



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM... UM PERCURSO NO SABER

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

Por Carla Alexandra Oliveira Taveira

PORTO, Março, 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM... UM PERCURSO NO SABER

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

Por Carla Alexandra Oliveira Taveira

Sob orientação de Professora Lúcia Rocha

PORTO, Março, 2011

RESUMO

Atingir a excelência dos cuidados de Enfermagem apresenta-se como um caminho irreversível, o qual baliza a constante inquietação dos Enfermeiros na procura do conhecimento científico e da actuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis; desta realidade advém a nossa motivação para ingressar numa área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Relatório retrata o percurso reflexivo de aprendizagem realizado no Estágio, efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos e, Serviço de Urgência, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional e, surge como resposta a uma exigência pedagógica no âmbito da Unidade Curricular Relatório.

É constituído por uma introdução, onde se apresentam os objectivos, seguindo-se a caracterização dos módulos de Estágio efectuados, com a respectiva descrição das actividades e competências adquiridas/desenvolvidas na assistência avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, evidenciando-se a análise crítico-reflexiva referente às mesmas, fundamentada com evidência científica. Concluímos, referindo que os objectivos foram concretizados, salientando a importância do Estágio e da elaboração deste Relatório na aquisição de competências.

A metodologia adoptada foi descritiva e analítico-reflexiva tendo como alicerce, o Projecto de Estágio, os Portefólios realizados para os diferentes Módulos e o recurso à pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e científica.

Relativamente ao Estágio efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos, fazemos uma exposição de toda a actividade desenvolvida, dando ênfase às intervenções realizadas, que permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação cuidados ao doente adulto crítico e família. Procurando dar contributo na obtenção da excelência dos cuidados de Enfermagem elaboramos uma norma de "Profilaxia da Úlcera de Córnea no doente crítico" e, realizamos um "Guia de Acolhimento às Visitas". Na área de gestão, elaboramos um "Plano de Integração Enfermeiros", promovendo a homogeneidade dos processos de integração no serviço.

Durante o Estágio realizado no Serviço de Urgência, tivemos várias oportunidades de aprendizagem. A prestação de cuidados ao doente adulto crítico bem como a relação com este e família foi algo que mereceu a nossa especial atenção. A nível da formação tivemos oportunidade de apresentar uma formação sobre "O Enfermeiro e a Morte", com vista a uma reflexão acerca do tema e consequentemente a uma melhoria da prática profissional. Ainda na sequência deste propósito, elaboramos um Poster elucidativo da "Abordagem do Enfermeiro ao doente submetido a Pacemaker".

Ao longo de todo o Estágio nos diferentes Serviços demonstramos evolução na capacidade de tomada de decisão em situações complexas, tendo sempre presente uma Enfermagem avançada, autónoma, baseada nos padrões de qualidade preconizados pela Ordem, na concepção e implementação dos cuidados aos doentes.

Não podemos deixar de referir a importância dada à actividade reflexiva, através do pensamento crítico e coeso que motivaram todo o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, como futuros Enfermeiros Especialistas.

ABSTRACT

Achieving excellence in nursing care is presented as an irreversible path, which is the goal of the concern of nurses in the pursuit of scientific knowledge and professional conduct that will maximize all available resources, from this reality comes our motivation to enter an area of Specialization in Medical-Surgical Nursing.

This report depicts the reflective journey of learning achieved in Practical Training, made in the Intensive Care Unit and Emergency Department, inserted into the curriculum of the Masters Degree in Nursing, and professional in nature, which is a response to a requirement under pedagogical Course Report.

It consists of an introduction, which presents the objectives, followed by the characterization module stage carried out with the description of activities and skills acquired / developed in the advanced care to the sick and elderly adults with severe disease, demonstrating the critical and reflective analysis related thereto, substantiated with scientific evidence. We conclude by stating that the objectives were achieved, enhancing the importance of the internship and the preparation of this report on skill acquisition.

The methodology was descriptive, analytical and reflective based on, the draft internship training, the Portfolios made for the different modules and the use of literature to scientific and theoretical basis.

For the Training made in the Intensive Care Unit, we present all the activities, with an emphasis on interventions that have enabled the development of skills in providing care to critically ill adults and family. Seeking to contribute in achieving the excellence of nursing care developed a standard of "Prevention of Corneal ulcer in critically ill patients," and performed a "Guide to Home Visits." In the area of management, prepared a "Plan for Integration of Nurses," promoting the uniformity of the integration processes in the service.

During Training performed in the Emergency Department, we had a great amount of learning opportunities. The provision of care to critically ill adults and the relationship with their family and was something that deserved our special attention. The level of training we were able to present a training on "The Nurse and Death," with a view to a reflection on the subject and therefore an improvement of professional practice. Yet in the wake of this purpose, we developed an illustrative poster of the "Nurse's Approach to the patient receiving Pacemaker".

Throughout the internship in different departments we demonstrated the capacity in the development of decision making in complex situations, bearing in mind an Advanced Nursing, autonomous, based on the quality standards recommended by the Order, in the design and implementation of patient care.

We cannot fail to mention the importance given to reflective activity, through critical thinking and cohesive whole that motivated our personal and professional development as future Nursing Specialists.

*A única satisfação real que existe é a de estarmos sempre a evoluir,
dentro de nós, tornando-nos mais justos, verdadeiros, generosos, simples,
varonis, femininos, amáveis, activos. E isso, todos podemos,
fazendo, a cada dia, o nosso trabalho, o melhor que pudermos.*

(1810-1888)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Lúcia Rocha, que através da sua preciosa orientação, compreensão, empenhamento, disponibilidade e palavras de incentivo tornou exequível o desenvolvimento deste Relatório.

Em especial ao meu filho Filipe, para quem não estive tão disponível, pelos abraços fortes cheios de carinho após os longos períodos de ausência, que me deram coragem para avançar.

A ti Sérgio, pela paciência e compreensão que tornaram mais fácil a difícil tarefa de chegar ao fim desta etapa da minha vida.

À minha família, especialmente à minha mãe, que me ajudou sempre, nos bons e maus momentos e de quem tenho muito orgulho, respeito e amor.

A todos os amigos que acreditaram em mim, que me apoiaram nos momentos mais frágeis, com esperança e força para avançar e realizar aquilo que queria.

SIGLAS e ABREVIATURAS

ARDS – Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto
AVC –Acidente Vascular Cerebral
BIS – Bispectral Index
BO – Bloco Operatório
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CHVNG/E - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CI – Cuidados Intensivos
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CVC – Cateter Venoso Central
CVP - Cateter Venoso Periférico
DGS – Direcção Geral de Saúde
ECG - Electrocardiograma
EEG -Electroencefalograma
EEMC – Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
HCIS - Health Care Information System
HPH, EPE – Hospital Pedro Hispano, Entidade Pública Empresarial
ICS – UCP – Instituto Ciências de Saúde – Universidade Católica Portuguesa
IPO – Instituto Português de Oncologia
FIO₂ – Fracção Inspirada de Oxigénio
ORL - Otorrinolaringologia
PA – Pressão Arterial
PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva
PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção
PVC – Pressão Venosa Central
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAP – Serviço Atendimento Permanente
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SE – Sala de Emergência
SNG – Sonda Nasogástrica
ST2 – Sala Tratamentos 2
SU – Serviço de Urgência
TCE – Traumatismo Crâneo-Encefálico
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UDT - Unidade de Dor Torácica

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	15
1 - ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	19
2- ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
3 – CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS	71
ANEXO I - Norma de Profilaxia de Úlcera Córnea.....	73
ANEXO II - Guia de Acolhimento às Visitas na UCIP.....	81
ANEXO III – Plano de Integração de Enfermeiros na UCIP.....	85
ANEXO IV - Estudo de Caso “Doente em Choque Séptico no SU“	102
ANEXO V – Acção de Formação “O Enfermeiro e a Morte...”	128
ANEXO VI – Póster “Abordagem do Enfermeiro ao doente submetido a Pacemaker”	179

0 – INTRODUÇÃO

A aquisição de conhecimento que possibilite uma prática eficaz na prestação de cuidados é um dos objectivos fundamentais do ensino em Enfermagem. A aprendizagem em contexto clínico afigura-se de primordial importância no desenvolvimento do aluno, possibilitando a mobilização dos conhecimentos adquiridos, contextualizando-os na prática, e aplicando-os, permitindo assim a consolidação de saberes. É através da experiência em contexto real que os significados são construídos e, conseqüentemente o conhecimento adquirido ao longo do ensino solidificado (RUA, 2009: 77).

A este processo construtivo, associa-se uma actividade crítico-reflexiva indispensável à contextualização das experiências vivenciadas e na consolidação dos saberes. Não obstante a importância do treino instrumental, reflectir sobre a prática permite uma compreensão do contexto como um todo, estruturando ao nível cognitivo, todas as variáveis inerentes à tomada de decisão e à acção.

A elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões apreendidas dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efectuado pelo aluno. No sentido de documentar as experiências vivenciadas e as reflexões produzidas, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva apreendida contribuíram para a aquisição de competências.

Neste sentido surge a realização deste Relatório, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e surge como uma resposta a uma exigência pedagógica no âmbito da Unidade Curricular - Relatório que decorreu no segundo semestre do ano lectivo 2010/2011.

O REPE define Enfermeiro Especialista como aquele a quem são reconhecidas competências técnico-científicas e humanas, capaz de prestar cuidados de Enfermagem Especializados na sua área de Especialidade.

Este Curso visa o desenvolvimento e aquisição de saberes para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico (ICS – UCP, 2009). Neste sentido, foi necessário adquirirmos saberes, fazer ligação entre a teoria e a prática e desenvolvermos um espírito crítico-reflexivo que nos preparou para mobilizar, aprofundar e fazer uma actualização constante de conhecimentos para adaptação a novas situações e conseqüente resposta aos constantes desafios de Enfermagem. As competências propostas exigem que, cada vez mais, os Enfermeiros procurem formação para uma constante adaptação ao imprevisto e ao desconhecido, advindo desta realidade a nossa motivação para ingressar numa área de

especialização direcionada para a nossa experiência profissional até aqui vivida e a desenvolver.

A escolha dos campos de Estágio recaiu na UCI e SU, serviços protocolados com a UCP, que ofereceram condições para a realização dos mesmos e foram simultaneamente orientados por um Professor da área e tutorados por Enfermeiros Especialistas ou Peritos com experiência profissional relevante na área da EMC.

Na unidade curricular Estágio foi-nos proposto desenvolver o Estágio em três módulos:

Módulo I - Serviço de Urgência;

Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos;

Módulo III – Opcional, que foi Perioperatório (creditado).

Iniciámos o Estágio na UCIP do CHVNG/E, EPE de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 com uma carga horária de 250 horas; passámos posteriormente para o SU, do HPH, EPE com igual carga horária, de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.

Obtivemos creditação ao Módulo III, conforme previsto no Decreto-Lei 74/2006, Artigo 46º, por exercermos funções em BO tendo adquirido competências nesta área. O BO é um espaço técnico, de grande diferenciação, que exige aos seus profissionais uma preparação altamente especializada. O BO do IPO, Porto, recebe doentes, de todas as faixas etárias, essencialmente, do foro oncológico para serem submetidos a cirurgias de várias especialidades. Desenvolvemos competências técnicas, exercendo funções de Enfermeira de Anestesia, Enfermeira de Cuidados Pós-Anestésicos e Enfermeira Circulante, prestando cuidados de qualidade ao doente de uma forma holística; competências relacionais e de comunicação com o doente e família, nomeadamente na comunicação de más notícias, autocontrolo emocional em situações de grande tensão e autoconfiança, manifestando preocupação verdadeira pelas suas necessidades e bem-estar, actuação pautada pela responsabilidade profissional, social e ética que assumimos com a sociedade; assim como, temos a preocupação de promover uma comunicação perioperatória eficaz com a equipa interdisciplinar. Colaboramos na organização e gestão do BO; assim como, na promoção da formação em serviço.

Considerámos que o CHVNG/E, EPE foi um adequado campo de Estágio para o desenvolvimento das nossas actividades, bem como para a implementação de competências, o que nos facultou variadas experiências, especialmente na área de cuidados intensivos, assim como ter profissionais capazes de nos guiarem positivamente na nossa evolução profissional e académica, de forma a nos tornarmos Enfermeiros Especialistas. Assim sendo, realizámos Estágio na UCIP do CHVNG, estando em contacto com o doente crítico de qualquer foro patológico, do intensivismo polivalente. A escolha por esta Instituição e Unidade assentou na necessidade de implementarmos as nossas actividades bem como desenvolver competências na área do Intensivismo. A classificação adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na

respectiva unidade hospitalar. Esta Unidade corresponde a uma unidade de Nível III uma vez que possui quadros próprios, equipas funcionalmente dedicadas e disponíveis durante as vinte e quatro horas. Pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários, e dispõe/implementa medidas de controlo de qualidade e, tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos. A UCIP fez 19 anos de existência; é uma unidade que tem acompanhado o crescente progresso tecnológico. O serviço sofreu há dois anos obras de recolocação física, melhoramento e ampliação, apresenta dez unidades e, tem também duas unidades de isolamento. Trata-se de uma unidade de referência com capacidade de prestar cuidados a doentes críticos, recebendo doentes provenientes de diferentes unidades hospitalares.

A opção pelo HPH prendeu-se com o facto de ser um hospital geral, multidisciplinar, com capacidade de prestar cuidados ao doente crítico, como um ser holístico, na área da EEMC, proporcionando-nos diversas experiências, nomeadamente em contexto de Urgência. O SU deste Hospital constitui o nível de resposta Médico-Cirúrgico, isto é o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. Trata-se de uma unidade diferenciada que presta cuidados directos aos doentes provenientes dos concelhos de Matosinhos e, ainda cuidados hospitalares de referência à população de Póvoa de Varzim e Vila do Conde. Na necessidade de cuidados com nível de diferenciação superior, esta unidade articula-se com a Urgência Polivalente do Hospital São João, conforme estabelecido na Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Uma das características do SU é a diversidade de doentes e de processos de doença. Da sua diversidade surgem vastos conhecimentos, que os profissionais de saúde têm que ter sempre presentes e actualizados, para as suas intervenções serem rápidas e eficazes. Isto exige que os profissionais que desempenham funções nesta área de Saúde, desenvolvam capacidades de saber ser, saber estar, e saber analisar as suas experiências diárias para poder evoluir não só profissionalmente, mas também individualmente.

Outro aspecto de importância particular, uma vez que sempre exercemos funções na área oncológica, foi o facto de sentirmos necessidade de contactar com doentes do foro não oncológico e, conseqüentemente com prognósticos diferentes.

Assim, o Estágio constituiu uma oportunidade de contactar com novas realidades, trocar experiências, reflectir sobre as práticas, formas de estar e de agir. Esta etapa mostrou-se um grande desafio, mas um desafio enriquecedor e que despertou interesse a cada passo.

Este percurso proporcionou-nos uma integração global, um desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos intrínsecos ao grau de Enfermeiro com Especialização em EMC na componente teórica e prática, ao desenvolver competências, que nos permitiram tomar decisões fundamentadas e ao favorecer a obtenção de autonomia e o processo de tomada de decisão, no desempenho profissional como futuros Enfermeiros Especialistas, no sentido de uma Enfermagem Avançada. Pautamos sempre a nossa conduta, tendo como objectivo primordial a excelência de cuidados na nossa área de Especialização.

Neste enquadramento surge este Relatório, com a intenção de destacar as decisões tomadas durante o Estágio, através de uma análise crítico-reflexiva, tendo como alicerce os objectivos gerais e específicos traçados, alguns comuns e transversais aos diferentes módulos.

Os objectivos do Relatório são:

- Ilustrar o percurso efectuado durante o Estágio, destacando a aprendizagem experienciada evidenciando as competências desenvolvidas/adquiridas;
- Relatar situações/problema encontrados nos diferentes contextos e as estratégias utilizadas ou sugeridas para a resolução destas;
- Demonstrar capacidade de reflexão e espírito crítico;
- Obter o Grau de Mestre após aprovação positiva na dissertação pública de natureza científica.

A execução deste documento, baseou-se no método descritivo e analítico, através da reflexão crítica, com a enumeração e exposição de diferentes actividades realizadas durante o Estágio, procurando dar resposta aos objectivos e às competências, enquadradas no plano de estudos, tendo por base o Projecto de Estágio e os Portefólios dos já referidos Módulos e, a pesquisa bibliográfica para a fundamentação teórica e científica.

O presente relatório é constituído por uma introdução, onde se apresentam os objectivos, seguindo-se a caracterização dos módulos de estágio efectuados, com a respectiva descrição das actividades e competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos mesmos. Optamos por esta divisão, pois permite-nos descrever as actividades realizadas, as competências adquiridas, os problemas identificados e as estratégias sugeridas para a sua resolução, considerando sempre os princípios Éticos e Deontológicos referenciados no Código Deontológico do Enfermeiro. Por fim, apresentamos a conclusão que ao incidir nos novos significados obtidos pela distinção e pela activação de um saber especializado, reflectido e crítico na profissão, contribuirá sem dúvida para a nossa construção como futuros Enfermeiros Especialistas em EMC.

1 - ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHVNG/EPE é um serviço dotado de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, que tem a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente adulto/idoso crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Esta unidade recebe doentes críticos provenientes do serviço de urgência, dos vários serviços de internamento do hospital, pós-operatórios complicados ou com intercorrências importantes; doentes que necessitam de vigilância e monitorização especiais.

O doente em estado crítico, inserido numa UCI necessita de um apoio contínuo e específico por parte da equipa multidisciplinar. Assim, o Enfermeiro, como membro integrante desta equipa, irá exercer um papel determinante para a recuperação e manutenção do doente em risco de vida; sendo fundamental, não só a aquisição de conhecimentos técnico-científicos permanentemente actualizados, como também, dedicação e apoio emocional, segundo uma perspectiva holística.

Para BÁRTOLO (2008), os CI contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências na medida em que os Enfermeiros colocam constantemente em acção saberes teóricos e saberes práticos; é desta confluência que surgem as novas competências profissionais. Face à realidade por nós encontrada, percebemos desde o início que a prestação de cuidados a estes doentes exige dos Enfermeiros um saber actualizado, um saber especializado em competências na vertente técnica, relacional e de responsabilidade e, que as mesmas são sobreponíveis ao saber científico, ao saber ser e ao saber prático, pois como refere HESBEEN (2000), os saberes mobilizados no contexto da profissão de Enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados.

Este Estágio foi realizado com o acompanhamento de Enfermeiros considerados peritos na área do intensivismo polivalente. Durante as 180 horas acompanhamos um Enfermeiro Tutor, que demonstrou interesse em participar e contribuir para o nosso processo de ensino-aprendizagem. Para tal, realizamos turnos em horário de manhã, tarde e noite, tendo também, a oportunidade de realizar turnos com a Enfermeira Chefe, na área da gestão.

O ambiente de CI, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Por essa razão, a atenção foca-se muitas vezes, na tecnologia e nos tratamentos necessários com o objectivo de manter a estabilidade fisiológica do doente, despistando precocemente mínimas alterações na sua condição, susceptíveis de causar um agravamento clínico.

Os Objectivos Gerais propostos no Plano de Estudos foram um guia de orientação para determinar os Objectivos Específicos que nos propomos a atingir durante esta fase curricular.

Para cada objectivo específico desenvolvemos actividades com o intuito de adquirir competências inerentes ao Enfermeiro Especialista através de uma atitude crítico-reflexiva, com base nos conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso académico, pessoal e profissional, e do recurso a diferentes fontes bibliográficas.

- **Aplicar conhecimentos teórico-práticos adquiridos, desenvolvendo competência prática na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto da UCI.**

Actividades/Estratégias:

- Revisão de conhecimentos adquiridos ao longo do curso, especialmente na área curricular de EMC;
- Observamos e colaboramos com o enfermeiro tutor na prestação de cuidados ao doente crítico;
- Aprofundamos e mobilizamos conhecimentos teórico-práticos relativamente aos procedimentos e técnicas;
- Analisamos protocolos de procedimentos existentes na unidade, e relacionamo-los com os conhecimentos adquiridos;
- Identificamos particularidades da farmacocinética dos fármacos utilizados na UCIP;
- Exercemos uma prática de enfermagem baseada na evidência, justificada com estudos científicos;
- Demonstramos resultados práticos que justificam determinada actuação;
- Propusemos a implementação de mudanças de actuação com base nos resultados provenientes de investigação em enfermagem;
- Adoptamos uma postura interventiva e disponível na aprendizagem.

A UCI é 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.

Na UCIP do CHVNG não se conhece a rotina pois o contexto de trabalho é marcado pelo inesperado, e pela constante apropriação a novas situações. Não sendo um serviço de rotinas, diariamente os enfermeiros desta unidade, cercam-se numa diversidade de condutas, técnicas, atitudes e gestos que podem associar-se a cuidados individuais e cuidados adjacentes.

A metodologia de trabalho adoptada é método Individual. Durante o estágio verificamos que este método prevalece, o que em nosso entender permite ao Enfermeiro assumir a

responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando esses mesmos cuidados. 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.

O cuidado adjacente assume igualmente um papel de relevo, sendo representado por uma postura de interdependência caracterizada pela interacção entre o enfermeiro e o médico. Damos como exemplo, doentes com ventilação invasiva nem sempre adaptados ao modo ventilatório; é traduzida através de pressões de pico elevadas, volumes corrente excessivos ou insuficientes, trocas gasosas alteradas, expansão torácica variável quando o tubo endotraqueal por exemplo, não está correctamente posicionado. Algumas destas complicações são diminuídas através da autonomia que é reconhecida aos enfermeiros, por exemplo, a colheita de sangue arterial para gasimetria, pois mediante o resultado desta os enfermeiros podem alterar alguns parâmetros ventilatórios, como o FiO₂ fornecido ao doente. A gestão da sedação, analgesia e curarização é feita pelos enfermeiros, sobretudo quando estão a prestar cuidados directos ao doente, passíveis de serem dolorosos: a mobilização, a aspiração de secreções, dando posteriormente conhecimento ao médico destas intervenções. Quando os médicos passam visita, e mediante informação dos enfermeiros, ajustam se necessário as doses dos fármacos, bem como os parâmetros ventilatórios. Para BÁRTOLO (2008:9), *“a gestão de enfermagem assenta na partilha de responsabilidades e objectivos, na colaboração no processo de tomada de decisão”*.

Nas primeiras semanas, tivemos a oportunidade de conhecer melhor a equipa multidisciplinar com a qual criamos de uma forma positiva elos pessoais, trocando experiências e vivências profissionais, especialmente na área de Oncologia, CI e BO. Conhecemos também, de uma forma mais detalhada, a estrutura física da unidade bem como a dinâmica da prestação de cuidados; apercebemo-nos de alguns aspectos pertinentes, como a existência de um local bem definido (armário fechado), para armazenar todo o material esterilizado. Segundo as normas padronizadas para o armazenamento de material estéril, sugerem que os materiais devem estar bem acondicionados, de preferência em armários fechados, não sujeitos a poeiras e ao risco de contaminação. Existe um espaço que serve de armazém para todo o material necessário de apoio para a unidade, como soros, vários sistemas, sacos de drenagem, etc.; um frigorífico para armazenamento de fármacos, um lavatório e uma banca onde os assistentes operacionais preparam chás para os doentes. Existe também um W.C. para os profissionais. Numa outra sala, oposta a este espaço, existe uma área de sujos onde estão todos os materiais de limpeza e onde são lavadas, as aparadeiras. Aqui é também acondicionado todo o material que necessita de ir para o serviço de esterilização. Contudo, estes espaços não estão separados da unidade por uma porta, havendo grande exposição visual. Conversamos com o Enfermeiro Tutor sobre este défice com base na matéria leccionada durante o curso, nomeadamente Módulo III – Controlo Infecção da unidade curricular EMC I e Módulo II – Enf. Perioperatório da unidade curricular EMC II, a qual foi bem aceite.

À medida que os dias foram passando, tivemos a oportunidade de observar e vivenciar tudo “*in loco*”, tendo um maior contacto com a equipa multidisciplinar, com os doentes; com protocolos e procedimentos; e com as dinâmicas características da unidade, de forma que consideramos ter **demonstrado capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar.**

A prestação de cuidados ao doente crítico incide na vigilância intensiva, e na complexidade da análise da condição doente, na qual assenta o processo de tomada de decisão do Enfermeiro Especialista. Grande parte do foco da atenção do enfermeiro centra-se no domínio da função, despistando precocemente mínimas alterações na condição do doente susceptíveis de causar um agravamento clínico do doente. Como tal, a prestação de cuidados a estes doentes críticos exige do Enfermeiro Especialista uma ampla articulação de conhecimentos na interpretação de dados clínicos complexos, para que a tomada de decisão seja rápida e eficaz.

Do processo de “ (...) *decisão clínica de enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias (...) interagir, intervir, conhecer a doente, resolver problemas e avaliar - , as quais ocorrem de modo contínuo, inter-relacionado e dinâmico*” (JESUS, 2004:451).

A nível de cuidados de enfermagem ao doente crítico, os procedimentos técnicos que realizamos durante o estágio, passaram pela abordagem à via aérea artificial, ventilação mecânica, monitorização invasiva, técnicas de suporte da função renal, suporte farmacológico, e técnica de hipotermia induzida. “*A competência técnica resulta de um conjunto de saberes mobilizados em situações de trabalho*” (BARTOLO, 2008:18). Os cuidados de enfermagem centraram-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.

Embora na nossa prática diária o recurso à monitorização invasiva, como a PVC ou PA, sejam uma constante, assim como o cuidado ao doente ventilado mecanicamente, cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos e sobretudo ventilação não invasiva era nosso objectivo, e para isso observamos, pesquisamos e intervimos. Da realização da pesquisa, apercebemo-nos que existem bundles (pacotes de recomendações de procedimentos baseados na evidência) para prevenção PAVI, e que eram por nós desconhecidas das quais destacamos: a aspiração da naso e orofaringe, a verificação da pressão de cuff, a lavagem da cavidade oral com desinfectante antes de baixar a cabeceira da cama; outra recomendação refere-se à elevação da cabeceira da cama do doente a 30º como, forma de evitar o refluxo gástrico e conseqüente aspiração de conteúdo. Estas bundles para prevenção da PAVI encontram fundamentação teórico-prática, na REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA INTENSIVA (2009: 19-20).

Na pesquisa efectuada verificamos a existência do Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial realizado por FROES (2007), que propõe a utilização do acrónimo “A MENTE”:

A – acordar – evitar sedação profunda e agentes paralisantes;

M – mãos – cumprir a assepsia e lavar as mãos;

E – elevar a cabeceira do leito a 30-45°;

N – nutrição de preferência entérica;

T – tubo – evitar entubar ou extubar e retirar acessos precocemente;

E – educação, formação e envolvimento dos profissionais através de um programa de controlo da infecção hospitalar, com o objectivo de sintetizar as principais medidas, na prevenção da PAVI facilitando a sua implementação no dia-a-dia.

O uso único da sonda de aspiração e com técnica asséptica são medidas implementadas neste serviço. Na UCIP, além de utilizarem estas diretrizes, para a prevenção da PAVI, também é rotina a troca do filtro humidificador usado nas traqueias do ventilador diariamente e sempre que necessário. Esta intervenção vai ao encontro das recomendações na prevenção das infecções associadas à ventilação invasiva.

A capacidade de evitar as infecções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objectivo do controlo de infecção é evitar as infecções evitáveis e fazê-lo de uma forma custo-efectiva, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infecção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro susceptível. (CCI, 2007)

Na UCIP a maior parte dos CVC, são colocados na veia subclávia, o que vai ao encontro das recomendações do PNCI (2006) na prevenção da infecção associada ao CVC. Um dos cuidados de enfermagem que pudemos presenciar e colaborar na preparação do local de inserção do cateter refere-se à desinfecção da pele com Betadine Dérmica com movimentos circulares, o que corresponde ao recomendado pela CCI. No entanto, neste procedimento existe uma lacuna, pois quando o doente necessita de tricotomia, esta é feita com lâmina. Falamos com o Tutor acerca da possibilidade de melhoria neste aspecto, facultando-lhe as recomendações para prevenção da infecção no local cirúrgico. Segundo o PNCI (2006), deve-se evitar a tricotomia e, se necessário, efectua-la com máquina eléctrica, o mais próximo possível da intervenção - *Categoria IA*.

O 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%. 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. Estes dispositivos ainda têm a vantagem, segundo MANUAL DA CCI (2007), de só precisarem de ser trocados de 7/7 dias. Foi feita a sugestão à Enfermeira Chefe.

Na UCIP os sistemas de perfusão são trocados de 72/72 horas excepto os de propofol que são trocados de 24/24 horas, não estando esta troca de acordo com as recomendações do

CDC, que diz “*Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas, dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante*” Categoria IA. Falamos com o Tutor acerca da possibilidade de melhoria destas intervenções, que achou pertinente e fundamentada a nossa observação, referindo ser um tema a dialogar para possível mudança de comportamento, no sentido de melhoria da prática de cuidados.

Quanto à heparinização dos sistemas de monitorização invasiva, na UCIP existe uniformização de cuidados relativamente a este procedimento, nomeadamente colocação solução salina (cloreto sódio 0,9% com heparina, na concentração de 50u/ml), em manga de pressão para manter um flush contínuo.

Após pesquisa sobre a heparinização ou não, levamos dois estudos comparativos encontrados, “*Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines*” realizado por WHITTA (2006), e por COTILLO (2008), “*Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial*”, com o objectivo de demonstrar que não existe vantagem no uso da heparina, tendo a Enfermeira Chefe mostrado alguma receptividade. Com esta nossa postura pensamos ter **associado os resultados da evidência científica** acerca das recomendações na manipulação dos CVC, cateteres periféricos e na prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, tendo revelado **capacidade de detectarmos alguns problemas e propormos soluções**.

O controlo de infecção foi, como tal uma das nossas principais preocupações, pelos aspectos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e tratamento do doente com falência multiorgânica, **demonstrando assim um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC**.

A vigilância epidemiológica da infecção é, na UCIP, considerada uma medida custo-efectiva de prevenção e controlo, já que permite a identificação dos doentes mais susceptíveis à infecção, detectar importantes mudanças dos padrões das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) ao longo de tempo e fornecer informação sobre as práticas mais relevantes para a infecção, nomeadamente, o uso de antibióticos, os cuidados com a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos, entre outras. A vigilância epidemiológica nesta unidade tem demonstrado ser eficaz na redução das taxas de infecção, uma vez que os profissionais de saúde, à medida que conhecem a sua realidade relativa à infecção, ficam mais sensíveis para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da mesma. Esta realidade lembrou-me a importância de **desenvolver a prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência** e do rigor dos procedimentos no doente crítico.

Um aspecto inovador introduzido nesta unidade no decorrer do estágio foi o uso do “BIS”, também conhecido por nós, pois é utilizado com frequência na nossa prática diária. Esta monitorização fornece informações objectivas sobre respostas individuais do doente às drogas sedativas. A medida contínua da hipnose através do “BIS” permite a optimização e a individualização da administração dessas drogas, prevenindo-se assim tanto subdoses quanto sobredoses.

Uma das inúmeras situações por nós vivida durante o estágio foi cuidar um doente com uma sépsis, que tinha uma grande instabilidade hemodinâmica, cujas doses elevadas de sedativos provocavam hipotensão. Nesta situação, sugerimos que a resolução da hipotensão poderia talvez passar pela monitorização com o “BIS”, sugestão esta que foi aceite e implementada. Assim, através desta conseguimos ajustar a dose necessária de sedativo, às reais necessidades do doente, tendo em conta a labilidade tensional.

Uma vez que, o nosso percurso profissional se reporta a CI e BO, temos a certeza que nos facilitou a nossa integração relacionada com as técnicas acima referenciadas, **demonstrando assim um nível de conhecimento aprofundado na área da EEMC.**

Ao longo do estágio, a prestação de cuidados permitiu-nos aperfeiçoar a capacidade de interagir, observar e interpretar, avaliar, intervir e resolver problemas, sendo capazes de lidar com o ambiente tecnológico que caracteriza a UCIP, **gerindo e interpretando de forma adequada a informação proveniente da nossa formação inicial, experiência profissional, de vida, e da formação pós-graduada**, bem como da interacção com o Tutor e através da pesquisa bibliográfica, adquirimos conhecimento no manuseamento de monitores, seringas eléctricas, bombas infusoras e telemetria.

Uma das técnicas utilizadas na adaptação do doente à ventilação mecânica sobretudo em doentes com ARDS é o recurso ao uso de relaxantes musculares. Apesar das vantagens no uso da curarização, podem também surgir algumas complicações inerentes a imobilidade, entre as quais, a incapacidade de tossir, a retenção de secreções propícias ao desenvolvimento de atelectasias e conseqüente infecção respiratória. O aparecimento de úlceras de pressão pode ocorrer em poucos dias, pelo que existe uma preocupação por parte dos enfermeiros da UCIP em promover o posicionamento dos doentes como forma de prevenir o aparecimento de complicações que advém da imobilização.

