev em dose única.

✓ Fluidos

A hipovolémia é uma causa potencialmente reversível da paragem cardíaca, logo deve ser efectuada perfusão de líquidos em caso de suspeita de hipovolémia. Nos estádios iniciais da ressuscitação, não há nenhuma vantagem conhecida para usar colóides. Devem usar-se soluções salinas a 0,9% ou Lactato de Ringer.

Não administrar soros glicosados, porque transudam imediatamente para o 3º espaço com risco de provocar hiponatremia, hipo-osmolaridade, hiperglicemia, factores que podem piorar o prognóstico pós PCR.

No entanto é controverso, a administração de fluidos de forma rotineira durante a paragem cardíaca. Não há nenhum estudo publicado sobre a administração de fluidos rotineira comparado com a não administração de fluidos durante a paragem cardíaca normovolémica. Deve-se administrar soro para facilitar a chegada dos fármacos administrados numa veia periférica à circulação central. Se a reanimação for conseguida, a perfusão de fluidos pode estar indicada, baseada na avaliação clínica e em valores hemodinâmicos.

(ANTUNES, 2009)

5 – OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

A maioria das situações de obstrução da via aérea ocorre durante a ingestão de alimentos e que são muitas vezes presenciadas. Relativamente a esta unidade, é importante referir, que muitos dos doentes que são admitidos, são vítimas de Acidentes Vasculares Cerebrais, onde por vezes há paralisia ou perda de movimento de um lado do corpo, por vezes também a cara, língua e pescoço são afectados. Sendo assim, pode aparecer dificuldades em comer normalmente.

A dificuldade de comer após um AVC aparece de repente. São várias as causas para este problema. Por isso é bom que todos os profissionais estejam despertos para as manobras a realizar, aquando da presença do engasgamento.

✓ Epidemiologia

A obstrução da via aérea é uma emergência absoluta que se não for reconhecida e valorizada, leva à morte em minutos.

Uma das formas mais frequentes de obstrução da via aérea é a resultante de uma causa “extrínseca” à via aérea – alimentos, sangue ou vómito. Qualquer objecto sólido, pode funcionar como corpo estranho e causar obstrução da via aérea – **obstrução mecânica**.

✓ Causas

A obstrução da via aérea, por corpo estranho, ocorre habitualmente durante as refeições, com os alimentos, por tentativa de engolir pedaços de comida grandes e mal mastigados. Os doentes idosos com problemas de deglutição estão em risco de obstrução da via aérea por corpo estranho e devem ser aconselhados a comer de forma cuidadosa.

✓ Reconhecimento

É importante distinguir a obstrução da via aérea de outras situações, dado que a abordagem é diferente. Na obstrução mecânica da via aérea, existem várias manobras que podem ser efectuadas, com o objectivo de resolver a obstrução e que, caso sejam bem sucedidas, podem evitar a paragem respiratória.

✓ Classificação

A obstrução da via aérea pode ser total ou parcial. Na **obstrução parcial**, onde ainda existe a passagem de algum ar, a vítima começa por tossir, ainda consegue falar e pode fazer algum ruído ao respira.

Enquanto a vítima respira e consegue tossir de forma eficaz, o reanimador não deve interferir, devendo apenas encorajar a tosse, vigiar se a obstrução é ou não resolvida e se a tosse continua a ser eficaz.

A vítima com obstrução parcial da via aérea pode, logo à partida, apresentar uma tosse ineficaz, dificuldade respiratória marcada e cianose, ou estes sinais podem surgir progressivamente se a situação não for resolvida. Nesta situação é necessário actuar rapidamente como se de uma obstrução total se tratasse.

Na **obstrução total**, onde já não existe passagem de ar na via aérea, a vítima não consegue falar, tossir ou respirar, nem emite qualquer ruído respiratório. Poderá demonstrar grande aflição e ansiedade e agarrar o pescoço com as duas mãos. É necessário actuar rapidamente, se a obstrução não for resolvida, a vítima poderá ficar inconsciente e morrer.

No caso de obstrução total da via aérea causada por um corpo estranho, deve-se começar por tentar a desobstrução da via aérea com aplicação de **pancadas interescapulares** e, no caso de insucesso, tentar então **compressões abdominais** ou **manobra de Heimlich**.

Assim sendo, o procedimento das **pancadas interescapulares** é o seguinte:

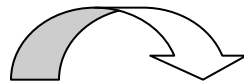
- ✓ O reanimador coloca-se ao lado da vítima, perpendicular a esta;
- ✓ Apoia, com uma das mãos o tórax da vítima, inclina para a frente, para que quando o corpo estranho sair seja expelido pela vítima para fora da boca não voltando para a via aérea;



Figura 6 – Pancadas Interescapulares (CPR, 2007)

- ✓ Aplicar até cinco palmadas, com a palma da mão livre;
- ✓ Confirmar se alguma das palmadas aliviou a obstrução da via aérea. Em caso afirmativo, interrompa a sequência.