Outro problema que pode ocorrer com o uso dos neurobloqueadores são as abrasões da córnea. Na UCI, este problema foi presenciado e, não existindo uma norma de cuidados aos olhos em doentes curarizados, foi proposto e aceite a elaboração da NORMA DE PROFILAXIA DE ÚLCERA CÓRNEA (*Anexo I*), com o objectivo de uniformizar os cuidados oftálmicos em doentes profundamente sedados e/ou curarizados. **Evidenciamos assim capacidade de realizar a gestão dos cuidados na nossa área de especialização.** Para QUEIRÓS (2001:58) “...a obrigação de, além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal...”. O processo de tomada de decisão ética coloca-se no dia-a-dia dos cuidados de enfermagem e, é muitas vezes algo que surge como intervenção que precisa de ser elaborada mentalmente em períodos muito pequenos de tempo, requerendo espírito crítico e reflexivo associado a experiência clínica e ao pensamento ético fundamentado. Concordando com esta postura e **actuando nesse sentido, demonstramos possuir elevado espírito crítico-reflexivo e a capacidade de decisão. Orientamos os cuidados a prestar, de forma a executa-los segundo fundamentação científica e técnica.**

Prestar cuidados ao doente submetido a técnica dialítica constava nos nossos objectivos. O sucesso desta técnica depende de um protocolo de anticoagulação eficiente para

manter a eficácia e permeabilidade do circuito extracorporeal, minimizando complicações como a hemorragia por anticoagulação excessiva ou obstrução do circuito por anticoagulação insuficiente. O uso de citrato de sódio relativamente ao da heparina tem segundo MARQUES (2009), vantagens na medida em que a perfusão pré filtro capta o cálcio sistémico, bloqueando todas as etapas da cascata de coagulação dependentes deste ião.

Durante o estágio tivemos oportunidade cuidar de um doente submetido a esta técnica de substituição da função renal; colaboramos com o médico no procedimento de inserção do cateter venoso de duplo lúmen, colocado na veia femoral com técnica asséptica cirúrgica. Após a inserção ajudamos o Enfermeiro da Nefrologia na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema fazendo o “prime” da máquina. Para além destes cuidados realizamos gasimetrias arteriais de 4/4h e colheita de sangue venoso pós-filtro em intervalos de 6 horas com o objectivo de avaliar o cálcio ionizado. Após esta monitorização, a nossa intervenção consistiu em corrigir os valores de cálcio sistémico, pelo aumento ou diminuição do ritmo de perfusão de cloreto de cálcio a 10% e citrato, conforme o protocolo instituído na unidade. Tivemos assim oportunidade de colaborar com o Enfermeiro Tutor nestas intervenções tendo por base decisões adequadas e fundamentadas para prevenir complicações.

Uma outra complicação que pode advir desta técnica e detectada por nós foi a hipotermia, devida à exposição contínua de sangue extracorporeal a uma solução de dialisante e reposição que estando à temperatura ambiente, provoca alterações da temperatura corporal e consequentes alterações do débito cardíaco e perfusão tecidual. Na tentativa de encontrar uma solução e minimizar complicações, sugerimos que implementassem a rotina da monitorização contínua da temperatura através do termómetro esofágico, e o aquecimento dos doentes quando necessário; esta foi aceite tendo sido colocada em prática no doente em questão, ficando este normotérmico com esta intervenção, pelo que pensamos ter **demonstrado possuir um elevado espírito crítico-reflexivo e capacidade de decisão.**

Um aspecto que facilitou o nosso desenvolvimento como futuros Enfermeiros Especialistas foi a análise dos protocolos existentes na Unidade e compará-los com a teoria leccionada durante o Curso, aprofundando conhecimentos relativamente à farmacocinética dos fármacos mais específicos, através da consulta bibliográfica e da constatação da eficácia dos mesmos.

O uso concomitante de vários fármacos, 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 foi possível analisar que factores relacionados com o doente (idade, constituição genética, estado fisiopatológico, tipo de alimentação) e a administração do medicamento (dose, via, intervalo e sequência da administração) influem na resposta ao tratamento. Foi pois importante examinar os protocolos da unidade relativamente à terapêutica instituída aos doentes, para aprofundar os conhecimentos sobre farmacocinética já adquiridos e inter-relacioná-los com novos

conceitos, assim como observar directamente o efeito dos mesmos nas repercussões hemodinâmicas no doente e na melhoria da sua qualidade de vida.

Consideramos ter ***aprofundado e demonstrado conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, equipamentos tecnológicos, fármacos e intervenções características da UCIP, de forma a suportar a metodologia de trabalho eficaz que desenvolvemos na assistência ao doente crítico.***

Uma das competências que pretendemos alcançar durante o estágio relacionou-se com a ***demonstração de compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, bem como a incorporação na prática dos resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*** Após efectuar diagnósticos de situação de áreas problemáticas, desenvolvemos propostas de melhoria, tendo-as fundamentado, como até aqui referido, dando assim um contributo à UCIP, na obtenção da excelência dos cuidados de enfermagem.

Para além da dor ser o “sinal vital” que causa maior distúrbio no bem-estar do doente, existem muitas outras causas perturbadoras numa UCI.

Desta forma, fomos chamados a desenvolver competências no domínio de ***avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas,*** nomeadamente, conseguir abstrair o grau de sofisticação da Unidade, e promover o máximo possível o bem-estar e conforto do doente internado. Estas situações de trabalho, que embora pareçam simples, envolvem complexidade, e conseguem pôr à prova a capacidade criativa da equipa. Criar um ambiente confortável, onde a iluminação artificial e o ruído permanente não conseguem influenciar o stress sentido pelo doente, nem sempre é fácil. A privação do sono acaba sempre por ser um problema comum, e todos os sons, que não são familiares constituem maioritariamente uma ameaça para o doente.

Para RABIAIS (2009), a estimulação visual nas unidades é excessiva por causa da iluminação permanente; as luzes podem provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, interrupção do sono. Os ciclos de sono são perturbados não só pela iluminação ou outras fontes de estimulação do ambiente, mas também pelas intervenções constantes dos profissionais de saúde.

A partir desta reflexão, e conjuntamente com a equipa da UCIP, ***intervimos na promoção do bem-estar e conforto do doente, atendendo às evidências científicas e às nossas responsabilidades sociais e éticas.*** Assim, tentamos sempre adequar os tons de conversa, reduzir o ruído e a luminosidade, diminuir os estímulos sensoriais, e proporcionar períodos de silêncio. Este cuidado no CUIDAR, também exige, por parte da equipa a garantia da segurança dos procedimentos de enfermagem, zelando também pelos cuidados prestados por outros elementos.

Desta forma, foi sempre criado e mantido um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias de garantia da qualidade dos cuidados e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

- **Identificar estratégias de gestão de recursos humanos e materiais e de cuidados de enfermagem.**

Actividades/Estratégias:

- Observamos a enfermeira chefe no exercício da sua prática clínica;
- Entrevistamos a enfermeira chefe, com o objectivo de aferir o modelo de gestão adoptado;
- Observamos e participamos na gestão de recursos humanos e materiais;
- Identificamos os índices de carga de trabalho, face à gravidade e prognósticos dos doentes e sua aplicação prática.

A constante preocupação na racionalização dos custos, tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de Enfermagem são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. Para MACHADO (2001), as funções dos enfermeiros são redefinidas pelos países que reestruturam os seus serviços de saúde a fim de conter os custos. Neste processo os enfermeiros precisam de justificar o seu papel em termos de 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 dos Cuidados de Enfermagem preconizam a *“utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002:15). A gestão é um domínio da área de competência do EEMC que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

A gestão de recursos materiais e humanos também foi uma actividade por nós desempenhada, o que nos permitiu compreender a metodologia adoptada no serviço.

Neste, a reposição de material é feita por níveis de Armazéns Avançados: diariamente, a Enfermeira Chefe, confirma através da leitura de um código de barras, as quantidades apresentadas com as existentes e as de stock. Se houver um registo do consumo clínico controlado do que é usado no momento pelos profissionais, estas quantidades conferem a realidade existente e, quer o armazém quer a farmácia fazem a reposição. Quando falta algum material/fármaco, ou quando é necessário justificar algum pedido, este fica sob a responsabilidade da Enfermeira Chefe, que faz o pedido através do CPC[®] (programa informático de acesso à farmácia). A reposição é efectuada pela farmácia e baseada no registo do consumo clínico e não na prescrição. Na nossa perspectiva e mediante este sistema, o controle do desperdício é maior uma vez que se repõem apenas o que se gasta. A desvantagem é que se houver um consumo exagerado em que se ultrapasse os níveis de reposição provoca ruptura de stocks, situação que não se verificaria com o sistema de unidose,

em que a medicação é fornecida de acordo com a prescrição e o consumo esperado nas 24 horas.

Existem 6 equipas de enfermagem na UCIP, cada uma com 5 elementos, estes trabalham em sistema de roulement, uma vez que o funcionamento do serviço é contínuo. O plano de distribuição de trabalho é feito para o turno seguinte pelo enfermeiro responsável de turno, procurando obedecer a critérios da continuidade dos cuidados, não descurando também a rotatividade na atribuição dos doentes e tendo em conta o grau de dependência dos mesmos. Isto porque devido à frequência de turnos seguidos efectuados pelos elementos, uma das explicações possíveis poderá residir no facto de a rotatividade concorrer para que não haja sobrecarga oriunda da continuidade de cuidados aos doentes com maiores necessidades.

A motivação é um dos aspectos fulcrais para a satisfação no trabalho, para SOARES (2007:128), e, segundo o modelo das características da função de HACKMAN e OLDHAM “os indivíduos podem ser motivados por via da satisfação intrínseca, a qual resulta do desempenho das tarefas”.

O *ratio* doente/enfermeiro é 2/1 em todos os turnos, o que está em conformidade com as recomendações da DGS que constam no documento “*Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) Fomos capazes de ***compreender a metodologia adoptada na gestão do serviço ao nível dos recursos humanos e materiais.***

Quanto aos recursos humanos também foi possível trabalharmos, na realização dos horários e verificar os recursos humanos da equipa multidisciplinar, nomeadamente, por motivos de substituição de elementos ausentes.

Durante o estágio foi possível verificar o estilo de liderança que “é o processo de conduzir um grupo de pessoas. É a habilidade de motivar e influenciar os liderados para que contribuam da melhor forma com os objectivos do grupo ou organização.” (ROBBINS, 1999:15)

Na unidade as decisões são partilhadas com a equipa e as actividades são planeadas após proposta da Enfermeira Chefe e, quando necessário são discutidas em grupo e o líder envolve-se com o grupo, desenvolvendo-se a responsabilidade e a tomada de decisão dos enfermeiros.

A observação e colaboração na gestão de recursos humanos e materiais, contribuíram para o nosso desenvolvimento profissional, pois era uma área da enfermagem que não tínhamos experiência. Foi muito interessante percebermos a dinâmica da gestão dos materiais, assim como, verificarmos a gestão e articulação dos enfermeiros, na realização do horário.

Esta experiência permitiu-nos adquirir competências no domínio da gestão, nomeadamente, ***realizando a gestão de cuidados e exercendo supervisão do exercício profissional na área da EEMC***, sendo um contributo para a nossa formação na área de EEMC. É uma vertente que na nossa vivência diária não é muito experienciada, levando-nos a reflectir sobre esta temática, possuindo neste momento, uma visão mais alargada e aprofundada do que é a gestão numa UCI.

- **Analisar o processo de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação, ao nível processual e estrutural.**

Actividades/Estratégias:

- Aplicamos o processo de enfermagem tendo em atenção a especificidade da unidade;
- Elaboramos registos de enfermagem, objectivos e rigorosos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados;
- Identificamos incorretas utilizações que enviesam agregação de dados e produção de sínteses informativas;
- Identificamos necessidades de parametrizar para um melhor uso do sistema de apoio à prática de enfermagem;
- Identificamos diagnósticos de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, utilizados pela equipa de enfermagem.

Com a nossa participação em todas as actividades inerentes à prática de Enfermagem que envolveram os nossos doentes, sentimos necessidade de aprofundar, pesquisar e interrelacionar os conhecimentos leccionados durante o Curso. Sendo que, na continuidade desta responsabilidade, era nossa função efectuar os registos, tivemos contacto com o sistema informático (Picis® – Critical Care Manager) de registos de Enfermagem, baseado na CIPE® (Versão β2, 2005). O Picis® é um sistema de informação integrado que possibilita a automatização da recolha de dados clínicos e organiza os processos de trabalho de prestadores de saúde.

A necessidade da implementação de um sistema no serviço surgiu da falta de rigor que se assistia no processo do doente, levando muitas vezes a erros de interpretação de dados, com todos os riscos que isso acarreta. Um sistema de informação permite agregar, registar e analisar informação relativa à evolução do estado do doente e aos cuidados a este prestados.

A implementação de um novo sistema de informação num serviço acarreta sempre grandes mudanças de comportamento em todos os intervenientes, pelo que implica um esforço de todos para o seu sucesso.

Atingir este objectivo foi para nós o mais trabalhoso uma vez que neste estágio, pela primeira vez, tivemos a oportunidade de contactar com a CIPE®. Levantam-se fenómenos de enfermagem correspondentes às necessidades de saúde demonstradas pelo doente e associam-se intervenções para suplantar as mesmas.

Neste serviço foram feitas parametrizações de modo a selecionarem os focos que mais dizem respeito à realidade deste serviço. Ao explorar o Picis® pudemos verificar que fica registada uma vasta informação referente ao doente, desde a avaliação inicial até ao fim da permanência na unidade, permite aceder às prescrições e administrações de medicação, registos de entradas e saídas e, conseqüente balanço hídrico, diagnósticos e intervenções de

enfermagem. Tudo está informatizado e interligado, os registos médicos e de enfermagem cruzam-se, existindo a possibilidade de fazer um resumo das últimas 24 horas, fornecendo dados em forma de gráfico/tabela que nos transmite a evolução do estado do doente.

Ao verificar alguma uniformização, podemos constatar que a CIPE® de facto tem uma relevância extrema no sentido de projectar a importância dos cuidados de enfermagem. Constatamos porém que, por parte da equipa de enfermagem, os registos no sistema, por vezes, não são efectuados.

Concordamos com VIEIRA (2008) quando esta afirma que se acentua cada vez mais a característica técnica do fazer em Enfermagem. A par do bom comportamento moral, a destreza e a habilidade manual passam a ser grandemente enfatizadas enquanto características importantes numa Enfermeira, porque são fundamentais no contexto da prática exigida. Os posteriores avanços dos conhecimentos científicos produzidos pelos enfermeiros vieram a autonomizar não só a disciplina como também a profissão de Enfermagem.

Acreditámos que a construção de um corpo de conhecimentos é a base para a prática, como algo vital para a evolução da Enfermagem enquanto profissão autónoma. A tomada de decisão baseada em algo reconhecido de forma global é, de facto, um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. Esta tendência é a busca da nossa autonomia enquanto profissionais de saúde, com um corpo de saberes próprio que reflectem a essência da Enfermagem – o CUIDAR.

Ao longo do estágio pudemos familiarizar-nos com este sistema de registos pelo que ***zelamos pelos cuidados prestados na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.***

➤ **Estabelecer uma relação terapêutica, com o doente e família/cuidador.**

Actividades/Estratégias:

- Envolvermos a família ou cuidador no processo de doença/recuperação do doente, demonstrando disponibilidade, tendo em conta que esta é também alvo da nossa atenção;
- Revisão bibliográfica sobre a percepção dos familiares de doentes internados numa UCI;
- Recorremos a todas as técnicas de comunicação e estabelecimento de uma relação empática com o doente, família ou cuidador;
- Agimos de acordo com a ética e deontologia profissional envolvendo a pessoa no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade assim como crenças e valores;

- Recorremos a conhecimentos adquiridos durante o curso leccionados na área curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo I;
- Identificamos situações problemáticas, relacionadas com a interacção equipe de enfermagem/doente/família/cuidador;
- Identificamos estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem da UCIP, na transmissão de informação ao doente e família.

“A doença e o internamento na UCI são situações que desencadeiam uma crise emocional, não só para o doente como para a sua família” (GONÇALVES, 2001:11). Segundo o mesmo autor, qualquer situação que exija uma hospitalização é um acontecimento que altera profundamente os hábitos de vida diários do doente e consequentemente da família, daí que o envolvimento desta no processo de cuidados ao doente seja fundamental, de forma a minimizar essas alterações.

A comunicação com a família é uma área muito vasta, pelo que decidimos centralizarmo-nos na revisão bibliográfica sobre a percepção dos familiares de doentes internados numa UCI, no sentido de percebermos quais os factores que influenciam a mesma e, tendo em conta os resultados obtidos, quais as estratégias que, de alguma forma, podem ser desenvolvidas para minimizar esses factores, uma vez que essa percepção irá influenciar toda a relação doente – familiar – profissional de saúde.

Segundo a CIPE® (versão β2, 2005: 65), entende-se por família: *“O conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo o colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”*.

O conceito de família deve ser sempre encarado sob a perspectiva do doente, sendo considerados elementos da família, aqueles que este considera como tal. Deste modo, a família não deve ser unicamente interpretada como um conjunto de pessoas com laços de consanguinidade. A família é, portanto, uma unidade social que confere suporte e apoio aos seus membros, a nível social, emocional, económico e, ainda, no que respeita à educação e à saúde.

Contudo, na UCIP, atendendo à situação particular de cada doente, consideramos que os profissionais poderiam desenvolver esforços no sentido de promover o envolvimento da família no processo de cuidados do doente, tornando-a um elemento activo no mesmo. Para tal, seria fundamental reajustar o horário de visitas, bem como, otimizar este tempo, envolvendo a família. Se tal ocorresse, estamos certos que este esforço se traduziria em ganhos em saúde. Estes ganhos relacionam-se não só com a prestação directa de cuidados face a uma situação específica de doença, mas também ao nível da promoção da saúde, já que esta se afirmaria como uma área de fundamental investimento.

A comunicação constitui um aspecto fundamental para o estabelecimento de uma relação eficaz entre o enfermeiro e o doente. De acordo com POTTER e PERRY, (2006:139), “... *todas as relações de cuidar, estabelecidas no âmbito profissional, podem ser reforçadas por princípios e orientações de utilização eficaz das técnicas de comunicação.*” A comunicação em Enfermagem trata-se de um processo de interacção onde se pretende transmitir informação, partilhar emoções, sentimentos e ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e de escutar. (NEVES, 2004)

Concordamos com o pressuposto de que o escutar deve ser activo, o que consiste em ouvir com atenção para melhor compreender a mensagem que está a ser transmitida pelo doente, permitindo criar uma certa confiança. Não descurando nunca a importância da empatia, que se revela como a capacidade de compreender e aceitar a realidade de outra pessoa, exprimindo não só compreensão por aquilo que foi transmitido como demonstram à pessoa que aquilo que disse foi ouvido. Ao longo do estágio demonstramos interesse e disponibilidade, para que o doente e família se sentissem à vontade de modo a exprimir o que os preocupava. Assim, é muito importante estabelecermos uma comunicação coerente com a pessoa/família, adaptando o vocabulário e linguagem ao conhecimento da pessoa.

Ao longo do estágio, desde o primeiro dia até ao último sem excepção, sentimos necessidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos na área curricular Médico-Cirúrgica II - Módulo I, nomeadamente sobre a forma como a família percebe a unidade. Procuramos ***tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas, e as responsabilidades sociais e éticas.***

A família é sem dúvida um aspecto que a equipa de enfermagem da UCIP valoriza. Não só a transmissão de informação, como a preocupação em acompanhar quando se deparam pela primeira vez com os seus familiares ventilados. Achamos que devemos acolher a família de forma calorosa, apresentarmo-nos, mostrando disponibilidade, facilitar a expressão de emoções e informar 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 estes os princípios que nos acompanharam neste percurso.

Por tudo isto, propusemo-nos na realização de um GUIA de ACOLHIMENTO às VISITAS na UCIP, com o objectivo de fornecer informação sobre a dinâmica da Unidade e sobre aspectos comportamentais relacionados com a visita aos doentes internados, uma vez que constatamos que o existente continha pouca informação e, com uma linguagem muito elaborada e técnica (*Anexo II*). Esta proposta foi muito bem aceite, pois está constituído a nível hospitalar, um Grupo de Humanização, o qual se encontra a elaborar um manual de integração às visitas, que irá ser direccionado, posteriormente, para cada serviço; pelo que, este guia será um complemento desse mesmo manual para a UCIP.

A competência relacional adquire o seu expoente máximo quando surge o confronto com situações complexas de resolução de problemas, a má notícia, o mau prognóstico, a morte, ou simplesmente com a prática diária de comunicar com o doente. Um aspecto que

consideramos de extrema importância e que nos surpreendeu pela positiva é a relação que alguns profissionais estabelecem com a família. Reparamos que podem ocorrer conversas de um modo formal ou informal, de acordo com a exigência de cada situação. A família é chamada a pronunciar-se nas situações complexas de investimento terapêutico, *“pois a complexidade e dificuldade que envolve a má notícia são atenuadas se se estabelecer comunicação empática e se este contacto for partilhado”*, (MUELLER, 2002:18).

Na UCIP, são muitas as vezes em que o ambiente técnico sofisticado supera a relação que se estabelece com o doente. Embora o domínio da *Função* (CIPE®, versão β2, 2005), e excluindo os diagnósticos do auto cuidado, prevaleça como aspecto central da intervenção dos enfermeiros, existe também a preocupação da equipa em intervir no domínio da *Pessoa* (CIPE®, versão β2, 2005).

Uma das actividades por nós realizada, foi para além de nos centrarmos no foco de atenção vigilância, ensinar aos doentes, quando possível, a técnica da distração através por exemplo da televisão com o objectivo de promover um auto controlo da ansiedade. Com esta simples intervenção pudemos abstrair alguns doentes do contexto onde estavam inseridos minimizando a ansiedade, contribuindo para que a recuperação fosse mais rápida.

É verdade que o enfermeiro estabelece diariamente a Relação de Ajuda com o doente e família; segundo SIMÕES (2008:239) a *“relação de ajuda no contexto dos cuidados de Enfermagem, é particularmente eficaz no apoio a doentes com grande sofrimento, por perdas sucessivas de independência, situações de medo, dor extrema, solidão e abandono”*.

Contudo, e no nosso entender, muitas das vezes minimiza a importância da comunicação na sua globalidade, dando ênfase à parte técnica e não à relacional, aspecto que influencia a prática dos nossos cuidados, pois como refere INABA, SILVA & TELLES (2005), a comunicação é um aspecto importante ao atendimento aos doentes críticos e o enfermeiro pode, se tiver um bom contacto, uma boa comunicação com a família estabelecer um melhor cuidado, contribuindo deste modo para a excelência da prática da Enfermagem, criando oportunidades de aprendizagem para o doente/família, podendo despertar o sentimento de confiança entre doente e enfermeiro, permitindo que ele experimente a sensação de segurança e satisfação.

Frequentemente o internamento em UCI's pode colocar o doente em situação de profundo isolamento; no nosso ponto de vista e pelo que vimos 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 nós executadas, foi tocar nos doentes sem luvas, quando possível para que este toque se tornasse mais efectivo e tentamos motivar os Enfermeiros para esta prática.

Quanto mais isolado está o doente, menos a equipa parece interagir com ele; segundo SILVA (2002:19) *“...a enfermeira, por interagir directamente com o paciente/cuidador, precisa estar mais atenta ao uso adequado de técnicas de comunicação interpessoal”*. A interacção humana requer feedback nas pessoas com as quais a interacção é estabelecida, confirmando

o grau de compatibilidade e adequação com as normas relativas a determinada situação. Para tal, é fundamental que os indivíduos envolvidos reflectam sobre os seus comportamentos, de modo a saberem interpretar os símbolos e sinais de interacção.

Uma das possíveis justificativas para esta ocorrência parecem decorrer de que a assistência em CI ainda vem sendo fundamentalmente, orientada pelo modelo biomédico, cuja atenção está dirigida principalmente para a condição patológica e para os procedimentos técnicos. Mais ganhos em Saúde serão possíveis se os enfermeiros romperem com o Modelo Biomédico. Se Enfermagem *“toma por objecto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou eventos significativos que exigem adaptação”* (SILVA, 2007:18).

Diariamente deparamo-nos com doentes impossibilitados de comunicar verbalmente, quer pela sedação, presença de tubo endotraqueal ou traqueotomia. Tivemos assim que nos adaptar a essa realidade, fazendo-nos acompanhar da nossa reflexão na e sobre a prática de forma a conseguir superar este obstáculo tão importante sobre o cuidar.

São várias as evidências científicas, que nos fazem desviar a atenção para esta realidade tão importante do Cuidar em Enfermagem: Comunicar com quem não comunica. NASCIMENTO e TRETINI, (2004:252) referem que reflectir sobre a capacidade de comunicar tornará os enfermeiros mais humanos, mas para que isso aconteça terão que estar: *“ (...) disponíveis para o diálogo... dispostos a ir além da competência técnica (...)”*. SILVA (2006), 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.

Desenvolvermos esta competência, ***demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*** não foi tarefa fácil, mas sim 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), 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 tentamos inculcar na unidade, fazendo dele presença constante no nosso percurso na humanização do “cuidado intensivo”, porque *“ ... só é possível humanizar UTI's (Unidades Tratamento Intensivo) partindo da nossa própria humanização”*. (CINTRA, 2005:75)

Nesta área consideramos ter ***demonstrado consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família,*** assim como, ***abordado questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC.***

- **Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar.**

Actividades/Estratégias:

- Recolhemos informação junto da equipa multidisciplinar no sentido de compreender a organização física e funcional da UCIP;
- Observamos a estrutura física bem como a dinâmica da prestação de cuidados;
- Identificamos normas, protocolos, organização e dinâmica da UCIP;
- Integramos, participamos e colaboramos no trabalho da equipa;
- Adoptamos uma postura interventiva e disponível, na aprendizagem.

O Enfermeiro Tutor teve a preocupação de nos explicar a dinâmica da Unidade, bem como de nos dar a conhecer os protocolos existentes. Na primeira semana consultamos o Manual de Procedimentos e Normas da UCIP, o qual constatamos estar muito incompleto tendo sido referido que se encontra formado um grupo de trabalho para reunir todos os protocolos realizados pela equipa de enfermagem e uniformiza-los, actualizá-los e compilá-los. Prontificamo-nos a colaborar nesse trabalho tendo, após conversa com a Enfermeira Chefe, ficado definido que efectuaríamos uma Norma para PROFILAXIA DA ÚLCERA DE Córnea (como anteriormente referido), cujo objectivo seria uniformizar os cuidados oftálmicos em doentes profundamente sedados e/ou curarizados, problema por nós detectado.

Esta postura permitiu-nos integrar eficazmente no serviço, contribuindo para que **demonstrássemos capacidade de desenvolver um trabalho em equipa e estabelecer relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar** e, assim tal como refere NETO (2008), 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.

Relativamente ao processo de integração, não podemos dizer que foi complicado, ocorrendo de forma gradual, contando com a ajuda de toda a equipa de Enfermagem e, principalmente do Enfermeiro Tutor e Enfermeira Chefe, que se mostraram disponíveis para contribuir para uma boa integração.

Tendo verificado que não existia nenhum documento normativo de integração de enfermeiros na UCIP, propusemos a elaboração de um PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS, o qual servisse de guia orientador para o integrador /integrado, promovendo a homogeneidade dos processos de integração no serviço, e que fosse aplicável, quer a enfermeiros em processo de integração quer a alunos (*Anexo III*). Este trabalho foi uma mais-valia, por verificarmos o interesse do serviço para a sua aplicabilidade, uma vez que irá ser inserido no Manual de Normas e Procedimentos.

A chegada do doente à Unidade é um momento marcado pela instabilidade hemodinâmica do doente e pela rapidez de actuação que é exigida à equipa multidisciplinar.

O estado crítico, a complexidade dos doentes e a necessidade de um controlo severo foi-nos apresentado como as maiores especificidades deste serviço, sendo a componente tecnológica, que além de tecnicamente exigente, tem ancorado a si todas as consequências éticas, morais, emocionais e relacionais.

Nestas situações também foi possível realizar o Processo de Enfermagem, começando por fazer inicialmente 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. Assim, ao longo do Estágio **desenvolvemos capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Tentamos ser assertivos nas nossas intervenções, sendo flexíveis e mostrando iniciativa. Demonstramos, assim **capacidade de formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma sistemática e crítica; produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos, assim como manter de forma contínua e autónoma, o nosso processo de autodesenvolvimento, pessoal e profissional.**

Mostramos interesse e preocupação em desenvolver oportunidades executando todas as técnicas com rigor e destreza, **demonstrando possuir um elevado espírito crítico-reflexivo e capacidade de decisão. Conseguimos gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e formação pós-graduada, assim como demonstramos um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

➤ **Participar no Plano de Formação em Serviço.**

Actividades/Estratégias:

- Entrevistamos a Enfermeira responsável pela “Formação em Serviço” para recolher informação relativa a projectos decorrentes/futuros no serviço integrados no plano de formação;
- Identificamos a dinâmica de elaboração do plano de formação anual;
- Participamos activamente na formação em serviço, como formandos e formadores, no decorrer do estágio.

A formação em serviço é prática presente na UCIP e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da evidência da prática, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem, com o objectivo da melhoria da qualidade dos cuidados. A prática de

enfermagem baseada na evidência é a incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferência dos doentes. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006)

O planeamento das formações em serviço é feito anualmente, sendo que os temas são identificados pela Enfermeira Responsável pela Formação e sugeridos pela equipa de enfermagem. Assim, o papel da Enfermeira Responsável revela-se de extrema importância para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudanças na prática de cuidados, identificando os conteúdos a serem objecto de reflexão, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço.

Na passagem de turno, o enfermeiro responsável de turno com a presença de todos os elementos da equipa, dá uma panorâmica geral dos doentes, e da evolução no decorrer do turno. Este período assume também outras perspectivas, merecendo relevo a integração ao contexto dos CI e a consequente aprendizagem de novas situações permitindo aos enfermeiros um tempo para analisar, discutir e criticar a sua prática, sendo tal como refere HESBEEN, (2000), condição essencial para que os enfermeiros desenvolvam competências pessoais na prestação de cuidados. Após esta pequena reunião, cada enfermeiro realiza a passagem junto do doente para o elemento do turno seguinte. 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 como finalidade 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).

No período em que acompanhamos a Enfermeira Chefe foi-nos permitido presenciar as reuniões diárias da equipa médica, onde se discute os casos clínicos e pudemos também intervir no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Por tudo isto, manifestamos ***capacidade de análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.***

Ao longo deste módulo ***mantivemos, de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional,*** que esperamos ter demonstrado neste relatório.

2- ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência do HPH trata-se de um SU Médico-Cirúrgica e, como tal o primeiro nível de acolhimento das situações urgência/emergência. Cumpre os requisitos exigidos pela DGS, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo de valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com os Hospitais de São João e de Santo António no Porto e, a um nível inferior (com Urgência Básica) com os Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim. A triagem de prioridades dos doentes que acorrem ao serviço é efectuada através do Sistema de Triagem de Manchester desde 2003, que permite o apoio científico à tomada de decisão e uma melhor gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo um atendimento mais célere e clinicamente adequado (SILVA, 2009). Para além da SE e de áreas de trabalho como a Área Médica (com sala de inaloterapia e sala de macas) e a Pequena Cirurgia/Ortopedia, o serviço possui uma ST2 que corresponde a uma unidade de decisão clínica para onde transitam alguns doentes, não internados, em maca, enquanto aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou observação por especialidades, como aliás era já preconizado pelo GRUPO de TRABALHO das URGÊNCIAS (2006). Incluído no SU encontra-se, ainda, a sala de OBS, incluindo a UDT. O SU recebe em média cerca de 250 doentes/dia e tem implementado as Vias Verdes Coronária, AVC e Sépsis, sendo que esta última é mais recente.

O Enfermeiro Especialista na Urgência possui competências quer no campo de acção da sua especialidade, quer nos aspectos culturais e sociais, bem como, a nível das crenças familiares e da sociedade em geral. Faz parte ainda das suas competências o acompanhamento do doente e família, auxiliando a superar eventuais momentos de crise pela implementação de estratégias e potenciais soluções na adaptação às mudanças subjacentes, nas diferentes etapas da doença e do tratamento.

Este Estágio foi realizado com o acompanhamento de duas Enfermeiras Especialistas, durante as 180 horas as quais demonstraram interesse em participar e contribuir para o nosso processo de ensino-aprendizagem e realizamos turnos em horário fixo de manhãs.

O doente inserido num SU necessita de um apoio contínuo e específico por parte da equipa multidisciplinar. Assim, o Enfermeiro, como membro integrante desta equipa, irá exercer um papel determinante para a recuperação e manutenção do doente; sendo fundamental, não só a aquisição de conhecimentos técnico-científicos permanentemente actualizados, como também, dedicação e apoio emocional, segundo uma perspectiva holística e humanizante.

Para cada objectivo específico e actividades desenvolvidas para o concretizar, desenvolvemos uma atitude crítico-reflexiva e adquirimos competências inerentes ao nível de Enfermeiro Especialista, através de uma reflexão pessoal, a partir de conhecimentos teóricos

adquiridos e do recurso a diferentes fontes de conhecimento, promovendo um crescimento contínuo e sistemático.

- **Aplicar conhecimentos teórico-práticos adquiridos, desenvolvendo competência prática na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de SU.**

Actividades/Estratégias:

- Revisão de conhecimentos adquiridos ao longo do curso, especialmente na área curricular de EMC;
- Revisão de conhecimentos sobre os algoritmos de suporte básico e avançado de vida;
- Observamos e colaboramos com o enfermeiro responsável pela sala de emergência;
- Observamos e colaboramos com o enfermeiro tutor na prestação de cuidados;
- Integramos, participamos e colaboramos no trabalho da equipa;
- Aplicamos o processo de enfermagem tendo em atenção a especificidade do SU;
- Exercemos uma prática de enfermagem baseada na evidência, justificada com estudos científicos;
- Implementamos mudanças de actuação com base nos resultados provenientes de investigação em enfermagem.

As oportunidades mais enriquecedoras e facilitadoras para a nossa aprendizagem foram assumir autonomamente e integralmente, como qualquer elemento da equipa, os cuidados aos doentes.

Entenda-se autonomia como a: *“Liberdade de determinar os seus comportamentos, as suas opções, os seus valores, é a vontade própria. Ser autónomo significa poder dispor livremente de si próprio. A autonomia do enfermeiro diz respeito ao exercício do seu papel específico, no qual se destaca as chamadas funções autónomas.”* (MENESES, 2004: 38)

Prestamos cuidados responsáveis, baseados nos conhecimentos já adquiridos, na sabedoria profissional, assumindo responsabilidade e desenvolvendo competências específicas desta área do *saber*. O agir autonomamente, obrigou-nos a reflectir sobre os nossos actos, conduta e intervenções e permitiu-nos, também, relacionar de uma forma profissional com toda a equipa: Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais.

Mostramos interesse e preocupação em desenvolver oportunidades e executar todas as técnicas com rigor, respeitando o procedimento e demonstrando destreza, estabelecendo prioridades e gerindo-as correctamente, articulando os conhecimentos teóricos com a prática, planeando e implementando os cuidados de enfermagem adequados ao doente. Tentamos ser assertivos nas nossas intervenções nos diferentes Cuidados de Enfermagem que prestamos, sendo flexíveis e cuidadosos, mostrando iniciativa.

Demonstramos possuir elevado espírito crítico-reflexivo e capacidade de decisão, assim como, orientamos os nossos cuidados de forma a executa-los, respeitando o procedimento segundo a fundamentação técnica e científica, aplicando todos os conhecimentos aprendidos anteriormente.

Ao longo do estágio, foram várias as situações em que fizemos parte da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados a doentes vítimas de dor torácica, considerando esta oportunidade como fundamental, para entender melhor as opções de tratamento, bem como o papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem que neste contexto são muito mais interdependentes do que autónomas.

Com a passagem na UDT tivemos a oportunidade de perceber a importância do sistema de monitorização EASI nos doentes com Síndrome Coronário. Este sistema específico de monitorização electrocardiográfica de isquemia do miocárdio, designado por EASI, permite a monitorização do segmento ST. É semelhante ao ECG de 12 derivações, mas a sua especificidade permite reduzir a possibilidade de artefactos. Juntamente com este sistema está agregado um programa informático que faz o mapeamento de todo o coração dando a imagem contínua do local da isquemia, assim como monitoriza e regista toda a variação da onda ST.

Consideramos ter ***aprofundado e demonstrado conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, equipamentos tecnológicos, fármacos e intervenções características do SU, de forma a suportar a metodologia de trabalho eficaz que desenvolvemos na assistência ao doente adulto e idoso grave.***

Cabe ao Enfermeiro Especialista, especificamente no âmbito desta área de competências, ***zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC*** e, neste âmbito promover a humanização dos cuidados. Várias experiências nos levaram a perceber que as instituições se dizem centradas no doente, mas que de facto nem sempre é possível constatar isto, na prática diária.

Tivemos a oportunidade de assistir à colocação de um Pacemaker, tendo acompanhado um doente que se encontrava internada em OBS. O procedimento em si foi tecnicamente conseguido com sucesso, com aplicação da anestesia no local de incisão. No sentido de diminuir a ansiedade do doente, levamos a cabo a técnica de distração. Esta experiência fez-nos ter mais atenção à nossa prática, à forma como abordamos os doentes e a dirigir toda a nossa atenção ao doente, uma vez que exercemos funções no intraoperatório, e por vezes, ainda que inconscientemente, poderemos cair no excesso de zelo da técnica e descurar o doente.

Consideramos também importante, a permanência na SE; esta fica situada estrategicamente junto à porta principal; encontra-se devidamente equipada com todo o material necessário para iniciar suporte básico e avançado de vida, sendo composta por duas unidades de atendimento.

Nas situações de emergência em que é impossível prever o que pode acontecer, é crucial que tudo esteja pensado ao pormenor. Um exemplo de uma estratégia é a realização da Check-List da SE, permitindo não só confirmar o bom funcionamento dos equipamentos ou as

validades dos fármacos, como também o conhecimento aprofundado da localização dos mesmos que se reveste de extrema importância numa situação de stress. Neste aspecto, a SE do SU encontra-se muito bem organizada, uma vez que há datas definidas para verificações mais específicas (por exemplo, mala de transporte ou carro de via aérea difícil) para além da verificação diária da sala. Existe por parte dos elementos da equipa, um cuidado com a manutenção da sala; o elemento que está de M responsável pela emergência, diariamente testa o equipamento e tem o cuidado de ter medicação preparada (como é o caso da atropina, da adrenalina e soro fisiológico) que é substituída de 24 em 24 horas. Todos os enfermeiros que ficam responsáveis por esta sala têm formação creditada em suporte avançado de vida. Como parte da equipa há também um médico anestesista/intensivista para assegurar o seu funcionamento. Este dá apoio à SE e responde a chamadas internas em situações de emergência.

No decorrer destes turnos tivemos oportunidades de actuar em contexto de emergência, nas quais pudemos colaborar quer na avaliação inicial, tendo sempre presente a actuação segundo o algoritmo ABCDE, quer na colheita de análises, optimização da via aérea, entubação SNG, algaliação, etc. Pensamos que a nossa experiência profissional graduada e pós-graduada foram muito importantes, permitindo-nos adquirir habilidades e capacidades técnicas para actuar prontamente, colocando em prática todo o nosso saber. Manter uma atitude profissional e de tranquilidade, numa situação difícil é decisivo para cuidar de pessoas em risco eminente de vida.

O domínio cognitivo, do saber-fazer, da experiência e da prática são factores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da acção. Segundo NUNES (2007), na emergência a abordagem do doente crítico é uma situação potenciadora de stress, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades. A SE exige do enfermeiro, conhecimento, rapidez, competência para a tomada de decisões pertinentes ao diagnóstico. A enfermeira estabelece prioridade, avalia os doentes, oferece suporte e apoio às famílias e supervisiona a equipa de saúde. Muitas das intervenções de enfermagem interdependentes, são executadas de acordo com a prescrição e o trabalho integrado com a equipa médica.

A incorporação na prática dos resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências é crucial para uma prestação de cuidados especializados. Neste âmbito, durante a prestação de cuidados, principalmente na ST2 e em OBS constatamos que se encontrava instituída a optimização diária dos cateteres venosos periféricos (CVP) e que tal procedimento consistia em trocar os adesivos (opacos e não estéreis) e realizar a “antissépsia” do local de inserção do cateter com solução alcoólica e com compressas não esterilizadas. Recorrendo não só aos conhecimentos adquiridos (Módulo III - Controlo de Infecção da unidade curricular EMC I), mas também à evidência científica disponível pudemos comprovar que as recomendações relativas à prevenção de infecção de dispositivos intravasculares e nomeadamente no que concerne aos CVP, preconizam que sejam avaliados *“diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do*

penso opaco ou visualizando se o penso for transparente. Os pensos de gaze opacos não devem ser removidos, desde que o doente não apresente sinais de infecção. Os pensos opacos devem ser removidos para visualização do local quando o doente apresente sinais que levem a suspeitar de infecção relacionada com o cateter (Categoria II) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006: 20). Recomenda ainda que, se substituam os CVP a cada 72-96 h no adulto, para minimizar o risco de flebite exceptuando-se os casos em que existem pobres acessos venosos (Categoria IB). Por outro lado, defende que os cateteres colocados em situação de emergência sejam substituídos ao fim de 48h, devido ao maior risco de quebra na técnica asséptica (Categoria IB).

Outra situação considerada de risco consiste na punção venosa sem utilização de precauções universais, mais concretamente sem luvas, que já se encontra de tal forma interiorizada pelos profissionais. Mantivemos sempre uma prática coerente com a redução de risco. Procedemos à reflexão com as Tutoras acerca destas práticas e transmitimos a nossa opinião com base na matéria leccionada durante o curso, a qual foi bem aceite. No entanto, até ao final do estágio não verificamos mudança de comportamento.

A experiência atrás referida ***exigiu de nós competências técnicas, destreza e capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, demonstrando assim um nível de conhecimento aprofundado na área da EEMC.***

- **Identificar estratégias de gestão de recursos humanos e materiais e de cuidados de enfermagem.**

Actividades/Estratégias:

- Observamos a enfermeira chefe no exercício da sua prática;
- Entrevistamos a enfermeira chefe, com o objectivo de aferir o modelo de gestão adoptado;
- Participamos na gestão de recursos humanos e materiais.

A gestão é um domínio da área de 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.

Foi-nos possível colaborar na gestão dos cuidados na área da EEMC ao longo de vários turnos em que acompanhamos as Enfermeiras Tutoras, tendo efectuado gestão de stocks quer ao nível de farmácia quer ao nível de materiais de hotelaria. Os pedidos são realizados mediante um programa informático destinado apenas à gestão - CPC® e tendo em conta o nível de stocks determinado superiormente. Estes pedidos são feitos semanalmente. O estudo dos níveis de stocks fica desta forma muito facilitado na medida em que o programa informático poderá realizar automaticamente as médias de quantidades de materiais gastos no ano anterior e assim permitir ajustes nos stocks recomendados. Quando falta algum fármaco

ou material, ou quando é necessário justificar algum pedido, este fica sob a responsabilidade da Enfermeira Especialista, bem como a reposição e contagem de estupefacientes.

Existem cinco equipas de enfermagem no SU, cada uma com 12 elementos; estes trabalham em sistema de roulement, mantendo o funcionamento contínuo do serviço. A distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelas diversas áreas é feita pela Enfermeira Chefe, diariamente. Na ausência desta, uma das Enfermeiras Especialistas fica em sua substituição; os turnos da tarde e noite são liderados pelo Enfermeiro Coordenador da equipa, gerindo os cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis.

No SU do HPH a função de supervisão dos enfermeiros é da responsabilidade da Enfermeira Chefe, em parceria com as duas Enfermeiras Especialistas. Esta passa pelas diversas áreas de actuação, com vista a se aperceber das dificuldades e problemas levantados pelos enfermeiros.

No SU está implementado o estilo de liderança democrático, chamado ainda de liderança participativa ou consultiva. Este tipo de liderança é voltado para as pessoas, onde há participação dos liderados no processo decisório. As directivas são debatidas pelo grupo e este é encorajado e estimulado pelo líder, existindo um clima de confiança positiva.

A fim de garantir a qualidade dos serviços prestados, instituições de saúde têm-se preocupado em realizar auditorias. A efectivação da auditoria de enfermagem permite a avaliação da qualidade da assistência prestada ao doente oferecendo condições para a sua melhoria. É um processo pelo qual as actividades de enfermagem são avaliadas, através da consulta dos registos, reflectindo, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Assim, os membros da equipa de enfermagem devem planear o tempo para os registos no processo do doente, enfatizando a importância de um registo completo dos cuidados de enfermagem prestados. Neste sentido, em colaboração com uma das Tutoras, responsável pelas auditorias no SU, realizamos auditoria aos registos da avaliação inicial do doente, aquando a sua admissão em OBS. Esta auditoria teve como objectivo verificar se os parâmetros de registo da avaliação inicial do doente, no processo clínico, estão preenchidos na sua plenitude, alertando assim, para a necessidade de medidas correctivas/formativas.

Através desta actividade ***demonstramos capacidade de realizar a gestão de cuidados na área da EEMC e exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC no SU.***

- **Analisar o processo de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação, ao nível processual e estrutural.**

Actividades/Estratégias:

- Aplicamos o processo de enfermagem tendo em atenção a especificidade do serviço;
- Elaboramos registos de enfermagem, objectivos e rigorosos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados;

- Identificamos incorrectas utilizações que enviesam agregação de dados e produção de sínteses informativas;
- Identificamos necessidades de parametrizar para um melhor uso do sistema de apoio à prática de enfermagem;
- Identificamos diagnósticos de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, utilizados pela equipa de enfermagem.

Em todos os turnos, sentimos a necessidade de realizar o Processo de Enfermagem (por vezes mentalmente) através de uma avaliação inicial, aplicando os instrumentos básicos da Enfermagem como: observação directa do doente; realizar um exame físico sobre a condição física do doente como, a integridade cutânea, força muscular; realizar uma entrevista informal ao doente para indagar a sua percepção sobre o seu estado geral, novos sintomas ou sinais, para planificar os cuidados, de forma a otimizar a sua execução em conformidade com o estado, diagnóstico e prognóstico do doente, actuando sempre com uma consciência crítica e com discernimento, característico de um Enfermeiro Especialista.

Perseguindo o objectivo de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente foi necessário desenvolver conhecimentos e utilizar um sistema de informação com o qual contactamos pela primeira vez, o HCIS[®]. Este sistema veio substituir o anterior Alert[®] e integra toda a informação clínica constituindo o processo clínico electrónico, possibilitando a qualquer profissional de saúde a consulta de toda a informação referente ao doente. Para além disso, o programa permite visualizar graficamente as diversas áreas de trabalho do serviço, alocando cada doente à respectiva área em que se encontra.

Da experiência que tivemos, desenvolvemos as seguintes percepções: o programa permite a documentação dos cuidados de enfermagem através da linguagem classificada CIPE[®]. Esta encontra-se parametrizada de acordo com a realidade da unidade de cuidados, o que se reveste de extraordinária importância tendo em vista a gestão da informação e a possibilidade de investigação gerada pela utilização de uma linguagem codificada (PEREIRA, 2009). Não possui registo de avaliação inicial do doente, o que se torna particularmente importante aquando da admissão em OBS, no entanto, é efectuado em suporte de papel. Não é possível fazer interligação dos dados destes com o SAPE[®] o que constitui uma desvantagem tendo em conta que a partir das 24 h de permanência na urgência (OBS) os registos passam a ser efectuados no SAPE[®] e, que é neste sistema que os serviços de internamento operam. Torna-se difícil utilizar os dados produzidos pelo sistema como suporte para a passagem de dados, por exemplo, na medida em que após impressão dos registos de enfermagem surgem as notas gerais, seguidas de actividades diagnósticas, focos de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem todas “misturadas” sem o encadeamento lógico do processo de enfermagem. Este aspecto gráfico dificulta, ainda, a interpretação dos dados pelos colegas dos serviços de internamento uma vez que não têm acesso por via informática a este sistema, mas exclusivamente ao suporte papel.

Para além do Sistema Informação de Enfermagem em uso no SU apercebemo-nos, ainda, da existência de um grupo de suporte que dá apoio à prática profissional - Grupo de Reflexão e Acompanhamento da Prática de Enfermagem. Este grupo reveste-se de crucial importância, sendo constituído por profissionais de vários serviços com o apoio de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto e que cujo trabalho consiste numa operacionalização dos conceitos, resultando na aplicação da linguagem CIPE[®] de forma uniforme pelos diversos intervenientes.

Ao longo deste módulo pudemos familiarizar-nos com este sistema pelo que **desenvolvemos a capacidade de *zelar pelos cuidados prestados na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.***

➤ **Obter conhecimentos sobre a Triagem de Manchester no SU.**

Actividades/Estratégias:

- Revisão de conhecimentos adquiridos ao longo do curso, especialmente na área curricular de EMC;
- Acompanhamos e colaboramos com o enfermeiro da triagem e, observamos os fluxogramas disponíveis.

Foi uma novidade, uma nova experiência o Sistema de Triagem de Manchester, e foi muito interessante observarmos/participarmos com a equipa de Enfermagem.

O Sistema de Triagem de Manchester, já em vigor em vários Hospitais do País, está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao SU.

É uma ferramenta de trabalho para profissionais de saúde cujo objectivo é determinar o atendimento dos doentes que acedem a SU Hospitalares consoante a sua gravidade clínica (Atendimento Imediato - Muito Urgente - Urgente - Standard - Não Urgente). Mesmo tendo sido enviado de um SAP, ou pelo Médico Assistente terá de ser avaliado na triagem de prioridades, e se a sua situação for considerada não urgente deverá aguardar o atendimento dos doentes mais graves.

Efectivamente, o objectivo desta metodologia não é o de fornecer um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica no atendimento dos doentes, através da identificação objectiva e sistemática de critérios de gravidade. Assim, o sistema permite dar a conhecer a prioridade clínica e o tempo médio recomendado até observação do doente pela equipa. Para tal, o triador selecciona um quadro de sintomatologia de entre 52 pré-definidos e, utilizando fluxogramas, procura, em seguida, identificar um conjunto de sintomas ou sinais que discrimine a prioridade

clínica no atendimento desse doente. Posteriormente o fluxograma escolhido mostra discriminadores chave para cada nível de prioridade; estes são seis: risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura; agravamento. Cada conjunto de sintomas ou sinais funciona assim como discriminador e está associado a uma cor que traduz o nível de prioridade de atendimento do doente. Este sistema distingue entre 5 níveis de urgência a que correspondem 5 cores. Há espaços temporais definidos para a observação dos doentes e tempos de espera que se podem prolongar indefinidamente, nos casos clínicos menos graves.

Neste sentido, o Enfermeiro regista as queixas e necessidades referidas pelo doente, acompanhante ou tripulante de ambulância, e segue o fluxograma que considere adequado, o que culminará com a atribuição de uma determinada prioridade. As diferentes prioridades encontram-se diferenciadas por cores, que são identificadas no doente através do uso de uma pulseira da respectiva cor: A pulseira vermelha é atribuída a doentes considerados em situação emergente, pelo que o doente será imediatamente transferido para a sala de emergência. A pulseira laranja será atribuída a doentes cuja situação se considere muito urgente e o tempo médio de espera é 10 minutos. A cor amarela destina-se a doentes em que a sua situação seja considerada urgente e o tempo médio de espera é de 60 minutos. Ao doente cuja situação se considere pouco urgente, atribuir-se-á uma pulseira de cor verde e terão de esperar cerca de 120 minutos. Por último, a cor azul destina-se a doentes em situação não urgente o tempo médio de espera chega a 240 minutos.

A Triagem no SU é feita por um Enfermeiro qualificado, com formação de cerca de 60 horas no Sistema de Triagem de Manchester, que seguindo o protocolo informatizado e com vários esquemas de apoio (tabela de temperaturas, escala de coma de Glasgow, régua da dor) e, após ouvir as queixas do doente (físicas/psíquicas) atribui uma cor prioritária.

O principal papel do enfermeiro da triagem é atribuição da prioridade exacta aos doentes, e este deve ser o seu principal objectivo; isto envolve a tomada rápida de decisões e a delegação de tarefas apropriadas (GRUPO PORTUGUES de TRIAGEM, 1997).

As consultas de Triagem são objectivas exigindo do triador, uma profundidade de conhecimentos médico/cirúrgicos, assim como uma rapidez e flexibilidade mental, além de uma grande responsabilidade na atribuição da prioridade. O Enfermeiro da triagem é o primeiro profissional de saúde que o doente e a sua família encontram na urgência, pelo que saber comunicar com exactidão revela-se fundamental. Esta comunicação pode ter consequências boas ou más. Qualquer mudança de atitude, uma pequena expressão ou gesto, cada palavra escolhida e cada frase pronunciada podem ferir ou curar, pelas mensagens que enviam. Assim, comportamento verbal e não-verbal tem uma enorme influência na triagem.

O Enfermeiro inicia a Triagem, e deve respeitar a confidencialidade dos dados e a privacidade da entrevista e do doente. Observa ou questiona o doente sobre a queixa inicial e encaminha o doente de acordo com a prioridade encontrada e a especialidade. Os gabinetes de triagem (2) também estão estrategicamente junto à entrada. Os doentes quando fazem a inscrição aguardam na sala de espera da entrada que chamem pelo seu nome e se dirijam ao

gabinete referido. Aqui o doente depara-se com o primeiro problema sobre a privacidade, pois muitas vezes está a expor o motivo que o levou à Urgência e está a ouvir a conversa do doente que está no gabinete ao lado e logo deduz que também estão a ouvir o seu discurso. Muitas vezes isto limita e põe pouco à vontade o doente, levantando muitas vezes ao Enfermeiro Triador dúvidas sobre a prioridade a atribuir. Os gabinetes não são totalmente fechados, existe apenas uma parede a separá-lo; este problema seria facilmente solucionado se os mesmos tivessem portas para o corredor.

Para além de ser um problema para os doentes, também é para o Enfermeiro Triador, pois é várias vezes interrompido (por Assistentes Operacionais, Administrativos, pessoas que por ali vão passando, etc.), aumentando assim, o risco de atribuir erradamente uma cor à situação real do doente. Foram várias as vezes que vimos os Enfermeiros a recorrerem aos algoritmos sobre a triagem, no intuito de serem o mais rigorosos possível.

A utilização diária da triagem nos serviços de Urgência remonta aos primeiros anos da década de 1960. Desde então, o processo de triagem já evoluiu bastante, tornando-se possível separar os doentes que requerem atenção imediata dos que podem esperar.

Fomo-nos apercebendo, ao longo deste Estágio, que muitas vezes o que acontece é, que os doentes facilmente “aprendem” que se queixarem com convicção passam à frente dos outros. Ou seja, sabem que a dor ou a escala da dor está associada à cor da pulseira que lhe vai ser atribuída.

Na opinião de CABRAL (1999: 49), “ *Os Enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o doente.*”

Como efectuamos alguns turnos na Triagem, sentimo-nos à vontade para dizer que, aquilo que distingue a eficiência de um Enfermeiro de triagem é a sua experiência e capacidade para fazer uma avaliação rápida e correcta da situação do doente. Para isso, é necessário um vasto campo de conhecimentos por parte do enfermeiro de triagem, bem como uma capacidade de tomar decisões e estabelecer prioridades sobre pressão. Esta enorme responsabilidade, por isso, leva a que o Enfermeiro passe por sentimentos de preocupação, ansiedade e desgaste pela exigência da situação clínica, entre outros.

Foi importante a nossa partilha de conhecimentos (experiência profissional e académica) e a aprendizagem efectuada nesta área com os diversos elementos da equipa de Enfermagem durante a Triagem.

A relação humana com os doentes na sua doença aguda/agudizada por vezes é dificultada pela linguagem usada por estes, que não é clara e educada, exigindo da equipa multidisciplinar muita calma, organização e controle emocional, para a resolução de problemas.

Pelo exposto podemos afirmar que as competências associadas a este objectivo específico, adquirir conhecimentos acerca do Sistema de Triagem de Manchester, foram alcançadas, nomeadamente, ***tomarmos iniciativa e sermos criativos na interpretação e***

resolução de problemas na área da Médico-Cirúrgica e demonstrarmos capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.

➤ **Obter conhecimentos na área das Vias Verdes Sepsis, Coronária e de AVC no SU.**

Actividades/Estratégias:

- Revisão de conhecimentos adquiridos ao longo do curso, especialmente na área curricular de EMC;
- Efectuamos pesquisa bibliográfica sobre esta temática;
- Observação /Compreensão do circuito do doente inserido na Via Verde;
- Realizamos um Estudo de Caso.

Sentimos a necessidade de perceber a lógica de enquadramento das Vias Verdes existentes no serviço nos parâmetros da Triagem de Manchester, uma vez que este sistema de triagem se baseia na identificação de critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, enquanto que as Vias Verdes se fundamentam em algum grau de suspeita de determinado diagnóstico.

No que concerne à Via Verde Coronária esta poderá ser relacionada com o algoritmo “Dor Torácica”, no qual os discriminadores correspondentes traduzem os sintomas de presunção clínica de Síndrome Coronário Agudo, sendo que “dor precordial”, “dor”, “disritmia” e “dispneia” correspondem a prioridade muito urgente (laranja).

Em relação à Via Verde AVC, não existe nenhum algoritmo de “suspeita de AVC” porque a triagem é baseada na queixa de apresentação, mas a existência do discriminador “Défice Neurológico Agudo” em vários algoritmos associados em que se poderão enquadrar doentes com AVC, nomeadamente: “Cefaleia”, “Comportamento Estranho”, “Convulsões”, “Embriaguez Aparente”, “Estado de Inconsciência”, “Indisposição no adulto” ou “TCE” permitem uma vez mais que os sintomas característicos de um AVC correspondam a um doente muito urgente (laranja) na Triagem de Manchester (SILVA, 2006).

No caso da Via Verde Sepsis o mesmo não acontece, devido à grande variabilidade de apresentações e/ou queixas dos doentes, o que poderá ser problemático porque poderão não ser activadas vias verdes quando necessário e em função das prioridades o encaminhamento destes doentes poderá ser muito divergente.

Sendo a Via Verde Sepsis uma realidade muito recente, consideramos importante aplicar os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso, assim como pesquisa bibliográfica efectuada, sobre esta área. Assim realizamos um ESTUDO DE CASO – “DOENTE EM CHOQUE SÉPTICO NO SU” (Anexo IV), o qual para além de fazer parte dos objectivos por nós delineados em projecto de estágio, constituiu um momento reflexivo com a equipa sobre os

aspectos relevantes de actuação de enfermagem perante uma situação clínica, característica do universo de doentes mais comuns no SU – Sépsis.

Podemos afirmar que foi um grande desafio para nós a elaboração deste estudo de caso, devido ao limite de tempo disponível e à abordagem do plano de cuidados ter sido efectuada segundo a CIPE, e, como todos os grandes desafios que são ultrapassados com êxito, sentimos uma profunda realização pessoal e profissional ao conseguir atingir esta meta.

A elaboração do estudo de caso e o ***conhecimento por nós demonstrado na área de realização do processo de enfermagem contribuíram sem dúvida para manter de forma contínua e autónoma o nosso processo de autodesenvolvimento, pessoal e profissional.***

➤ **Estabelecer uma relação terapêutica, com o doente e família/cuidador.**

Actividades/Estratégias:

- Envolvermos a família ou cuidador no processo de doença/recuperação do doente, demonstrando disponibilidade, tendo em conta que esta é também alvo da nossa atenção;
- Recorremos a todas as técnicas de comunicação e estabelecimento de uma relação empática com o doente, família ou cuidador;
- Agimos de acordo com a ética e deontologia profissional envolvendo a pessoa no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade assim como crenças e valores.

O conceito de família deve ser sempre encarado sob a perspectiva do doente, sendo considerados elementos da família, aqueles que este considera como tal. Deste modo, a família não deve ser unicamente interpretada como um conjunto de pessoas com laços de consanguinidade. A família é, portanto, uma unidade social que confere suporte e apoio aos seus membros, a nível social, emocional, económico e, ainda, no que respeita à educação e à saúde.

Segundo POTTER (2003), em saúde, a família pode ser perspectivada como contexto ou como doente. Assim, quando se perspectiva a família como doente, 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.

Quando a família é encarada como contexto, os objectivos prendem-se com a saúde e desenvolvimento de um membro da família. Contudo, embora o processo de Enfermagem se concentre num elemento da família, muitas vezes é essencial que o Enfermeiro avalie os padrões e recursos familiares, de forma a compreender até que ponto esta apresenta capacidades e competências para satisfazer as necessidades do doente.

O factor que pudemos observar como desencadeante de ansiedade no doente e família foi o ambiente desconhecido em que se encontravam, o tempo de espera para serem atendidos, as técnicas e os procedimentos efectuados, a partilha do espaço com outros doentes, com pouca privacidade.

Na nossa opinião, apesar da família se apresentar sempre como um factor determinante em saúde, consideramos que por vezes no SU, a interacção com a mesma é pouco valorizada, sendo os cuidados dirigidos, na grande maioria das situações, apenas ao doente. Porém, consideramos que, em muitos casos, para se assegurar a continuidade de cuidados é essencial promover a colaboração da família não só no momento de implementação de intervenções, mas também no momento do planeamento.

Quando o doente chega ao SU, após ser realizada uma admissão no secretariado do mesmo, este encaminha-se para a área de Triagem. Aqui, o doente é abordado, através da entrevista, no sentido do profissional compreender os motivos que o trazem ao serviço. Neste espaço o doente pode estar acompanhado por um familiar, que muitas vezes, fornece ou complementa a informação que está a ser colhida.

Assim, é necessária a realização de uma colheita de dados eficaz, pelo que, muitas vezes, a descrição do episódio, pelos familiares se apresenta essencial e clarificador. Na nossa opinião, a família deve ser encarada, também, como uma fonte privilegiada de dados. Em grande parte das situações, os familiares assistiram ao episódio que originou o recurso ao serviço, bem como são capazes de caracterizar a condição de saúde/doença do doente, permitindo uma abordagem global.

Como tal, consideramos fundamental a presença de um familiar no momento da Triagem, já que uma triagem eficaz pode condicionar os resultados das intervenções; isto de facto acontece no SU do HPH. O familiar acompanha o doente para a área que este é encaminhado, sendo-lhe colocado uma pulseira de cor branca.

A ansiedade, medo ou preocupação são elementos constantes que acompanham grande parte dos doentes que recorrem a este SU, pelo que a presença de um familiar apresenta efeitos benéficos face a estes sentimentos que em muito condicionam a situação do doente.

Por outro lado, devemos também perspectivar o episódio de urgência sob o ponto de vista da família. Assim, apesar da existência do gabinete de apoio ao doente cuja função é, também, prestar informações actualizadas acerca do estado do doente aos seus familiares, a família vive, igualmente momentos de ansiedade, medo e preocupação.

Compreendemos que, atendendo às especificidades que caracterizam os SU, a integração da família no processo de cuidados seja difícil de concretizar, devido à situação emergente do doente, bem como ao tempo disponível para o planeamento e execução de intervenções.

Contudo, em qualquer área do SU, como em OBS, atendendo à situação particular de cada doente, consideramos que os profissionais de saúde podem desenvolver esforços no sentido de promover o envolvimento da família/cuidador no processo de cuidados do doente,

tornando-a um elemento activo no mesmo. Para tal, é fundamental reajustar o horário de visitas, nomeadamente na ST2 e OBS, em que existem apenas dois pequenos períodos do dia para as visitas (1 hora cada um), bem como otimizar este tempo, envolvendo a família/cuidador. Se tal ocorresse, estamos certos que este esforço se traduziria em ganhos em saúde. Estes ganhos relacionam-se não só com a prestação directa de cuidados face a uma situação específica de doença, mas também ao nível da promoção da saúde, já que esta se afirmaria como uma área de fundamental investimento.

A comunicação constitui um aspecto fundamental para o estabelecimento de uma relação eficaz entre o Enfermeiro e o doente/família. De acordo com POTTER e PERRY (2006: 139) “... *todas as relações de cuidar, estabelecidas no âmbito profissional, podem ser reforçadas por princípios e orientações de utilização eficaz das técnicas de comunicação.*” A comunicação em Enfermagem trata-se de um processo de interacção onde se pretende transmitir informação, partilhar emoções, sentimentos e ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e de escutar. (NEVES, 2004)

Podemos afirmar que comunicar é muito mais que informar. É uma interacção social, uma permuta de ideias, de sentimentos, de emoções, de crenças, de gostos, de atitudes, de gestos, de pensamentos entre duas ou mais pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. É escutar, ouvir, ver e compreender. Comunicar é uma ciência e uma arte.

“O processo terapêutico entre o enfermeiro e o doente/família fica comprometido quando os enfermeiros são pouco comunicativos, o que pode demonstrar uma atitude de pouca abertura e disponibilidade. Que pode ser resultante dos seus próprios medos e receios em relação à doença.” (GARCIA, 2002: 20)

É importante realçarmos, pela experiência profissional que temos a trabalhar há 15 anos com doentes oncológicos e com as suas famílias, que a comunicação constitui um ponto fulcral no relacionamento entre o Enfermeiro e o doente/família. Foi esta a opinião, que verbalizamos aos Enfermeiros do SU, pois, torna-se importante que o Enfermeiro, como técnico de saúde, vocacionado para a prestação de cuidados, tanto ao nível técnico, como de relações humanas, esteja consciente da sua atitude perante o outro como um profissional atento, interessado e compreensivo.

O SU pelas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso é por si só, indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados. O facto das necessidades fisiológicas destes doentes frequentemente se sobreporem às necessidades psicológicas, conduz a que o papel social e afectivo seja renegado para segundo plano.

A assistência em situações de emergência e urgência caracteriza-se pela necessidade de um doente ser atendido num curto espaço de tempo. Incorpora inúmeros aspectos éticos, bem como o princípio da beneficência *“inclui o da não maleficência, ou pelo menos, a obrigação de, além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal”* (QUEIRÓS,

2001: 58), o da justiça e o do respeito pelas pessoas. Como refere SIMÕES (2008: 234), “ *A doença é a própria metáfora da vulnerabilidade e o sofrimento é o rosto amargo dessa experiência. É uma realidade que pode surgir no decorrer da vida do ser humano mas, normalmente, não é permanente. Só quando o idoso se dá conta do passar do tempo e da proximidade de morte é que a consciência da sua vulnerabilidade aparece*”.

E segundo esta perspectiva, a filosofia dos cuidados de urgência passou também a incluir as situações de carências e desamparo, pois é um local em que de certeza o carenciado vai ter a atenção de alguém, vai ter quem o oiça e se necessário, vai ter quem o cubra, lhe dê de comer e o proteja da chuva ou do frio da noite. Este conceito de urgência é fruto da mentalidade e cultura actual, da escassez de recursos e da falta de conhecimentos das pessoas sobre os seus direitos.

Mas “ *o processo de envelhecimento não pode iludir a questão da morte, já que esta é uma condição inerente ao ser humano, da qual ele começa a dar-se conta e com a qual começa a defrontar mais claramente quando inicia a velhice*”. (SIMÕES, 2008: 236)

Alguns dos doentes que recorreram ao serviço, no período de estágio, evidenciavam baixos recursos sociais ou manifestavam solidão, por ausência dos filhos ou viuvez. Nestas situações é necessário encaminhar os casos para o serviço social do hospital. Segundo os Enfermeiros que trabalham há mais tempo no SU, o abandono e falta de apoio a idosos estão a crescer.