(CPR, 2007)



Se as 5 pancadas não desobstruírem a via aérea, o reanimador inicia a **Manobra de Heimlich**:

- ✓ Começa por colocar-se por detrás da vítima, envolvendo-a com os braços ao nível da região superior do abdómen;
- ✓ Incliná-la para a frente;
- ✓ Colocar o punho fechado entre o umbigo e o apêndice xifoide;



Figura 7 – Manobra de Heimlich (CPR, 2007)

- ✓ Fixar o punho com a outra mão e fazer uma forte compressão abdominal, súbita, de baixo para cima e de frente para trás;
- ✓ Repetir até 5 vezes se necessário;
- ✓ Se a obstrução não resolve, intercalar 5 pancadas interescapulares com 5 compressões abdominais;

(CPR, 2007)

6 – TRANSPORTE

A principal indicação para transferência de um doente da unidade de convalescença para outra instituição de saúde, é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado.

A decisão de transferência de um doente que no decorrer do internamento, desenvolveu um processo de agudização, pressupõe que houve avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. No sentido de minimizar estes riscos, o doente deve ser, previamente, estabilizado na unidade o quanto possível, devendo aí efectuar e antecipar as intervenções diagnosticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte.

Segundo a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008:10) *“antes de se efectuar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal deverão ser informados do facto, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino e, quando praticável, obtendo, desejavelmente, o seu consentimento expresso”*.

Ainda, e segundo Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008:48), *“o contacto inicial com a instituição de destino, realiza-se após a decisão de transportar e, obrigatoriamente, antes do transporte, devendo este ser personalizado. Ao contactar a unidade ou serviço para onde se pretende enviar o doente, o médico responsável pela transferência deve confirmar se o hospital receptor / destino pode disponibilizar os meios necessários ao tratamento e se tem vagas”*. O serviço que vai receber o doente deve ser informado, detalhadamente, da situação clínica e das intervenções terapêuticas previsíveis, indicando a hora adequada para a recepção do doente.

No processo de transferência, ficarão registados os nomes e os contactos dos intervenientes. Uma vez tomada a decisão, a transferência deve ser efectuada o mais rapidamente possível. Os registos clínicos e de enfermagem (notas de transferência ou fotocópias) e os exames complementares de diagnóstico devem acompanhar o doente.

A equipa que acompanha o doente terá de ser ponderada, consoante a situação do mesmo. Assim sendo, o ideal será o doente ser acompanhado pelo enfermeiro de referência e se necessário pelo médico Assistente.

7 – CONCLUSÃO

A maioria das pessoas que sofrem de paragem cardíaca (PCR) morre. A maioria das paragens cardíacas não é nem súbita nem imprevisível. Em cerca de 80% dos casos há sinais clínicos de deterioração horas antes da paragem.

Daí a necessidade do reconhecimento precoce e o tratamento eficaz do doente, no sentido de prevenir algumas paragens cardíacas, mortes e internamentos imprevistos. Desta forma, revela-se de grande importância que os profissionais de saúde estejam dotados de conhecimentos específicos na área de emergência.

A realização deste manual teve como ideia central, disponibilizar uma ferramenta útil, prática e onde estivessem vertidas as directrizes internacionais mais actuais sobre reanimação, firmadas em evidências científicas.

Segundo (ANTUNES, 2009:173) *“as evidências mais recentes deixam claro que um adequado rácio enfermeiro/doente diminui a mortalidade dos doentes vítimas de uma paragem cárdio respiratória e promovem a prevenção da paragem através da detecção atempada de sinais de alerta. Tem sido também demonstrado que a formação periódica dos profissionais de saúde está associada a melhores resultados”*.

Esperamos ter conseguido realizar um trabalho organizado e sintético. Pretendemos que este manual seja uma fonte de conhecimento e que contribua de igual forma para uma melhoria dos cuidados prestados na Unidade de Convalescença em situações agudizantes.

“O direito a ser reanimado conquista-se pelo dever de saber reanimar”

8 – BIBLIOGRAFIA

- ✓ ANTUNES, Celínia Migue (2009) – Manual de Reanimação Intra-Hospitalar – 1ª edição, Coimbra. Formasau.
- ✓ COSTA, J.(2000) – Noções Básicas de Saúde – 2ª edição, Lisboa. Publicações Lda.
- ✓ CRUZ VERMELHA PORTUGUESA (2004) – Manual de Socorrismo – 1ª edição, Porto. Porto Editora.
- ✓ CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2007) – Manual de suporte Básico de Vida – Edição.
- ✓ CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (2006) – Manual do curso Suporte Imediato de Vida – 2ª edição. Porto. CPR.
- ✓ EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL (2006) – Advanced Life Support: Course Manual - 5ª ed. Belgium: ERC.
- ✓ ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) – Transporte de Doentes Críticos – Recomendações – 2ª edição. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.