Segundo o Serviço Social do HPH, quando os familiares são chamados para ir buscar os doentes não aparecem, pelo que não resta, à instituição, muitas alternativas. Os doentes têm de ir para o internamento, se houver vaga, ou então são internados na ST2 à espera que haja lugar na enfermaria. Ainda o mesmo serviço, referência a falta um sistema reforçado de cuidados domiciliários que permita às pessoas receber cuidados médicos e de enfermagem no conforto do seu lar. Mesmo os lares, (que são obrigados, segundo a actual legislação, a ter apoio médico e de enfermagem), recorrem ao hospital de uma forma “injustificada”.

É fundamental envolver a família no processo de doença pois são parte integrante e essencial, para a recuperação e restabelecimento do doente mas, cada família é diferente e tem características intrínsecas que influenciam a forma de visualizar e encarar a doença, daí que não se deve generalizar a abordagem a todos os membros que compõem uma família, pois cada um tem a sua percepção, face à doença do outro.

Actualmente, numa sociedade que segrega o anonimato e o isolamento e investe na individualização, deve-se cada vez mais “*reforçar o valor da família enquanto espaço de construção da felicidade, da afectividade, da intimidade, da protecção e da solidariedade*”. (LEANDRO, 2003: 59)

Mas é difícil envolver a família, quando esta também, se encontra em sofrimento, pois a doença provoca dor orgânica sendo a origem do sofrimento físico, mas quando associada ao fracasso, à impotência, cria uma distância e é uma fonte de sofrimento psicológico.

Todas as actividades delineadas foram executadas e atingidas ao longo do estágio nas diversas áreas, mediante as diferentes situações de cada doente/família, com espírito crítico

reflexivo em parceria com a equipa de enfermagem. Em todo o cuidado que prestamos ao doente ou família/cuidador, atendemos aos princípios e valores éticos e deontológicos em Enfermagem.

Por tudo isto, consideramos ter ***demonstrado consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, assim como, demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com estes e, relacionarmo-nos de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com os mesmos, especialmente na área da EEMC.***

- **Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a equipa multidisciplinar.**

Actividades/Estratégias:

- Recolhemos informação junto da equipa multidisciplinar no sentido de compreender a organização física e funcional do SU;
- Observamos a estrutura física bem como a dinâmica da prestação de cuidados;
- Identificamos normas, protocolos, organização e dinâmica do SU;
- Integramos, participamos e colaboramos no trabalho da equipa;
- Evidenciamos um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos;
- Adoptamos uma postura interventiva e disponível na aprendizagem.

Este Serviço encontra-se estratégica e logisticamente dividido em sete sectores: Triagem de Prioridades, SE, Gabinetes médicos, Sala de Enfermagem, ST2, Pequena Cirurgia e OBS. Tem uma estrutura física inovadora, pois cada um dos sectores é independente dos outros, tendo cada um a sua sala de espera e estando dispostos em círculo, o que permite uma melhor acessibilidade.

Desde o início procuramos ter uma atitude de colaboração activa com os colegas, de forma a nos integrarmos eficazmente na equipa e dinâmica do serviço, e estarmos alertas para todas as oportunidades, vivenciando-as e, participando nos cuidados paralelamente com os colegas. Conseguimos interagir com todos os elementos com quem fizemos turnos, e estes, sempre se mostraram muito disponíveis aquando das nossas perguntas e inquietações. Foram muito acolhedores e compreensivos, visto a nossa realidade profissional ser muito diferente da executada num SU.

Esta postura permitiu-nos integrar eficazmente no serviço, contribuindo para que ***demonstrássemos capacidade de desenvolver um trabalho em equipa e estabelecêssemos relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar.***

A identificação da estrutura física do SU, da sua organização e, da distribuição de recursos materiais, contribuiu para o desenvolvimento do nosso estágio, de forma muito positiva e orientadora.

A partir da primeira semana, as Enfermeiras Tutoras deram-nos a responsabilidade de assegurar todos os cuidados aos doentes, o que nos permitiu sentir autonomia pela gestão das decisões tomadas e expressar o nosso pensamento crítico. No entanto, apesar disso, nunca nos sentimos abandonados em nenhuma das áreas por que passamos no serviço, e não hesitamos em pedir ajuda sempre que sentíssemos necessidade.

Desfrutamos assim, da oportunidade de participar em todas as actividades inerentes à prática de enfermagem que envolveram todos os doentes que “cuidamos”. Sentimos, em consequência disto, a necessidade de aprofundar, pesquisar e inter-relacionar os conhecimentos leccionados durante o curso.

Assim o exercício profissional autónomo é orientado pela tomada de decisão do enfermeiro e implica uma abordagem sistémica e sistemática, conforme refere NUNES (2003: 10) “...as nossas decisões quanto aos cuidados, e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos, não apenas nos pertencem, como nos constituem profissionalmente”.

O método de trabalho mais utilizado no SU caracteriza-se pelo método individual. Este método consiste na distribuição de um determinado número de doentes, segundo a dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos, durante o seu turno de trabalho. (FREDERICO, 1999).

Ao passar pelas diferentes áreas do SU, constatamos que este método apenas se aplica na Triage e OBS; nas restantes áreas os enfermeiros organizam-se à tarefa. O método por tarefa consiste na distribuição ao pessoal de enfermagem de tarefas específicas com todos ou alguns doentes da unidade de cuidados. Este método de trabalho enfatiza as tarefas e procedimentos. A prestação de cuidados fica assim, destinada a vários elementos, que intervêm de acordo com a disponibilidade de cada um no momento. No decorrer do estágio constatamos que os enfermeiros são responsáveis pelos cuidados globais dos doentes que lhes estão atribuídos, mas na prática trabalham à tarefa. Segundo estes profissionais, a justificação deste facto prende-se com a grande afluência de doentes, e por outro, o tempo de internamento.

Em OBS, o método de trabalho preferencial é o método individual. Também a organização funcional desta unidade aponta neste sentido, uma vez que os doentes são atribuídos em plano de trabalho, aos Enfermeiros, de acordo com a taxa de ocupação de camas (rácio de 3 doentes por enfermeiro). O Enfermeiro tem como responsabilidade a prestação de cuidados globais aos doentes, avaliando as necessidades do doente em cuidados de Enfermagem, planeia os mesmos, executa intervenções e avalia o resultado das mesmas.

De acordo com o CÓDIGO DEONTOLÓGICO, no artigo 86º do respeito pela intimidade, o Enfermeiro assume o dever de “ a) *respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família*”.

Verificamos que as instalações não são as ideais, no que diz respeito ao espaço físico; é um único espaço compartilhado, onde as macas se acumulam lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem espaço para chegar aos doentes e, não estando de acordo com as directrizes protagonizadas no Manual da CCI (COMISSAO CONTROLO INFECÇÃO, 2007:6).

Colaboramos na prestação de cuidados aos doentes, proporcionando-lhes o conforto possível, face às condições existentes. Observamos a contenção de movimentos dos doentes agitados e confusos, para que as quedas não se tornassem constantes. Aquando dos cuidados de conforto procuramos manter a privacidade dos doentes, apesar das cortinas existentes não abrangerem o espaço na sua totalidade.

A profissão de enfermagem está orientada para a promoção da saúde, tal como está consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa: “*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.*”. Segundo o estatuto dos doentes, estes têm direito a “*Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Base XIV Estatuto dos doentes).

A partir desta reflexão, e conjuntamente com a equipa do SU, ***intervimos na promoção do bem-estar e conforto do doente, atendendo às evidências científicas e às nossas responsabilidades sociais e éticas.***

À medida que os dias foram passando, tivemos 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 consideramos que ***demonstramos capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar.***

Num SU o doente deve ser rapidamente avaliado, diagnosticado, intervencionado e após a sua estabilização, ser referenciado para o respectivo serviço, de forma a dar continuidade aos cuidados. Este contexto permitiu-nos reflectir sobre a conduta do Enfermeiro Especialista num SU; este estabelece prioridades, monitoriza os doentes e avalia continuamente os doentes e, supervisiona e auxilia os outros profissionais, evidenciando possuir competências altamente técnicas e humanas.

A assistência ao doente crítico requer uma atitude de tranquilidade, discernimento e ***capacidade de reagir rápida e eficazmente nas situações de emergência/urgência.*** Esta competência foi sendo adquirida com o desenrolar do estágio e com as diversas situações em que tivemos oportunidade de intervir.

Ao longo do estágio, desenvolvemos um discurso próprio e conseguimos uma comunicação, com toda a equipa multidisciplinar, eficaz, realista e ajustada às intervenções e cuidados a prestar, assim como, também conseguimos integrar-nos no método de trabalho implementado no respectivo serviço.

Conseguimos ***desenvolver e aperfeiçoar, capacidades e competências na assistência ao doente crítico em contexto de urgência.***

Assim, por tudo o que fizemos foi possível, **adquirirmos determinadas competências, que numa relação dinâmica implicaram da nossa parte adaptabilidade e flexibilidade que nos permitiram saber agir, formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a nossa formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

➤ **Participar no Plano de Formação em Serviço.**

Actividades/Estratégias:

- Entrevistamos a Enfermeira responsável pela “Formação em Serviço”, sobre as necessidades de formação da equipa de enfermagem, assim como para a tomada de conhecimento, relativa a projectos decorrentes/futuros, no serviço, integrados no plano de formação do SU na área da EEMC;
- Conhecemos a dinâmica de elaboração do plano de formação anual;
- Participamos activamente na formação em serviço, como formanda e formadora.

A formação em Enfermagem, desde sempre, teve uma enorme ligação ao contexto de trabalho dado o carácter prático da profissão. A contextualização teórica ocupa um espaço importante de apropriação dos saberes e desenvolvimento de competência de Enfermagem, face à mudança de paradigma de Enfermagem, do Tratar para o Cuidar. A evolução tecnológica e o aumento de trabalhos científicos no domínio de Enfermagem implicam por parte dos enfermeiros uma actualização constante do seu conhecimento.

No SU a Enfermeira Especialista em EEMC é responsável pela formação em serviço. Além de identificar as necessidades formativas da equipa, planeia e organiza o plano anual. Uma das estratégias utilizadas é o envolvimento da equipa na identificação das necessidades formativas. Assim, no início de cada ano é proposta a formação em diversas áreas, através de uma listagem afixada no gabinete da Enfermeira Chefe para que os enfermeiros coloquem o seu nome como formadores conforme o seu interesse. A avaliação é projectada através da concretização dos objectivos pré-definidos para cada sessão formativa; da análise de resultados das auditorias; e a utilização de instrumentos de avaliação (questionários e grelhas de observação). Assim, os dados obtidos permitem uma melhor descrição do contributo da formação para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Na sequência da prestação de cuidados na SE e OBS do HPH no contexto do Estágio, detectámos necessidade de melhor compreender o fenómeno de Morte, com que os enfermeiros do SU se confrontam no quotidiano, quer de uma forma súbita quer de situação terminal, pelo que realizamos uma pesquisa bibliográfica relacionada com as atitudes do Enfermeiro perante a Morte e circunstâncias determinantes, com vista a uma reflexão acerca do tema e conseqüentemente a uma melhor prática profissional.

Apesar de praticamente todos os enfermeiros aceitarem o Cuidar como sendo primordial função, por vezes deixamos de ser enfermeiros e passamos a ser técnicos que prestamos cuidados eficazes. Sabemos que os cuidados a prestar a um doente em fase terminal, são essencialmente proporcionar conforto, companhia e sobretudo tentar aliviar a dor e sofrimento no tempo que lhe resta viver. Assim, torna-se perentório a mudança de mentalidade de alguns profissionais (enfermeiros, médicos), em reconhecer que o objectivo dos cuidados de saúde nem sempre é a vertente curativa. Seria louvável que todos os profissionais de saúde interiorizassem a utilidade de jamais nos olvidarmos da nossa condição de humanos e da nossa finitude. Só assim se tornaria exequível não recorrer a meios desmedidos que só prolongam o sofrimento do doente e passar-se-ia a Cuidar quando já não é possível tratar.

Ao longo das vivências no estágio, não pudemos deixar de pensar nas situações de investimento desmedido que por vezes acontecem; cada vez mais se vêem pessoas a morrerem sozinhas. O facto de trabalharmos na área de Oncologia origina um dilema na nossa perspectiva de encarar este investimento, não estando os profissionais alertados para o historial clínico do doente e, por vezes procederem à reanimação de doentes que não tinham essa indicação. Compreendemos que o tempo não é suficiente para se saber se realmente há essa indicação, mas se houvesse conseguia-se poupar sofrimento ao doente e família, proporcionando aos doentes em final de vida, um fim com dignidade e qualidade de cuidados.

Desta forma ***demonstramos consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC.***

Neste sentido, realizamos uma ACÇÃO DE FORMAÇÃO sobre "O ENFERMEIRO E A MORTE..." (Anexo V – alínea a), b), c), d), e)), abrangendo também os cuidados ao doente em agonia, ***comunicando assim os resultados da nossa prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas***, cujos Diapositivos se encontram na alínea c)). Elaboramos pesquisa bibliográfica e consultamos os contributos teórico – práticos adquiridos na fase teórica do curso, no sentido de servir de Suporte Teórico (a)).

Pelo que, manifestamos ***capacidade de análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.***

Para esta formação foi realizado um Plano de Sessão (b)). Pudemos ***identificar as necessidades formativas, promovendo a formação na área da EEMC.***

Para realizar a Avaliação da Acção de Formação, fornecemos um Questionário (d)), para verificar o grau de satisfação dos formandos e, para analisar a nossa ***capacidade de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.*** Foram colocadas 6 questões avaliativas segundo duas componentes: a organização geral da acção e, os materiais e conteúdos. A avaliação obtida foi bastante positiva sendo que os resultados em ambas se aproximam bastante. Para proceder ao Tratamento de Dados (e)) recorreu-se ao Microsoft Excell.

Ainda na sequência da prestação de cuidados no SU (mais precisamente em OBS), realizamos um POSTER (b) elucidativo da “*ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO DOENTE SUBMETIDO A PACEMAKER*” (Anexo VI – alínea a), b)), situação muito frequente neste serviço; a respectiva Fundamentação Teórica encontra-se em anexo (a)). A elaboração deste trabalho foi solicitada pelas Tutoras e vem ao encontro da necessidade de aprofundar/actualizar conhecimentos acerca do que é um Pacemaker, os vários tipos que existem e respectiva colocação, as suas indicações, complicações subjacentes; mas acima de tudo para nos consciencializarmos do que um Pacemaker acarreta no doente. Foi ainda nossa preocupação transmitir informação ao doente e família, para que estes se sintam devidamente conscientes e informados sobre os cuidados a ter no domicílio, lembrando que estes são agentes activos na sua recuperação e reabilitação. Neste sentido, a elaboração do póster visa permitir que esta informação passe a estar de fácil acesso para todos os profissionais e doentes/família a consultarem.

Foi desta forma ***demonstrado capacidade de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da nossa formação inicial, da nossa experiência profissional e de vida, bem como da formação pós-graduada, e assim um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EMC.***

Através das actividades realizadas, das oportunidades existentes a que tivemos acesso e do nosso empenho, foi possível adquirir/desenvolver certas competências, ***demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EMC e manter, de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional,*** que esperamos ter ilustrado neste relatório.

3 – CONCLUSÃO

A aprendizagem em Estágio considera-se de primordial importância no desenvolvimento do aluno, possibilitando a mobilização dos conhecimentos adquiridos, enquadrando-os na prática e aplicando-os, permitindo a consolidação de saberes, visando a aquisição de capacidades que permitam alcançar a prestação de cuidados de excelência.

Não obstante a importância da prática, reflectir sobre a mesma, permite uma melhor compreensão do contexto, organizando ao nível cognitivo todas as variáveis essenciais à tomada de decisão e à acção.

O Relatório é um espaço onde a descrição do percurso efectuado, permite demonstrar quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem, abordando as intervenções e reflexões realizadas ao longo do Estágio e o contributo dado para a aquisição de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, os objectivos deste relatório foram concretizados, considerando que do processo de construção, emergiu o aperfeiçoamento da nossa capacidade reflexiva, através do constante questionamento das experiências vivenciadas, competência fundamental para a evolução pessoal e profissional.

As múltiplas experiências que despontaram dos diferentes contextos em que os módulos ocorreram, facilitaram a consolidação de saberes, proporcionando a aquisição de competências inerentes a um Especialista em EMC.

Esta aprendizagem não se resumiu apenas a componente prática das intervenções de enfermagem, mas ao processo de tomada de decisão, interiorizando os mecanismos necessários à produção de um juízo clínico que se coadune com a prestação de cuidados avançados, ou seja, cuidados de maior complexidade e diferenciação. A nossa autonomia como futuros enfermeiros especialistas na área de EMC fica assim fortalecida e sustentada em processos cognitivos e não meramente técnicos.

A nossa passagem na UCIP foi um contributo extremamente positivo para a formação, permitindo-nos adquirir conhecimentos específicos nesta área e também, de adquirir competências ímpares para o nosso futuro profissional. Pudemos observar que a equipa de Enfermagem tem a vertente humana bastante desenvolvida e apaixonada pelo Intensivismo.

Sempre na procura da qualidade dos cuidados, elaboramos uma norma de procedimento para a “Profilaxia das Úlceras de Córnea”, dado ter sido um problema por nós detectado, com o objectivo de uniformizar os cuidados oftálmicos prestados a estes doentes; verificamos o interesse do serviço para a sua aplicabilidade, uma vez que foi inserido no Manual de Normas e Procedimentos.

Tendo identificado que não existia nenhum documento normativo de integração de enfermeiros na Unidade, propusemos a elaboração de um “Plano de Integração de Enfermeiros”, o qual servisse de guia orientador para o integrador /integrado, promovendo a homogeneidade dos processos de integração no serviço.

A família é sem dúvida um aspecto que a equipa de enfermagem da UCIP valoriza. Não só a transmissão de informação, como a preocupação em a acompanhar quando se depara pela primeira vez com os seus familiares ventilados. Neste sentido, propusemos a realização de um “Guia de Acolhimento às Visitas na UCIP”, para ser entregue aos familiares aquando do internamento do doente, com o objectivo de fornecer informação sobre a dinâmica da Unidade e aspectos comportamentais relacionados com a visita aos doentes internados.

A Enfermagem de Urgência é pluridimensional pois implica o conhecimento de vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de Enfermagem. Foi difícil transmitir a vivência no SU e pensámos que boa parte não é descritível, fica no nosso eu, do crescimento. Os ambientes extremos “aguçam” a arte de observação, de rapidez de identificação e selecção do mais importante da acção no momento e tempo certo. Aqui também foi possível verificar que algumas práticas de Enfermagem poderiam ser optimizadas tendo em conta as recomendações do Programa Nacional de Controlo de Infecção. Temos a noção de que a mudança relativamente a determinados comportamentos não é fácil. No entanto, ficamos com esperança, mediante as fundamentações por nós apresentadas, que algumas práticas nos diferentes contextos possam ser alteradas.

Sendo a Via Verde Sépsis uma realidade muito recente, consideramos importante aplicar os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso, pelo que realizamos um “Estudo de Caso – Doente em Choque Séptico no SU”, o qual também constituiu um momento reflexivo com a equipa sobre os aspectos relevantes de actuação de enfermagem.

Ainda na sequência da prestação de cuidados detectámos a necessidade de melhor compreender o fenómeno de Morte, com que os enfermeiros do SU se confrontam no quotidiano, pelo que realizamos uma Acção de Formação acerca do tema com a equipa.

Decorrente da necessidade de actualização dos conhecimentos com vista à melhoria do desempenho profissional nos cuidados ao doente com Pacemaker, realizamos um Poster elucidativo da “Abordagem do Enfermeiro ao doente submetido a Pacemaker”, para que todos os profissionais o pudessem consultar.

As situações imprevistas e por vezes complexas com que nos deparamos, exigiram tomadas de decisões rápidas e fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às nossas responsabilidades sociais e éticas.

Contactamos com muitas pessoas, muitas realidades e muitas situações que nos fizeram questionar como deveria ser o nosso papel enquanto Enfermeiros. A prestação de cuidados de enfermagem foi a área na qual empenhamos e centramos o foco da nossa aprendizagem. O contacto com o doente nos diferentes contextos facilitou a construção de saberes proveniente da interacção com o doente e com a família. A singularidade de cada indivíduo e a multiplicidade de respostas humanas a um problema de saúde ou aos processos de vida com que nos deparamos possibilitou o aprofundar de conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Através de uma relação de ajuda, e de acordo com o mandato social da profissão, desenvolvemos uma metodologia eficaz na assistência ao doente e à família, permitindo que esta expusesse os seus medos e receios e intervindo na redefinição de

papéis, relacionados com a transição para prestador de cuidados, utilizando para isso técnicas de comunicação que facilitaram o processo terapêutico. No doente crítico, compreendemos a importância e demonstramos capacidade, quer no desenvolvimento de técnicas específicas quer na capacidade diagnóstica, utilizando e interpretando os dados provenientes da vigilância intensiva, permitindo a prestação de cuidados em todas as fases do processo de enfermagem.

A experiência adquirida no Estágio 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.

Os ambientes estranhos tornaram imperativa a pesquisa bibliográfica e a consulta de protocolos, que nos permitiu integrar eficazmente equipas multidisciplinares e ultrapassar as dificuldades e limitações que surgiram.

Temos consciência de que muito aprendemos, colocando na prática conteúdos aprendidos durante o Curso. Adquirimos novas competências, demonstramos consciência crítico-reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família/cuidador, tentando sempre que possível, apresentar soluções e/ou sugestões para ultrapassar as dificuldades.

Pensámos assim, ter atingido os objectivos propostos, perdurando a sensação de que o caminho percorrido, apesar das dificuldades, foi extremamente gratificante. Estamos cientes que, ainda é longo o caminho a percorrer na busca contínua de conhecimentos e competências, caminho esse que adivinhamos longo e promissor, como Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica.

Das implicações para o futuro do nosso percurso profissional, é inevitável salientar o contributo que o Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica proporcionou ao permitir o nosso crescimento como pessoas e como enfermeiros, dotando de mais e melhores recursos para enfrentar as dificuldades com que nos deparamos ao longo da nossa vida pessoal e profissional.

Não poderíamos terminar sem perspectivar o futuro. Com as competências adquiridas temos um novo olhar sobre a realidade, o que nos permitirá introduzir mudanças baseadas na evidência, no nosso contexto de acção, tais como, continuar a investir na formação pessoal e profissional, bem como sempre que possível, participar em projectos de investigação no serviço onde exercemos funções, com o intuito de aplicar e aumentar os conhecimentos adquiridos em actividades que consideramos válidas e que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem; assim como, colaborar na gestão, bem como na formação em serviço, e na integração de novos elementos.

Temos a noção de que muito mais poderia ter sido dito, no entanto torna-se difícil passar para o papel todas as emoções e sentimentos sentidos ao longo do Estágio.

No culminar deste trabalho, consideramos ter adquirido e desenvolvido conhecimentos e competências, através de uma aprendizagem contínua que favoreceu a tomada de decisão, a

mudança de atitude através da aquisição de novos saberes, pela reflexão na e sobre a prática e o desejo de melhorar continuamente, em prol da excelência profissional.

Parafrazeando BACH (2001:15),

“...não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer, o que nos define é o modo como enfrentamos esse desafio”.

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, N.º5 de Jan. -Abr.
- BOTERF, G. – 2003. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed: 192.
- CABRAL, A - 1999. **O Enfermeiro e a Triagem**. Sinais Vitais, Nº26: 48-50.
- CINTRA, E.; NISHIDE, V.; NUNES, W. - 2005. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2.º Edição, São Paulo: Atheneu: 75.
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO – 2007. **Manual da CCI**. Centro Hospitalar do Porto: 6.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - 2005. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, Terceira Edição. Versão β2:65.
- COTILHO, M – 2008. **Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial**. Revista Intensive Care Med; N° 34:339 – 343.
- FREDERICO, Manuela; Leitão, Maria - 1999. **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Editora Formasau, Coimbra.
- FROES, F; PAIVA, J. – 2007. **Pneumonia Nosocomial – normas de tratamento: consenso SPP/SPCI**. Revista portuguesa de Cuidados Intensivos. N° 4, Maio: 20-28.
- GARCIA, Susana - 2002. **Comunicação enfermeiro/doente, em contexto hospitalar**. Revista Nursing, N° 165: 20-25.
- GONÇALVES, Albertina [et al.] – 2001. **O enfermeiro e a família: parceiro de cuidados?**. *Nursing*. Ano 12, N° 151, Janeiro: 11-17.
- GRUPO DE TRABALHO DAS URGÊNCIAS – 2006. **O serviço de Urgência – Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes**. Lisboa.

GRUPO PORTUGUES de TRIAGEM - 1997. **Triagem no Serviço de Urgência**. Manual do Formando.

HESBEEN, W.– 2000. **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. 3ª Ed. Loures: Lusociência.

INABA, L.; SILVA, M.; TELLES, S. – 2005. **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Nº 39 (4): 443-9.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – 2009. **Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enquadramento**. Porto: Universidade Católica. Disponível em [WWW:http://www.ics.porto.ucp.pt/](http://www.ics.porto.ucp.pt/). Consultado em: 15.12.2010.

JESUS, É. - 2004. **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto: 451.

LEANDRO, Maria - 2003. **Família em mudança**. Cadernos de Bioética, Nº33: 59.

MACHADO, Paulo Alexandre Puga – 2001. **Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributo para um discurso mais rigoroso** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: 120.

MARQUES, M. – 2009. **Protocolo de citrato de sódio: experiência da UCIPU**. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Nº2, Outubro: 45-50.

MENDES, R. – 2007. **O doente com cateter venoso central**. Revista Nursing. Nº 233. Agosto. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/Index.php?Option=com-content&view=article&id=3012>. Consultado em 18.05.2010.

MENESES, Maria - 2004. **Autonomia do Enfermeiro: Realidade ou Utopia?**. Revista Pensar Enfermagem, volume nº8: 38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2006. **Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares**. Programa Nacional de Controlo de Infecção. Lisboa: 20.

MUELLER, P. – 2002. **Breaking bad news to patients**. Postgraduate Medicine, 112 (3): 15-18.

NASCIMENTO, E; TRENTIN, M. – 2004. **O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Ziderad**. Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. Vol.12. N.º2: 250-257.

NETO, A. - 2008. **A relação enfermeiro/médico: contribuição para a gestão de conflitos.** Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação elaborada com vista a obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em saúde.

NEVES, Maria do Céu Patrão; Pacheco, Susana – 2004. **Para uma ética da Enfermagem, desafios.** Coimbra: Gráfica de Coimbra: 123.

NUNES, Fernando – 2007. **Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência.** Nursing, Nº 219: 7-11.

NUNES, Lucília - 2003. **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal.** Loures. Lusociência. ISBN-8383-30-4: 10.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2001 - **Parecer do Conselho Jurisdicional** - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermaria. Acessível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=164>, Lisboa, Portugal. Consultado em 10.06.2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2002. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Divulgar. Lisboa: 15.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2003. **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** Divulgar. Lisboa: 4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. – 2006. **Tomada de Posição.** Investigação em Enfermagem. Acessível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_InvestigEnf_ermPosCDTomadadePosiacao2604.pdf Lisboa, Portugal. Consultado em 18.05.2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - 2007. **Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema.** Lisboa.

PEREIRA, Filipe - 2009. **Informação e Qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros.** Editora Formasau. Coimbra.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – 2003. **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN 972-675-097-0.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – 2006. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde.** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Porto.

POTTER, P. - 2003. **Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos.** 5ª Edição, Lusociência: 33.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne – 2006. **Assepsia e Controlo de infeção in Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar**, 1ª Ed. Tempo: 139.

QUEIROS, Ana. - 2001. **Ética em Enfermagem**. Lisboa. 3ª Ed. Editora Quarteto: 58.

RABIAIS, I. – 2009. **Stress em Unidades de Cuidados Intensivos**. Lisboa: Hospital de Santa Marta.

REVISTA PORTUGUESA de MEDICINA INTENSIVA – 2009, Outubro, Nº2: 19-20.

ROBBINS, Stephen P. – 1999. **Comportamento Organizacional**. 8.ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Afiliada: 15.

RUA, Marília dos Santos- **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. 681 p. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor, em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Isabel Lobo de Alarcão e Silva Tavares, Professora Catedrática Aposentada, do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro e Coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador, com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

SILVA, Abel – 2007. **Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. Revista Servir. N.º 55: 18.

SILVA, António Marques - 2009. **Triagem de prioridades – Triagem de Manchester**. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina de Catástrofe.

SILVA, Júlia Paes – 2002. **Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais**. São Paulo: Loyola. 3ª Ed. ISBN 85-15-02553-1: 19.

SILVA, Júlia - 2006 **Comunicação tem remédio: A comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde**. 4.ª Edição. São Paulo: Edições Loyola.

SIMÕES, José - 2008. **Reflexão Bioética sobre a situação do idoso e sua família**. Revista Portuguesa de Bioética, Nº5: 234-236.

SOARES, Jorge Manuel Abrantes de Resende – 2007. **Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais**. Universidade de Aveiro: 128.

VIEIRA, Margarida - 2008. **Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência**, Ed. Unipessoal, Lda Universidade Católica, Lisboa.

WHITTA, R – 2006. **Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines** .Critical Care Resuscitation; 8:205-208.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CAMELO SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. **Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura**. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>. Revista. Electrónica Enfermagem. [Internet]. 2009;11(4): 1018-25. Consultado em 29/11/2010.

CHIAVENATO, Idalberto. 2004. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. Pioneira Thomson Learning, 5ª Ed. São Paulo: 332-338.

GOMES, V. – 2009. **SLED: uma reflexão da prática de enfermagem em cuidados intensivos**. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, Nº2, Outubro: 18-20.

GRUPO DE REFLEXÃO E ACOMPANHAMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM - 2008. **CIPE / SAPE – Secção de Reflexão**. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

PEREIRA, A. – 2008. **O ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica: contributo do feedback na promoção de competências auto – regulatórias dos futuros enfermeiros**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa: 332
Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.

SHEELY, Susan - 2001. **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática**. Lusociência, Loures.

LEGISLAÇÃO

CONSTITUIÇÃO REPUBLICA PORTUGUESA, art.º 64.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Circular normativa n.º08/DSPSM/DSPCS de 25.05.03. Disponível em: WWW.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i00880.pdf. Consultado em [29.05.2010](#).

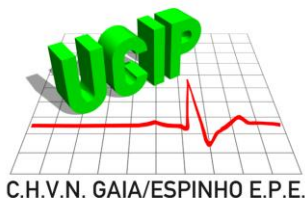
Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Base XIV ESTATUTO DOS DOENTES.

Decreto-lei nº104/98, CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS, Série II, Artigo 88.º, alínea C, de 21 de Abril.

Decreto-lei nº74/2006, Artigo 46º, REGULAMENTO DO ESTUDANTE INSCRITO EM UNIDADES CURRICULARES ISOLADAS, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º107/2008, de 25 de Junho.

ANEXOS

ANEXO I - Norma de Profilaxia de Úlcera Córnea



C.H.V.N. GAIA/ESPINHO E.P.E.

PROCEDIMENTO

Código

Edição N° Data:

Revisão N° Data:

PROFILAXIA DA ÚLCERA DE CÓRNEA

I-INTRODUÇÃO:

Este procedimento é aplicável a todo o doente acamado, com sedação profunda e/ou curarizado que apresenta risco ou presença de úlcera da córnea.

I.1-OBJECTIVO:

Uniformizar procedimento de enfermagem;

Prevenir a úlcera de córnea nos doentes com sedação profunda e curarização.

I.2- DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes.

I.3- DEFINIÇÕES

Úlcera de Córnea

É uma situação patológica em que há uma erosão da córnea, isto é, uma área de córnea sem epitélio (camada mais externa que recobre a córnea). (2)

2-FUNDAMENTAÇÃO:

As úlceras da córnea são lesões oculares extremamente graves que podem causar um grande impacto social e económico na vida do doente, uma vez que pode levar a sequelas, desde o comprometimento visual parcial à perda total da visão, e mesmo do olho, em alguns casos. Além disso, em potenciais dadores, a ausência dos cuidados de enfermagem oftálmicos pode resultar na perda da córnea.

Torna-se um problema de saúde relevante e que deve ser prevenido e tratado o mais precocemente possível. (1)

ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA

1



PROCEDIMENTO

Código

Edição N° Data:

Revisão N° Data:

Causas:

- Infecção por bactéria, fungo ou vírus;
- Quando as pálpebras não se fecham correctamente para proteger e humedecer a córnea, podem aparecer úlceras devidas à secura e à irritação, inclusivamente sem que exista uma infecção.

A lesão de córnea é complicação oftálmica frequente em doentes sedados e curarizados devido à diminuição da produção de lágrimas (uma consequência de administração de fármacos como a atropina, anti-histamínicos, e anti-depressivos tricíclicos), ao ressecamento do epitélio corneano se exposto ao ar ambiente e à falta de reflexos palpebrais protectores. (1)

De acordo com revisões sistemáticas de literatura, a abrasão corneana pode em doentes internados em UCI em relativamente pouco tempo, estando o tempo médio estipulado entre 48 horas a uma semana. Por sua vez a abrasão leva a um risco elevado de infecções e ulcerações.

O edema conjuntival é o resultado de efeitos adversos de ventilação mecânica e de drogas utilizadas para facilitar a ventilação por meio de relaxamento muscular. Tudo isto causa aumento da pressão intra-ocular podendo promover hemorragia da conjuntiva. (1)

Cabe ao enfermeiro de cuidados intensivos a prevenção e a monitorização para a identificação de alterações no tecido corneano.

ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA

2



PROCEDIMENTO

Código

Edição N° Data:

Revisão N° Data:



Fonte: www.coral-lentes.com.br/index.php?id=7&pg=8

Sinais:

- Olho vermelho;
- Dor ocular;
- Fotofobia;
- Diminuição da visão. (4)

Constitui-se uma emergência oftalmológica e o tratamento depende da causa da úlcera.

Os cuidados oculares têm como principal objectivo:

- Evitar a desidratação da retina e as úlceras da córnea.

Tratamento:

Os estudos que abordam a temática mostram que o cuidado oftálmico pode e deve ser prescrito pelo enfermeiro. (1)

Perante a consulta de vários estudos realizados, concluiu-se que a escolha do melhor cuidado de enfermagem a ser implementado é ainda um assunto controverso e sem consenso na literatura.

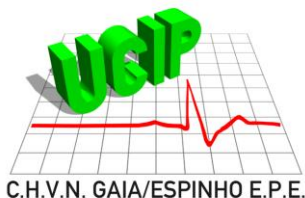
ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA

3



PROCEDIMENTO

Código

Edição N° Data:

Revisão N° Data:

Contudo, a maioria dos autores defendem o uso de pomadas com metilcelulose a 4% (colírio 10mg/ml) associados ao encerramento das pálpebras com adesivo hipoalérgico. (Grau de Recomendação = D) (1)

Podem-se agrupar as intervenções de enfermagem em três categorias:

- Higiene ocular
- Prevenção da secura ocular
- Encerramento ocular.

3- RECURSOS

- Soro Fisiológico
- Compressas Esterilizadas
- Adesivo hipoalérgico
- Lubrificante artificial em gotas ou pomada (metilcelulose).

4- PROCEDIMENTO

1- Lavar os olhos com soro fisiológico isotónico e uma compressa esterilizada para cada olho, limpando as secreções do canto interno do olho para o externo facilitando, assim, a drenagem de eventuais partículas; (Grau de Recomendação = A) (5)

2- Secar bem a pálpebra com compressa esterilizada; (Grau de Recomendação = A) (5)

3- Aplicar lubrificante artificial (ex. metilcelulose) em gotas ou pomada em toda a conjuntiva; (Grau de Recomendação = A) (5)

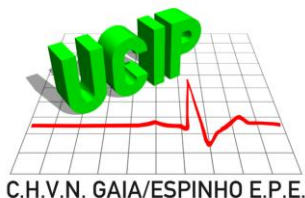
ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA

4



PROCEDIMENTO

Código

Edição N° Data:

Revisão N° Data:

4- Fechar totalmente a pálpebra fixando com adesivo hipoalérgico ou um filme de gel menos aderente; (Grau de Recomendação = A) (5)

5- Executar o procedimento uma vez por turno e em S.O.S. (Grau de Recomendação = D) (1)

Nota: Em caso de suspeita de infecção ocular aplicar pomada oftálmica com antibiótico e segundo prescrição. (Grau de Recomendação = D) (1)

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVARENGA, A. - 2010. **Lesões na Córnea: incidência e factores de risco em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação elaborada com vista a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem;
2. <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?439>, consultado em 16 de Maio de 2010;
3. <http://www.infarmed.pt/formulario/ficha.php?idc=379>, consultado em 16 de Maio de 2010;
4. <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D248%26cn%3D2060>, consultado em 16 de Maio de 2010;
5. PALAIO, A e tal (2001). Cuidados de Higiene ao doente internado no Serviço de Medicina Intensiva - Hospital Infante D. Pedro.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			5

ANEXO II - Guia de Acolhimento às Visitas na UCIP

O **Internamento** na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP):

- é um serviço diferente dos outros por se destinar ao tratamento de doentes que necessitam de maior vigilância, em estado crítico;
- o doente está rodeado de diversos aparelhos, que se destinam a monitorizar o que se passa com o organismo e/ou substituir algumas funções alteradas.

Localização:

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHVNG localiza-se no R/Ch da Unidade 1 (no edifício onde funciona a urgência).

Estrutura Física:

Este serviço é composto por:

- 8 Unidades na sala central,
- 2 Unidades de isolamento para doentes com defesas imunitárias diminuídas ou com potencial contágio para terceiros.

Telefone Directo: 22 786 51 33

Horário de funcionamento do Secretariado é das 8h às 16h.

Equipa de Saúde:

É constituída por:

- Médicos
- Enfermeiros
- Assistentes Operacionais.

Sempre que necessitar pode pedir ajuda de qualquer um destes profissionais.

Informações:

As informações sobre o estado do doente serão prestadas pelo médico que se encontra no serviço em permanência física 24h e enfermeiros, junto dos quais podem esclarecer todas as dúvidas.

Os familiares deverão deixar na UCIP o número de telefone onde mais facilmente poderão ser contactados.

Sempre que possível as informações devem ser dadas apenas ao familiar de referência.

Não peça este tipo de informações pelo telefone, pois se estas fossem dadas a todos os familiares, o tempo seria pouco para o cuidar do doente.

ESTAMOS AQUI PARA O AJUDAR E AO SEU FAMILIAR!

Nesta unidade o doente deverá usar a roupa facultada pelos profissionais e não os seus pertences. Poderá ficar com pertences como óculos, aparelhos auditivos, quando solicitado.

Este serviço tem muitos aparelhos, os quais por vezes provocam algum barulho.

Não se assuste ao ver as pessoas de máscara e outros adereços que poderão ser necessários para segurança do doente.

Não tenha receio de se aproximar do seu familiar/amigo. Para ele isso é muito importante, ainda que para si isso lhe pareça sem sentido.

Se tiver dificuldade em perceber o que o doente lhe quer comunicar, não fique preocupado. Peça ajuda ao Enfermeiro responsável por ele.

As visitas não podem trazer para o doente comida, roupas ou outros objectos pessoais.

Não deverá sentar-se ou colocar objectos pessoais em cima da cama do doente, para evitar infecções.

Visitas:

- São diárias efectuadas em dois períodos: das 17h às 18h e das 20h às 21h;
- Quatro visitas por período, por curtos espaços de tempo; uma visita de cada vez junto do doente,
- Excepcionalmente poderão ser autorizadas visitas fora deste horário;
- A visita pode ser interrompida ou adiada se o cuidado dos doentes o justificar;
- Se o doente estiver em unidade de isolamento, o nº de visitas será restrito;
- As crianças podem visitá-lo, mas é aconselhável que não tenham menos de 12 anos.

Aguarde calmamente que a Enfermeira Responsável lhe comunique quando é possível entrar para visitar o seu familiar, porque as visitas dos familiares são muito importantes para o doente.

Os telemóveis têm que ser desligados antes de se entrar no serviço, pois interferem com o funcionamento dos aparelhos existentes, podendo colocar em risco o doente.

Os visitantes devem seguir rigorosamente as informações do pessoal que trata o doente.

Ao entrar deve:

- Lavar cuidadosamente as mãos; **ou**
- Passar as mãos por uma solução alcoólica (STERILIUM);

Ao sair deve:

- Lavar cuidadosamente as mãos; **ou**
- Passar as mãos pela referida solução alcoólica.

No caso do seu familiar estar em unidade de isolamento ser-lhe-á indicado o uso de máscara, luvas e avental ou bata de protecção, que será retirado no fim da visita e colocado no lixo próprio.

Ao seguir as normas está a ajudar o doente!

PROCURE SER:

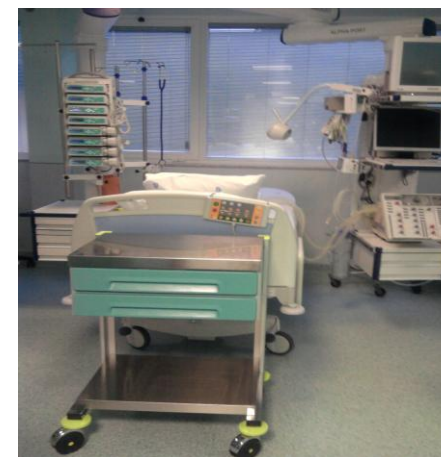
Calmos...

Cuidadosos...

Respeitadores...

**Lembre-se que poderá haver doentes que não
devem ser incomodados!**

**GUIA DE ACOLHIMENTO
às Visitas**



**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
POLIVALENTE**



ANEXO III – Plano de Integração de Enfermeiros na UCIP

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA, E.P.E.

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
POLIVALENTE**

***PLANO DE INTEGRAÇÃO
PARA
ENFERMEIROS***



2010

**CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

A integração dos enfermeiros na Instituição é da responsabilidade da Direcção dos Serviços de Enfermagem.

A integração no serviço é da responsabilidade do Enfermeiro Chefe. Existe ainda o Enfermeiro Integrador que é aquele que irá acompanhar o novo/a enfermeiro/a até ao final da sua integração.

O Enfermeiro Chefe pode fazer avaliações periódicas de orientação ao novo enfermeiro, com o fim de verificar o seu grau de adaptação e se necessário introduzir medidas de correcção.

Na UCIP, os cuidados de Enfermagem são assegurados em contínuo, estando as vinte e quatro horas do dia distribuídas pelos turnos seguintes e com a seguinte carga horária:

Manhã - das 8:00 às 15:30 horas,

Tarde - das 15:00 às 22:30 horas,

Noite - das 22:00 às 8:30 horas.

Os cuidados de enfermagem são prestados essencialmente de uma forma individualizada mas colaborativa. O trabalho em equipa é igualmente uma constante, na medida em que determinadas tarefas só podem ser efectuadas quando há colaboração e apoio de todos. A distribuição dos doentes é efectuada por plano de trabalho. Cada enfermeiro é responsável por toda a função cuidativa no âmbito da sua acção profissional.

O período de integração de um Enfermeiro a uma UCI deve ser no mínimo de três meses, para que o objectivo daquela seja atingido. É óbvio que este período poderá sofrer alterações dependendo de várias características do novo elemento de Enfermagem a integrar (elemento recém-formado ou já com alguma experiência profissional, da mesma instituição ou não), da evolução verificada e dos objectivos que vão sendo atingidos, assim como da necessidade do serviço na integração precoce do elemento.

Este período de integração tem a tutelação do enfermeiro escolhido pelo enfermeiro chefe.

Primeira semana:

O primeiro dia de integração para o elemento recém chegado à instituição, é da responsabilidade do organismo hospitalar responsável pelo acolhimento dos novos profissionais – Serviço de Formação, Ensino e Investigação, cujo objectivo é a integração à Instituição. Para além de outras informações, o enfermeiro toma conhecimento:

- Da hierarquia da Enfermagem;
- A missão do Hospital;
- Política de mobilidade do serviço de enfermagem;
- Constituição e funcionamento das estruturas de formação hospitalar;
- Legislação e outra informação que o enfermeiro deve consultar.

De seguida, o enfermeiro é encaminhado para a UCIP. No caso de ser enfermeiro já da instituição, este é o local onde se deve dirigir no primeiro dia.

Neste dia, será proporcionado toda a informação que lhe permitirá familiarizar-se com o novo ambiente de trabalho:

- Breve apresentação da estrutura física, recursos e dinamica do serviço;
- Apresentação do tipo de horário;
- Apresentação da equipa multidisciplinar;
- Apresentação do novo elemento a quem o vai acompanhar na integração;
- Apresentação da metodologia de trabalho.

Nesta primeira semana o enfermeiro em integração terá um papel passivo e de receptor de informação do enfermeiro tutor que o acompanha.

Pode colaborar na prestação de cuidados directos ao doente. É importante que neste período o/a novo/a enfermeiro/a vá sendo apresentado pelo seu tutor ou chefe do serviço a todos os colaboradores directos e indirectos da unidade, na medida em que seja oportuno.

Neste período é oportuno que o enfermeiro a integrar:

- Conheça a estrutura da unidade, local dos materiais, dos aparelhos, dos fármacos, toda a dinâmica de reposição e aspectos particulares relativos aos mesmos;
- Seja informado de vários aspectos relacionados com a dinâmica da unidade: horário das visitas, rotinas do serviço - Manual de Normas e Procedimentos, etc.
- Observe uma unidade vazia, a diversidade de máquinas, aparelhos e materiais que a constituem e com os quais vai ter de contactar e funcionar (cama, seringas eléctricas e máquinas perfusoras, monitor e ventilador, etc.);
- Receba informação (por agora superficial) sobre os diferentes tipos de ventiladores, como montá-los e desmontá-los e teste de operacionalidade e funcionamento;
- Conheça o carro de emergência e método de reposição. Comece a familiarizar-se com o material específico que este contém (material para entubação traqueal e drogas para usadas em situação de reanimação);
- Conheça o Sistema Informático –PICIS- de registos de cuidados enfermagem, de administração de medicação; de admissão e transferência dos doentes, assim como acesso às prescrições médicas;
- Conheça o Sistema Informático –CPCS- no âmbito da Gestão de materiais e produtos farmacêuticos.

No final desta primeira semana o enfermeiro deverá estar na posse de uma visão global de vários aspectos que o ajudem a começar a elaborar os seus próprios objectivos para o restante período de integração. Possuirá também várias informações que irão servir de base ao período seguinte, no qual começará já a preocupar-se com a prestação de cuidados ao doente.

Da segunda à quarta semana:

Na segunda, terceira, e quarta semana, o enfermeiro mantém-se sob a tutela do enfermeiro integrador.

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Nesta fase procede-se à transmissão de toda a informação considerada elementar para atingir um nível de conhecimentos que o leve a adquirir competências para a prestação dos cuidados que os doentes internados numa UCI carecem:

- Ensinar a dinâmica de admissão e transferência de um doente na UCIP;
- Referenciar os cuidados ao doente crítico;
- Referenciar os cuidados ao doente com ventilação invasiva;
- Referenciar os cuidados ao doente com ventilação não invasiva (VNI);
- Ensinar a dinâmica de colheita de espécimes para análise;
- Ensinar e relembrar os cuidados inerentes á administração de terapêutica;
- Referenciar os cuidados ao doente em isolamento;
- Referenciar as diferentes técnicas dialíticas existentes na unidade.

Em forma de quadro, no final deste documento, encontra-se discriminado os parâmetros a abordar por cada item acima descrito. (*Anexo I*)

O enfermeiro tutor da integração tem como função:

- Transmitir conhecimentos;
- Esclarecer dúvidas;
- Informar e demonstrar as técnicas, quando necessário.

Se este achar conveniente, poderá recorrer a outros colegas, portadores de mais-valias do saber, em assuntos mais específicos do desempenho na unidade.

Quinta semana:

Na quinta semana existe uma sobreposição entre a transmissão de alguns conhecimentos e o início da fase do treino de outras actividades.

O enfermeiro deverá ser capaz:

- Identificar problemas/necessidades dos cuidados a prestar;
- Executar os cuidados de acordo com as normas apreendidas;
- Executar as técnicas com rigor;
- Avaliar as intervenções realizadas;
- Demonstrar conhecimentos básicos sobre ventilação e monitorização;
- Ser capaz de planear a admissão e transferência de doentes.

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

No último dia desta semana poderá ser feita uma "avaliação informal" em conjunto, novo enfermeiro, enfermeiro tutor da integração e enfermeiro chefe, sobre todo o período decorrido até aqui. Caso o novo enfermeiro, por consenso esteja apto, nas semanas seguintes continuará o treino acompanhado pelo tutor da integração, mas tentando ser o mais autónomo possível, actuando sempre com a maior responsabilidade.

Da sexta à décima-segunda semanas (total de 7 semanas):

Neste período vai ser dada a oportunidade ao enfermeiro de evoluir no aperfeiçoamento global tentando apropriar-se do máximo de experiências possível.

O enfermeiro integrado assume na totalidade o cuidado a um ou dois doentes com a supervisão do enfermeiro orientador, mantendo-se como elemento supranumerário.

Além dos cuidados anteriormente executados o enfermeiro deverá ser capaz de:

- Demonstrar iniciativa nas actividades realizadas e a realizar;
- Demonstrar espírito crítico e reflexivo relativamente às situações novas;
- Estabelecer relação terapêutica com o doente/família.

Avaliação:

No último dia da última semana de integração devem reunir-se os principais actores responsáveis pela integração, manifestando a suas opiniões e fazendo o balanço da mesma.

O enfermeiro deve ser avaliado por critérios objectivos como por exemplo a postura profissional, a capacidade de utilizar a monitorização existente no serviço, ou de ser capaz de utilizar os sistemas de informação disponíveis, ou ainda capacidade demonstrada de execução dos procedimentos, assim como a relação terapêutica com os doentes/família, etc. (*Anexo 2*)

Será decidido, se a partir daqui o enfermeiro está apto a assumir a responsabilidade profissional de ficar autónomo e integrar efectivamente a equipa. Se todos estiverem de acordo, será dado por concluído o período de integração deste elemento.

O enfermeiro mantém a equipa do tutor mas como elemento efectivo pelo menos mais um mês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - **Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Sinais Vitais (Cadernos Sinais Vitais), 2003, ISBN: 972-8485-35-2.

ABREU, W. - **Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau, 2007.

ALARCÃO, I. – **Formação Reflexiva de Supervisão: Estratégias de Supervisão.** Lisboa: Porto Editora, 1994.

ALARCÃO, I. – **Escola Reflexiva e Nova Racionalidade.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

CANÁRIO, R. – **Gestão da Escola: Como Elaborar um Plano de Formação?** Lisboa: Instituto de Inovação Educacional. 1998.

PIRES, A. L. – **Desenvolvimento Pessoal e Profissional. Um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia (Tese de Mestrado), 1995.

ANEXO 1

PLANO INTEGRAÇÃO

**CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

Nome do Enfermeiro a Integrar: _____

Anos de Exercício Profissional: _____ Serviço/outras experiências anteriores: _____

PLANO DE INTEGRAÇÃO

OBJECTIVOS DO INTEGRADOR	PARÂMETROS A ABORDAR	DEMONSTRAÇÃO PELO INTEGRADOR	ADQUIRIDO PELO INTEGRADO	OBSERVAÇÕES
Apresentar a estrutura física e a dinâmica da UCIP	✓ Apresentação do organigrama do Serviço	---/-----/---	---/-----/---	
	✓ Apresentação da estrutura física, localização dos materiais e aparelhos	---/-----/---	---/-----/---	
	✓ Organização e distribuição da medicação	---/-----/---	---/-----/---	
	✓ Apresentação do Manual de Normas e Procedimentos	---/-----/---	---/-----/---	
Ensinar a dinâmica de admissão e transferência de um doente na UCIP	✓ Referência aos critérios de admissão e transferência na UCIP	-----/-----/-----	-----/-----/-----	
	✓ Preparação da unidade do doente, (monitores, ventiladores, infusoras, acessórios para oxigenoterapia, nebulizações	-----/-----/-----	-----/-----/-----	
Referenciar os cuidados ao doente crítico	✓ Apresentação do programa de registos de enfermagem	---/-----/-----	---/-----/-----	
	✓ Apresentação do processo clínico	---/-----/-----	---/-----/-----	
	✓ Cuidados de Higiene e Conforto	---/-----/-----	---/-----/-----	
	✓ Aspiração de secreções	---/-----/-----	---/-----/-----	
	✓ Execução de Pensos	---/-----/-----	---/-----/-----	
	✓ Monitorização da diurese	---/-----/-----	---/-----/-----	

**CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

Referenciar os cuidados ao doente com ventilação invasiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos ventiladores: - teste do funcionamento - definição dos módulos ventilatórios - monitorização dos parâmetros ventilatórios - interpretação dos valores gasimétricos - desmame ventilatório 	<p align="center">---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/-----</p>	<p align="center">---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/-----</p>	
Referenciar os cuidados ao doente com ventilação não invasiva (VNI)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos Bipaps: - demonstração e definição de VNI com Bipap e com ventilador - monitorização dos parâmetros ventilatórios, - apresentação do material necessário ao doente com ventilação não invasiva - cuidados específicos ao doente com VNI 	<p align="center">----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/-----</p>	<p align="center">----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/-----</p>	
Ensinar a dinâmica de colheita de espécimes para análise	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protocolos de colheita de espécimes ✓ Técnicas de colheita ✓ Meio de transporte dos produtos ✓ Conservação dos produtos ✓ Protocolo de registo ✓ Interpretação dos resultados 	<p align="center">----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/-----</p>	<p align="center">----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/----- ----/-----/-----</p>	
Ensinar e relembrar os cuidados inerentes à administração de terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstração do funcionamento das máquinas e seringas infusoras ✓ Preparação das diferentes formas de medicação ✓ Preparação e manutenção das perfusões 	<p align="center">---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/-----</p>	<p align="center">---/-----/----- ---/-----/----- ---/-----/-----</p>	

**CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA, E.P.E.
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparação de alimentação parentérica ✓ Administração de alimentação entérica, (resíduo, sinais de intolerância) ✓ Referência aos efeitos colaterais e dosagens de: <ul style="list-style-type: none"> - Aminas / cardiotónicos - Medicação de urgência ✓ Incompatibilidade de medicamentos ✓ Administração de produtos biológicos (sangue e derivados) 	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	
Referenciar os cuidados ao doente em isolamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Isolamento para prevenção de infecções cruzadas, com doentes infectados ✓ Mecanismos de protecção existentes na articulação dos cuidados a prestar ✓ A condição e os cuidados a prestar ao doente em isolamento ✓ Tipos de isolamento e recomendações da CCI 	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	
Referenciar as diferentes técnicas dialíticas existentes na unidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Finalidade e objectivos da técnica de hemofiltração ✓ Material e procedimento na colocação de cateter ✓ Funcionamento do monitor de hemofiltração ✓ Material necessário para a montagem do monitor ✓ Cuidados de enfermagem 	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	<p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p> <p>---/---/---</p>	

ANEXO 2

AVALIAÇÃO DESEMPENHO FINAL INTEGRAÇÃO

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO FINAL DA INTEGRAÇÃO

PARÂMETROS	INSUF	SUF	BOM	MUITO BOM
1.Componente Técnico				
1.1.Responsabilidade				
1.2.Organização do Trabalho				
1.3.Postura Profissional				
1.4.Conhecimentos Técnico - Científicos				
1.5.Aplicação de conhecimentos técnico - científicos nas intervenções programadas				
1.6. Aplicação de conhecimentos técnico - científicos nas situações imprevistas e complexas				
1.7.Conhecimento e preparação de todo o material necessário para os diferentes procedimentos				
1.8.Utilização de linguagem científica				
1.9.Utilização adequada dos registos informáticos				
1.10.Interesse em ampliar conhecimentos				
1.11.Iniciativa				
1.12.Destreza manual				
1.13.Espírito crítico para a prática profissional				
2.Componente Relacional				
2.1.Espírito equipa				
2.2.Autodominio				
2.3.Relação terapêutica com doente/família				
2.4.Relação equipa multidisciplinar				
2.5.Capacidade de resolução Problemas				
2.6.Capacidade de aceitar críticas				
2.7.Capacidade para aceitar sugestões				
2.8.Mudança de atitude face às críticas				

DATA: ___ / ___ / ___

Enfermeiro Integrado: _____

Enfermeiro Integrador: _____

Enfermeiro Chefe: _____

ANEXO IV - Estudo de Caso “Doente em Choque Séptico no SU”



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

*ESTÁGIO NO SERVIÇO URGÊNCIA
DO HPH*

Estudo de Caso

“Doente em Choque Séptico no SU”

*Elaborado por:
Carla Taveira*

Novembro de 2010



Índice

0 – INTRODUÇÃO	2
1- COLHEITA DE DADOS.....	3
1.1– APRESENTAÇÃO DO DOENTE.....	3
1.2– HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL	3
1.3– PROCESSO DE ENFERMAGEM	5
1.3.1 - AVALIAÇÃO INICIAL	5
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
2.1-PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE	10
2.2 – ARDS (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME).....	10
2.2.1. FISIOPATOLOGIA ARDS	11
2.2.2. FASES DE EVOLUÇÃO DO ARDS	12
2.2.3. TRATAMENTO DO ARDS.....	12
2.3- SÉPSIS	13
3 - PLANO DE CUIDADOS	14
3.1 - FENÓMENO/DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	14
3.1.1 DIAGNÓSTICOS DEFINIDORES DE CONDIÇÃO	14
3.1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	17
3.2 - ATITUDES TERAPÊUTICAS.....	19
4- CONCLUSÃO	21
BIBLIOGRAFIA	22



O – INTRODUÇÃO

O terceiro semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica comporta um período de ensino clínico para aquisição e desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tal vivência tem lugar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, no período entre 4 de Outubro de 2010 a 27 de Novembro de 2010.

A realização de um estudo de caso faz parte dos objectivos por mim delineados em projecto de

doentes mais comuns no SU – Choque Séptico - e à necessidade por mim sentida em explorar a fisiopatologia da Sépsis. A escolha do doente foi efectuada de forma aleatória.

ARAÚJO (2008), considera o estudo de caso uma abordagem metodológica de investigação adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, de forma a conhecer o “como” e o “porquê”.

O estudo de caso tem como objectivos:

- ✓ Colher dados pessoais do doente;
- ✓ Adquirir conhecimento sobre as patologias que afectam o doente, enriquecendo e aprofundando conhecimentos sobre a patologia, sintomatologia e o respectivo tratamento;
- ✓ Elaborar um plano de cuidados utilizando a linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE).

O estudo de caso é composto por:

- ✓ Colheita de dados extensa, com o objectivo de fazer um retrato rigoroso do doente, nas suas dimensões bio-psico-social, assim como do seu estado clínico e necessidades específicas.
- ✓ Enquadramento teórico, com referênciação às patologias do doente.
- ✓ Elaboração de um plano de cuidados elaborado segundo a CIPE.
- ✓ Concluirei com a apreciação do estudo desenvolvido, analisando os benefícios e as dificuldades sentidas.

Neste estudo foram tomadas as disposições necessárias para proteger o direito e a liberdade das pessoas que participaram. Apesar de não existir nenhum documento formal assinado, foi esclarecido o contexto e finalidade do trabalho, bem como, que a identificação dos elementos seria omissa, aparecendo apenas as suas iniciais.



I - COLHEITA DE DADOS

Consta da Colheita de Dados os antecedentes pessoais, familiares médicos e cirúrgico, bem como uma descrição do estado geral, mediante o exame físico objectivo, do doente.

O objectivo desta colheita prende-se essencialmente com a construção de um retrato rigoroso e fidedigno do doente, tendo em conta a sua natureza holística.

Segundo FORTAIN (1999, pág.239), “ *os dados são elementos fundamentais na construção de um trabalho de investigação, como um estudo de caso..., são colhidos principalmente no decurso de entrevistas, mas também através da observação directa, e participante.*”

I.1- APRESENTAÇÃO DO DOENTE

Esta colheita de dados foi feita no dia 25 de Outubro de 2010 no SU do H.P.H., sendo as minhas fontes de informação a consulta do processo clínico, observação, exame físico e entrevista à esposa.

- Nome: C.M.S.C.;
- Sexo: Masculino;
- Raça: Caucasiana;
- Idade: 62 anos (04.05.1948);
- Estado civil: casado;
- N.º de Filhos: 2, um filho com 46 anos e uma filha com 38 anos;
- Com quem vive: esposa, em casa própria, térrea;
- Antecedentes pessoais: DPCO; fumador de 20 cigarros/dia desde há 40 anos; patologia péptica e alcoolismo;
- Desconhece alergias.

I.2- HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Para a recolha dos dados baseei-me na consulta do processo, no dia 25-10-2010.

Desde o dia 22 de Outubro, com febre (38.5°), mialgias e tosse produtiva com expectoração mucopurulenta. Agravamento progressivo da dispneia desde madrugada de 23/10/2010 com



menor tolerância ao esforço. Por este motivo recorreu ao centro de saúde, no dia 24/10/2010 tendo sido medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico.

Por persistência da febre, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e aparecimento de dor torácica de características pleuríticas na base do hemitórax direito, recorreu ao SU do HPH no dia 25/10/2010, pelas 9h30m.

À chegada à triagem, trazido pelos bombeiros, acompanhado pela esposa, apresentava-se vigil, colaborante e orientado; corado e hidratado, TA 141/82mmhg, FC 122bpm, hipertérmico (T 38.2°C) e taquipneico (Fr 28cpm), com saturações de 94% com oxigénio a 4l/minuto. Foi activado a Via Verde Sepsis, tendo sido direccionado para Sala Emergência. Foi monitorizado de imediato e observado pelo médico que requisita Hemograma, Bioquímica, GSA e Rx Tórax.

O estudo efectuado revelou leucopenia, PCR aumentada, função renal sem alterações. Relativamente à gasimetria esta revelou uma hipoxemia grave, PO₂ 54mmHg. Rx de tórax com infiltrado extenso bilateral. AP: movimentos respiratórios diminuídos na base direita, crepitações dispersas bilaterais.

Colheu ainda estudo microbiológico (hemoculturas e antigénio urinário de *Streptococcus pneumoniae* e bacteriológico de expectoração para pesquisa de BK). Ficou internado em OBS, por volta das 11h, tendo sido prescrito empiricamente, Ceftriaxone + Azitromicina, e O₂ a 60% com ventimask.

A pesquisa de BK foi negativo e rastreio microbiológico sem isolamentos. Foi assim assumido o diagnóstico médico de sépsis grave com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade, sem isolamento de agente.

Por agravamento do estado clínico e gasimétrico, com necessidade de ventilação invasiva é transferido para o SCIM às 20h. A situação foi interpretada como uma sépsis grave no contexto de PAC, com disfunção respiratória, cardiovascular e neurológica.



1.3- PROCESSO DE ENFERMAGEM

Considerando a Enfermagem de Médico-Cirúrgica como uma mais-valia no caminho para a excelência dos cuidados, o processo que exponho é real e contemplou a abordagem ao doente como um todo. Daí a ênfase colocada nos diagnósticos, nas atitudes terapêuticas e nas intervenções específicas da enfermagem

1.3.1 - Avaliação inicial

A avaliação inicial faz uma descrição do estado geral da doente, que inclui uma inspeção das características da sua pele e dos sistemas respiratório, circulatório, digestivo e músculo-esquelético. Também faz uma descrição do estado emocional da utente e ainda caracteriza os seus padrões de eliminação intestinal e vesical.

Esta recolha de dados foi feita no dia 25 de Outubro de 2010, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

- ❖ De acordo com a taxonomia da CIPE ao nível do domínio do Indivíduo, no sub domínio da Função foi feita a avaliação inicial de acordo com os diversos focos:

RESPIRAÇÃO:

Ritmo: irregular	Expansão pulmonar simétrica Auscultação pulmonar: Crepitações na base direita	Frequência: polipneico (28cpm)
Sat.O2: 94%	O2 a 60% por ventimask	
Secreções: mucopurulentas		



CIRCULAÇÃO:

Pulsos	Frequência: 122bpm taquicardia sinusal	Boa perfusão periférica
Tensão arterial: 141/82 mmHg		
PVC: 16 mmhg		
Cateter Venoso Central (três vias)		
Data da colocação: 25-10-2010	Localização: subclávia à direita	
Cateteres Venosos Periféricos		
Data da colocação: 25-10-2010	Calibre: 20G, 18G	
Localização: no sangradouro esquerdo, no dorso da mão direita		
Cateter arterial		
Data da colocação: 25-10-2010		
Localização: radial direita		

TEMPERATURA CORPORAL:

Temperatura: 38.2 C°

NUTRIÇÃO:

Estado nutricional		
Bom estado nutricional	Hidratado	Dieta zero
Peso: 89 kg	Altura: 1,87m	

SISTEMA DIGESTIVO:

Dentes	Dentição completa
Alimentação	
SNG: colocação em 25-10-2010 em drenagem líquido biliar	



METABOLISMO:

Glicemia capilar - 120 mg/dl

VOLUME DE LÍQUIDOS:

Edemas

Acentuados edemas periféricos

ELIMINAÇÃO:

Padrão Eliminação vesical

Algália, foley nº 16: colocação: 25-10-2010, drenar urina límpida

Padrão Eliminação intestinal

Padrão de eliminação intestinal diário
--

TEGUMENTOS:

Mucosas descoradas

Lábios desidratados

Integridade cutânea

Penso de CVC e de cateter arterial

ACTIVIDADE MOTORA:

Dependência anterior: Independente

Mobilidade dependente

SENSAÇÕES:

Consciência

Prostrado

Dor: analgesiado



- ❖ De acordo com a taxonomia da CIPE ao nível do domínio da Pessoa, no sub domínio da Razão
– Acção realizada foi feita a avaliação inicial de acordo diversos focos:

EMOÇÕES:

Quando abordado sobre o período de internamento na Sala Emergência e OBS, o doente referiu que percepcionou um sentimento de impotência, vergonha e alguma ansiedade; os dados referidos foram:

Falta de privacidade na SE	Horário e número visitas reduzidos
Colocação de Fralda	Dificuldade em mobilizar-se na cama, devido aos soros e monitorização

AUTO ESTIMA:

Alterada

- ❖ De acordo com a taxonomia da CIPE ao nível do domínio da Pessoa, no sub domínio da Acção
– Acção realizada pelo Próprio foi feita a avaliação inicial de acordo diversos focos:

AUTO CUIDADO:

Padrão usual: Independente
Padrão actual – Auto Cuidado comprometido

COMUNICAÇÃO:

Receptiva: diminuída pela prostração



OUTROS DADOS:

Convivente significativo: a esposa	
Prestador de Cuidados informal: a esposa – A.S.R.	
Recursos de saúde na Comunidade	
Centro de Saúde – Matosinhos	
Médico de família – Dr. B.S.	Enfermeira de família – Enf. M.J.L.



2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1-PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

A pneumonia é uma infecção aguda do parênquima pulmonar com afecção dos bronquíolos respiratórios e unidades alveolares (tracto respiratório inferior), havendo substituição do ar por exsudado inflamatório e/ou infiltração celular inflamatória ao nível das paredes alveolares e espaços intersticiais. Como resultado desta resposta imunitária, ocorre consolidação pulmonar e perda do carácter esponjoso nas áreas afectadas.

O conceito de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) implica a ausência de internamento hospitalar 1 mês antes do início das manifestações clínicas.

A PAC é uma causa frequente de recurso a Serviços de Urgência e de internamento hospitalar (cerca de 2 a 3% dos internamentos de adultos em Portugal, onde a incidência ronda 2,7/1000 habitantes/ano, mas chega quase aos 10/1000/ano na população com > 65 anos). É a primeira causa de morte por doença infecciosa (e uma das 10 primeiras causas de morte a nível mundial). A mortalidade intra-hospitalar situa-se entre os 17 e os 25% e corresponde a aproximadamente 50% das mortes em Unidades de Cuidados Intensivos (CARNEIRO, 2008)

2.2 – ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

É uma síndrome caracterizada por inflamação pulmonar, de instalação aguda e persistente, capaz de provocar aumento da permeabilidade capilar pulmonar, com prejuízo nas trocas alvéolo-capilares, que traduzem na deterioração da oxigenação.

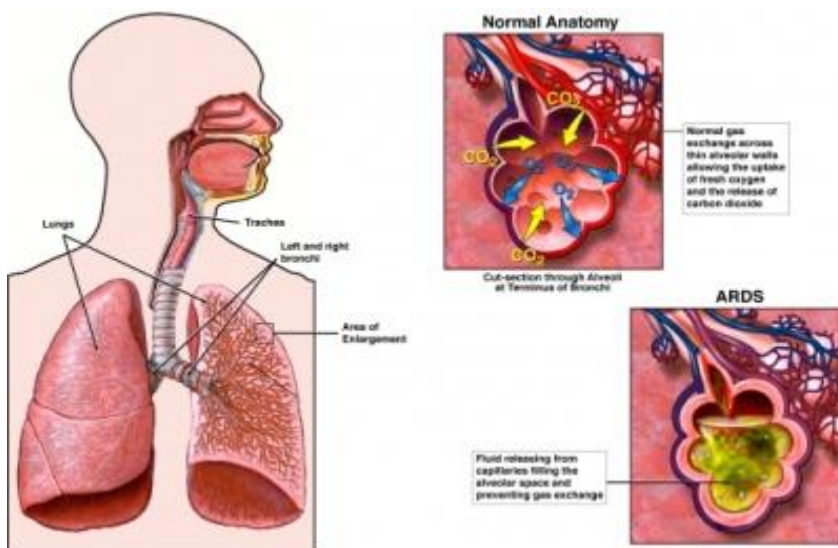
É caracterizada por:

- ✓ Infiltrados pulmonares ao Rx
- ✓ Deterioração das trocas alvéolo-capilares, traduzida pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ é menor ou igual a 200, independentemente do nível de PEEP
- ✓ Ausência de evidência clínica de hipertensão pulmonar. Se a pressão de encravamento for medida deve ser inferior a 18 mmHg. Importa contudo salientar que as consequências sistémicas da SIRS/Sépsis têm repercussões cardio-circulatórias e cerca de 20% dos doentes com ARDS têm disfunção ventricular esquerda, por isso o diagnóstico tem de incluir dados clínicos e analíticos (CARNEIRO, 2008)

2.2.1. Fisiopatologia ARDS

O equilíbrio fisiológico entre as forças que governam as trocas alvéolo-capilares permite que pequenas quantidades de líquido passem para o interstício do pulmão. Em condições fisiológicas esse líquido é removido por três mecanismos, que impedem a ocorrência de edema pulmonar:

- ✓ As proteínas intravasculares mantêm um gradiente oncótico que favorece a reabsorção;
- ✓ Os linfáticos drenam para a circulação venosa o fluido intersticial;
- ✓ As chamadas “tight junctions” entre células epiteliais alveolares impedem a inundação alveolar. Quando os pulmões são alvo de processo inflamatório estes mecanismos tornam-se insuficientes para impedir a inundação alveolar



Adult Respiratory Distress Syndrome

Fonte: BALK R and KUMAR, A. – *Severe pneumonia in the ICU.*
Society of Critical Care Medicine Board Review Manual, 2005.

Por outro lado, o pulmão recebe todo o sangue ejetado pelo coração direito e por isso lhe chegam todos os mediadores humorais que activam a resposta inflamatória.



2.2.2. Fases de evolução do ARDS

O ARDS tende a evoluir em três fases:

- ✓ Fase exsudativa, a inicial, caracterizada por lesão alveolar difusa;
- ✓ Fase fibro-proliferativa que tende a surgir a partir da primeira semana. A maioria do edema pulmonar já foi reabsorvido e os pneumocitos tipo II proliferam, com metaplasia escamosa e infiltração intersticial de miofibroblastos;
- ✓ Fase fibrótica, que se caracteriza por destruição da arquitectura normal do pulmão, com fibrose difusa e degenerescência cística do parênquima.
- ✓ A maioria dos doentes tem uma evolução previsível e prolongada exigindo longos períodos de ventilação mecânica.

Os sobreviventes evoluem no sentido da “fase de resolução” caracterizada por um “remodeling” do parênquima com reconstrução de unidades alvéolo-capilares e reabsorção da fibrose.

São estas alterações fisiopatológicas que explicam a hipoxemia grave, a rigidez pulmonar, com marcada redução da compliance e infiltrados pulmonares difusos.

Depois da segunda semana de evolução, a arquitectura do pulmão está muito alterada com degradação da estrutura do colagénio, aparecimento de fibrose, espessamento intersticial, bolhas, quistos, destruição capilar e lesões anatómica e funcionalmente semelhantes às do enfisema. A função pulmonar está muito alterada caracterizando-se por hipoxemia grave, aumento do espaço morto, hipercapnia, hipertensão pulmonar e agravamento da diminuição da compliance pulmonar. (CARNEIRO, 2008)

2.2.3. Tratamento do ARDS

Apesar das múltiplas etiologias o tratamento do ARDS obedece a princípios comuns, que se podem resumir nos seguintes pontos:

- ✓ Tratar a insuficiência respiratória com base na ventilação mecânica com PEEP
- ✓ Controlar o factor precipitante/causal
- ✓ Suportar outro órgãos em disfunção.
- ✓ A maioria dos doentes com ARDS exige suporte com ventilação mecânica

A ventilação correcta é o tratamento mais importante para o doente com ARDS, esta permite:



- ✓ Optimizar qualitativa e quantitativamente o ar alveolar e por essa via contribuir para melhorar a oxigenação;
- ✓ Reduzir o trabalho respiratório;
- ✓ Diminuir o retorno venoso ao coração direito, reduzir a pressão hidrostática transpulmonar e assim diminuir o preenchimento alveolar, em particular na primeira fase (exsudativa).

Objectivos da ventilação do doente com ARDS:

- ✓ Atingir uma oxigenação suficiente $=PaO_2 > 60\text{mmHg}$ e/ou $SaO_2 > 90-92\%$;
- ✓ Minimizar os riscos de ventilação invasiva, minimizando o risco de volu-barotrauma;
- ✓ Optimizar o tratamento, momento a momento, para as condições concretas de cada doente.

2.3- SÉPSIS

É definida como a síndrome de resposta inflamatória sistémica secundária a uma infecção comprovada ou suspeita. A sépsis é um dos principais problemas de saúde, afectando milhões de pessoas em todo o Mundo, todos os anos, matando 1 em cada 4 doentes diagnosticados.

As recomendações Chave do tratamento segundo o Surviving Sepsis Campaign (SSC), estão listadas em categorias, incluem a “Early goal-directed therapy” (EGDT) ou seja a ressuscitação dos doentes sépticos durante as 1^{as} 6 horas após o reconhecimento da situação clínica:

- ✓ Realização de hemoculturas antes do inicio da terapêutica antibiótica;
- ✓ Estudos de imagem realizados para confirmar a potencial fonte de infecção;
- ✓ Administração de antibioterapia de largo espectro dentro da 1^a hora do diagnóstico de choque séptico;
- ✓ Se hipotensão e/ou lactato $\geq 4\text{ mmol / L}$, deve-se administrar um mínimo inicial de 20 ml/ kg de cristalóide ou colóide 5ml/kg ;
- ✓ Usar vasopressores, geralmente a noradrenalina ou dopamina para a hipotensão se não responder à fluidoterapia inicial, com o objectivo de manter a pressão arterial média (MAP) $> 65\text{ mmHg}$ e ou lactato $> 4\text{ mmol / L}$ (36 mg / dl);
- ✓ Terapêutica inotrópica com Dobutamina quando o débito cardíaco se mantém baixo, apesar da ressuscitação com fluidos combinada com terapêutica vasopressora/inotrópica.



3 - PLANO DE CUIDADOS

Na elaboração do plano de cuidados foi feito um levantamento de diagnósticos e respectivas intervenções, tendo sido utilizada a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2, 2010).

A elaboração deste plano foi efectuada no dia 25-10-2010, no turno da manhã em OBS.

3.1 - FENÓMENO/DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

3.1.1 Diagnósticos definidores de condição

DISPNEIA FUNCIONAL – *Dispneia de características específicas: Falta de ar associada com a actividade física, tal como exercício e a marcha.*

Status: Dispneia funcional aguda para pequenos esforços

Intervenções:

- Gerir oxigenoterapia;
- Incentivar o repouso;
- Monitorizar SatO₂;
- Monitorizar frequência respiratória;
- Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento (elevação da cabeceira da cama);
- Ensinar/Instruir técnica respiratória.

Resultados esperados:

- Diminuição de dispneia.

AUTOCUIDADO HIGIENE - *Actividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as da vida diária*

Status: Auto cuidado de higiene dependente em grau elevado

Intervenções:

- Dar banho na cama;
- Lavar a boca;



- Lavar períneo;
- Fazer a barba em SOS.

Resultados esperados:

- Reduzir a contaminação por microrganismos residentes e transitórios da pele e mucosas;
- Manter padrão de higiene adequado.

AUTOCUIDADO USO SANITARIO – *É um tipo de auto cuidado com as seguintes características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção.*

Status: Auto cuidado uso sanitário dependente em grau elevado

Intervenções:

- Providenciar aparadeira/urinol;
- Optimizar fralda;
- Trocar fralda em SOS.

Resultados Esperados:

- Manter padrão de uso sanitário adequado.

FEBRE - *Terморregulação com as características específicas: Elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor.*

Status: Febre

Intervenções:

- Monitorizar temperatura corporal;
- Gerir ambiente físico;
- Executar técnica de arrefecimento natural.

Resultados esperados :

- Manter temperatura em valores normais.



SONOLÊNCIA – *Consciência com as características específicas: torpor pernicioso, adormecimento não natural.*

Status: sonolência

Intervenções:

- Elevar a cabeceira da cama;
- Monitorizar a consciência: Escala de Coma de Glasgow;
- Monitorizar sinais vitais;
- Vigiar respiração.

Resultados esperados:

- Manter doente vigil.

PERFUSÃO DOS TECIDOS - *Processo Vascular com as características específicas: Movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes ao nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.*

Status: Risco de alteração da perfusão dos tecidos

Intervenções:

- Monitorizar frequência cardíaca continuamente;
- Monitorizar pressão arterial continuamente;
- Monitorizar SpO2 continuamente;
- Vigiar perfusão tecidual periférica.

Resultados Esperados:

- Pressão sanguínea média > 65 mmHg;
- Frequência cardíaca (60-100)ppm;
- Pele corada, hidratada e com temperatura normal;
- Ausência de turgescência da veia jugular;
- Trocas gasosas normais.

EDEMA - *Retenção de líquidos com as características específicas: Condição de excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares; retenção de líquidos com tumefacção dos tecidos periféricos.*



Status: Edema [mãos e pés]

Intervenções:

- Monitorizar local corpo com edema (sinal Godet);
- Posicionar parte corpo com edema;
- Monitorizar entradas e saídas;
- Monitorizar peso corporal diariamente;
- Monitorizar perímetros maleolares uma vez turno;
- Vigiar edema.

Resultados esperados:

- Ausência de edemas periféricos.

3.1.2. Diagnósticos de enfermagem sensíveis aos cuidados de enfermagem

ASPIRAÇÃO - *Processo do Sistema Respiratório com as características específicas: Inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.*

Status: Risco de aspiração

Intervenções:

- Inspeccionar a cavidade oral;
- Elevar cabeceira da cama a 30°.

Resultados esperados:

- Que o doente não aspire.

ÚLCERA DE PRESSÃO - *Úlcera com as características específicas: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.*

Status: Alto risco de úlcera de pressão

Intervenções:

- Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden, de 2/2 dias;
- Vigiar pele;
- Colocar colchão anti-úlceras de pressão;
- Posicionar o doente no leito;
- Aplicar creme hidratante.



Resultados esperados:

- Que o doente não apresente ulcera de pressão.

PROCESSO FAMILIAR - *Processo com as características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.*

Status: Processo familiar alterado

Intervenções:

- Apoiar a família durante a visita;
- Facilitar o envolvimento da esposa durante a visita.

Resultados esperados:

- Promover a integridade familiar;
- Promover a adaptação do cuidador (esposa) no processo de transição saúde/doença.

DOR – *Percepção com características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável referênciada subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tonus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite.*

Status: Risco de dor por procedimentos invasivos e posicionamento.

Intervenções:

- Gerir analgesia;
- Ensinar sobre técnica de relaxamento;
- Assistir no posicionamento;
- Vigiar dor;
- Monitorizar a dor através da Escala da dor.

Resultados esperados:

- Ausência de dor.

ANSIEDADE – *Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhadas de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, palidez, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.*



Status: Ansiedade presente

Intervenções:

- Escutar a pessoa;
- Encorajar o autocontrolo da ansiedade;
- Encorajar a comunicação e a expressividade de emoções;
- Promover o envolvimento da família – esposa.

Resultados esperados:

- Controlo eficaz da ansiedade;
- Ausência de ansiedade.

3.2 - ATITUDES TERAPÊUTICAS

CATETER VENOSO CENTRAL

Especificação: cateter de 3 vias na subclávia direita, colocado no dia 25-10-2010

Intervenções:

- Colaborar na colocação do cateter central;
- Optimizar cateter central;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter.

CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Especificação: cateter nº20G membro superior esquerdo; cateter nº18G dorso da mão direita

Intervenções:

- Inserir cateteres venosos periféricos;
- Optimizar cateter venoso periférico;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção dos cateteres.

CATETER ARTERIAL

Especificação: Radial direita

Intervenções:

- Colaborar na colocação de cateter arterial;
- Optimizar cateter arterial;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter.



MONITORIZAÇÃO DE ECG, FC, FR, SATO2, TA, TEMPERATURA

Intervenções:

- Monitorizar SatO2 continuamente;
- Monitorizar frequência cardíaca continuamente;
- Monitorizar temperatura de 4/4 horas;
- Monitorizar tensão arterial continuamente;
- Monitorizar frequência respiratória continuamente.

PESQUISAS DE GLICEMIA CAPILAR

Intervenções:

- Monitorizar glicemia capilar de 4/4 horas.

ALGALIAÇÃO

Especificação: Sonda Folley nº 16, colocada no dia 25-10-2010

Intervenções:

- Inserir cateter urinário;
- Monitorizar o débito urinário;
- Optimizar algália.

ENTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA: DRENAGEM GÁSTRICA

Especificação: sonda de pvc nº16, colocada no dia 25-10-2010

Intervenções:

- Inserir SNG;
- Optimizar SNG.

OXIGENOTERAPIA

Especificação: O2 a 60% por ventimask

Intervenções:

- Preparar dispositivos de oxigenoterapia;
- Gerir oxigenoterapia.



4- CONCLUSÃO

É importante que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de actuação, contribua através de uma análise mais profunda da pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de enfermagem que estimulem, promovam e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.

“A CIPE é uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados. Fornece uma terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados de enfermagem.” (CIPE, versãoβ2, 2002, pág. 13)

A CIPE permite através dos fenómenos de enfermagem identificar os respectivos diagnósticos. Os fenómenos são relativos à pessoa, ao meio ambiente, às funções. Mediante o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro, planeia intervenções de acordo com as necessidades da pessoa.

Este estudo de caso foi realizado no dia 25/10, por contacto directo com o doente, observação directa, entrevista à esposa, bem como a consulta do processo clínico, tendo sido o único dia com o qual fiquei com o doente, uma vez que foi transferido para o SCIM.

As principais dificuldades que surgiram foram no domínio da linguagem CIPE e a devida aplicação de cada termo.

No entanto embora com estas limitações, penso que este estudo contribui de uma forma efectiva para o desenvolvimento das minhas competências, na elaboração do processo de enfermagem



BIBLIOGRAFIA

- ARAÚJO, Cidália et Al. – Estudo de Caso. Braga: Universidade do Minho. Tese de Mestrado, 2008.
- BALK R and KUMAR, A. – *Severe Pneumonia in the ICU. Society of Critical Care Medicine Board Review Manual*, 2005.
- CARNEIRO, A. Martins – *Manual de Fundamentos de Evidencia na Emergência*. 1ª Edição, Maio, Porto, 2008.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão β 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, p. 13, 2002.
- FAUCI, A.S. et al – Harrison. – *Medicina Interna*. 14ª Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.
- FIGUEIREDO, Sandra et al – *Internamento devido a PAC por Streptococcus pneumoniae – Avaliação de factores de mortalidade*. Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol. XIV. N.º 5. Setembro/Outubro, 2008, p. 601-615.
- FORTAIN, M.F. “O Processo de Investigação – Da concepção à realização”, Lusociência. 1.ª Edição, 1999, p.239-240.
- JOHNSON, Marion. - *Diagnósticos resultados e intervenções de enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC, E NIC*. 1ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre, 2005.
- MACFARLANE, J. et al – *BTS Guidelines for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults*. British Thoracic Society – Pneumonia Guidelines Committee, 2004.
- POTTER, P. – *Fundamentos de Enfermagem, Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Lusociência, 2003.

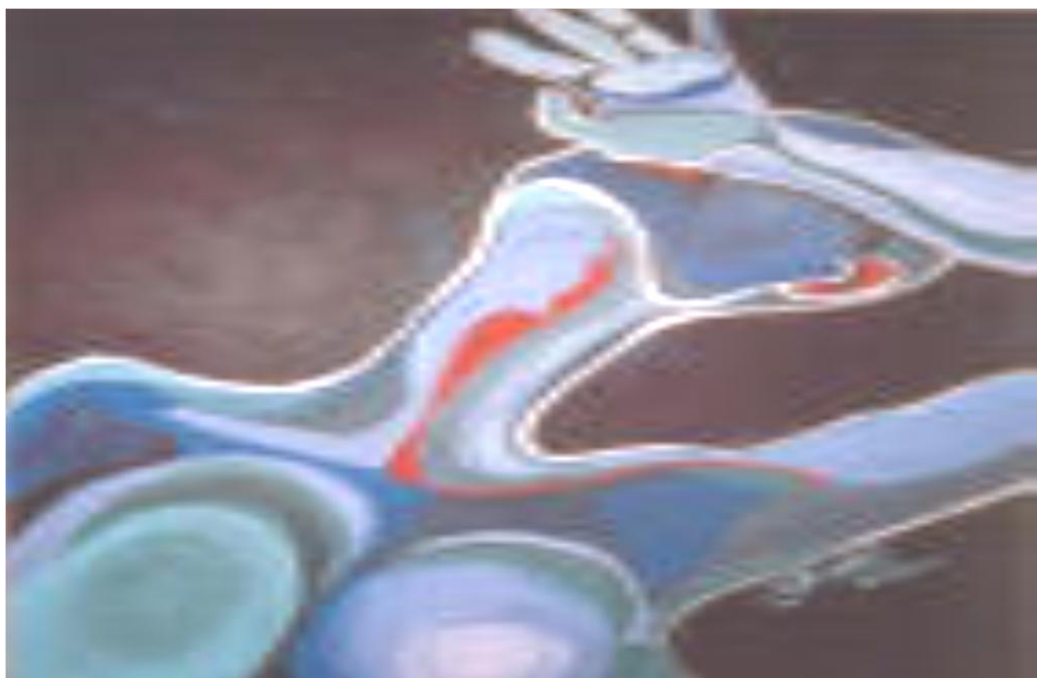
ANEXO V – Acção de Formação "O Enfermeiro e a Morte..."

- a) Suporte Teórico
- b) Plano Sessão
- c) Diapositivos de Apoio à Acção de Formação
- d) Questionário da "Avaliação da Acção de Formação"
- e) Tratamento de Dados da "Avaliação da Acção de Formação"

a) – Suporte Teórico

**Mestrado de Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto**

O ENFERMEIRO E A MORTE...



Estágio Enfermagem Médico - Cirúrgica - Módulo I - Serviço Urgência

Novembro de 2010

**Mestrado de Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto**

O ENFERMEIRO E A MORTE...

Estágio Enfermagem Médico - Cirúrgica - Módulo I - Serviço Urgência

Trabalho elaborado por:

Carla Taveira

Rosa Teixeira

Novembro de 2010

*“ A forma de morrer de uma pessoa fica gravada
em todos quantos a presenciaram...”*

Cicely Saunders

Índice

0 - Introdução	5
1 - A Morte	7
2 - O Enfermeiro e a Morte	8
3 - O Processo de Luto.....	11
4 - Actuação do Enfermeiro perante o momento da Morte	16
5 - Agonia.....	17
4 – Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22

0 - Introdução

Na sequência da prestação de cuidados na Sala de Emergência e OBS do Hospital Pedro Hispano no contexto do estágio do Mestrado de Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica detectámos necessidade de melhor compreender o fenómeno de Morte, com que os enfermeiros do Serviço de Urgência se confrontam no quotidiano, quer de uma forma súbita quer de situação terminal, pelo que realizou-se uma pesquisa bibliográfica relacionada com as atitudes do enfermeiro perante a Morte e circunstâncias determinantes, com vista a uma reflexão acerca do tema e consequentemente a uma melhor prática profissional.

Neste sentido, a elaboração deste trabalho visa também, servir de suporte teórico à acção de formação sobre o tema "*O Enfermeiro e a Morte...*", o qual aborda a fase terminal de vida do indivíduo vítima de doença com mau prognóstico clínico.

Tendo em conta a necessidade diagnosticada elaboramos o presente trabalho com os seguintes objectivos:

- Reflectir acerca do conceito da Morte na actualidade.
- Reflectir acerca das reacções dos enfermeiros que lidam com a Morte.
- Discutir qual a actuação do enfermeiro na assistência ao doente em fase terminal.

A Morte não é um tema muito trabalhado na vida académica, implicando assim no despreparo dos profissionais ao vivenciá-la. São preparados apenas para a vida, a manutenção da mesma a qualquer custo. Os profissionais da área da saúde são frequentemente expostos a situações de confronto com a Morte de pessoas sob seus cuidados, sobretudo aqueles que actuam em serviços hospitalares. Apesar desse confronto com a Morte no seu quotidiano de trabalho, esses profissionais encontram dificuldade em encará-la como parte integrante da vida, considerando-a, com frequência, como resultado do fracasso terapêutico e do esforço pela cura.

Estudar as concepções culturais do processo saúde-doença-morte nas diferentes sociedades pode possibilitar aos profissionais de enfermagem compreenderem seus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da Morte bem como suas atitudes e acções relacionadas com as questões do quotidiano que influenciam na sua vida pessoal e profissional. O sofrimento das pessoas que compõe a equipe de enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas. Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são factos vivenciados na unidade hospitalar e estão directamente ligados aos valores pessoais, à história de vida e à patologia que acomete o doente.

I - A Morte

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2, 2010), define a Morte como um fenómeno pertencente ao desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral.

Segundo MOREIRA (2006), morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda actividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crónico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos.

"A situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da Morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas, mas também de significações sociais, culturais e principalmente subjectivas." (DOMINGUES DO NASCIMENTO, 2006, pág.52)

BRETAS (2006) reforça ainda que a Morte não é somente um facto biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a Morte está presente em nosso quotidiano e, independente de suas causas ou formas, seu grande palco continua sendo os hospitais e instituições de saúde.

A Morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. O processo da Morte é algo que desconhecemos, mas em relação à qual profundamente não duvidamos.

Os aperfeiçoamentos dos cuidados médicos e a nutrição permitiram que a maioria das pessoas sobreviva até à velhice. Mas apesar de todos os avanços da ciência moderna, a Morte é inevitável.

Cada geração e cada sociedade desenvolveram as suas próprias estratégias para o momento da Morte. No entanto, todas as sociedades vêem a Morte como uma passagem relativamente à pessoa que morre.

Os doentes vão ao Hospital em busca de um lugar em que os possam atender e solucionar os seus problemas de saúde, em busca da cura. Há pessoas que encontram a Morte no Hospital como resultado final da sua doença. A Morte troca a casa pelo hospital. O homem impossibilitado de morrer em casa, rodeado pela família, morre no hospital, sozinho. A Morte acaba também por estar na mão dos médicos, quando o doente não é deixado morrer naturalmente; antes fica ligado a aparelhos sofisticados que o mantêm artificialmente à vida. O local da Morte modifica-se mesmo dentro do hospital, passando o doente, em função do seu estado, da enfermaria para a Unidade de Cuidados Intensivos ou para um pequeno quarto onde permanece sozinho, de forma a não perturbar os que lhe estão próximos. O homem passa a morrer sozinho, separado dos outros por um biombo, pelas paredes de um quarto solitário ou no meio de sofisticados e incompreensíveis aparelhos de uma unidade especializada. Em qualquer dos locais, morre no vazio, sem ninguém que partilhe os seus medos, as suas dúvidas, a angústia, a paz, a alegria. A Morte torna-se um momento solitário. A Morte não pode suscitar emoções fortes, pois elas não são compatíveis com a vida profissional de cada um, e ainda menos com o hospital. Neste sentido, a Morte contradiz a finalidade do hospital. A Morte torna-se a imagem e o fracasso da Ciência e a tecnologia em que o homem confiava.

2 - O Enfermeiro e a Morte

O cuidar está inserido desde o nascer até o morrer, sendo que esta acção implica aliviar, ajudar, pois a cura não é o fim, devendo estar presente até mesmo no processo de morrer.

A Enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, interage com ele tanto em sua natureza física, como também social e psicológica. Desta forma, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro.

A Morte é um tema controverso que suscita nos enfermeiros sentimentos e atitudes diversas. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a Morte é, ainda, nos dias de hoje, um assunto polémico, por vezes evitado e por muitos, não compreendido, gerando medo e ansiedade. Uma vez que a enfermagem tem nos seus ideais o compromisso com a vida, lidar com a Morte pode torna-se um acontecimento difícil e penoso, gerando uma multiplicidade de atitudes por parte dos profissionais de enfermagem.

A Morte de um doente causa um impacto muito grande na identidade pessoal e profissional de toda a equipe que o cuida. A vivência do stress pelo contacto constante, com a possibilidade e a ocorrência da Morte, pode ser pensada como uma vivência de um "*luto do profissional*" em relação aos doentes perdidos e à situação de trabalho.

O modo como o profissional compreende o conceito de Morte, bem como a forma que relaciona este conceito com a sua própria existência e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional são aspectos que influirão na sua actuação diante da Morte.

Os profissionais de saúde são preparados através de um modelo biomédico tradicional, que tem por objectivo qualificar profissionais aptos para tratar, curar e prolongar a vida, numa perspectiva nitidamente técnica.

Segundo AGUIAR (2006), a formação académica, no entanto, pode deixar algumas lacunas fazendo com que o profissional acredite que somente a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado. As rotinas hospitalares não permitem nem abrem espaço para questionamentos que levem a pensar e compreender melhor a Morte.

Os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a Morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza porque não sabe se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, para lhe prolongar a vida e para lhe evitar a Morte; desespero porque se sente

impotente para fazer algo que o conserve vivo; angústia porque não sabe como comunicar efectivamente com o doente e seus familiares. Todos estes factores sobrecarregam severamente o enfermeiro que procura cuidar aqueles cuja Morte está eminente.

De acordo com REES (1983), o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria Morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no processo da doença, com o intuito de afastar expressões de temor e de Morte. Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de Morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente.

Deste modo, sendo a Morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira.

Confrontados com a doença grave e com a Morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adoptando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes designadas: mecanismos de defesa.

Partindo deste princípio, AGUIAR, (2006) em seu trabalho, ressalta a necessidade que os profissionais têm então, de quebrarem o silêncio e ousarem falar de suas dores, medos, do luto que deve ser elaborado, a fim de que suas demandas sejam atendidas e o melhor cuidado seja oferecido. É importante que eles se permitam entristecer e não se sintam culpados.

Segundo NUNES FERNANDES (2006), quando paramos para pensar sobre o que se é permitido sentir o profissional enfermeiro a cerca da Morte, vem o questionamento quanto ao comportamento que deve ser assumido frente ao doente que morre e a família, pondo dúvidas em torno do cuidar com respeito.

De acordo com ROSADO (1991), do confronto com a Morte surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos. Entre os últimos, fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. No entanto, os mais citados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choro e sensação de abatimento, sentimento de choque e

de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Decorrentes destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança.

O sofrimento das pessoas que compõe a equipe de enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas.

Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são factos vivenciados na unidade hospitalar e estão directamente ligados aos valores pessoais, à história de vida e à patologia que acomete o doente.

3 - O Processo de Luto

O luto refere-se a um estado de pensamento, sentimento e actividade que se produz em alguém como consequência da perda de uma pessoa ou coisa amada, associando-se a sintomas físicos e emocionais. A perda é psicologicamente traumática, pelo que é sempre dolorosa e quem a sofre necessita de tempo para transitar ao equilíbrio normal.

Fases do processo de luto

A situação de fase final de vida obriga os doentes a enfrentarem novas situações e implica adaptações sucessivas. O doente apresenta uma crise de vida significativa no seu equilíbrio pessoal, conduzindo a alterações no relacionamento social e familiar.

Neste processo vão surgir múltiplas manifestações: sentimentos como a tristeza, solidão, saudade, ira, reprovação, culpabilidade; sensações físicas como estômago vazio, pontadas, hipersensibilidade aos ruídos, sentido de despersonalização, boca seca; pensamentos como incredulidade, confusão, preocupação, presença do falecido, alucinações visuais e auditivas; comportamentos e condutas como sonhar com o falecido, perturbações do apetite por defeito ou por excesso, comportamentos de risco, evicção social, frequentar os mesmos lugares do falecido, choro frequente, hiperactividade e dor.

Segundo SERRA (1991), estão descritas cinco fases no processo de luto:

Negação

Ao tomar consciência com a situação de fase final de vida, o doente tende a negar a iminência de Morte, negando inclusivamente a doença. A negação permite que o doente mantenha a esperança perante essa ameaça. Com frequência, alguns doentes procuram reassegurar-se do diagnóstico, contactando outros médicos, realizando outros exames. Outros doentes, manifestam a negação de uma forma mais implícita, podendo insistir no carácter passageiro da doença, continuando a falar com optimismo de planos para o futuro. Os profissionais de saúde devem compreender esta negação, como um sinal de que o doente ainda não está preparado para enfrentar essa realidade. É necessário aceitar o doente como um ser humano, que necessita de tempo e de alguém para partilhar os seus sentimentos de medo, angústia e insegurança.

Outra forma de negação é a dos familiares e outras pessoas (amigos, profissionais de saúde) que rodeiam o moribundo e que actuam como se ele não o fosse. Se tivermos em consideração a linguagem hospitalar, verificamos que implicitamente, ela revela que a negação da Morte é uma posição defendida pelo próprio hospital (como instituição de saúde) e pelos profissionais de saúde, o que permite que o doente receba continuamente reforços para se manter no estado de negação.

A este respeito e dirigindo-se aos profissionais de saúde, KLUBER-ROSS (1994), recomenda que estes devem-se assegurar que não é a reacção destes que bloqueia a comunicação.

Raiva

À medida que o seu mecanismo de negação se vai atenuando, o doente começa a experimentar um sentimento de revolta, interrogando-se: "*Porquê eu?...*"; exteriorizando a sua hostilidade contra o tratamento, contra os profissionais de saúde, contra Deus.

SERRA (1991), refere que é nesta fase, que o doente toma atitudes perante as perdas e limitações. Considera que esta raiva deverá ser exteriorizada; ela é quase inevitável,

para que o doente evolua para uma aceitação da Morte: terá que se confrontar com a solidão, os seus conflitos, a sua culpabilidade e com a falta de sentido de vida.

Este sentimento de raiva conduz, por vezes, ao perigo de alienação e isolamento por parte daqueles com que o doente se relaciona. É necessário aprender e a aceitar esta raiva como expressão da angústia. Os profissionais de saúde devem evitar a censura, pois, ela é a forma característica de "*castigar*" o doente com uma maior solidão.

Negociação

Neste estadio, constata-se com frequência o desejo que os doentes manifestam, em realizar acordos "*por um pouco mais de tempo de vida*". Essa negociação, que se pode apoiar na tentativa de prolongar o tempo de vida (habitualmente associado a uma melhor qualidade de vida: diminuição da dor); poderá ser realizada com Deus, com os profissionais de saúde, ou até mesmo, com ele próprio: "*se eu pudesse viver o tempo suficiente para...eu...*".

O doente, segundo SERRA (1991), passa a seguir escrupulosamente o seu tratamento, prometendo ser mais compreensivo e tolerante com os outros, dedicando mais tempo às práticas religiosas.

Depressão

Neste momento, o doente toma consciência das consequências reais da sua situação. Ele passa a viver um mundo à parte, isola-se, não manifestando interesse pelo que o rodeia. SERRA (1991) refere que no início a depressão é reactiva, isto é o doente verbaliza e activa-se. Chora sobre as provações passadas, os seus pecados, as decepções da sua vida. Na sociedade actual, onde as emoções são extremamente contestadas, dificilmente este tipo de tristeza é tolerado e as respostas são dadas com superficialidade ("*não chore, tenha coragem...*"). Este tipo de atitude por parte do doente, provoca nos diferentes profissionais de saúde, o sentimento de culpa, tornando-os inseguros. Perante estas situações, assistimos com frequência, a um período de silêncio. A comunicação é essencialmente não verbal. A distância para com o mundo que rodeia o doente é enorme. É necessário, que os profissionais de saúde estejam atentos, não só ao que o doente exprime, mas também aquilo que ele não diz, recorrendo à linguagem simbólica.

Aceitação

A aceitação surge num período, em que o doente se mostra capaz de entender a sua situação, com todas as suas consequências. É neste momento, que o doente começa a falar claramente na Morte. O doente revela necessidade de rever as suas experiências passadas mais significativas, como forma de dar sentido à vida e à Morte. SERRA (1991) descreve que neste momento os doentes podem manter conversas profundas com pessoas significativas, mostram um diálogo real e conseguem aceitar as coisas boas e más. A aceitação não exclui a esperança. Poder-se-á mesmo dizer, que permanece sempre para o doente uma leve esperança: um tratamento novo, um "milagre".

O mesmo autor, considera que nem todas as Mortes podem ser completamente adequadas, mas as condutas mais tranquilizadoras podem ser facilitadas, permitindo melhorar Mortes potencialmente dolorosas.

Os objectivos da orientação a prestar no luto são:

- Aumentar de forma adequada a realidade da perda;
- Ajudar a pessoa a expressar a sua afectividade;
- Ajudar a vencer os impedimentos que evitam o reajuste depois da perda;
- Ajudar a formular novos projectos para o futuro;
- Ajudar a "dizer adeus" ao falecido e a sentir-se confortável na sua nova situação.

Também neste período deverá ser valorizado o processo de comunicação, particularmente a escuta activa. Muitos dos enlutados ficam sós e necessitam de alguém que os ouça e os ajude a reenquadrar perspectivas e a atingir o equilíbrio natural para viver.

Apoio espiritual

O apoio espiritual, consiste sobretudo em oferecer a atenção espiritual, atenção integral, com uma atitude de absoluta humildade e respeito porque vamos entrar no lugar mais secreto de cada pessoa. Esta humildade, exige o dever de escutar antes de falar, compreender antes de convencer e aceitar antes de impor.

Os indivíduos que se encontram a ponto de morrer agradecem a oportunidade de poder falar com alguém e expressar os seus próprios pontos de vista. (SERRA, 1991)

Apoio à família

O impacto da doença terminal sobre o ambiente familiar, pode tomar aspectos distintos de acordo com os factores predominantes, sejam eles relacionados com a doença ou relacionados com o contexto social do doente.

Ao planear o apoio à família, devem valorizar-se uma série de factores socioculturais:

- situação económica da família face às despesas previsíveis, condições básicas de habitabilidade,
- nível cultural que permita à família a execução das indicações sobre o tratamento e cuidados a prestar.

A primeira atitude da equipa de saúde, será a de avaliar se a família pode, do ponto de vista emocional e prático, cuidar de forma adequada o doente.

A doença terminal impõem-se à família de três maneiras diferentes: distorce ou destrói os padrões de interacção dentro da unidade familiar; afecta os planos e as orientações da família em relação ao futuro; altera o conjunto de grupos de referência exteriores com os quais a família interage.

Devemos promover à família, em conjunto, o ajuste individual à situação, aumentar a capacidade de cuidar e possibilitar uma adaptação normal.

O passo seguinte será o de planear a integração plena da família na prestação dos cuidados, o que se consegue através da sua educação, do suporte emocional e prático que lhe for proporcionado e da forma como se for preparando o luto.

A função da família deverá ser a da participação nas tarefas que dizem respeito à higiene do doente, alimentação, adopção de condutas adequadas quando surgem determinadas situações/problemas e comunicação efectiva com o doente.

4 - Actuação do Enfermeiro perante o momento da Morte

Para que o fenómeno da Morte seja encarado com serenidade pelo enfermeiro, este deve prevê-la como inevitável.

Assim deve ter como atitudes:

- Toda a equipa deve ter um comportamento e linguagem coerente, em relação à informação dada ao doente para não existir contradições.
- Comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente.
- Compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos
- Auxiliar correctamente o doente a assumir a Morte como experiência que só ele pode viver.
- Promover a vivência da fase final de vida no domicílio sempre que possível, caso contrário, providenciar um espaço confortável na instituição hospitalar, onde familiares e doente, possam juntos partilhar o momento da Morte
- Ter respeito pela diferença, cada doente tem o seu modo de estar na vida.
- O doente raramente está isolado, os familiares podem ajudar ou perturbar.
- Diminuir a dor, o sofrimento e a angústia.

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de, conforme descrito no CÓDIGO DEONTOLOGICO de ENFERMAGEM, artigo 87º - Do Respeito Pelo Doente Terminal:

- a)Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;
- b)Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c)Respeitar e fazer respeitar o corpo após a Morte.

O enunciado afirma o enquadramento decorrente de acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal. Considera-se que no estágio de evolução chamado terminal, a Morte é previsível a mais ou menos curto termo. Neste caso, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa. Neste contexto, o objectivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que é essa possibilidade para cada ser humano de, por intermédio da sua consciência, agir livremente e autodeterminar-se.

Como técnicos de saúde, podemos ser a principal causa de sofrimento ou a forma principal de aliviar o sofrimento.

5 - Agonia

O doente agónico, sendo um doente paliativo, é aquele cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, efectuada com base na sintomatologia e evidência clínica que apresenta, representando, pois, apenas um pequeno subgrupo dentre os doentes terminais. Designa-se assim os últimos dias ou horas de vida por período de Agonia. (CAPELAS, 2006).

Os anglo-saxónicos designam-na como *the last days and hours of life*. Trata-se de uma fase que pode ter a duração de horas ou dias, dependendo de factores como a idade, sendo mais demorada nos doentes jovens, com perfil de lutadores ou naquelas pessoas com problemas não resolvidos (NETO, 2006).

Nesta fase acontecem alterações clínicas e fisiológicas, com uma deterioração progressiva do estado do doente, podendo surgir novos sintomas ou verificar-se um agravamento dos sintomas existentes (NETO, 2006).

Uma das condições essenciais para que sejam prestados cuidados de qualidade ao doente em fim de vida é ser capaz de reconhecer que o momento da Morte está próximo.

A possibilidade de o doente saber que a Morte está próxima, permite-lhe fazer escolhas como o lugar e o modo como pretende que esse momento aconteça (NETO, 2006).

Para os profissionais é também importante este conhecimento para que possam prestar os cuidados adequados, no momento certo, uma vez que a oportunidade é única e irrepetível. Os enfermeiros são profissionais que lidam frequentemente com a Morte, uma vez que desenvolvem funções em hospitais, lares de idosos e na comunidade, em regime de assistência domiciliária (PAYNE, 2004).

É muito importante ser capaz de prever o momento da Morte. As reacções à perda também variam consoante se trata de uma Morte esperada ou de um acontecimento traumático, podendo este último provocar reacções particularmente perturbadoras, exigindo um enorme esforço de adaptação (BARBOSA, 2006).

A fase da Agonia tem um significado muito especial para a família e pessoas significativas. É o momento em que existe a consciência de que a Morte se aproxima rápida e inevitavelmente, despertando sentimentos de medo, impotência e, com frequência, de ambivalência. Se por um lado gostariam que o doente permanecesse vivo durante mais tempo, evitando a separação, por outro desejam que o seu sofrimento termine, acabando por, mesmo inconscientemente, desejar a sua Morte.

Devemos assegurar à família que estes sentimentos acontecem naturalmente nesta situação (BARBOSA, 2006).

Um doente em Agonia apresenta, geralmente, um conjunto de alterações fisiológicas que ajudam a prever e a limitar sob o ponto de vista temporal esta fase. São exemplo:

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de oscilação do nível de consciência, alguma desorientação e dificuldades na comunicação. Este agravamento pode atingir o coma e habitualmente o doente passa a maior parte ou a totalidade do dia acamado;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência; desinteresse pelos alimentos (sólidos e líquidos);

- Falência de múltiplos órgãos (por exemplo, traduzida na diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos), acompanhada por vezes da falência do controlo dos esfíncteres e de alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);
- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base
- Sintomas psico-emocionais como angústia, agitação, crises de medo ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente;
- Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da Morte. (NETO, 2006)

No sentido de dar resposta à dificuldade sentida pelos profissionais de saúde na prestação deste tipo de cuidados numa fase mais terminal da vida do doente, Ellershaw desenvolveu um instrumento/protocolo denominado *Liverpool Integrated Care Pathway*. O Protocolo de Liverpool pretende uniformizar a forma de cuidar o doente em fase de Agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida (ELLERSAHW, 2003).

Este fornece guias orientadores relativamente a aspectos chave no cuidado ao doente oncológico em fim de vida. São eles: controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica de resgate, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a Morte do doente. Facilita ainda a documentação dos resultados obtidos e promove a prática reflexiva.

Principais barreiras à realização do diagnóstico de uma situação de Agonia (ELLERSAHW, 2003):

- Esperança que o doente recupere ou melhore,
- Ausência de diagnóstico definitivo,
- Manutenção de intervenções irrealistas,
- Não aceitação da condição do doente,
- Não identificação dos sinais e sintomas chave,
- Falta de conhecimentos para prescrever terapêutica,
- Dificuldade em comunicar com doente e família,

- Medo de abreviar a vida,
- Preocupações acerca de aspectos como a reanimação,
- Barreiras culturais e espirituais,
- Questões médico-legais.

Agonia não diagnosticada - efeitos no doente e família

- Desconhecimento que a Morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.
- Desconhecimento que a Morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.

4 – Conclusão

A Morte continua a ser um grande obstáculo na cultura Ocidental. No entanto, nada de proveitoso se adquire deste tipo de comportamento e conduta, resultando no errado acompanhamento dos profissionais de saúde à família e doente, no momento da Morte.

Se o acompanhamento ao doente em fase terminal, for adequado e atempadamente se inserir a família neste processo de apoio, o doente usufruirá de uma melhor qualidade de vida, do ponto de vista emocional e afectivo, assim como, na diminuição da dor e angústia, inerentes à doença.

Por isso, é necessário ajudar os profissionais de saúde a ultrapassarem os seus próprios temores relativos à Morte, sensibilizando-os para o papel preponderante, que têm no acompanhamento do doente e família.

Uma atitude de acompanhamento do doente em fase final de vida inscreve-se numa nova ritualização perante o fim da vida e testemunha uma certa evolução das atitudes e mentalidades face à Morte.

Feito o diagnóstico de Agonia, o Protocolo de Liverpool fornece guias orientadores relativamente a aspectos chave no cuidado ao doente oncológico em fim de vida: controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica em SOS, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a Morte do doente. Facilita ainda a documentação dos resultados obtidos e promove a prática reflexiva.

Acompanhar uma pessoa perante uma etapa crucial da sua existência poderá ser uma oferta de escuta, de acompanhamento no seu processo de luto, entender as suas interrogações, o seu sofrimento. Esta solidariedade é fundamental e permite que cada um se sinta sujeito de um encontro, e não como portador de uma doença e objecto de cuidados.

“Nesta altura os doentes sabem que não somos deuses e aquilo que pedem e esperam de nós é que não os abandonemos...”

Sheila Cassidy

Referências Bibliográficas

- AGUIAR, Isabella Rocha et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, v.19, n2, 2006.
- BARBOSA, A. Luto In Barbosa, A.; Neto, Isabel, *Manual de Cuidados Paliativos* (p.379-395). Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.
- BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre Morte e o morrer. Revista Enfermagem. 2006. São Paulo, v. 40, n. 4.
- CAPELAS, M. Organização de Serviços. In Barbosa, A.; Neto, Isabel, *Manual de Cuidados Paliativos* (p.295-308). Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS: CIPE, Versão 2, 2009.
- DOMINGUES DO NASCIMENTO, Carlos Alberto et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Revista Rene. Abril, 2006, vol.7, no.1, p.52-60.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Marcia Tereza Luz. A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. Revista Enfermagem. Setembro, 2006, vol.14, no.3, p.447-454.
- NETO, Isabel, Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- NUNES FERNANDES, Maria Edilene; et al. A Morte em Unidade de Terapia Intensiva: percepções do enfermeiro. Revista Rene. Abril, 2006, vol.7, no.1. p.43-51. 2008.

- PAYNE, S.; Seymour, J.; Ingleton, C. – Palliative Care Nursing. Principles and evidence for practice. Glasgow: Open University Press (p.462-471), 2004.
- REES, Gragg et al. - Princípios científicos de enfermagem. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- ROSADO, Maria - Os técnicos de saúde face ao doente com doença grave. Lisboa: Vozes, 1991.
- SERRA, V. et al – Reacções emocionais à doença grave: como lidar. Ed. Clínica psiquiátrica dos H.U.C., Coimbra, 1991.

b) – Plano de Sessão

Plano da Sessão

Formadores: Enf^a Carla Taveira e Enf^a Rosa Teixeira

Tema: “O Enfermeiro e a Morte”

Destinatários: Enfermeiros do SU do HPH

Tempo: 25 minutos

Objectivos:


- Reflectir acerca do conceito da Morte na actualidade;
- Reflectir acerca das reacções dos enfermeiros ao lidarem com a morte;
- Discutir qual a actuação de enfermagem na assistência ao doente em fase terminal;
- Sensibilizar os colegas para a uniformização de comportamentos perante o doente terminal.

Meios e recursos didácticos: Computador

Metodologia: Expositivo

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e do tema • Objectivos • Motivação 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • O Enfermeiro e a Morte • Actuação do enfermeiro perante a situação da morte • Agonia 	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias e esclarecimento de dúvidas 	3 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário 	2 minutos

c) – Diapositivos de Apoio à Acção de Formação


O ENFERMEIRO E A MORTE

UMA VEZ NO HOSPITAL NINGUÉM MENCIONA A POSSIBILIDADE DE A DOENÇA SER FATAL: A MORTE É TRATADA COMO UM SEGREDO.

O ENFERMEIRO E A MORTE


A Morte deve ser encarada como um facto a viver e como tal faz parte da vida.

“ É como a outra face da lua, nunca a vemos mas sabemos que existe, podemos compreender a face que nos é revelada: a vida .”




O ENFERMEIRO E A MORTE

SE SOBERMOS ASSUMIR QUE A MORTE ENQUADRA A NOSSA EXISTÊNCIA. PODEMOS CONCENTRARMO-NOS MELHOR NA SUA VIVÊNCIA QUOTIDIANA. EQUACIONANDO O QUE FAZEMOS E PARA QUE O FAZEMOS.




O ENFERMEIRO E A MORTE

ALGUMAS VEZES QUESTIONAMO-NOS SOBRE A MORTE DESTA OU DAQUELA PESSOA. MUITAS VEZES SENTIMO-NOS EMBARAÇADOS COM O MOMENTO DA MORTE. MAS SENTIMO-NOS SEMPRE SOLIDÁRIOS COM A PESSOA NO SEU PROCESSO DE MORRER.



O ENFERMEIRO E A MORTE

“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.”



João M. Raposo

O ENFERMEIRO E A MORTE

Como técnicos de saúde, podemos ser a principal causa de sofrimento ou a forma principal de aliviar o sofrimento.



O ENFERMEIRO E A MORTE

ACTUAÇÃO ENFERMEIRO PERANTE O MOMENTO MORTE

Toda a equipa deve ter um comportamento e linguagem coerente, em relação à informação dada ao doente/família para não existir contradições;

Comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente/família;

Compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos;

Auxiliar correctamente o doente a assumir a morte como experiência que só ele pode vivenciar;

O ENFERMEIRO E A MORTE

ACTUAÇÃO ENFERMEIRO PERANTE O MOMENTO MORTE

Promover a vivência da fase final de vida na companhia dos familiares, providenciando um espaço confortável;

Ter respeito pela diferença, cada doente tem o seu modo de estar na vida;

Diminuir a dor, o sofrimento e a angústia.

AGONIA

TRATA-SE DE UM PERÍODO DE :

Expressão de sentimentos
Despedidas
Conclusões
Carece de tranquilidade e intimidade
Acompanhamento nos últimos momentos
Reconciliação



O ENFERMEIRO E A MORTE

DOENTE EM ESTADO AGÓNICO

- O acompanhamento do doente em estado agónico exige, tal como numa fase anterior, uma avaliação sistemática dos sintomas:
- Físicos,
- Psicológicos,
- Espirituais,
- Apoio à família.



O ENFERMEIRO E A MORTE

DOENTE EM ESTADO AGÓNICO

- Evidente deterioração do estado geral,
- Tem uma duração de horas ou dias, de acordo com factores como a idade, perfil de lutador, “problemas por resolver”,
- Impacto emocional no doente, família e equipa prestadora de cuidados.

O ENFERMEIRO E A MORTE

FOCOS INTERVENÇÃO ENFERMAGEM MAIS RELEVANTES NA AGONIA

- Dor
- Delírio (dor , retenção urinária)
- Estertor (posicionamento , aspiração, medicação)
- Dispneia (sensação , ansiedade)
- Mioclonias
- Náuseas/vómitos
- Retenção/incontinência urinária
- Sudação
- Hipertermia

Liverpool Integrated Care Pathway

O Protocolo de Liverpool pretende uniformizar a forma de cuidar o doente em fase de agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida.



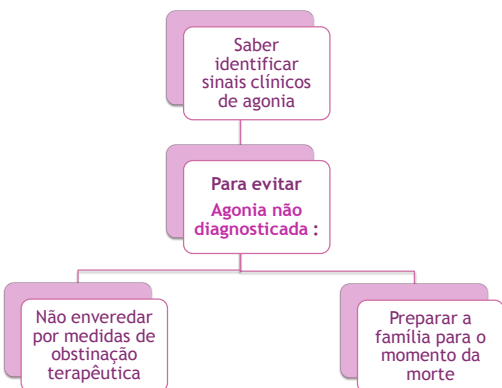
PRINCIPAIS BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE UMA SITUAÇÃO DE AGONIA

- Esperança que o doente recupere ou melhore,
- Ausência de diagnóstico definitivo,
- Manutenção de intervenções irrealistas,
- Não aceitação da condição do doente,
- Não identificação dos sinais e sintomas chave,
- Falta de conhecimentos para prescrever terapêutica,
- Dificuldade em comunicar com doente e família,
- Medo de abreviar a vida,
- Preocupações acerca de aspectos como a reanimação,
- Barreiras culturais e espirituais,
- Questões médico-legais.

(Ellershaw)

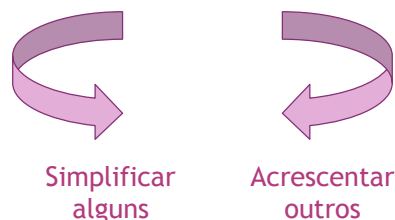
AGONIA NÃO DIAGNOSTICADA EFEITOS NO DOENTE E FAMÍLIA

- Desconhecimento que a morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.



Manual de Cuidados Paliativos

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS INUTEIS

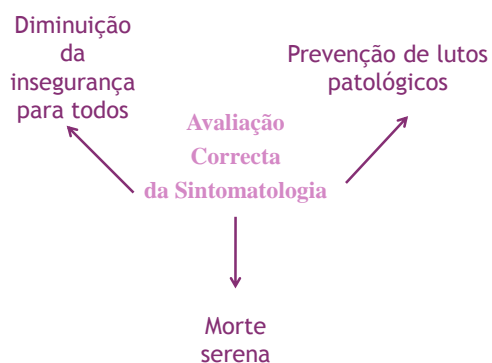
- Infusões endovenosas
- Transfusões
- Sonda nasogástrica
- Antibióticos

O ENFERMEIRO E A MORTE

CUIDADOS NA AGONIA



O ENFERMEIRO E A MORTE



O ENFERMEIRO E A MORTE

"Nesta altura os doentes sabem que não somos deuses e aquilo que pedem e esperam de nós é que não os abandonemos..."

Sheila Cassidy

"A forma de morrer de uma pessoa fica gravada em todos quantos a presenciaram..."

Cicely Saunders

O ENFERMEIRO E A MORTE

"Após anos e anos de assistência a pessoas que vivem os seus últimos momentos, não sei muito mais sobre a morte em si mesma, mas a minha confiança na vida não tem senão aumentado. Vivo, sem dúvida, mais intensamente, com uma consciência mais aguda, aquilo que me é dado viver, alegrias e tristezas, mas também todas essas pequenas coisas quotidianas, que são óbvias, tal como o simples facto de respirar ou de andar. (...) Devo isso àqueles que julgo ter acompanhado, mas que, na humildade em que o sofrimento os afundou, se revelaram uns mestres(...) Quando a morte está tão perto, quando a tristeza e o sofrimento dominam, pode haver ainda vida, alegria, sobressaltos de alma de uma profundidade e intensidade por vezes nunca antes experimentadas."

Marie de Hennezel, *Diálogo com a morte*

O ENFERMEIRO E A MORTE



O MARCENEIRO E AS FERRAMENTAS

Autor Desconhecido



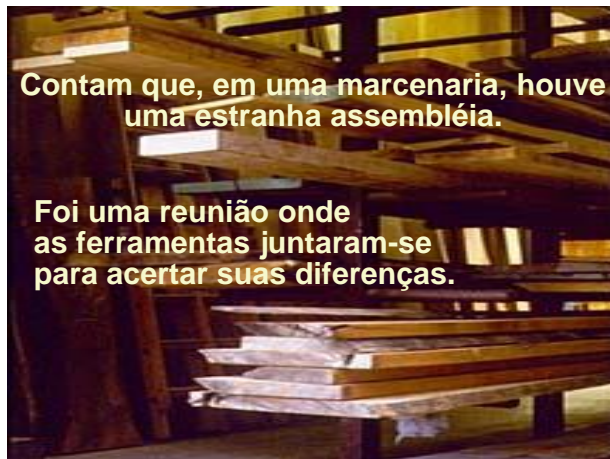
Ria

riaellw@uol.com.br

Não altere a formatação!

Contam que, em uma marcenaria, houve uma estranha assembléia.

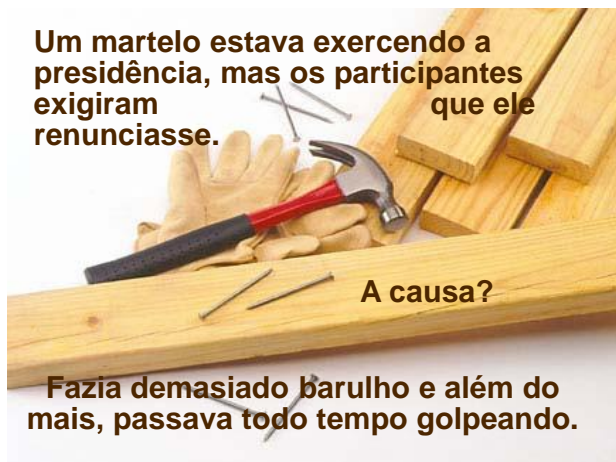
Foi uma reunião onde as ferramentas juntaram-se para acertar suas diferenças.



Um martelo estava exercendo a presidência, mas os participantes exigiram que ele renunciasse.

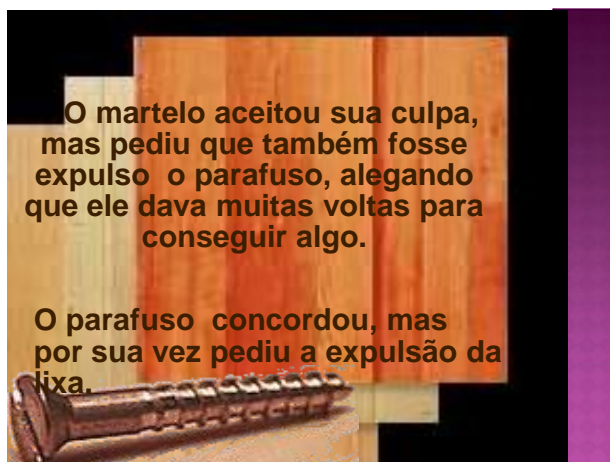
A causa?

Fazia demasiado barulho e além do mais, passava todo tempo golpeando.

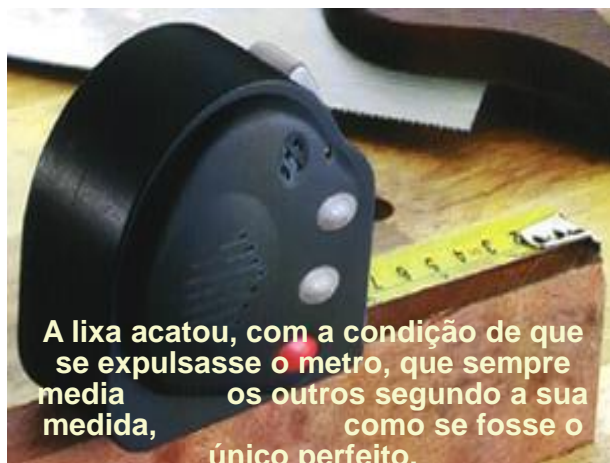


O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, alegando que ele dava muitas voltas para conseguir algo.

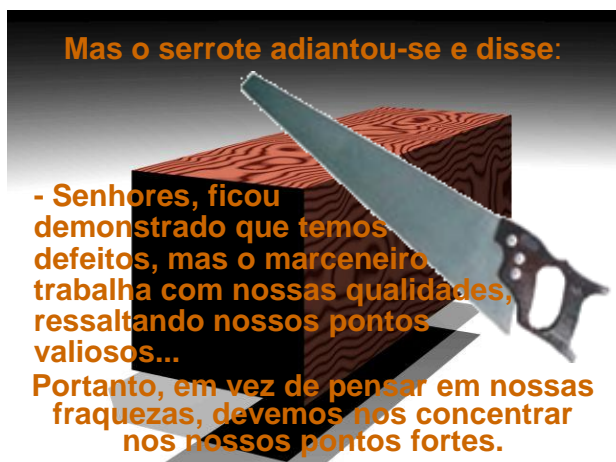
O parafuso concordou, mas por sua vez pediu a expulsão da lixa.



Disse que ela era muito áspera no tratamento com os demais, entrando sempre em atritos.

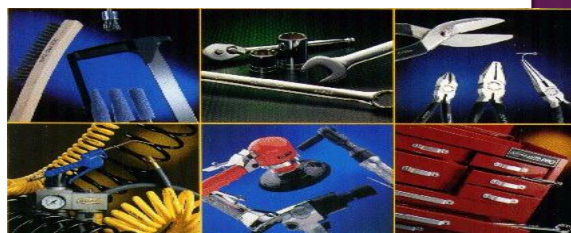


A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse o metro, que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fosse o único perfeito.



Então a assembléia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limpar e afinar asperezas, e o metro era preciso e exato.

Sentiram-se como uma equipa, capaz de produzir com qualidade;



e uma grande alegria tomou conta de todos pela oportunidade de trabalharem juntos.



O mesmo ocorre com os seres humanos.

Quando uma pessoa procura defeitos na outra, a situação torna-se tensa e negativa.

Ao contrário, quando se busca com sinceridade os pontos fortes dos outros, florescem as melhores conquistas humanas.

É fácil encontrar defeitos...

Qualquer um pode fazê-lo !



Mas encontrar qualidades?

Isto é para os sábios !!!

ENC

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A Morte sob a óptica da Enfermagem publicado 3/08/2009 por Juliana Cândida em <http://www.webartigos.com>

BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.

DOMINGUES DO NASCIMENTO, Carlos Alberto et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Revista Rene, Abril, 2006, vol.7, no.1, p.52-60.

HENZEZEL, Marie De - Diálogo com a morte. Lisboa : editorial notícias, 1997. ISBN 972-46-0793-3. 173p.

TWYXCROSS, Robert. Cuidados Paliativos. Climepsi Editores. 2ª Edição, Lisboa, Novembro, 2003.

O ENFERMEIRO E A MORTE



d) – Questionário da “Avaliação da Acção de Formação”



Questionário:

Legenda: 1 – Muito fraco; 2 – Fraco; 3 – Satisfaz; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

AVALIAÇÃO ACÇÃO					
1-ORGANIZAÇÃO GERAL DA ACÇÃO					
1.1.A metodologia utilizada foi eficaz	1	2	3	4	5
1.2.O tempo atribuído ao tema foi adequado	1	2	3	4	5
2-MATÉRIAS/CONTEÚDOS					
2.1.Despertaram interesse e motivação	1	2	3	4	5
2.2.Foram de compreensão acessível	1	2	3	4	5
2.3.Estiveram bem organizados e sistematizados	1	2	3	4	5
2.4.Foram completos e suficientes	1	2	3	4	5
AVALIAÇÃO DOS FORMADORES					
3- APTIDÕES TÉCNICAS					
3.1.Utilizaram uma linguagem clara e adequada	1	2	3	4	5
3.2.Tinham bons conhecimentos teórico-práticos	1	2	3	4	5
3.3.Transmitiram bem os seus conhecimentos	1	2	3	4	5
4- DISPONIBILIDADE					
4.1.Disponível para esclarecer dúvidas	1	2	3	4	5
4.2.Relacionamento bom com o grupo de formandos	1	2	3	4	5
5- COMPORTAMENTO					
5.1.Conseguiram despertar interesse dos formandos	1	2	3	4	5

Obrigado pela disponibilidade

Carla Taveira/Rosa Teixeira

e) – Tratamento de Dados da “Avaliação da Acção de Formação”

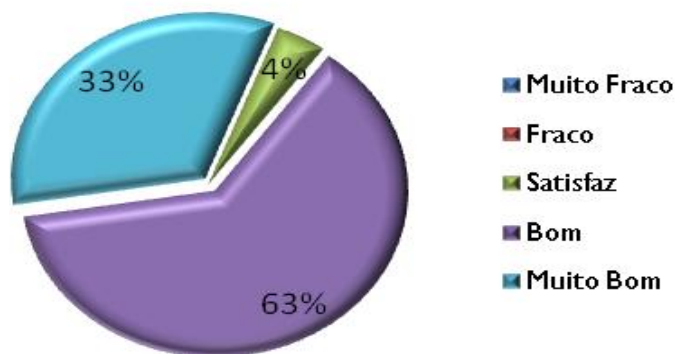
O ENFERMEIRO E A MORTE - Avaliação da Acção de Formação

Após a Acção de Formação efectuada nos dias 25 e 26 de Novembro de 2010 cujo tema prendeu-se com “O Enfermeiro e a Morte”, foi colocado à consideração dos formandos um questionário que avaliava a pertinência da mesma em termos de conteúdo e metodologia. Os resultados foram analisados e apresentados em forma de gráfico em seguida.

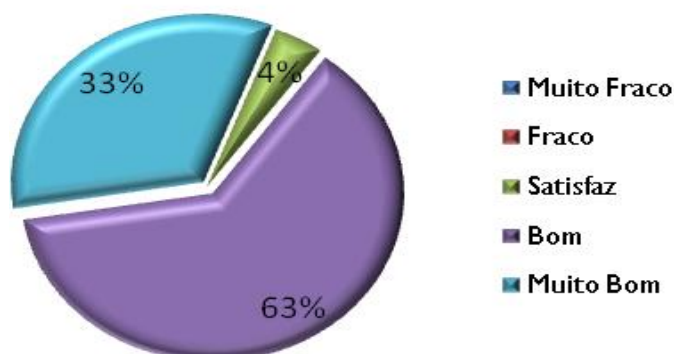
O questionário foi estruturado em duas grandes partes uma primeira que remete para a avaliação da acção de formação e outra sobre a avaliação dos formadores. Aos formandos foi-lhes pedido que enquadrassem as questões segundo uma escala de 1 a 5, sendo que 1 remetia a conteúdos: *Muito Fraco*, 2 – *Fraco*, 3 – *Satisfaz*, 4 – *Bom* e 5 – *Muito Bom*.

Em relação à avaliação da acção de formação foram colocadas 6 questões avaliativas segundo duas componentes a organização geral da acção e os materiais e conteúdos. A avaliação obtida foi bastante positiva sendo que os resultados em ambas se aproximam bastante, a média da avaliação obtida é de 4,3 na escala usada. Os gráficos apresentados em seguida são ilustrativos, sendo que as respostas obtidas configuram-se num gráfico semelhante.

Adequação dos Materiais e Conteudos

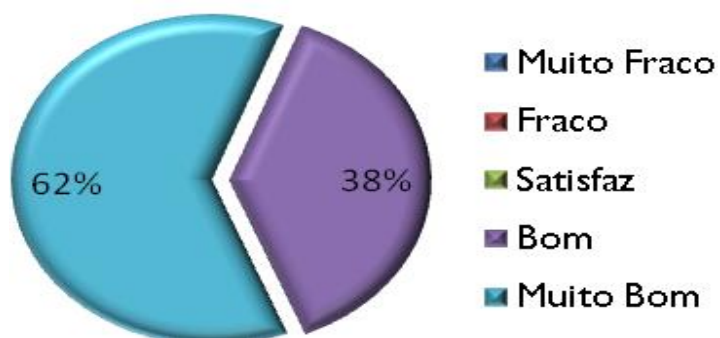


Organização geral da acção de formação

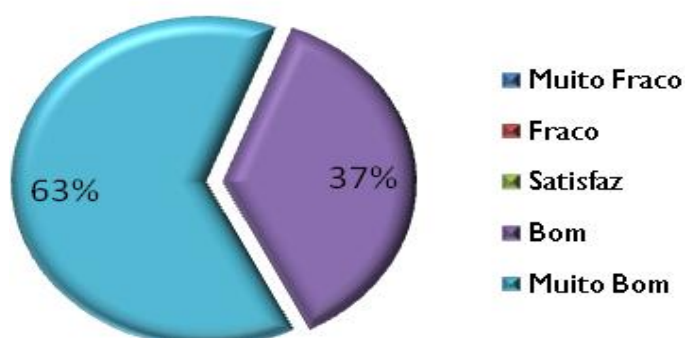


A avaliação efectuada pelos formandos dos formadores foi ligeiramente superior, sendo que a média situa-se em 4,64, na escala usada. Em termos gráficos foram efectuados três na vertente das aptidões técnicas, disponibilidade e comportamento dos formadores. Mais uma vez verifica-se a grande aproximação dos valores obtidos entre estes, sendo que os valores variam entre 4 (Bom) e 5 (Muito Bom).

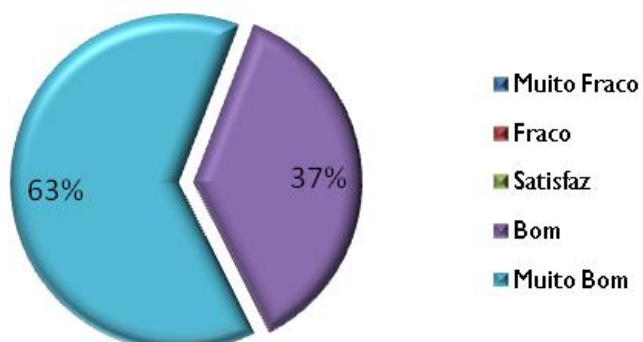
Aptidões Técnicas



Disponibilidade



Comportamento dos formadores



**ANEXO VI – Póster “Abordagem do Enfermeiro ao doente submetido a
Pacemaker”**

- a) Suporte Teórico
- b) Póster

a) – Suporte Teórico



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde



PACEMAKER

Novembro, 2010



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

PACEMAKER

Trabalho elaborado por:

Carla Taveira

Rosa Teixeira

*Alunas do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem
Especialização Enfermagem Médico Cirúrgica, 2010/2011*

Novembro, 2010



Índice

0. Introdução	4
1. Pacemakers	5
1.1. Conceito	5
1.2. Tipos de Pacemakers	5
1.2.1. Pacemakers Permanentes	5
1.2.2. Pacemakers Temporários	7
1.2.3. Pacemakers Externos	8
1.3. Terminologia do Pacemaker	8
1.4. Implantação	9
1.5. Indicações	10
1.6. Complicações	11
1.7. Contra-indicações	12
2- Intervenções de Enfermagem	13
3. Conclusão	16
Referências bibliográficas	17



0. INTRODUÇÃO

Na sequência da prestação de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano (mais precisamente em OBS) no contexto de estágio do Mestrado de Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica, consideramos pertinente a realização de um poster elucidativo da abordagem do enfermeiro ao doente submetido a pacemaker.

A elaboração desta pesquisa vem ao encontro da necessidade de aprofundar conhecimento acerca do que é um pacemaker, os vários tipos que existem e respectiva colocação, as suas indicações, complicações subjacentes, mas acima de tudo para nos consciencializarmos do que um pacemaker acarreta no doente.

O presente documento visa uma pesquisa de evidência científica no sentido de constituir a base teórica do referido poster para apresentação no SU.

Foi ainda nossa preocupação adquirir conhecimentos acerca da informação a transmitir ao doente, para que este se sinta devidamente consciente e informado sobre os cuidados a ter no domicílio, caso lhe seja implantado um pacemaker definitivo, lembrando que este é um agente activo na sua recuperação e reabilitação.

1. PACEMAKERS

“Pacemaker... iniciador do ritmo cardíaco situado ao nível do nóculo sino-auricular”

In Dicionário de Enfermagem, pág. 241

“Pacemaker... termo Inglês que se emprega frequentemente como sinónimo de estimulador cardíaco; [em inglês pace, ritmo, e maker, aquele que faz].”

In Dicionário Médico, pág. 443

1.1. Conceito

Os Pacemakers são equipamentos electrónicos utilizados para dar início a um batimento cardíaco, quando o sistema eléctrico intrínseco do coração é incapaz de gerar uma frequência adequada à manutenção do débito cardíaco.

1.2. Tipos de Pacemakers

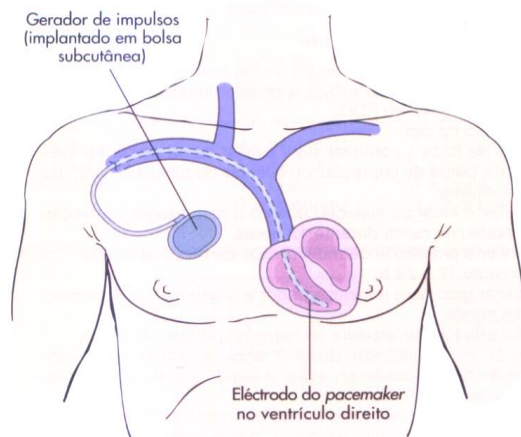
Os pacemakers podem ser de utilização permanente, temporários ou externos.

1.2.1. Pacemakers Permanentes

[Fig.1 – Colocação de um Pacemaker permanente.

Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003].

Enfermagem Médico-Cirúrgica]





Os pacemakers permanentes estão indicados para controlar as bradiarritmias devido a doença intermitente ou crónica do tecido de condução aurículo-ventricular, disfunção do nódulo sinusal, ou a um dos síndromes neurocardíacos.

Outras indicações para implantação de pacemaker permanente são formuladas com base na presença de sintomas, contudo muitos sintomas como a fadiga ou queixas subtis de insuficiência cardíaca congestiva, podem só ser reconhecidos retrospectivamente, após implantação de pacemaker permanente.

Estes pacemakers usam um gerador de impulsos como «centro de comando» das funções do pacemaker. O gerador fica ligado a um ou dois fios posicionados no ventrículo direito ou na aurícula direita.

Esses fios são arames isolados, flexíveis, com eléctrodos para estimular o ritmo cardíaco e fornecer impulsos eléctricos, quando necessário. Os fios são introduzidos no miocárdio pelas veias subclávia ou jugular. Um fio guia, com fluroscopia, permite a colocação correcta dos fios relativamente ao endocárdio auricular ou ventricular.

Cirurgicamente é feita uma bolsa subcutânea para colocação do gerador, geralmente na região infraclavicular. O procedimento é executado com sedação e anestesia local.

Os pacemakers têm inúmeras capacidades, pois são constituídos por um código de 5 letras que traduzem as funções específicas, programáveis do pacemaker. Todos os pacemakers utilizam as 3 primeiras letras do código. As características especiais do pacemaker são assinaladas pelas duas últimas letras e incluem um gerador de impulso anti-taquicárdico e um gerador de impulso de resposta à frequência.

A seguinte figura, apresenta o aspecto de um ECG de batimentos estimulados por pacemaker. Os batimentos em gerador de impulsos identificam-se, de imediato, pelo “spike” que precede um complexo QRS do pacemaker. Trata-se

de um complexo largo, porque a iniciação do impulso ocorre no ventrículo, tal como na extra-sístole ventricular.

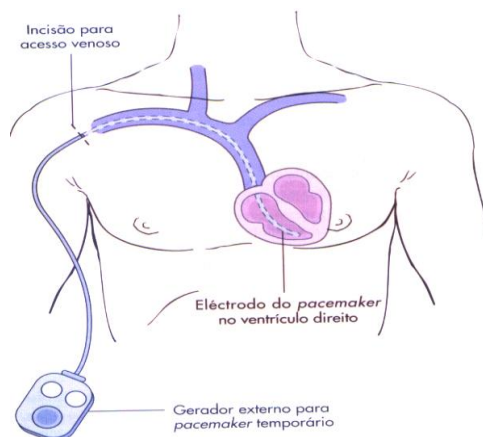


[Fig.2 - Ritmo de pacemaker ventricular com “Spikes”. Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003]. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*]

O doente com pacemaker a funcionar mal tem geralmente recorrência de sintomas. No entanto, o enfermeiro deverá ser capaz de diagnosticar as alterações indicadoras no ECG desse mau funcionamento; perda de estímulo; perda de captação e falência do gerador de impulso.

1.2.2. Pacemakers Temporários

Os pacemakers temporários podem ser profiláticos ou de suporte, até que o problema responsável pela perturbação da frequência ou da condução tenha sido resolvido. Estão indicados para tratamento, de disritmias até estabilização do ritmo do doente ou até se poder inserir um pacemaker permanente.

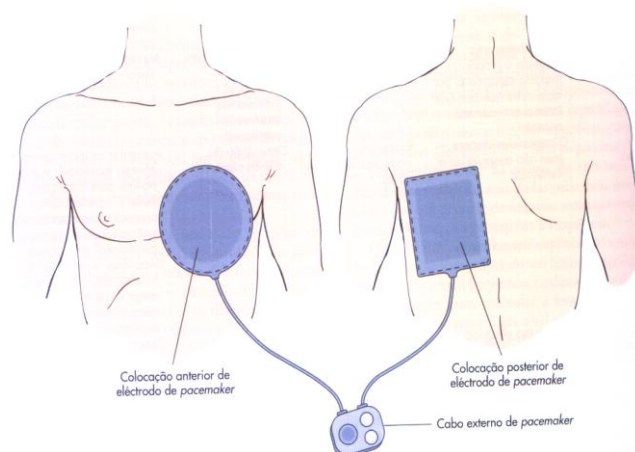


[Fig.3 –Colocação transvenosa de um Pacemaker temporário. Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003]. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*]

Para o pacemaker temporário, o fio do aparelho é geralmente introduzido por via intravenosa até ao ventrículo direito. Os fios são ligados a uma caixa geradora de impulsos externa.

1.2.3. Pacemakers Externos

O pacemaker cardíaco externo requer a aplicação de dois eléctrodos na parede torácica, um sobre o ápex cardíaco, e o outro na parede posterior, abaixo da omoplata esquerda.



[Fig.4 – Pacemaker externo transcutâneo. Fonte:

Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003].

Enfermagem Médico-Cirúrgica]

A corrente eléctrica passa entre os eléctrodos através de um impulso de saída, emitido em miliamperes e controlado pelo operador. A maioria dos pacemakers externos funciona no modo «on demand». Um osciloscópio permite a monitorização da actividade do pacemaker. Os pacemakers externos são usados, basicamente, em doentes com ritmos instáveis em situações de emergência.

1.3. Terminologia do Pacemaker

Os Pacemakers podem ser considerados quanto á terminologia de três modos: frequência fixa ou assíncrona, demand ou síncrono e sequencial AV.



Nos de frequência fixa há um desencadear do estímulo com uma frequência pré-estabelecida, independentemente da ocorrência de despolarização espontânea do miocárdio.

Quando um pacemaker se encontra em demand, este produz um estímulo apenas quando o pacemaker intrínseco do coração não atinge a frequência pré-determinada. O estímulo do pacemaker é inibido ou disparado no QRS, quando o intrínseco funciona.

Nos casos em que o pacemaker se designa como sequencial AV, este estimula a aurícula e o ventrículo na sequência adequada, e com um atraso AV suficiente para permitir um apropriado enchimento ventricular.

1.4. Implantação

Várias são as vias utilizadas para o implante de um pacemaker. O pacemaker permanente é geralmente colocado por via transvenosa, embora em certas ocasiões possa ser implantado no epicárdio, em situações em que a toracotomia está indicada, como no caso da cirurgia cardíaca.

Em relação aos pacemakers temporários podemos ter um implante transcutâneo em que são exigidos dois eléctrodos na pele, sendo um colocado no tórax anterior e outro no tórax posterior, ambos ligados a um gerador externo de impulsos. Trata-se de uma técnica rápida e não invasiva, usada muitas vezes em casos de emergência.

A estimulação transtorácica também constitui um procedimento de emergência, envolvendo a inserção de um fio no ventrículo através de uma agulha introduzida na parede torácica. Este procedimento envolve alguns riscos, podendo surgir complicações graves tais como o pneumotórax ou o tamponamento, dado o carácter invasivo.

A colocação de um pacemaker epicárdico temporário tornou-se um procedimento de rotina na maioria das cirurgias cardíacas. Os eléctrodos responsáveis pela estimulação, colocadas no ventrículo e em muitos casos na aurícula, são suturados ao epicárdio de uma forma muito superficial. Os



terminais dos fios são conduzidos até á superfície cutânea antes do encerramento da parede torácica, podendo depois ser removidos por tracção suave, sem risco de hemorragia.

A estimulação endocárdica transvenosa temporária é conseguida introduzindo a sonda através de uma veia, geralmente a subclávia ou jugular interna, até à aurícula ou ventrículo direitos.

1.5. Indicações

São várias as indicações clínicas para a colocação de um pacemaker temporário, entre as quais se destacam as bradicardias ou paragens sinusais, os bloqueios cardíacos, as taquidisrritmias ventriculares e supraventriculares, suporte do débito cardíaco após cirurgia cardíaca, estudos electrofisiológicos, entre outros.

As disrritmias que não respondem à terapêutica farmacológica e comprometem o equilíbrio hemodinâmico, constituem indicação definitiva para o tratamento com pacemaker. No caso das bradiarritmias, este tem como finalidade aumentar a frequência ventricular e, conseqüentemente, o débito cardíaco.

Reciprocamente, os pacemakers “overdrive” podem ser usados para diminuir a frequência em ritmos supraventriculares ou ventriculares rápidos.

Após a cirurgia, o pacemaker temporário pode ser utilizado para otimizar um débito cardíaco dependente da frequência, transitoriamente deprimido. As perturbações da condução, que podem surgir após cirurgia valvular, podem também ser eficazmente resolvidas, recorrendo a um pacemaker temporário.

A estimulação auricular é indicada para doentes com alteração do nó sinusal e sistema de condução AV e intraventriculares.



Em doentes com bradicardia significativa e ritmo sinusal normal com episódios raros de bloqueio AV ou paragem sinusal ou FA crónica ou incapacidade física grave indicada a estimulação ventricular.

Por outro lado a estimulação de dupla câmara é indicada na doença do nó sinusal, no bloqueio AV crónico, sintomático, de 2º e 3º grau, no Síndrome de Adams-Stokes recorrente e no bloqueio bilateral do ramo do feixe, sintomático, quando for colocada de lado a hipótese de taquiarritmia e outras causas.

Por fim, a estimulação modulada por frequência é indicada para doentes com incompetência cronotrópica e para os que beneficiariam de frequências de estimulação aumentadas durante a actividade física.

1.6. COMPLICAÇÕES

As infecções relacionadas com a implantação de pacemakers são raras, no entanto as infecções precoces podem ser causadas por *Staphylococcus aureus* e podem ser agressivas. As infecções tardias estão, habitualmente, relacionadas com *Staphylococcus epidermidis* e podem ter uma evolução mais indolente. Os sinais de infecção incluem inflamação local e formação de abscesso, erosão do gerador e febre, com hemoculturas positivas mas sem foco de infecção identificável. A ecocardiografia transesofágica pode ajudar a determinar se estão presentes vegetações nos electrocateter. Se o pacemaker estiver infectado é, habitualmente, necessário remover os electrocateteres e o gerador do pacemaker e administrar antibiótico.

Pode ocorrer quebra do isolamento do electrocateter ou fractura do próprio electrocateter, dando origem a problemas de oversensing (devido à interferência eléctrica), undersensing, incapacidade de captura (devido à fuga de corrente). Este problema manifesta-se muitas vezes de forma intermitente e pode ser difícil de detectar durante o exame de rotina do pacemaker. O doente pode queixar-se de estimulação do músculo peitoral devido à fuga de corrente



em torno de uma quebra de isolamento. Outra complicação é a presença de hematomas, especialmente em doentes hipocoagulados.

1.7 Contra-indicações

Não existem contra-indicações conhecidas para a utilização da estimulação como uma modalidade terapêutica de controlo da frequência cardíaca. No entanto, a idade e o estado do doente podem condicionar o sistema de estimulação, o modo de funcionamento e o procedimento de implantação utilizados pelo médico.

Os pacemakers de estimulação auricular de câmara única estão contra-indicados em :

- doentes que tenham demonstrado compromisso da condução AV;
- ausência de um apêndice auricular direito;
- doentes após operações na aurícula;
- doentes em que a presença ou a possibilidade de ocorrência de ritmos espontâneos pode provocar uma estimulação competitiva.

As contra-indicações para pacemakers de estimulação ventricular de câmara única são:

- doentes com próteses mecânicas tricúspides ou com graves doenças tricúspides;
- doentes que tenham apresentado um quadro de síndrome de pacemakers, condução AV retrógrada, ou que apresentem queda da pressão arterial com início da estimulação ventricular.

A estimulação de dupla câmara, se bem que não seja contra-indicado para doentes com flutter auricular crónico, fibrilhação auricular crónica ou aurícula silenciosa, poderá não proporcionar a tais doentes qualquer benefício além dos obtidos com a estimulação de câmara única.



A estimulação com modulação da frequência pode ser inadequada para doentes que sofram de angina ou de outros sintomas de disfunção do miocárdio em frequências elevadas conduzidas pelo sensor.

2- Intervenções de Enfermagem

Todo e qualquer enfermeiro deve prestar cuidados de enfermagem ao doente portador de pacemaker permanente /temporário de forma a personificar e individualizar os cuidados de enfermagem, contribuindo para uma melhor qualidade dos cuidados a prestar.

Neste sentido, achamos pertinente referir quais os cuidados de enfermagem a serem efectuados a pessoas submetidas a implantação de um pacemaker:

- Explicar ao doente/família em que consiste a colocação do pacemaker, bem como, a importância da sua colaboração;
- Verificar a existência de consentimento informado assinado;
- Avisar e verificar jejum, num mínimo de 6 horas (no pacemaker programado);
- Fazer a tricotomia da região inguinal bilateral (pacemaker provisório/temporário) e/ou do hemitorax (região sub-clavicular) direito/esquerdo (pacemaker definitivo), lavagem e desinfecção da respectiva região. Acção a realizar o mais próximo possível da implantação;
- Supervisionar /prestar cuidados de higiene pré-implantação;
- Cateterizar acesso venoso periférico, de preferência e se possível, á esquerda, ou verificar a sua permeabilidade;
- Avaliar sinais vitais pré-implantação;
- Explicar ao doente a importância, e incentivá-lo, a fazer esvaziamento vesical;
- Fornecer e explicar ao doente, a necessidade de vestir bata cirúrgica;



- Verificar a existência de próteses, e explicar ao doente a necessidade de serem retiradas;
- Verificar a existência de terapêutica anticoagulante prescrita (varfine, sintrom, fraxiparina, ...), confirmar a sua suspensão, bem como, evitar a administração de terapêutica analgésica com estas propriedades, no período pós- operatório, até reavaliação pelo médico responsável;
- Transmitir informação pertinente e comunicar, se existentes, as medidas de isolamento instituídas, ao Serviço que vai receber o doente;
- Providenciar o transporte do doente, em maca ou na respectiva cama;
- Efectuar registos;
- Explicar e incentivar o doente a permanecer em repouso nas primeiras 24 horas, mantendo diminuição da mobilidade do membro superior (direito ou esquerdo) – pacemaker definitivo;
- No caso do pacemaker temporário/provisório, repouso no leito e imobilização do membro inferior (esquerdo ou direito);
- Explicar qualquer posterior restrição prescrita á actividade física;
- Vigiar/avaliar sinais de infecção/inflamação/hematoma no local de inserção do cateter (temporário/provisório), ou na ferida cirúrgica do local de implantação do pacemaker definitivo;
- Manter o penso tão compressivo quanto possível reforçando - o em S.O.S.;
- Adequar auto-cuidado às limitações;
- Manter a bata cirúrgica nas primeiras 24 horas;
- Monitorizar o doente, verificando a frequência cardíaca pré-definida no pacemaker (temporário/provisório) e a existência de “spikes”;
- Verificar as ligações dos terminais ao gerador (temporário/provisório), se este último funciona, e se tem pilha;
- Vigiar o penso.



Os pensos das implantações de pacemaker definitivo, são realizados no Serviço de Exames Especiais e supervisionados pelo médico responsável, que fará também a programação do respectivo gerador.

Faz-se nessa altura, a marcação de consulta de enfermagem para retirar pontos e nova reavaliação, bem como, os ensinamentos considerados necessários, a entrega do manual e cartão de portador de pacemaker.



3. CONCLUSÃO

A realização deste documento consistiu numa pesquisa bibliográfica, que dirigiu a sua atenção para a leitura, comparação de bibliografia e progressiva selecção da que consideramos mais pertinente.

Desta forma, permitiu- nos, aumentar o nosso leque de conhecimentos sobre o tema em questão, uma vez que existem noções de significativa importância para a sua aplicação na prática de enfermagem.

Neste sentido, o trabalho deu uma oportunidade fidedigna de evoluirmos numa dimensão pessoal e académica.

Para além de constituir a base teórica do poster a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano serviu para reflectirmos acerca dos cuidados de enfermagem justificados pela evidência científica.

“O Pacemaker deve aumentar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☑ CARNEIRO, A. [Et al]. **Manual de Suporte Avançado de Vida.**
Conselho Português de Ressuscitação
- ☑ MANNILA, L.; MANNILA, A. - **Dicionário Médico** . 1ª Edição , Lisboa:
Climepsi Editores,2000.
- ☑ MORTEN, Honnor – **Dicionário de Enfermagem**, Lisboa: Publicações
Dom Quixote, 1992.
- ☑ O` ROURKE, A. Robert; FUSTER, Valentin; WAYNE, Alexander.- **O
Coração: Manual de Cardiologia.** 10ª Edição, Lisboa: McgGraw-Hill,
2002.
- ☑ PEREIRA, C. – **Cirurgia – Patologia Clínica.** Alfragide, McGraw-Hill,
1999.
- ☑ PHIPPS, J. Wilma; MAREK, Jane F.; SANDS, Judith K. – **Enfermagem
Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.** 6ª Edição, Loures:
Lusociência, 2003. Volume II.

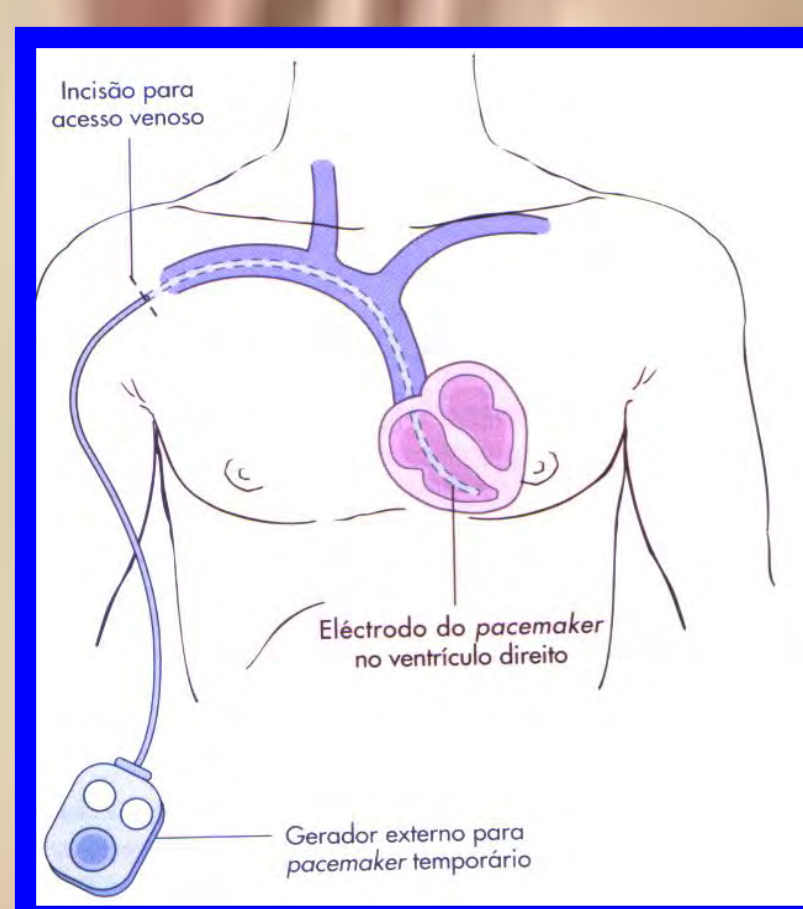
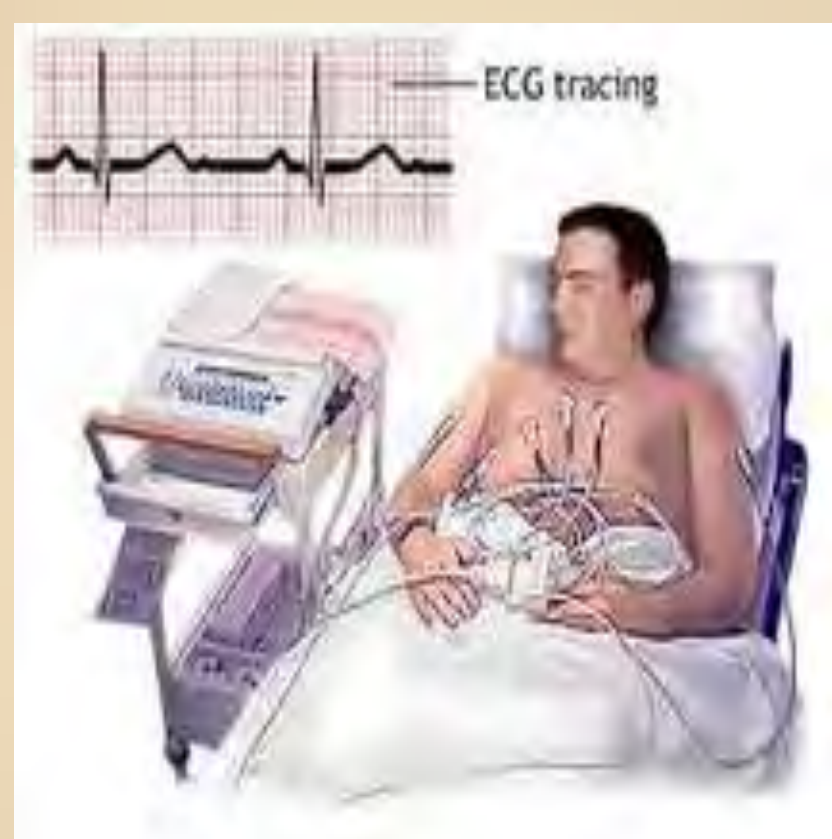
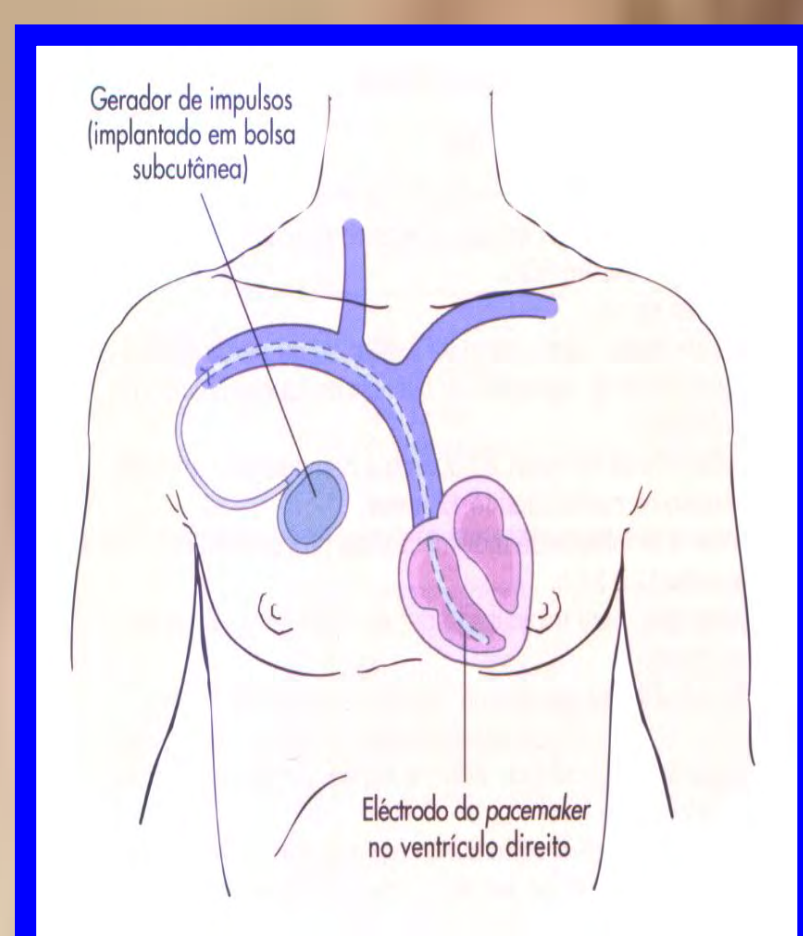
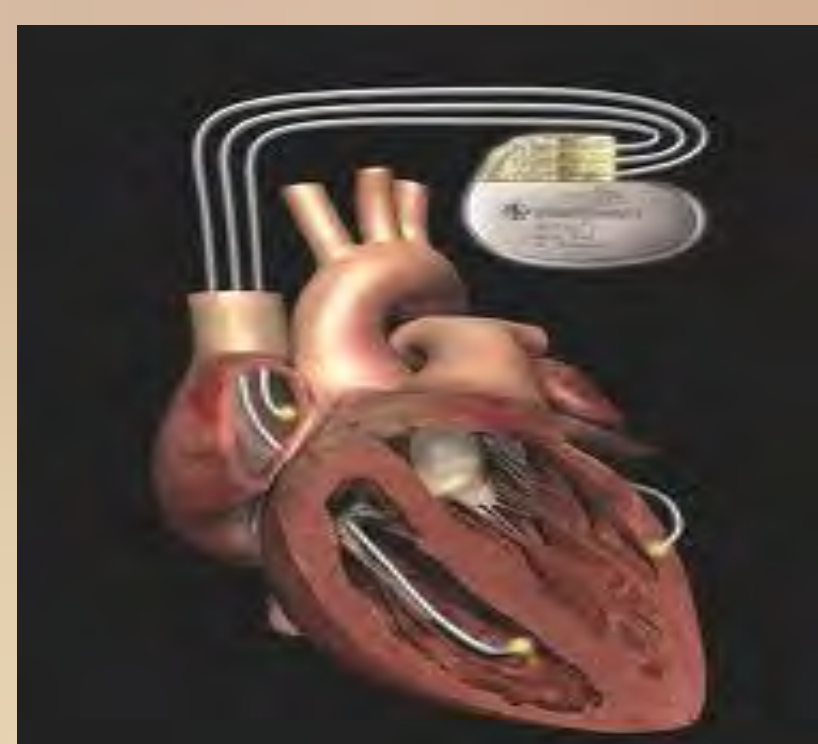
b) – Póster

O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A PACEMAKER

O Pacemaker é um gerador de impulsos (equipamento electrónico) utilizado para dar início a um batimento cardíaco, quando o sistema eléctrico intrínseco do coração é incapaz de gerar uma frequência adequada à manutenção do débito cardíaco.

Pacemaker Definitivo: é colocado subcutâneamente na zona do músculo grande peitoral direito. Os eléctrodos para a transmissão de impulsos são inseridos pela veia subclávia onde são fixados, com apenas um eléctrodo na aurícula ou no ventrículo, ou com um eléctrodo em cada uma das cavidades.

Pacemaker Temporário: o electrocateter do aparelho é geralmente introduzido por via intravenosa até ao ventrículo direito. Os eléctrodos são ligados a uma caixa geradora de impulsos externa.



INDICAÇÕES:

Bradicardias – DAS, BAV, FA/FIA
 Profiláctico
 Insuficiência Cardíaca
 Taquiarritmias

COMPLICAÇÕES:

Hemorragia/Hematoma
 Infecção
 Deslocamento de sonda
 Infecção
 Fractura da sonda

Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidular periférica
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea
Dor	Vigiar dor

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório
Auto cuidado: Higiene (status com grau mediante a situação clínica do doente)	Providenciar equipamento adaptativo para auto cuidado higiene (solução cutânea anti-séptico: clorhexidina 0,2%)
Ferida Cirúrgica (região sub-clavicular ou femoral direita)	Vigiar penso da ferida Vigiar ferida cirúrgica Executar tratamento à ferida cirúrgica Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica
Mobilidade comprometida (membro superior/ inferior direito)	Vigiar mobilidade Supervisar a actividade da pessoa Restringir actividade motora (membro inferior/superior direito)

Intervenções Interdependentes

Aplicar protocolo de Pacemaker:

- Remover pêlos (região sub-clavicular ou região inguinal bilateral)
- Gerir dieta (6h jejum antes do exame)
- Manter repouso no leito (1^{as} 24h)
- Inserir cateter venoso periférico
- Monitorização electrocardiográfica

“O Pacemaker deve aumentar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida”