



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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 Cátia Alexandra Suzano dos Santos

LISBOA, Março de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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 Cátia Alexandra Suzano dos Santos

Sob orientação de Professora Doutora Helena José

LISBOA, Março de 2012

Resumo

A enfermagem moderna inicia-se com Florence Nightingale, como uma disciplina marcada por grandes correntes do pensamento. O paradigma da transformação pelo seu contributo de abertura para o mundo destaca-se na medida em que passa a ser indispensável compreender-se os processos, os problemas e as situações das pessoas em todas as fases da sua vida e de um mundo que se encontra em constante evolução.

Nesse sentido, e para satisfazer as necessidades do cliente, os enfermeiros devem investir na formação, aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

Neste relatório, apresenta-se uma análise reflexiva dos três módulos de estágio, realizados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizados em três períodos e três unidades distintas, nomeadamente, Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte) e Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, tendo por base as competências desenvolvidas, como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Devendo, os enfermeiros, estar despertos para múltiplas dimensões dos cuidados de enfermagem, será ainda exposto um tema desenvolvido ao longo dos três módulos, nomeadamente os “cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de ventilação não invasiva e sua família”. Esta decisão suporta-se na assunção de que é hoje reconhecido que a ventilação não invasiva, pelas suas inúmeras especificidades se pode assumir como um importante fator de transição na vida do cliente e sua família e um grande desafio para a prática de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermeira Especialista; Competências; Ventilação Não Invasiva.

Abstract

The modern nursing begins with Florence Nightingale, as a discipline marked by great currents of thought. The paradigm of transformation by its contribution of openness to the world stands out as it becomes necessary to understand the processes, problems and situations of people in all stages of life and a world that is constantly evolving.

In this sense, and to meet customer needs, nurses must invest in training, skills acquisition and development of specialized clinics.

In this report, we present a reflective analysis of the three modules of training, implemented under the Master's Degree in Nursing - Specialization: Medical-Surgical Nursing, conducted in three periods and three separate units, namely, Emergency Service and Service Intensive Care Medicine of Hospital de Santa Maria (Lisbon Hospital Centre North) and Palliative Care Unit of the Hospital da Luz, based on the skills developed as a nurse specialist in medical-surgical nursing.

Since, the nurses, to be awake for multiple dimensions of nursing care, will still be exposed to a theme developed over the three modules, namely "nursing care to the client in need of noninvasive ventilation and your family." This decision supports on the assumption that it is now recognized that noninvasive ventilation for its many specificities can be assumed as an important transition in the life of the client and his family and a great challenge for nursing practice.

Keywords: Nursing; Nursing Care; Nurse Specialist; Skills; Noninvasive Ventilation.



Agradecimentos

Refletindo sobre cada passo dado ao longo deste percurso, percebi que muitas são as pessoas a quem devo um merecido obrigada...no entanto, e apesar de o dedicar a todos aqueles que estiveram presentes, e que pela sua singularidade fizeram a diferença neste momento tão especial da minha vida, há algumas pessoas a quem sinto o dever de o particularizar...

Ao meu marido, aos meus pais, aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos Artur e Miguel, que apesar de privados tantas vezes do meu apoio e companhia, nunca me privaram eles a mim do seu amor, carinho e muita compreensão... e a quem orgulhosamente dedico este trabalho.

À Professora Doutora Helena José, um agradecimento especial, pelo seu acompanhamento e disponibilidade, na medida em que me incentivou a ultrapassar todos os desafios que se colocaram ao longo destes meses de trabalho.

Ao professor Manuel Luís Capelas pela sua enorme cooperação e disponibilidade.

A todos os enfermeiros dos serviços onde realizei estágio pelo fantástico acolhimento e disponibilidade.

Aos meus colegas da UCIR e da UER do CHLN-HSM, que de uma forma ou de outra também fizeram com que fosse possível percorrer este caminho.

A todos um sincero OBRIGADA!



Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

- CHLN-HSM Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria
- Cit.- Citado
- CPAP - Continuous Positive Airway Pressure
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS – Direção Geral de Saúde
- ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde
- EUA – Estados Unidos da América
- ICS – Instituto de Ciências da Saúde
- NP – Norma Portuguesa
- p.- página
- PEEP – Expiratory positive airways pressure
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- SMI- Serviço de Medicina Intensiva
- SO – Sala de Observações
- SUC- Serviço de Urgência Central
- UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
- UCIR- Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios
- UCP- Universidade Católica Portuguesa
- UER – Unidade Endoscopia Respiratória
- VNI- Ventilação Não Invasiva
- WHO – World Health Organization

Índice

Introdução	8
1. Análise Reflexiva do Percorso Curricular	18
1.1. Módulo III – Cuidados Paliativos	22
1.1.1. Objetivos	25
1.1.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de fim de vida. 25	
1.1.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de VNI.	26
1.1.1.3. Desenvolver competências na área da gestão do controlo sintomático, em contexto da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em contexto de fim de vida.....	26
1.1.2. Atividades Desenvolvidas	27
1.2. Módulo I – Serviço de Urgência	30
1.2.1. Objetivos	32
1.2.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de urgência....	32
1.2.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI.	32
1.2.1.3. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com náuseas/ vômitos e sua família em contexto de urgência.....	33
1.2.2. Atividades Desenvolvidas	33
1.3. Módulo II – Serviço de Medicina Intensiva.....	36
1.3.1. Objetivos	37
1.3.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de UCI.	38
1.3.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI.	38
1.3.2. Atividades Desenvolvidas	38
1.4. Competências.....	41
Conclusão	46
Referências Bibliográficas	50

Anexos.....	56
Anexo 1 – Transição – Uma teoria de Médio Alcance	57
Anexo 2 - Carta de autorização ao pedido de aplicação dos questionários no Serviço de Urgência do CHLN-HSM	59
Anexo 3 - Carta de autorização ao pedido de aplicação dos questionários no Serviço de Medicina Intensiva do CHLN-HSM.....	61
Apêndices	63
Apêndice 1 – Questionário Serviço de Urgência	64
Apêndice 2 – Questionário Serviço de Medicina Intensiva	68
Apêndice 3 – Avaliação dos Formandos.....	72
Apêndice 4 – Avaliação da Sessão.....	76
Apêndice 5 – “Enunciados de Intervenção – Cuidados Paliativos para uma morte digna”	79
Apêndice 6 – “Intervenções de Enfermagem em Cuidados Paliativos”	81
Apêndice 7 – “VNI em cuidados paliativos”.....	83
Apêndice 8 – “Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas”	86
Apêndice 9 – Folha de Divulgação da Ação de Formação	88
Apêndice 10 – Plano da Sessão	90
Apêndice 11 – “Ventilação Não Invasiva”	96
Apêndice 12 – “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem”	109
Apêndice 13 – “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem”	111
Apêndice 14 – Guia de Cuidados de Enfermagem ao cliente com vômitos e sua família ...	113
Apêndice 15 – Divulgação Ação de Formação do SMI.....	115
Apêndice 16 – Plano da Sessão do SMI.....	117
Apêndice 17 – “Ventilação Não Invasiva”	123

Introdução

A elaboração deste relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico- Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, que “visa especificamente o desenvolvimento de competências 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” (UCP – ICS/ESPS – Regulamento Geral, 2010, p.8).

A enfermagem como a hoje conhecemos, tem segundo Edwards (1999), uma história muito recente, sendo que no início do século XX ainda não era considerada uma disciplina académica (Tomey e Alligood, 2004). Nesse contexto assume-se que a história da enfermagem profissional teve início com Florence Nightingale, marcando as suas atividades pioneiras na prática da enfermagem e os seus escritos posteriores, o nascimento da Enfermagem Moderna.

É então com o aparecimento da chamada Enfermagem Moderna, que se dá início ao processo de desenvolvimento da profissão, que conjuntamente com os avanços tecnológicos da medicina levaram a que a tecnicidade passasse a ser um objetivo da formação da enfermagem e uma forma de ter acesso aos conhecimentos médicos (Kérouac et al., 2002).

O processo de desenvolvimento da profissão é, ainda, segundo Tomey e Alligood (2004), marcado por diferentes Eras que, pela sua singularidade, enfatizaram os conhecimentos de enfermagem de um modo evidente no estudo da história da enfermagem e que de igual forma, levantaram a questão dos conhecimentos necessários para a prática da enfermagem e fizeram-no de acordo com o nível de entendimento que tinham à época (Alligood, 1997 cit. em Tomey e Alligood, 2004).

Pode-se assim, nesse contexto, distinguir quatro Eras distintas (Tomey e Alligood, 2004):

- A era do currículo, em que se levantou a questão sobre o que se deveria estudar e aprender para se tornarem enfermeiras e conseguirem currículos uniformizados, bem como ainda a ideia de se deslocar o ensino de enfermagem dos programas de diploma sediados em hospitais para as faculdades e universidades;
- A era da investigação, relacionada com o facto de as enfermeiras procurarem níveis de ensino mais elevados, levando a que cada vez mais estas comessem a participar na investigação e conseqüentemente a que as disciplinas de investigação fossem incluídas nos currículos dos programas de licenciatura em desenvolvimento;
- A era do ensino graduado, em que surgem programas de mestrado em enfermagem para satisfazer a necessidade de enfermeiras com uma formação especializada, incluindo uma disciplina de investigação em enfermagem e uma disciplina de teoria de enfermagem ou de modelos conceptuais de enfermagem;

- A era da teoria, que surge como consequência natural da era da investigação, levando a que se torna-se claro que a investigação sem a teoria levava à informação isolada.

É então a investigação e a teoria, que promovem a enfermagem como ciência, enfatizando-se assim, na fase contemporânea, o uso da teoria na prática de enfermagem e o desenvolvimento continuado da mesma, e conseqüentemente que esta fosse finalmente reconhecida como uma disciplina académica (Tomey e Alligood, 2004).

No entanto, a teoria não é apenas vital para o reconhecimento da enfermagem como uma disciplina académica, mas também para a prática da profissão, uma vez que a utilização de conhecimentos substanciais como base para a enfermagem baseada na teoria, torna-se uma característica da sua prática (Tomey e Alligood, 2004).

Esta pode assim ser considerada como uma disciplina profissional, orientada para uma prática profissional (Donaldsone & Crowley, 1978, cit. em Kérouac et al, 2002), sendo que pela sua perspectiva única e pelos seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, tem como objetivo a aquisição de conhecimentos que definam e guiem a prática (Kérouac et al., 2002).

Para compreender a enfermagem como disciplina é, então, importante reconhecer as grandes correntes do pensamento que marcaram a sua evolução sendo que todas elas, assentam em quatro conceitos centrais: pessoa, saúde, cuidado e ambiente, ou seja (Kérouac et al., 2002):

- Paradigma da Categorização – inspirado particularmente nas orientações da enfermagem como profissão, encontrava-se primeiramente centrado na saúde pública (pessoa e doença), e mais tarde na doença, unida à prática médica. A pessoa é assim apresentada de modo fracionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural;
- Paradigma da Integração – inspirado na orientação da enfermeira para a pessoa. O cuidado está dirigido a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões física, mental e social, a pessoa é vista como a soma de cada uma das suas partes que estão interrelacionadas (a pessoa é um ser bio-psico-socio-cultural-espiritual), a saúde e a doença apresentam-se como duas entidades distintas que coexistem e se encontram em interação dinâmica, e o ambiente é constituído pelos diversos contextos (histórico, social, político, etc.) que a pessoa vive, sendo rico em estímulos positivos e negativos;
- Paradigma da Transformação - considerado como a base de abertura da enfermagem como ciência para o mundo, representa uma troca de mentalidades sem precedentes, um processo recíproco e simultâneo de interação. O cuidado está assim, dirigido ao bem-estar tal como a pessoa o define (individualização dos cuidados), a pessoa é um

todo indissociável maior que a soma das suas partes e diferente desta, a saúde por seu lado, é um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa, e o ambiente representa o conjunto do universo de que a pessoa faz parte, sendo distinto da pessoa, coexiste com ela.

Mas apesar da maioria das concepções de enfermagem terem sido criadas a partir da orientação para a pessoa (Paradigma da Integração), e ter sido durante este período que surgiram os primeiros modelos conceptuais para definir a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação, foi durante o paradigma da transformação que se inspiraram as novas concepções da disciplina de enfermagem (Parse, 1981 cit. em Kérouac et al., 2002), pois a abertura sobre o mundo modifica igualmente o sistema de prestação de cuidados (Kérouac et al., 2002), sendo por tal, cada vez mais necessário compreender os processos, os problemas e as situações das pessoas de todas as idades, em todas as situações da vida e de um mundo em constante evolução (Gortner, 1983; Polyt e Hungler, 1991 cit. em Kérouac et al., 2002).

Os cuidados de enfermagem, influenciados pelas grandes correntes do pensamento, e por um mundo em constante transformação, assumem-se assim, como algo complexo e diversificado (Kérouac et al., 2002), passando neste sentido a apresentar-se como o grande desafio da disciplina da enfermagem a definição do seu centro de interesses e com base nas novas tendências, os princípios que guiam a ação.

Surgem nesse sentido vários modelos conceptuais, destacando-se Afaf Meleis, que une três grandes conceitos “pessoa-cliente”, “saúde” e “ambiente” a conceitos como “transição”, “interação”, “processos em cuidados de enfermagem” e “terapêutica em cuidados de enfermagem” (Kérouac et al., 2002). Este modelo pode ser considerado uma teoria de médio alcance (Meleis, 2000) (Anexo 1).

Para Meleis (2007), interação e a transição assumem-se como o núcleo da disciplina, pois a pessoa está em constante interação com o ambiente, e a enfermeira por sua vez com a pessoa, ajudando a ultrapassar experiências de transição ou a antecipá-las, uma vez que esta vivencia ao longo da sua vida constantes transições, quer seja na alteração do seu estado de saúde, da sua posição, nas expectativas que tem de si mesmo ou de outros, ou das suas capacidades, ou seja, o centro de interesses deve centrar-se nas experiências das pessoas e das suas respostas às transições, bem como, no que as enfermeiras fazem para facilitar aquisições individuais de novos papéis, incentivar estilos de vida saudáveis e reduzir o potencial para a doença.

Com base na análise das diferentes concepções da disciplina da enfermagem, é válido afirmar que o centro de interesses da disciplina pode ser formulado por experiências da saúde (situações vividas como resultado do crescimento, do desenvolvimento e das situações problemáticas como a doença), pela pessoa (engloba o indivíduo, a família, o grupo e a

comunidade), pelo ambiente (compreende o meio interno e o meio externo), e conseqüentemente pelo cuidado da pessoa que em interação contínua com o seu ambiente, vivencia experiências de saúde (Kérouac et al., 2002).

O cuidado assume-se nesse sentido como o elemento fundamental para a compreensão da essência da disciplina de enfermagem (Kérouac et al., 2002), e apesar de Collière (1999) considerar que a prática dos cuidados é uma velha prática da história, sendo um ato de vida que tem primeiro e antes de tudo como fim, permitir à vida continuar a desenvolver-se, Renaud (2010) considera tratar-se de um tema recente na história cultural de enfermagem.

Durante os últimos quinze a vinte anos, o conceito de cuidar assumiu-se assim como a base de várias teóricas de enfermagem, nomeadamente para Leininger com o cuidado transcultural e Watson com a sua proposta de que as enfermeiras devem criar um ideal de cuidar que seja humanista e científico (*human caring*) (Kérouac et al., 2002).

Cuidar é então o ideal moral da enfermagem, com o objetivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolvendo valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e competências, ajudando a pessoa a conseguir o mais alto nível de harmonia entre a alma, o corpo e o espírito (Watson, 2002).

No entanto, para Hesbeen (2000), os trabalhos de Watson, não contemplam mais do que os cuidados de enfermagem, quando para o autor (2000), estes deveriam partir de uma lógica pluriprofissional, em que a essência da prática do cuidar está na relação interpessoal de um beneficiário de cuidados que precisa de ajuda e de uma pessoa prestadora de cuidados, que tem por missão ajudar, e o acessório da prática são os vários meios, mais ou menos específicos, de um grupo de profissionais que servem de suporte à ação de cuidar.

Como tal, Hesbeen (2000, p.67), propõe que “os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas- com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”.

Para Honoré (2004), cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que este realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, desejos e projetos.

Quando se fala de cuidar, a palavra ajuda aparece intrinsecamente, sendo que se pode considerar que cuidar e ajudar caminham juntos numa relação interpessoal - relação de ajuda, a qual constitui um pilar, à volta do qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem (Dias et al., 1995).

A relação de ajuda consiste, assim, em promover uma mudança no comportamento do doente, isto é, uma mudança construtiva que o leva a entender, aceitar e colaborar na saúde, tendo como base um clima de confiança (Fernandes, 2003).

Mas se os cuidados de enfermagem são a atenção prestada a uma pessoa por uma enfermeira com vista a ajudá-la, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências que fazem deles profissionais de enfermagem, é na aquisição e no desenvolvimento dessas competências, que se baseia a formação (Hesbeen, 2000). A formação está contida no sentido do cuidado, e o cuidado está contido no sentido da formação, um e outro juntam-se visando a ação (Honoré, 2004).

O campo da competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las (Collière, 1999), pois vivemos numa sociedade complexa e que se encontra em constante transformação, que influencia a vida das pessoas, tornando-se assim necessário que os enfermeiros tenham a capacidade para evoluir e acompanhar esse ritmo complexo e de mudança, com o intuito de satisfazer as necessidades das pessoas (José, 2010).

Deste modo e com a finalidade de promover a qualidade do exercício profissional, os enfermeiros têm investido na formação, aquisição e desenvolvimento de competências (Mendonça, 2009).

Por competências, pode-se compreender como uma resultante de três fatores: o saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimentos, saber-fazer, redes,...); o querer agir que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante no qual ele intervém; o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho, da escolha da forma de gestão, de condições sociais que tornem possível e legítimo que o indivíduo assuma responsabilidades e corra riscos (Le Boterf, 2005).

Para Benner (2001), o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), através da experiência clínica vivida e aquando da prática dessa disciplina.

Afirmando que o conhecimento se desenvolve com a prática e com base no Modelo de Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus, Benner (2001) descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências:

- 1) Iniciado – não têm nenhuma experiência da situação à qual vai fazer frente, pelo que tem de lhe ser dadas regras para o guiar nos seus atos;
- 2) Iniciado avançado - demonstra um desempenho aceitável. Já lidou com situações concretas o suficiente para observar os seus aspetos mais significativos. Possui experiência prévia em situações reais para orientar ações;

- 3) Competente - desenvolve-se quando a enfermeira começa a ver as suas ações em termos de metas de longo prazo ou planos de que ele ou ela está consciente (dois ou três anos). Para a enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva, e do plano baseia-se a contemplação abstrata, o resumo analítico do problema, de forma a alcançar uma maior eficiência e organização;
- 4) Proficiente - percebe as situações como totalidades e não como partes, entende uma situação como um todo. Aprende com a experiência, e espera resultados em determinadas situações já planeadas, com a possibilidade de modificar os planos para que isso possa ser atingido;
- 5) Perito - apreende as situações de uma perspectiva global mas, ao contrário da enfermeira proficiente, nunca exclui uma série de possibilidades alternativas. Evoca princípios abstratos para usar experiências concretas do passado e para orientar as ações. É um conhecimento profundo, especializado e sistemático, baseado na experiência através da percepção responsável de tarefas pouco estruturadas, para as quais é necessário um elevado nível de experiência de trabalho e apropriação de profundos conhecimentos teóricos específicos.

O processo evolutivo de aquisição de competências assume-se como um conjunto integrado, que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio afetivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, assim como de habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, permitindo-lhe exercer a sua função ao nível de excelência (Phaneuf, 2005).

Surge, neste sentido, o conceito de enfermeiro especialista que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

O enfermeiro especialista é então um enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE, art.º 4º - 3).

Com a definição das competências de enfermeiro especialista, cada vez mais o movimento contemporâneo do sentido da prática baseada na teoria, por forma a melhorar a prática, orientar a investigação e os currículos, e identificar os objetivos da prática da enfermagem (Potter e Perry, 1997 cit. em Tomey e Alligood 2004) vai ganhando força.

Como já foi anteriormente referido, para Meleis (2007) a transição assume-se como o conceito central da disciplina de enfermagem, sendo que a relação enfermeira-cliente ocorre normalmente durante períodos transicionais de instabilidade devidos ao desenvolvimento, situacional ou alterações na saúde/ doença, que levam a profundas alterações na vida dos indivíduos e seus familiares e tem implicações graves no bem-estar e na saúde (Schumacher e Meleis, 1994).

Quando falamos particularmente na transição saúde/ doença, podemos falar em inúmeros contextos, nomeadamente na ventilação mecânica, como um processo de transição do cliente de um estado crítico para a recuperação (Bridges, 1992, cit. por Schumacher e Meleis, 1994).

Apresentando-se a ventilação mecânica como um elemento potenciador de transição na vida do cliente e da sua família, e sabendo que de forma a satisfazer as necessidades deste, é óbvia a necessidade dos enfermeiros se abrirem a novas dimensões do cuidado de enfermagem pouco exploradas (José, 2010), será apresentado um tema central desenvolvido ao longo dos três módulos de estágio, “cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e sua família”, na medida em que ventilação não invasiva é um tipo de ventilação cada vez mais utilizado na medicina atual (Magano et al., 2007), e que pela sua enorme especificidade se apresenta muitas vezes, como um elemento causador de grande alteração dos estilos de vida do cliente e da sua família, pelo que cabe aos enfermeiros promover cuidados globais e especializados na área.

Esta consiste na aplicação de um suporte ventilatório através de uma máscara, sem necessidade de recorrer a métodos invasivos da via aérea evitando-se, deste modo, o aparecimento de complicações associadas à entubação oro traqueal e ventilação mecânica invasiva, pelo que se tem assumido como de enorme relevância para cuidar do cliente com doença aguda e crónica respiratória (Ferreira et al., 2009).

Os primeiros registos do uso desta técnica datam da década de 1930-50, com o aparecimento de trabalhos pioneiros na epidemia de poliomielite (Ferreira et al., 2009), nomeadamente o do médico escocês John Dalziel que desenvolveu um aparelho que envolvia quase todo o corpo do doente, e que funcionava como um ventilador manual (pulmão de aço, couraça, poncho) gerador de pressão negativa extra corpórea (Ferreira et al., 2009), Nesse mesmo ano, Alvan Barack publicou o primeiro trabalho com o uso de pressão positiva através de uma máscara no tratamento do edema agudo do pulmão, descrevendo a técnica e os seus benefícios no tratamento da insuficiência respiratória.

A década de 60, juntamente com os avanços tecnológicos, trouxe consigo novos horizontes para a ventilação mecânica com pressão positiva. Surgiram ventiladores artificiais mais sofisticados, e máscaras mais confortáveis e especificamente desenhadas para esse efeito. Foi, no entanto, na década de 80 com a introdução do CPAP (continuous positive airway pressure) para tratamento da síndrome de apneia obstrutiva do sono, que a utilização da VNI

aumentou significativamente, com o reconhecimento da eficácia ventilatória e das suas vantagens comparativamente com a ventilação invasiva (Ferreira et al., 2009).

A VNI tornou-se assim, nos últimos anos e no percurso das novas tecnologias, um tratamento standard para muitas doenças, tendo assumido um papel importante no tratamento das falências respiratórias (Bersten et al., 1991), apresentando como principais objetivos manter/melhorar as trocas gasosas; alívio de sintomas; diminuir o trabalho respiratório; repousar os músculos respiratórios; diminuir a dispneia; diminuir o auto-PEEP e evitar a entubação orotraqueal, promovendo ainda uma diminuição do tempo de internamento hospitalar, da mortalidade e conseqüentemente uma redução dos custos associados (Magano et al., 2007).

O conhecimento adequado da VNI afirma-se, nesse sentido, como a chave para o sucesso pois o seu insucesso é normalmente sinónimo de uma necessidade de entubação traqueal tardia ou de urgência, o que leva normalmente a um risco de complicações e intercorrências (Ferreira et al., 2009).

Terminado o enquadramento no paradigma da transformação, será tomado em consideração o modelo conceptual de Meleis (2007), em que a pessoa será considerada como pessoa/cliente de enfermagem, apresentando-se como um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e que tem capacidade de se adaptar a esse ambiente, mas, que devido ao risco de doença ou vulnerabilidade para a doença, se encontra em desequilíbrio ou está em risco de experimentar o desequilíbrio. Contudo, e porque nenhuma teoria ou modelo de enfermagem por si só fundamenta os cuidados de enfermagem na sua integralidade, recorrer-se-á sempre que necessário a outros autores.

De forma a estruturar adequadamente este trabalho, este terá como base a norma NP 405, na medida em que representa as normas portuguesas na área da informação e documentação, e define regras para a normalização das referências bibliográficas de todos os tipos de documentos.

A reflexão, neste relatório, apresenta-se como um elemento fundamental, na medida em que este representa um movimento de construção (Le Boterf, 2005). Como tal, este relatório assume como principais objetivos:

- Analisar/ Refletir sobre os módulos de estágio realizados;
- Analisar/ Refletir sobre os objetivos propostos;
- Apresentar as atividades realizadas para atingir os objetivos propostos;
- Apresentar as competências desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio;
- Analisar/ Refletir sobre as competências desenvolvidas.

Este relatório consistirá então, seguidamente, numa análise reflexiva feita aos três módulos de estágio, que decorreram em três unidades de prestação de cuidados distintas, nomeadamente Serviço de Urgência Central e Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM) e na unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz (módulo opcional), bem como dos objetivos propostos, atividades realizadas para os atingir e conseqüentemente as competências desenvolvidas no âmbito da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

1 – Análise reflexiva do percurso curricular

As unidades de prestação de cuidados são espaços de formação que facultam aos formandos uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvimento de competências clínicas, gerais e especializadas, integração da teoria e da prática, criação de possibilidades para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através de experiências sócio clínicas e identificação de modelos profissionais (Abreu, 2002).

Os estágios, em três contextos diferentes, decorreram nos períodos de 27 de abril de 2011 a 27 de janeiro de 2012 (540 horas efetivas de componente prática), compreendendo 3 módulos distintos:

- Módulo I (Urgência): Serviço de Urgência Central (SUC) do CHLN-HSM, no período de 26 de setembro a 18 de novembro de 2011;
- Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos): Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do CHLN-HSM, no período de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012;
- Módulo III (Opcional): Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, no período de 27 de abril a 24 de junho de 2011.

O CHLN-HSM apresentou-se como se pode observar, o local de eleição para a realização de dois dos três módulos de estágios, uma vez que este é considerado como um elemento de grande referência académica, bem como pelo facto de ser o local onde realizei grande parte dos ensinamentos clínicos durante o curso de Licenciatura e de ser o local onde exerço funções desde o dia 1 de agosto de 2007.

É um hospital universitário, com o objetivo de prestação de cuidados de saúde, “albergando” subespecializações de muitas das suas unidades e consultas e múltiplos projetos de investigação, que pela sua riqueza, se têm tornado marca de cultura e história da instituição (HSM).

O SUC do CHLN-HSM como serviço de urgência de referência na área de Lisboa apresenta-se nesse sentido, como um serviço com missão de prestar cuidados médicos urgentes na área de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influências nas diversas especialidades diferenciadas. É um serviço dotado de instalações recentemente remodeladas, com funcionamento de 24 horas e que está atualmente em implementação a informatização total do serviço, com o sistema ALERT (HSM).

Tratando-se de um hospital de referência, o SMI nasceu como resultado da crescente necessidade de unidades especiais, onde o cliente pudesse estar monitorizado com recurso a tecnologia sofisticada, permitindo vigiar melhor os clientes (HSM). É um serviço que “recebe”

clientes das mais variadas áreas médicas, incluindo em situação de pós-operatório e onde são realizadas inúmeras técnicas invasivas e não invasivas, incluindo o Ecmo (oxigenação por membrana extracorporal), enquadrando-se como tal como um dos quatro centros de Ecmo a nível nacional. Este encontra-se completamente informatizado, o que lhes permite uma ligação em rede interna no serviço, bem como com outros serviços do hospital (HSM).

No que se refere ao terceiro módulo, mais propriamente ao módulo opcional, a minha escolha recaiu em, Cuidados Paliativos, pois apesar de exercer funções num serviço que se encontra inserido no Departamento do Tórax – Serviço de Pneumologia, o cliente em fim de vida, assume-se como uma realidade diária, pois se inicialmente, este tipo de cuidados se encontrava destinado apenas aos doentes com cancro, nos estádios terminais da doença, hoje com o desenvolvimento crescente da palição e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, também clientes com situações de saúde-doença como as insuficiências avançadas de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória) passaram a receber cuidados paliativos (Hughes, 2005 cit. em Neto, 2010).

Assim sendo, o estágio decorreu na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, pois é um serviço dotado de espaços físicos e de profissionais especializados, que funciona em regime de internamento e ambulatório, e que recebe clientes inseridos nos variados contextos (domicílio, da instituição e até mesmo de outras instituições) (Hospital da Luz).

Após a escolha dos locais de estágio e de uma análise com os Srs. Enfermeiros chefes dos serviços sobre as necessidades de formação, e uma vez que trabalho no serviço de Pneumologia do CHLN-HSM, a temática da VNI foi identificada como uma necessidade de formação nos três serviços, na medida em que esta é uma técnica cada vez mais utilizada em situações de insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada, sendo uma prática corrente em vários serviços (Magano et al., 2007), nomeadamente como medida paliativa na diminuição da dispneia e promoção do conforto do cliente.

Nesse sentido e após inúmera pesquisa sobre a temática, defini como tema central do meu trabalho “os cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI e sua família”, na medida em que esta poderá representar para o cliente e para a sua família um elemento potenciador de transição, tornando-o vulnerável ao risco, afetando o seu bem-estar e a sua saúde (Meleis et al., 2000).

Sabendo que a chave do sucesso da VNI passa por equipas devidamente treinadas e especializadas, este centrou-se na comunicação de conhecimentos a nível de cuidados de enfermagem às equipas de enfermagem dos serviços onde realizei estágio, pois o grande desafio para os enfermeiros consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (Schumacher e Meleis 1994).

No sentido de analisar formalmente as necessidades formativas dos enfermeiros nesta área, e de forma a adequar a formação às necessidades e dinâmicas das equipas, foi ainda aplicado um questionário (Apêndice 1, Apêndice 2), em que a análise de dados foi realizada com recurso ao software informático SPSS (versão 19) e Microsoft Excel (versão 2010). A escolha de aplicar um questionário recaiu no facto de esta técnica permitir colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou das situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999).

Os questionários foram previamente submetidos a aprovação pela direção de enfermagem da instituição (Anexo 2 e Anexo 3).

Com este questionário e uma vez que a ventilação não invasiva é olhada, não raras vezes, como uma técnica exclusivamente médica, desvalorizando-se o facto de que cabe ao enfermeiro pedir o consentimento do cliente e sua família, a sua explicação, a montagem e manutenção do material, a adaptação do cliente à VNI, a monitorização (sinais vitais, complicações, alteração de parâmetros, estado de consciência), os posicionamentos mais adequados, cuidados de higiene e conforto, ou seja, o acompanhamento 24 horas do cliente, pretendia de forma formal analisar se os enfermeiros consideravam ser este um tema de interesse para a enfermagem e se pretendiam de ter formação na área

Estes foram aplicados apenas aos enfermeiros do serviço de urgência central e do serviço de medicina intensiva, já que durante o período em que realizei estágio na unidade de cuidados paliativos, decorreu o 12th Congress European Association Palliative Care, onde muitos enfermeiros do serviço participaram com projetos. Assim foi decidido por consenso entre enfermeira orientadora e enfermeira chefe da unidade, que se realizasse, apenas, um guia de orientação para enfermeiros sobre VNI (ver atividades módulo III).

Os questionários foram então aplicados na segunda semana de cada período de estágio a 60 enfermeiros do serviço de urgência central e 20 enfermeiros do serviço de medicina intensiva, perfazendo um total de 80 enfermeiros (n=80), num N=84.

Após a análise dos questionários (valores arredondados às unidades), foi possível constatar relativamente à caracterização da amostra, que 73% dos enfermeiros inquiridos eram do sexo feminino, apresentavam uma média de idade de 30 anos, com uma média de 8 anos de exercício profissional e de 6 anos de exercício profissional nos serviços de urgência central e serviço de medicina intensiva. Relativamente à categoria profissional constatou-se que 68% eram enfermeiros, 30% enfermeiros graduados e apenas 3% enfermeiros especialistas, sendo que desses, 94% tem como grau académico a licenciatura, 5% mestrado e 1% o bacharelato.

No que se refere às questões relativas à VNI, pode-se constatar que 95% dos enfermeiros concordaram que a VNI era um tema do seu interesse, 26% dos enfermeiros tinham formação

na área sendo que 100% tem ou já teve contacto com a VNI e 98% gostaria de ter formação na área.

Os temas na área da VNI que se revelaram de maior interesse foram as indicações, contraindicações, complicações, vantagens, modos ventilatórios, interfaces e cuidados de enfermagem, sendo que para 68% dos participantes a ação de formação se apresentava como o meio de abordagem mais adequado.

Nesse sentido, no decorrer deste percurso académico foram realizadas quatro sessões de formação e ainda alguns guias orientadores de cuidados de enfermagem em VNI. Foi ainda construído um guia de orientação para enfermeiros em VNI, do qual resultou um projeto que me encontro paralelamente a trabalhar, denominado de “Guia de Orientação para Enfermeiros – Cuidados à Pessoa com Necessidade de Ventilação Não invasiva (VNI)”, que se encontra em fase de construção, com o intuito de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros na área.

No final de cada ação de formação realizada, foram aplicados ainda dois questionários:

- Um referente aos formandos (Apêndice 3), com o intuito de avaliar a eficácia da formação, e que apresentava questões de resposta rápida e relacionadas com os temas apresentados, em que os enfermeiros responderam corretamente a 80% das questões;
- Um referente à clareza dos objetivos, à pertinência do tema, ao interesse prático, ao método de apresentação e apreciação global da sessão (Apêndice 4), tendo tido uma classificação superior ou igual de muito bom em 60% das respostas, com exceção ao item do método de apresentação em que 53% avaliou em bom.

Como tal e sendo os objetivos a descrição de um conjunto de comportamentos ou atuações de que o formando se deve mostrar capaz (Mão de Ferro, 1999), foram definidos como objetivos gerais deste percurso académico:

- Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

Para este processo de aquisição de competências, foram ainda definidos objetivos específicos, na medida em que estes indicam os conhecimentos, as aptidões, que os formandos deverão adquirir ao longo do processo formativo (Mão de Ferro, 1999), no entanto e como cada módulo representou o seu marco singular no meu processo de desenvolvimento profissional, estes virão descritos individualmente para cada um dos módulos, que a seguir se apresentam segundo a cronologia em que foram realizados.

1.1. Módulo III – Cuidados Paliativos

A grande utopia do século XXI projeta-se no sonho de imortalidade que nunca foi tão vivido e revivido pela medicina e acariciado pela sociedade (Oliveira e Minayo, 2001 cit. em Silva et al., 2008).

O aumento da esperança de vida nas sociedades ocidentais deveu-se, maioritariamente, às conquistas no campo da saúde, provocando uma alteração demográfica global com um envelhecimento significativo das populações, o que traduziu um aumento das doenças crónicas e logo uma maior necessidade de cuidados de saúde (Lima, 2006). Associada a esta longevidade crescente e ao aumento das doenças crónicas, encontra-se, apesar dos progressos da Medicina ao longo da segunda metade do século XX, um aumento significativo dos doentes que “não se curam”, tendo-se quase esquecido o seu verdadeiro mandato: acompanhar os doentes em sofrimento, quer eles se curem ou não (Neto, 2010).

Se por um lado ocorreram alterações no conceito da vida, por outro lado também o conceito da morte sofreu conseqüentes modificações pois, se esta foi outrora vivida coletivamente com tranquilidade e resignação, é atualmente vista como profissionalizada, medicalizada e sobretudo hospitalizada, o que a transforma muitas vezes num processo doloroso e solitário (Oliveira e Minayo, 2001 cit. em Silva et al., 2008). Para Kübler – Ross (1998), é a própria sociedade, com os seus modelos de formação tecnicista e com uma certa visão de onipotência da evolução tecnológica, que conduz o ser humano a acreditar na sua imortalidade ou, melhor, a negar a morte no seu contexto diário.

Cresce, no entanto e paralelamente, uma consciência da legitimidade moral da cultura como reação a esta tendência desumanizante, surgindo a partir de 1968 o “movimento dos cuidados paliativos”, tendo como pioneiras Cicely Saunders, em Inglaterra, que afirmava que a busca de sentido para algo em que confiar, pode ser expressa de muitas maneiras, direta e indireta, em metáfora ou silêncio, gesto ou símbolo ou, talvez mais do que tudo, na arte e no potencial para a criatividade inesperada no final da vida (Saunders, 1996). Elisabeth Kübler-Ross nos EUA

(1967) descreve as várias fases emocionais pelas quais passam os clientes em fase terminal. Cada vez mais se valoriza a qualidade de vida, o respeito pela vontade e interesse do cliente - a busca por “morrer com dignidade”.

É então necessário segundo Hennezel (1997) uma sociedade que, em vez de negar a morte, aprenda a integrá-la na vida pois exorcizar ou ignorar a morte, gera uma sociedade neurótica e traumatizada, enquanto que pensar no sentido da vida e da morte, e assumi-la como constituinte natural da vida, conduz à maturidade e ao equilíbrio (Barros de Oliveira, 1998).

Fim de vida assume-se como um processo complexo e dicotómico, pois ao mesmo tempo que este representa para o cliente e sua família uma transição de um estado de saúde para um de doença influenciando o seu bem-estar e saúde, poderá consequentemente com a perda do familiar representar uma transição situacional na vida da família (Schumacher e Meleis, 1994).

Neste contexto, os cuidados paliativos apresentam-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes clientes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo (ANCP, 2006).

Estes são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2002), correspondendo dessa forma a cuidados de saúde estruturados, multiprofissionais, aliando o melhor das competências técnicas que a ciência e o humanismo têm para dar aos clientes. Para além de ajudarem os doentes, apoiam também as famílias nas suas perdas, antes e depois da morte do paciente, prolongando-se pelo período do luto (Neto, 2010).

Como tal, assumem-se, como cuidados de saúde preventivos, que previnem maior sofrimento, motivado por inúmeros sintomas, pelas múltiplas perdas associadas à doença grave e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos, sendo que a intervenção, idealmente interdisciplinar (constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais), deve ser personalizada e adaptada a cada cliente (Neto, 2010), independentemente da idade, da patologia, e podem ser prestados ao longo de semanas, meses e até anos.

Apresentando-se, ao mesmo tempo como uma filosofia e um sistema altamente estruturado, a prática dos cuidados paliativos de qualidade só é possível se se tiver em conta quatro aspetos fundamentais e indissociáveis (Twycross, 2003), nomeadamente controlo dos sintomas (saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e têm repercussões diretas sobre o bem-estar do doente); comunicação adequada (entre o doente,

família e equipa, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação empática, aberta e honesta e de apoio); apoio à família (pois esta assume-se simultaneamente como prestadora e recetora de cuidados, detendo um papel fundamental no apoio ao seu familiar doente e sofrendo conseqüentemente o impacto dessa doença) e trabalho em equipa (deve ser multi e interdisciplinar, pois só assim será possível responder integralmente às necessidades do doente e sua família) (Neto, 2010).

Como quatro áreas fundamentais para a qualidade da prestação de cuidados paliativos, estas devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois apesar de esta prática não dispensar nunca o rigoroso controlo sintomático, não se esgota neste e vai mais além dele (Neto, 2010).

Os programas de cuidados paliativos aumentaram rapidamente nos últimos anos devido à existência de mais doentes com doenças crónicas e em risco de vida e devido ao facto de haver mais famílias a estar envolvidas nas decisões acerca dos cuidados em fim de vida prestados aos seus entes queridos (CIPE, 2010).

Pode-se então afirmar que a Medicina moderna já tem hoje, através destes cuidados verdadeiramente interdisciplinares, a resposta para que os doentes com doenças graves, avançadas e irreversíveis não estejam em sofrimento intolerável (Neto, 2010).

É com base nos pressupostos já enunciados, que a realização do Módulo III – Opcional, numa Unidade de Cuidados Paliativos integrado no curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica e orientado para o cliente em estado crítico assume relevância, pois a complexidade das situações vividas pelas pessoas, o conhecimento de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver a formação pré-graduada e a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva (DGS, 2004).

Como já foi anteriormente referido, este Módulo decorreu na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, no período de 27 de abril a 24 de junho de 2011. É uma unidade dotada de espaços físicos e de profissionais especializados, funcionando em regime de internamento e ambulatório, onde o cuidado se centra no cliente e sua família. O controlo sintomático, a agonia, a reabilitação e o burnout dos cuidadores apresentam-se como as principais causas de internamento.

A unidade encontra-se situada no quarto piso do Hospital e tem de doze quartos individuais, destinados exclusivamente aos cuidados paliativos, tendo uma taxa média de internamentos de 142 doentes, entre janeiro - abril de 2011, sendo que 46% desses clientes tiveram alta, 50% faleceram durante o decorrer do internamento e 4% foram transferidos para outros serviços.

Encontrado dotado de um sistema informatizado, apresenta a CIPE – Cuidados Paliativos Para Uma Morte Digna, como um projeto em implementação, pois este permite que todos os que trabalhem na área tenham um instrumento de referência para a catalogação/ documentação dos cuidados prestados aos clientes no sentido de uniformizar os cuidados e para a reflexão acerca da sua prática, uma vez que é uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem são o maior sustentáculo, pelo que o doente espera do profissionalismo dos enfermeiros, ao longo de um percurso de sofrimento mais ou menos longo, a garantia da qualidade de vida e a defesa da sua dignidade (CIPE, 2010).

A equipa é interdisciplinar, especializada, como é idealmente preconizado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, constituída por trinta e nove enfermeiros, sendo que 92% desses elementos possui formação em cuidados paliativos e os restantes 8% não detêm formação nesta área. Dos trinta e nove enfermeiros, 41% possui ainda formação avançada em cuidados paliativos, nomeadamente pós-graduação ou mestrado.

1.1.1. Objetivos

Tendo em conta a especificidade desta unidade e as competências a desenvolver, foram traçados três objetivos que seguidamente são enunciados:

1.1.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de fim de vida.

A necessidade de definir este objetivo surge na medida em que os cuidados paliativos promovem uma abordagem holística e global do sofrimento dos clientes, pelo que é fundamental que os enfermeiros que trabalhem neste contexto tenham formação especializada, proporcionando-lhes uma preparação sólida e diferenciada para interagir com o cliente e sua família, ajudando-os na aquisição de estratégias para lidar com esta mudança, identificando os sintomas que a pessoa apresenta, planeando e implementando as intervenções mais adequadas e avaliando o resultado dessas mesmas intervenções (Pereira, 2010).

O enfermeiro deve assim de estar preparado para lidar com o cliente em fim de vida e sua família, ou seja, para lidar com um cliente com doença avançada, incurável e terminal, com a escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia de base, com a presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e cambiantes, com um grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e processo de morte (WHO, 2002).

Nesse sentido, e sabendo que os clientes em situação de saúde-doença crônica evolutiva e/ ou avançada representam hoje um grupo significativo na prestação de cuidados de saúde e que muitos terão internamentos prolongados e alguns terão mesmo necessidade de cuidados paliativos, será esperado que a qualidade dos cuidados responda às suas necessidades centrais (Neto, 2008).

1.1.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de VNI.

A necessidade de definir este objetivo surge na medida em que, estudos recentes têm demonstrado benefícios da utilização da VNI em cuidados paliativos, nomeadamente como medida paliativa na diminuição da dispneia e no conforto do cliente.

No entanto, o uso deste modo ventilatório, tem permanecido controverso neste contexto, pois a sua utilização deve basear-se na existência de alguma perspetiva de reversibilidade ou caso esta não exista, no conforto do cliente com melhoria da dispneia e manutenção da autonomia, pelo que se deve ter sempre em conta aspetos éticos e legais, bem como a vontade expressa da pessoa e da sua família (Ferreira et al., 2009).

1.1.1.3. Desenvolver competências na área da gestão do controlo sintomático, em contexto da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em contexto de fim de vida.

No fim da vida e quando confrontados com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar ao cliente e sua família assenta, essencialmente, no acompanhamento e no conforto (Pacheco, 2002), pelo que cabe ao profissional de saúde aumentar o número de caminhos possíveis, ou seja, permitir ao cliente que é cuidado e aos seus familiares, identificar as diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que se lhes oferecem (Hesbeen, 2001).

A gestão do controlo sintomático, seja com base em intervenções terapêuticas farmacológicas ou não farmacológicas, assume uma importante relevância neste contexto, na medida em que permitem assegurar ao cliente e à sua família, um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises que agravem a qualidade de vida.

Neste sentido, a terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída devem sempre subjugar-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível ao cliente, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas (Neto, 2008), e por outro lado as medidas não farmacológicas são segundo Pereira (2010) parte de uma perspetiva holística, que por si só não são eficazes, mas assumem um papel fundamental de adjuvantes no controlo de efeitos

secundários, no aumento da autoestima e na sensação de bem-estar (Hawthorn, 1995 cit. por Querido e Bernardo, 2010).

1.1.2. Atividades Desenvolvidas

De forma a conseguir atingir os objetivos a que me propus inicialmente, foram desenvolvidas algumas atividades, que se apresentaram estruturadas por três fases distintas.

Numa primeira fase, e de modo a dar início à construção deste percurso, recorri à pesquisa bibliográfica no contexto dos cuidados paliativos, de forma a conseguir uma adequada contextualização nesta área e consequentemente estruturar as atividades a desenvolver. Assim e de entre muitos artigos e manuais encontrados sobre esta temática, destaco o Manual de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o Catálogo da Classificação para a Prática de Enfermagem – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna, que pelas suas qualidades foram úteis nesta contextualização, bem como na fundamentação das reflexões e dos trabalhos realizados posteriormente.

A segunda fase deste processo, e tendo como base os pilares fundamentais dos cuidados paliativos - controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, consistiu em:

- Discutir informalmente com a enfermeira orientadora sobre as intervenções de enfermagem realizadas na unidade, no sentido de promover o meu desenvolvimento profissional e assim conseguir desenvolver as minhas competências na área da prestação de cuidados ao cliente em fim de vida e sua família, pois o enfermeiro na sua prática profissional deve ter a responsabilidade de consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2003);
- Identificar através da observação e da discussão informal com o cliente e da sua família as suas necessidades, pois os cuidados paliativos são oferecidos com base nas necessidades do binómio cliente – família, no sentido de promover o bem-estar e a qualidade dos cuidados (Neto, 2010);
- Prestar cuidados ao cliente e sua família em contexto de cuidados paliativos, pois este é um todo indissociável, maior que a soma das suas partes e diferente desta (Kérrouac et al., 2002), pelo que constituem a unidade a tratar (Guarda et al., 2010);
- Realizar registos diários com base na CIPE, no sentido de documentar a situação clínica do cliente e alterações relevantes, bem como todas as ações de enfermagem

realizadas com o intuito de dar continuidade aos cuidados, pois estes têm uma importância fundamental, pelas informações que representam, seja na avaliação do estado clínico do doente, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas ou nos procedimentos adotados (Rodrigues e Cordeiro, 2007)

- Participar no Workshop “Dia Internacional do Enfermeiro” no Hospital da Luz, cujo tema central apresentado era os Cuidados Paliativos na sua globalidade e nas Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – “A pessoa em situação crítica”, onde tive a oportunidade de contactar com inúmeras realidades e testemunhos de outros enfermeiros, relacionados com a pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de cuidados paliativos, pois uma vez que vivemos numa sociedade em constante transformação e evolução é importante uma atualização da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Ainda nesta fase, e uma vez que acredito que muitas vezes é no ultrapassar dos nossos maiores receios e desafios a nível pessoal, a afirmação da vida e a aceitação da morte como um processo natural, que encontramos o verdadeiro caminho para atingir os nossos objetivos profissionais, ou seja, promover o bem-estar e a qualidade de vida do cliente, proporcionando-lhe assim, no devido momento, uma morte digna, tive a necessidade de elaborar algumas reflexões sobre momentos que me marcaram pela sua essência, nomeadamente:

- “Uma sociedade de Obstinação terapêutica?” - por obstinação terapêutica entende-se por um recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo que os efeitos da própria doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis (Lima, 2006), pois a morte é ainda encarada por muitos profissionais de saúde como uma frustração e um falhanço (Neto, 2010);
- “Sedação Paliativa” - surgiu como uma necessidade na continuidade da primeira reflexão, pois apesar de consistir no uso de medicamentos sedativos para aliviar o sofrimento intolerável de sintomas refratários por uma redução de consciência do doente (Maltoni et al., 2009), é muitas vezes confundida como uma forma de eutanásia, levantando nesse sentido inúmeras questões éticas das quais, como enfermeiros, devemos ter consciência e estar preparados para responder;
- “Hidratação em fim de vida” - pois apesar da alimentação/ hidratação por meios artificiais não prolongarem a vida na maioria dos casos de doença avançada e progressiva com prognóstico reservado, e que, por outro lado, a presença de complicações associadas à sua presença podem até aumentar a mortalidade (Querido e Guarda, 2010), é difícil acompanhar um cliente que recusa alimentar-se, bem como gerir todo o sentimento que esta situação provoca na família;

- “Apoio à família” - pois apesar de todos os conhecimentos e competências que possuamos, presenciar a despedida entre o cliente e a sua família é sempre um momento de construção a nível pessoal e profissional, na medida em que temos de ter um desenvolvimento pessoal grande de forma a não permitirmo-nos, a nós próprios, interiorizar este sofrimento e projetá-lo na nossa família, bem como pelo facto de termos de assumir o papel de mediadores quando as necessidades das famílias se interpõem com as do cliente;
- “Bem-estar físico da pessoa em fim de vida” - que vem reforçar o facto de as necessidades deverem ser medidas nos termos de cada cliente, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta (Neto, 2010).

À terceira e última fase correspondem os trabalhos elaborados, pois segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), os enfermeiros devem conceber, realizar e promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular e da saúde, em geral. Nesse sentido, elaborei:

- Uma tabela denominada “Enunciados de Intervenção – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna” (Apêndice 5), onde com o apoio do catálogo da CIPE e com base no Modelo de Preservação da Dignidade, fiz um levantamento dos enunciados de intervenção mais utilizados no serviço, com o intuito de servir de guia orientador de atuação para a equipa e promover a sua implementação no serviço;
- Uma tabela denominada “Intervenções de Enfermagem em Cuidados Paliativos” (Apêndice 6), tendo por base os registos informatizados do hospital, que são gerais a todos os serviços do hospital, foi feito um levantamento das intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas no serviço, tendo sido agrupadas segundo respiração, circulação/temperatura, nutrição, volume de líquidos, eliminação, tegumentos, atividade motora, sensação/repouso, avaliação da pessoa e outras observações, promovendo assim os registos de enfermagem, bem como a sua uniformização;
- Um panfleto, denominado “VNI em Cuidados Paliativos”(Apêndice 7), dirigido à família, pois como referem Guarda, Galvão e Gonçalves (2010), se isso for possível, a família deve ser integrada na prestação de cuidados – higiene, alimentação, tratamentos – como forma de reduzir a ansiedade face ao desconhecido e de estimular a comunicação entre o cliente e família e equipa terapêutica, bem como desmistificar a sua utilização no contexto de cuidados paliativos;

- “Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas” (Apêndice 8), com base no levantamento das medidas farmacológicas mais realizadas no serviço e suas indicações, e no levantamento de todas as medidas não farmacológicas existentes no serviço e no hospital, permitindo-me sedimentar os meus conhecimentos na área do controlo sintomático.

1.2. Módulo I – Urgência

O serviço de urgência existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo (Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência, 2011), tendo assim nesse sentido como finalidade promover uma abordagem correta das vítimas de acidente ou com doença súbita (Macphail, 2001), pois são esses cuidados que vão influenciar a sobrevida e a qualidade de vida dessas pessoas.

A enfermagem de urgência teve a sua génese na época de Florence Nightingale, mas só nos últimos 25 anos se tem destacado como uma prática especializada (Macphail, 2001). Esta pode ser entendida por definição, como a prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações da saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não-diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções; reúne, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento (Patrick, 2011).

É ainda segundo Macphail (2001), pluridimensional, pois implica o conhecimento de vários sistemas do organismo, ou seja, os enfermeiros assumem papéis que vão desde a prestação de cuidados ao doente, investigação, gestão, ensino, consultoria e apoio jurídico.

Assim, é esperado da parte destes enfermeiros um domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, grande capacidade para lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente, destreza manual e rapidez na ação, autocontrolo emocional para fazer face as situações de grande tensão, grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes setores do hospital (Oliveira, 1999).

A enfermagem de urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, de clientes e de situações de saúde-doença (Patrick, 2011), sendo que pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, exigem do enfermeiro a atualização permanente dos seus conhecimentos teórico-práticos (Sheehy's, 2001).

A prática de enfermagem de urgência é sistemática e inclui o processo e o diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico e analítico e investigação (Patrick, 2011). No que se refere ao âmbito da prática, esta envolve avaliação inicial, diagnósticos, tratamento e avaliação final, sendo que a resolução dos problemas pode implicar cuidados

mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ ou família, referenciação adequada, bem como conhecimentos das implicações legais (Patrick, 2011).

Em síntese, os enfermeiros, num serviço de urgência devem possuir amplos conhecimentos e competências para prestar cuidados a pessoas com problemas de saúde vários (Fazio, 2011).

O impacto das transições, no contexto de saúde - doença no cliente e na sua família tem sido explorado em vários contextos de doença (Schumacher e Meleis, 1994), como tal, sendo o serviço de urgência um local onde são prestados múltiplos cuidados especializados a clientes nas mais variadas situações saúde-doença, e por ser um serviço que provoca normalmente medo, angústias, inseguranças e ansiedades, tornando o cliente e sua família ainda mais vulneráveis, cabe mais uma vez ao enfermeiro assumir-se como um elemento fundamental no ultrapassar dessa transição, promovendo a redução do potencial para estar doente.

É com base nos pressupostos já enunciados, que a realização do Módulo I – Urgência, num Serviço de Urgência Central, integrado no curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado para o cliente em estado crítico assume relevância, pois cuidar num serviço de urgência, é estabelecer uma relação de confiança, é escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos científicos (Alminhas, 2007).

É um serviço dotado de instalações recentemente remodeladas, com funcionamento de 24 horas, e que possui área própria para: triagem de Manchester; sala de reanimação, SO, gabinetes de atendimento médico e de enfermagem, aerossoloterpia, pequena cirurgia, sala para colocação de gessos, monitorização de pós-operatório e zona de recobro anestésico. A nível da equipa de enfermagem, esta é constituída por 100 enfermeiros, divididos em cinco equipas distintas.

É ainda um serviço onde se encontra em implementação a informatização pelo sistema ALERT, que consiste num sistema informático para o registo, interligação e análise de todos os dados relacionados com os clientes e as atividades dos profissionais de saúde.

Quando falamos em serviço de urgência, a triagem de Manchester é uma temática que rapidamente se sobressai, na medida em que consiste num sistema que utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorra ao serviço de urgência. Este sistema permite assim uma rápida identificação dos doentes que recorrem a este serviço, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não necessariamente os que chegam primeiro.

Segundo Grossman (1999) cit. por Andersson, Ombero e Svedlund (2006), este processo caracteriza-se por classificar os clientes segundo determinadas categorias de prioridade, devendo para tal o enfermeiro possuir competências para avaliar o problema do cliente, realizar

uma anamnese clínica, avaliar sinais e sintomas, o estado geral, os parâmetros e a condição física do cliente (Andersson, Ombero e Svedlund, 2006).

1.2.1. Objetivos

Tendo em conta a especificidade deste serviço e as competências a desenvolver, foram traçados três objetivos:

1.2.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de urgência.

Cuidar em urgência, implica prestar cuidados de enfermagem a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que precisem de intervenção, exigindo por tal da parte dos enfermeiros um saber personalizado (misto complexo de conhecimentos e capacidades) (Alminhas, 2007).

É nesse sentido, que este objetivo assume grande relevância no desenvolvimento de capacidades como enfermeira especialista na área de especialização médico-cirúrgica, não propriamente no sentido de desenvolver conhecimentos teórico práticos, pois trabalhando em cuidados intensivos a sua mobilização é uma constante, mas sim pelo facto de se tratar de um ambiente não controlado, em que o imprevisto e a necessidade de estabelecer cuidados prioritários são uma constante.

1.2.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI.

Cada vez mais se assiste nos serviços de urgência a uma permanência prolongada dos clientes, o que quando se trata de clientes em estado crítico, implica da parte dos profissionais uma formação continuada quer em conhecimentos quer ao nível do domínio de material e equipamentos cada vez mais especializados (Patrick, 2011),

Este objetivo, tal como já foi anteriormente apresentado, surge assim como resposta à necessidade formativa dos enfermeiros do serviço, na área da VNI. Esta necessidade, por sua vez, deve-se ao facto de que este modo de ventilação é cada vez mais utilizado no cuidar de clientes com as mais variadas situações saúde-doença, implicando dessa forma que seja iniciado muitas vezes no serviço de urgência, sabendo-se que uma chave do seu sucesso é o seu conhecimento aprofundado na área.

A formação foi dirigida aos enfermeiros do serviço de urgência, onde em três sessões distintas se reuniram um total de 32 enfermeiros, traduzindo-se num momento de partilha de experiências e conhecimentos na área.

1.2.1.3. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com náuseas/ vômitos e sua família em contexto de urgência.

Por náusea pode-se entender como uma ativação de limiar baixo do processo de vômito, que dá origem a reações de abrandamento ou cessação da motilidade gástrica e retroperistálise do duodeno, podendo ser acompanhada de vômitos, e vômito, corresponde ao ato final de um processo complexo, que termina com a expulsão do conteúdo gástrico (Querido e Bernardo, 2010).

As suas causas mais frequentes são normalmente: os fármacos, as alterações metabólicas, a obstrução intestinal, a obstipação, o aumento da pressão intracraniana, as disfunções do sistema nervoso central e as causas psicológicas (Pereira e Bruera, 1996 cit. em Querido e Bernardo, 2010).

Este objetivo surge pelo facto de que durante o meu período de estágio me deparei diversas vezes com esta realidade, assumindo-se como um dos muitos motivos que levavam os clientes a recorrer ao serviço de urgência.

A sua relevância, surge no entanto por dois fatores: primeiramente porque, após algumas conversas informais com o cliente e sua família, percebi que o regresso a casa era uma enorme preocupação, pois não sabiam os cuidados a ter e os sinais e sintomas que deveriam valorizar, depois porque, após reflexão com o enfermeiro orientador e alguns elementos da equipa percebi que nem sempre havia possibilidade de prestar ensinamentos de enfermagem ao cliente, e que seria importante terem um documento que os ajudasse a orientar o cliente e a sua família.

1.2.2. Atividades Desenvolvidas

De forma a conseguir atingir os objetivos a que me propus, foram desenvolvidas algumas atividades, que se revelaram neste contexto centrais a todos eles, encontrando-se estruturadas por três fases distintas.

Numa primeira fase, e de modo a dar início à construção deste percurso, recorri à pesquisa bibliográfica no contexto dos cuidados de enfermagem de urgência, de forma a conseguir uma adequada contextualização nesta área e conseqüentemente estruturar as atividades a

desenvolver. Assim e de entre muitos artigos e manuais encontrados sobre esta temática, destaco o European Resuscitation Council – Guidelines for Resuscitation 2010, pela sua utilidade nesta contextualização.

Numa segunda fase foi importante:

- Refletir com o orientador e a restante equipa sobre as intervenções de enfermagem realizadas no serviço, no sentido de promover o meu desenvolvimento profissional e assim conseguir desenvolver as minhas competências na área da prestação de cuidados ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de urgência, uma vez que cabe ao enfermeiro na sua prática profissional a responsabilidade de consultar peritos em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003);
- Identificar através da observação e da conversa informal com o cliente e família, as suas necessidades, promovendo cuidados especializados e individualizados;
- Prestar cuidados individualizados e personalizados ao cliente e sua família em contexto de urgência, pois este é um todo indissociável, maior que a soma das suas partes e diferente desta (Kérouac et al., 2002);
- Realizar registos diários no ALERT, no sentido de documentar a situação clínica do cliente e alterações relevantes, bem como todas as ações de enfermagem realizadas com o intuito de dar continuidade aos cuidados, pois estes têm uma importância fundamental, pelas informações que representam, seja na avaliação do estado clínico do doente, no conhecimento da progressão da doença, na tomada de decisão ou nos procedimentos adotados (Rodrigues e Cordeiro, 2007).

Ainda nesta fase, tive a necessidade de elaborar algumas reflexões sobre momentos que marcaram pela sua essência, nomeadamente:

- “As Famílias nos Serviços de Urgência” – é preciso que os profissionais reconheçam o impacto da doença de um membro em toda a família, tendo em conta as características da doença, mas também as características da família (Góngora, 2002);
- “A Morte nos Serviços de Urgência” - um estudo realizado num serviço de urgência por Pereira, Gomes e Pinto (2001) cit. em Veiga et al. (2009), aponta para o facto de um número considerável de doentes que morrem num serviço de urgência não ser acompanhado nesta etapa final da vida, sendo que na maioria dos casos não foi estabelecida uma relação de ajuda com o doente, enaltecendo-se apenas as execuções técnicas;
- “Stress dos Cuidadores Informais” - para Abreu, Forlenza e Barros (2005) cit. em Marques (2011), nem sempre este fenómeno é sinónimo de uma vida funcional,

independente e sem problemas de saúde, surgindo assim neste contexto o cuidador informal, do qual depende a manutenção da pessoa dependente no domicílio, sendo responsável pela realização de um conjunto de funções que vão muito além da satisfação das atividades de vida diária (Marques, 2011);

- “Prisão versus Serviço de Urgência” – são clientes como outros quaisquer, providos de direitos, pelo que no exercício das minhas funções, teria de adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos do cidadão (REPE), devia cuidar a pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, que deveria abster-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia da vida (Artigo 81.º do Código Deontológico).

À terceira e última fase corresponde os trabalhos elaborados, pois segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), os enfermeiros devem conceber, realizar e promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular e da saúde, em geral. Nesse sentido, elaborei:

- Questionário (Apêndice 1) – No sentido de analisar as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço na área da Ventilação Não Invasiva, adequando dessa forma a formação às necessidades e dinâmica da equipa;
- Folha de divulgação da ação de formação (Apêndice 9) – No sentido de divulgar a ação de formação, que decorreu nos dias 8, 9 e 11 de novembro de 2011, pelas 15h30 no Serviço de Urgência Central do CHLN-HSM;
- Plano da Sessão (Apêndice 10) – No sentido de estruturar corretamente a ação de formação, contemplando as seguintes temáticas: título; data/ hora; tempo previsto; nome do formador; população alvo; local; objetivos gerais e específicos; conteúdos; métodos; recursos (humanos, materiais, financeiros e bibliográficos); avaliação e o cronograma da sessão;
- “Ventilação Não Invasiva” (Apêndice 11) - Slides para apresentação na ação de formação no sentido de contextualizar os formandos durante a formação e que contemplam as seguintes temáticas: definição; objetivos; indicações; contra-indicações; vantagens; desvantagens; complicações; fatores preditivos de sucesso; modos ventilatório; interfaces; efeitos fisiológicos da VNI e cuidados de enfermagem;
- Avaliação da Sessão / Apreciação dos resultados da formação (Apêndice 3/ Apêndice 4) – no sentido de avaliar as minhas competências na área da formação e da comunicação de aspetos complexos no âmbito profissional e académico;

- “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem” (Apêndice 12) – Guia de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de ventilação não invasiva e sua família no contexto do serviço de urgência, servindo como um meio para os enfermeiros obterem informação de forma rápida e prática, pelo que foi colocado em cada um dos aparelhos existentes no serviço;
- “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem” (Apêndice 13) – Guia de cuidados de enfermagem para colocar junto dos aparelhos de empréstimo aos restantes serviços do hospital, servindo de apoio aos enfermeiros noutros serviços que tenham clientes com necessidade de ventilação não invasiva e suas famílias;
- “Guia de Cuidados de Enfermagem ao cliente com vômitos e sua família” (Apêndice 14) – Durante a permanência no serviço de urgência foi possível verificar como já foi anteriormente referido, que grande número de clientes que recorrem a este serviço apresentam este sinal ou sintoma, seja ele primário ou secundário, dessa forma e em discussão informal com o enfermeiro orientador e alguns membros da equipa foi feito o levantamento desta necessidade e realizado este panfleto para suporte informativo aos clientes com vômitos e seus familiares no domicílio.

1.3. Módulo II – Cuidados Intensivos

Tem-se vindo a assistir ao longo dos últimos 50 anos, ao aparecimento e desenvolvimento de uma das áreas mais relevantes do domínio da medicina, resultante de um excecional desenvolvimento multidisciplinar na área da fisiopatologia, da terapêutica e das tecnologias utilizadas – a Medicina Intensiva (DGS, 2003). Esta assume-se como uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda áreas da prevenção, do diagnóstico e do tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameacem ou apresentem falência de uma ou mais funções vitais, mas que sejam potencialmente reversíveis (DGS, 2003).

No sentido de responder as necessidades dos clientes internados nestas unidades, pareceu ser mais eficaz e rentável concentrar num espaço físico os meios técnicos mais sofisticados e pessoal especialmente treinado que, de forma coordenada, tratasse clientes com situação de saúde-doença grave, com previsível mau prognóstico (Ponce, 2002).

É nesse contexto, que surgem as unidades de cuidados intensivos, caracterizadas pela vigilância intensiva a que os doentes são submetidos, sob o pressuposto de que essa vigilância permitirá detetar mais precocemente desvios do normal nos parâmetros vitais do doente antes que eles se tornem aparentes à simples observação clínica e que, se corrigidos de imediato, previnam uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível (Ponce, 2002). Estas têm como finalidade dar respostas a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um

elevado grau de risco de vida, em que a situação de saúde-doença se pode alterar constantemente (Castro, Vilelas e Botelho, 2011).

Os equipamentos e procedimentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as unidades de cuidados intensivos num ambiente tecnologicamente avançado, que integram as mais sofisticadas intervenções de caráter médico, de enfermagem e técnico (Castro, Vilelas e Botelho, 2011). São locais em que se pode encontrar uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por numerosas equipas multidisciplinares treinadas para responderem eficazmente a estes doentes críticos (Ponce, 2002), levantando-se nesse sentido a preocupação de que neste contexto os cuidados de enfermagem são muitas vezes desvalorizados em detrimento da tecnologia (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Nesse sentido, cuidar no contexto de cuidados intensivos, assume-se como um grande desafio para a enfermagem, pois, os enfermeiros de cuidados intensivos têm que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência (Urden, Stacy e Lough, 2008).

O internamento em cuidados intensivos é, por definição, um período transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si mesmo (DGS, 2003).

O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, pelo cliente doente e suas famílias (Castro, Vilelas e Botelho, 2011). Estar internado numa unidade de cuidados intensivos, significa que ocorreu uma importante implicação no bem-estar e na saúde da pessoa, e que este está a passar por uma transição significativa (Schumacher e Meleis, 1994), pelo que cabe aos enfermeiros facilitar as essas transições, apoiando, compreendendo o significado da situação e disponibilizando os meios preventivos ou terapêuticos, tendo em conta as prioridades da pessoa e a forma única como vive a transição (Kérouac *et al.*, 1996).

É com base nos pressupostos já enunciados, que a realização do Módulo II – Cuidados Intensivos, num Serviço de Urgência Central, integrado no curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado para o cliente em estado crítico assume relevância.

1.3.1. Objetivos

Tendo em conta a especificidade desta unidade e as competências a desenvolver, foram traçados dois objetivos que serão seguidamente enunciados e analisados:

1.3.1.1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao cliente em estado crítico e sua família em contexto de UCI.

Quando a pessoa é admitida numa unidade de cuidados intensivos, é invadida por múltiplas intervenções dolorosas, tais como: a entubação orotraqueal, a colocação de múltiplos cateteres centrais, para além de outros procedimentos invasivos. Tais procedimentos influenciam a sua capacidade de falar e por vezes de se mover, num local que lhe é particularmente estranho onde os sons dos alarmes se ouvem 24 horas por dia, rodeado de pessoas estranhas e em permanente incerteza, levando a que se sintam vulneráveis, angustiadas e com medo (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Assim e no contexto de cuidados intensivos, desenvolver competências na área da prestação de cuidados assume-se, para mim, como um dos maiores objetivos, pois tendo dedicado todo o meu percurso profissional a esta área, sinto necessidade de ir mais além das premissas aceites por muitos de que a tecnologia suplanta qualquer outra necessidade de um cliente internado nestes serviços.

1.3.1.2. Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI.

Tal como no módulo do serviço de urgência, este objetivo surge pelo facto de ter sido identificado como necessidade formativa dos enfermeiros, pois apesar de as unidades de cuidados intensivos serem os locais de maior eleição para a realização de VNI (Ferreira et al., 2009), esta é uma técnica de ventilação consideravelmente recente, ou seja, só recentemente começou a ser utilizada como de preferência nas mais variadas situações de saúde-doença, levando a que os enfermeiros sintam ainda uma grande necessidade de formação na área.

A formação foi assim dirigida aos enfermeiros, onde compareceram 11 dos 32 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, tendo-se revelado como um momento de grande partilha da minha experiência profissional numa unidade de ventilação não invasiva com a realidade de uma unidade de prestação de cuidados intensivos polivalentes.

1.3.2. Atividades Desenvolvidas

De forma a conseguir atingir os objetivos a que me propus, foram desenvolvidas algumas atividades que se revelaram, neste contexto, centrais a todos eles, encontrando-se estruturadas por três fases distintas.

Numa primeira fase e de modo a dar início à construção deste percurso, recorri à pesquisa bibliográfica no contexto dos cuidados de enfermagem de cuidados intensivos, de forma a conseguir uma adequada contextualização nesta área e consequentemente estruturar as atividades a desenvolver.

Numa segunda fase foi importante:

- Refletir com o enfermeiro orientador sobre as intervenções de enfermagem realizadas no serviço, no sentido de promover o meu desenvolvimento profissional e assim conseguir desenvolver as minhas competências na área da prestação de cuidados ao cliente em estado crítico e sua família no contexto de cuidados intensivos, pois o enfermeiro na sua prática profissional deve ter a responsabilidade de consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2003);
- Identificar através da observação e da discussão informal com o cliente e da sua família as suas necessidades, de forma promover cuidados especializados e individualizados em contexto de cuidados intensivos;
- Prestar cuidados diretos individualizados e personalizados ao cliente e sua família em contexto de cuidados intensivos, pois este é um todo indissociável, maior que a soma das suas partes e diferente desta (Kérouac et al., 2002);
- Realizar registos diários informatizados, no sentido de documentar a situação clínica do cliente e alterações relevantes, bem como todas as ações de enfermagem realizadas com o intuito de dar continuidade aos cuidados, pois estes têm uma importância fundamental, pelas informações que representam, seja na avaliação do estado clínico do doente, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas ou nos procedimentos adotados (Rodrigues e Cordeiro, 2007).

Ainda nesta fase, tive a necessidade de elaborar algumas reflexões sobre momentos que me marcaram pela sua essência, nomeadamente:

- “Formação em Enfermagem” - a escolha desta temática para reflexão, surgiu na medida em que diariamente vamos lidando com situações recorrentes como o número reduzido de profissionais, os custos elevados das formações, os vencimentos reduzidos, entre tantos outros fatores, que levam mesmo a que muitos sejam aqueles que abdicam do seu direito e dever de apostar diariamente na formação, no entanto, sendo a formação um fenómeno transversal às equipas de saúde em geral e às de Enfermagem em particular, esta deverá assumir-se, não só como um direito, mas igualmente como um dever dos profissionais (Paixão e Monteiro, 1999);

- “Cuidados Intensivos - A tecnologia como um meio ou como uma finalidade?” – os cuidados intensivos são locais em que se pode encontrar uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por numerosas equipas multidisciplinares treinadas para responderem eficazmente a estes doentes críticos (Ponce, 2002), no entanto, neste serviço, a tecnologia assume-se apenas como um meio, no sentido, em que é dotado de uma equipa de profissionais altamente especializada, que se esforça realmente no sentido de melhorar as suas capacidades tecnológicas, mas sem deixar no entanto de parte os direitos do doente internado ;
- “Visitas aos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos” - A família é segundo Costa et al. (2007), a base fundamental para o “ser pessoa” na sociedade, logo será importante que os elos de ligação entre o indivíduo e a sua família não sejam quebrados pela hospitalização;
- “Consentimento Informado” - como consentimento informado, pode entender-se como o direito dos doentes participarem nas decisões que lhes dizem respeito (seja diagnóstico ou tratamento), pressupõe avaliar a compreensão, ajudar na clarificação, promover a tomada de decisão livre e autónoma, de onde deriva o valor não instrumental de cada ser humano, fim em si mesmo.

A terceira e última fase corresponde aos trabalhos elaborados, pois segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), os enfermeiros devem conceber, realizar e promover e participar em trabalhos de investigação que visem o processo da enfermagem, em particular e da saúde, em geral. Nesse sentido, elaborei:

- Questionário (Apêndice 2) – No sentido de analisar as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço na área da Ventilação Não Invasiva, adequando dessa forma a formação às necessidades e dinâmica da equipa;
- Folha de Divulgação da ação de formação (Apêndice 15) – No sentido de divulgar a ação de formação, que decorreu no dia 24 de janeiro 2012, pelas 15h30 no Serviço de Medicina Intensiva do CHLN-HSM;
- Plano da Sessão da SMI (Apêndice 16) – No sentido de estruturar corretamente a ação de formação, contempla as seguintes temáticas: título; data/ hora; tempo previsto; nome do formador; população alvo; local; objetivos gerais e específicos; conteúdos; métodos; recursos (humanos, materiais, financeiros e bibliográficos); avaliação e o cronograma da sessão;
- “Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros” (Apêndice 17) - Slides para apresentação na ação de formação no sentido de contextualizar os formandos durante a formação e que contemplam as seguintes temáticas: definição; objetivos; indicações;

contraindicações; vantagens; desvantagens; complicações; fatores preditivos de sucesso; modos ventilatório; interfaces; efeitos fisiológicos da VNI e cuidados de enfermagem;

- Avaliação da Sessão / Apreciação dos resultados da formação (Apêndice 3/ Apêndice 4) – no sentido de avaliar as minhas competências na área da formação e da comunicação de aspetos complexos no âmbito profissional e académico.

1.4. Competências

As competências representam mais do que a soma dos nossos saberes e das nossas capacidades, pelo que nesse sentido, pode-se afirmar que a aquisição de competências de enfermagem situa-se no cruzamento de três domínios (Phaneuf, 2005):

- O desenvolvimento da personalidade e a aquisição de experiências de vida pessoal;
- As aquisições de formação e de experiência profissional;
- As exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas no decurso das situações de trabalho ou de estágio em que se encontra, e tudo o que lhe permite enriquecer a sua “bagagem” de experiências e de conhecimentos.

Estes módulos de estágio assumiram-se, nesse sentido, como elementos fundamentais para este percurso académico, pelo que apesar de considerar que grande parte das competências foram desenvolvidas no âmbito do período do módulo I pelas inúmeras oportunidades e variadas realidades vivenciadas, considero no entanto ter sido no período referente ao módulo III que se iniciou o impulso para percorrer este percurso e no período do módulo II a sedimentação e reflexão deste caminho percorrido, por tal, não as apresentarei discriminadas por módulos, pois o desenvolvimento das competências é o resultado de um processo contínuo de experiências pessoais e profissionais.

Como foi possível verificar na análise dos módulos anteriormente apresentados, estes representam serviços diferenciados e especializados e que pela sua especificidade, implicam a necessidade por parte dos enfermeiros de vastos conhecimentos teórico-práticos e um constante investimento na área da formação contínua, gestão e investigação.

De forma a analisar o desenvolvimento das competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, será tomado em conta os três domínios do saber: saber (competências pessoais ou genéricas, saberes gerais e especializadas no âmbito da profissão), saber fazer (competências psico motoras, técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão) e saber ser (competências socio afetivas, relacionais e ético morais)

(Dias, 2006), e onze competências genéricas principais (Pires, 1994) nomeadamente: o espírito de iniciativa, a perseverança, a criatividade, o sentido de organização, o espírito crítico, o auto controlo, a atitude de liderança, a persuasão, a auto confiança, a perceção e interpretação nas relações pessoais e a preocupação e solicitude em relação aos outros.

No que concerne à mobilização de conhecimentos teórico-práticos, e sendo o saber o conjunto de conhecimentos gerais ou especializados que a pessoa vai adquirindo ao longo da vida (Dias, 2006), e uma vez que nos diferentes contextos mobilize conhecimentos especializados e adequados às necessidades do cliente e sua família prestando-lhes cuidados de qualidade, observando e discutindo informalmente com o cliente e sua família as suas necessidades, respondendo adequadamente quando questionada sobre temas associados à área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, mobilizando os conhecimentos adquiridos desde o início do meu percurso académico como estudante de licenciatura em enfermagem e apresentando, dessa forma, segurança nas minhas capacidades e habilidades, considero ter desenvolvido as seguintes competências:

- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas.

Pelo facto de ter tido a capacidade de analisar sistematicamente todas as minhas ações, com sentido crítico através das reflexões realizadas e da minha auto avaliação; por promover continuamente o desenvolvimento dos meus conhecimentos através de discussões com outros profissionais ou pela pesquisa bibliográfica bem como, por desde o início deste percurso, ter traçado planos orientadores para alcançar os objetivos a que me propus aquando da realização do projeto, sendo que de todas as atividades propostas apenas uma não foi concretizada (ação de formação na unidade de cuidados paliativos), considero ter desenvolvido as seguintes competências:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Quando falamos no saber ser, o saber relacionar-se e trabalhar com outras pessoas, emergindo num clima de confiança, envolvimento genuíno e entusiasmo nas relações pessoais sobressai (Dias, 2006), pelo que, assumindo ter conseguido estabelecer uma boa relação com todas as equipas dos serviços onde realizei estágio, e que nas minhas avaliações foi um ponto considerado como satisfaz muito, considero ter atingido a seguinte competência:

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

Apresentando-se a comunicação de conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com necessidade de VNI como um dos meus principais objetivos, e tendo em conta as ações de formação realizadas e os resultados obtidos na avaliação das mesmas, a aplicação e análise dos questionários, os guias de cuidados realizados na área da VNI, bem como as tabelas realizadas na área dos enunciados de intervenção em enfermagem da CIPE no contexto de cuidados paliativos, o guia de medidas farmacológicas e não farmacológicas e o guia de cuidados ao cliente com vômitos e sua família, considero ter atingido as seguintes competências:

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

- Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Participar e promover a investigação em serviço na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Identificar as necessidades formativas na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Promover a formação em serviço na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Por último, e uma vez que tomei como decisão não realizar estágio no meu contexto de trabalho, não me foi possível executar diretamente algumas ações, nomeadamente, na área da supervisão, da liderança e da integração de novos elementos. No entanto e uma vez que os meus orientadores eram chefes de equipa, de forma a contornar essa não conformidade no meu percurso académico, estes proporcionaram-me momentos de análise e discussão das suas ações como líderes e integradores, permitindo-me dessa forma considerar que, com algumas limitações, que espero rapidamente colmatar com a continuidade do meu exercício profissional, desenvolvi as seguintes competências:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

Neste sentido, considero ter desenvolvido as competências propostas como enfermeira especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica, bem como, ter atingido a fase mais importante deste percurso, ou seja, uma base sólida de conhecimentos e experiências que me permitirão construir um futuro centrado na prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Conclusão

A complexidade inerente a um mundo em transformação acelerou consideravelmente a evolução da disciplina de enfermagem nos últimos anos, tendo no entanto, sido no decorrer do último século que esta experimentou um crescimento científico importante.

Outrora centrada numa visão tecnicista é com a investigação e a teoria, que numa fase contemporânea, é reconhecida como uma disciplina académica, centrada no uso da teoria na prática e no desenvolvimento continuado da teoria e conseqüentemente, como uma disciplina profissional, onde os seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, promovem a aquisição dos conhecimentos que guiam e definem a prática.

Esta passa assim a definir-se como algo complexo e diversificado, com necessidade de definir o seu core e os princípios que guiam a sua ação. De uma forma geral, o centro de interesses da disciplina de enfermagem indica aquilo pelo que se orienta a prática da enfermagem, ao que se dirige o seu juízo clínico e as suas decisões profissionais. Nesse sentido são quatro os conceitos fundamentais, centrais, à disciplina: cuidado, pessoa, saúde e ambiente.

É então válido afirmar que a essência da disciplina é o cuidado ao cliente pois este, em interação contínua com o ambiente, vive múltiplas experiências de saúde, num mundo em constante transformação, sofre transições, quer sejam elas no seu desenvolvimento como passar da infância para a adolescência, quer situacionais como perder um familiar, quer de saúde-doença, passando de um estado de saúde para um de doença crónica ou até mesmo organizacional, como uma alteração do seu papel social.

Deste modo, e como cada cliente vivencia de forma única e particular essa transição, cabe ao enfermeiro, possuir os conhecimentos necessários para promover a aquisição de novos papéis, estilos de vida saudáveis e reduzir o potencial para estar doente. Pode afirmar-se que a prática de cuidados de enfermagem de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam, alcancem a saúde (Hesbeen, 2001). Para o mesmo autor (2001), esta requer ainda uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos destes profissionais, inscrevendo-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites claramente definidos.

Os cuidados de enfermagem especializados assentes em cuidados diferenciados de qualidade e prestados por enfermeiros especialistas certificados assumem-se pois, como relevantes, na medida em que se apresentam como indispensáveis na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população.

Na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição de competências é então um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer, no entanto este conceito, que se identifica muitas vezes com excelência, não se forma instantaneamente (Phaneuf, 2005).

Competência em enfermagem revela-se como algo complexo e que supõe uma combinatória de múltiplas dimensões, baseando-se em aspetos algumas vezes claramente identificáveis, tais como uma sólida formação, mas também noutras mais subtis e mais pessoais, que decorrem da personalidade da enfermeira e de um saber fazer orientado não somente pelas regras codificadas da prática, mas também por uma capacidade aguda de perceção, de intuição, de interpretação das situações e de um acúmulo de experiências (Phaneuf, 2005).

Após a realização deste relatório, e refletindo sobre o longo caminho percorrido e com base numa análise de SWOT, considero que este percurso se revelou, pelas suas características, como um elemento fulcral para o meu desenvolvimento profissional, na medida em que proporcionou inúmeras oportunidades e do qual retirei muitos pontos fortes mas, também e como muitas vezes é com eles que crescemos, alguns pontos críticos e ameaças, que passo seguidamente a apresentar:

- Pontos fortes - Ter de escolher pontos fortes é algo muito difícil, quando consideramos que todo o percurso foi fundamental para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, no entanto, há uns aspetos que gostaria de salientar, nomeadamente a receptividade das instituições e das equipas de enfermagem; as ações de formação realizadas, que se assumiram como momentos de grande partilha e de um mútuo desenvolvimento profissional; as múltiplas experiências vivenciadas e partilhadas; os inúmeros conhecimentos adquiridos; o conhecer de novas realidades e novas dinâmicas e o despertar para outras áreas como a gestão, a investigação e a formação.
- Oportunidades – Como oportunidades chaves deste percurso, considero ter desenvolvido na área da ventilação não invasiva dois grandes projetos, nomeadamente o “Guia de Orientação para Enfermeiros – Cuidados à Pessoa com Necessidade de Ventilação Não invasiva (VNI)”, que se assumiu como um projeto pessoal que espero continuar a desenvolver e, quem sabe, até mesmo conseguir a sua divulgação, e um projeto de formação aos enfermeiros do CHLN em continuidade às formações realizadas no módulo I e II, no sentido de promover os conhecimentos e definir as competências dos enfermeiros nesta área e dar visibilidade à necessidade dos enfermeiros investirem em todas as áreas do cuidado.
- Pontos Críticos – Gostaria apenas de salientar o facto de muitos enfermeiros ainda não reconhecerem a necessidade de uma especialização na área de enfermagem médico-cirúrgica, associado ao facto de esta se traduzir para muitos numa área do cuidado muito abrangente.

- Ameaças – Quando falo em ameaças, sinto a necessidade de fazer uma divisão em dois grupos distintos, nomeadamente: as ocorridas durante o percurso académico e que se revelou na área bibliográfica da VNI, ou seja, a informação disponível é normalmente reduzida, repetida e segue sistematicamente, uma abordagem biomédica e as que poderão ocorrer no futuro, nomeadamente o não reconhecimento como enfermeira especialista pela instituição onde desempenho funções, o que se assume nos dias de hoje como uma realidade da nossa comunidade.

Assim, posso concluir que este percurso académico pela quantidade e qualidade de conhecimentos e experiências que me proporcionou, revelou-se um dos momentos mais importantes da minha vida profissional. Conhecendo a verdadeira essência da enfermagem, este permitiu-me desenvolver competências para as quais achava não me encontrar desperta nesta fase da minha carreira e me permitiu desenvolver projetos que achava não estarem ainda ao meu alcance. Como tal, espero ter construído bases sólidas para um futuro como enfermeira especialista empenhada numa prática de cuidados de enfermagem de qualidade e esperando atingir, com este marco, um futuro dignificante na minha história como enfermeira.

Referências Bibliográficas

- ABREU, W. - Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, Nº 45, (Nov. 2002), p.53-57;
- ALMINHAS, S. – Cuidar da pessoa no serviço de urgência. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, Nº75, (Nov. 2007), p.57-60;
- ANDERSSON, A., OMBERO, M., SVEDLUND, M. – Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. Nursing in Critical Care. ISSN 1362-1017, Nº3, (2006), p.136-145;
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - Recomendações da ANCP. [Em linha]. ANCP [consultado a 02.07.2011]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf;
- BARROS DE OLIVEIRA, J. H. - Viver a morte – abordagem antropológica e psicológica. Coimbra: Livraria Almedina,1998. ISBN 972-40-1063-5;
- BENNER, P. – De Iniciado a Perito. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. ISBN972-8535-97-X;
- BERSTEN, A. [et al.] – Treatment of severe cardiogenic pulmonary edema with continuous positive airway delivered by face mask. New England Journal Medicine. ISSN 0028-4793, Nº 325 (26), (1991), p. 1825-1830;
- CASTRO, C., Vilelas, J., Botelho, M. – A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática de literatura. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. Vol.15, Nº2, (2011), p.41-49. [Consultado a 02.02.2012]. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf;
- COLLIÈRE, M. F. – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-757-1090-3;
- COSTA, A. [et al.] - A família perante o doente hospitalizado. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, Nº 72, (2007), p.33-34;
- CUIDADOS PALIATIVOS PARA UMA MORTE DIGNA – Catálogo da Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE);
- DIAS, A. [et al.] – Saber escutar para uma relação de ajuda em U.C.I. Servir. ISSN 0871-2370, Nº43 (2), (1995), p.89-97;

- DIAS, M. – Construção e validação de um inventário de competências – contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado. Revista de Enfermagem Referência. ISSN 0874-0283, Nº 2, (2006), p.95;
- EDWARDS, S. - The idea of nursing science. Journal of Advanced Nursing. ISSN 1365-2648, Nº 29 (3), (1999), p.563-569;
- FAZIO, J. – A prática da enfermagem de urgência. In **Enfermagem de urgência da teoria à prática**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9. Pt. 2, p.9-16;
- FERNANDES, O. – Saberes de Enfermagem – a relação de ajuda no paradigma de atuação dos enfermeiros. (In) Formar. ISSN 0872-4989, Nº31, (2003), p.76-80;
- FERREIRA, S. [et al.] - Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia. ISSN 0873-2159, Nº4, (2009), p.655-665;
- FORTIN, M., GRENIER, R., NADEAU, M. – Métodos de colheita de dados. In **O Processo de Investigação. Da conceção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-10-X. p.239-265;
- GUARDA, H. [et al.] - Apoio à família. In **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. Pt. 35, p.751-760;
- GONGORÁ, J. N. - Familia y enfermedad: problemas y técnicas de intervención. Psychologica. ISSN 0871-4657, Nº 31, (2002), p.63-83;
- HENNEZEL, M. - Diálogo com a morte. 2º ed. Lisboa: Editorial Notícias, 1997. ISBN 972-46-0793-3;
- HESBEEN, W. – Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8;
- HESBEEN, W. – Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7;
- HONORÉ, B. – Cuidar – Persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-58-4;
- HOSPITAL DA LUZ – Missão e Valores [Em linha]. Lisboa: Hospital da Luz [consultado a 02.04.2011]. Disponível em <http://hospitaldaluz.pai.pt/>;

- HOSPITAL DE SANTA MARIA – Estrutura Organizacional [Em linha]. Lisboa: Hospital de Santa Maria [consultado a 30.03.2011]. Disponível em <http://intranet.hsm.min-saude.pt>;
- JOSÉ, H. – Resposta humana ao humor: humor como resposta humana. Loures: Lusociência. 2010. ISBN 978-972-8930-56-1;
- KÉROUAC, S. [et al.] – El pensamiento enfermero. Barcelona : MASSON. 2002. ISBN 2-7607-0584-6 ;
- KUBLER-ROSS, E. – Sobre a morte e o morrer. 8ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. ISBN 85-336-0963-9;
- LE BOTERF – Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões. 1ª ed. Lisboa: Edições ASA. 2005. ISBN 972 – 41 – 4243 - 4;
- LIMA, C. - Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, ISSN 0872-671X, Nº 13 (2), (2006), p.79-82;
- MACPHAIL, E. – Panorâmica da enfermagem de urgência. In **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN 978-972-8930-63-9. Pt. 1, p.5-7;
- MAGANO, C. [et al.] - Ventilação não invasiva. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, Nº 72, (2007), p.13-19;
- MALTONI, M. [et al.] - Palliative sedation therapy does no hasten death: results from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, ISSN 0923-7534, Nº 20, (2009), p.1163-1169.
- MÃO DE FERRO, A. – Na rota da pedagogia. Lisboa: Edições Colibri. 1999. ISBN 972-772-069-2;
- MARQUES, R. - Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns fatores. Revista de Enfermagem Referência. ISSN 0874-0283, Nº 3, (2011), p.95-104;
- MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. Aspen Publishers. Inc. 23 (1), (September 2000), p.12-28;
- MELEIS, A. – Theoretical Nursing: development & progress. Philadelphia: Lippincott, 2007. ISBN 0-7817-5767-3;

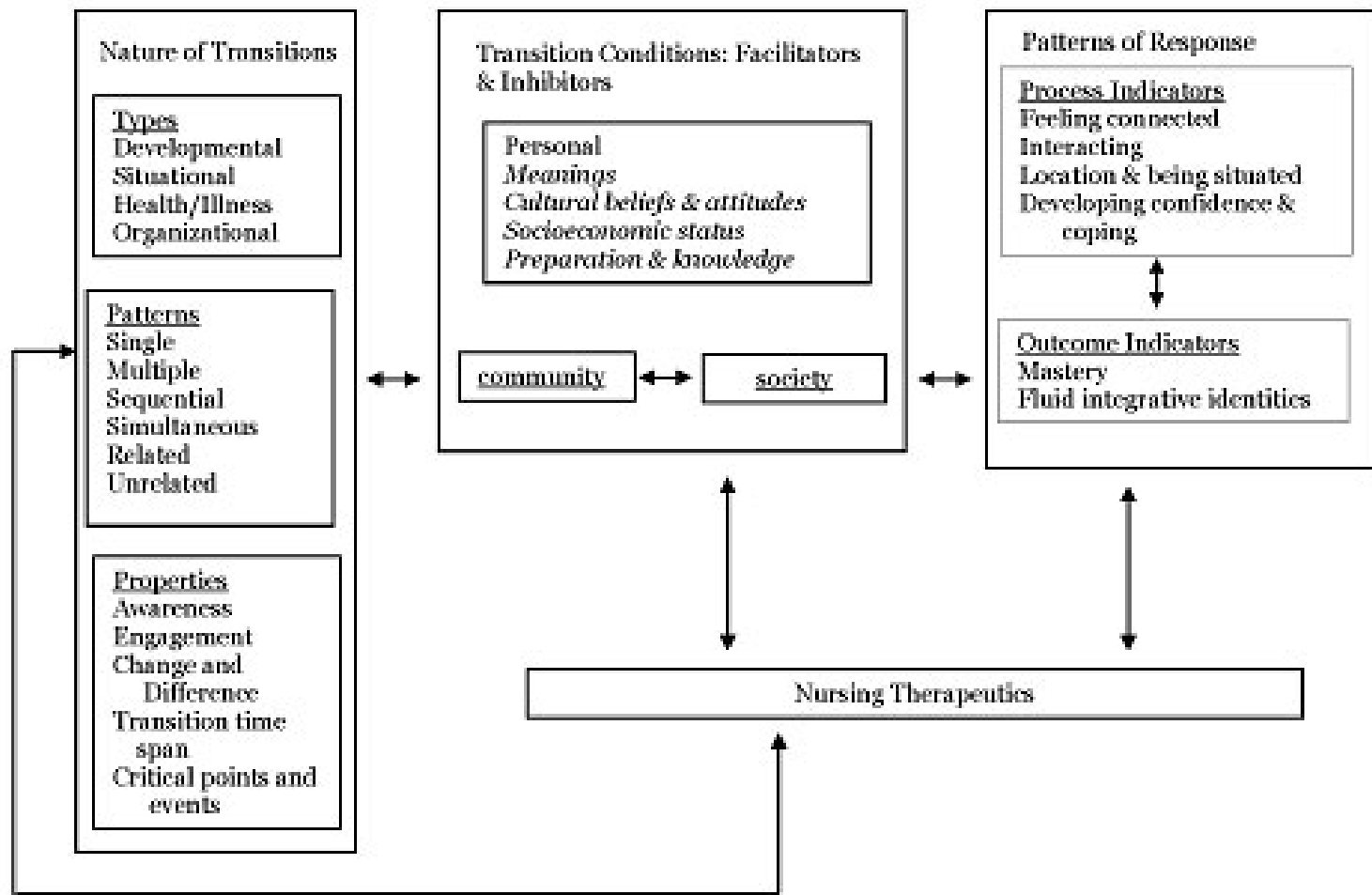
- NETO, I. G. - Utilização da via subcutânea na prática clínica. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, ISSN 0872-671X, N^o4, (2008), p.277-282;
- NETO, I. G. - Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In **Manual de cuidados paliativos**. 2^a ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. Pt. 1, p.1-42;
- NETO, I. – Cuidados Paliativos: testemunhos. Lisboa: Alêtheia Editores, 2010. ISBN 978-989-622-298-7;
- NP - 405 – Referências bibliográficas, normas e estilos [Em linha]. Norma Portuguesa NP – 405 [consultado a 01.10.2011]. Disponível em <http://www.ua.pt/sbidm/biblioteca/PagelImage.aspx?id=12012>;
- OLIVEIRA, D. – As urgências exigem motivação pessoal e profissional. Nursing. ISSN 0871-6196, N^o136, (1999), p.13-16;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – Do Caminho Percorrido e das Propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003. 335p;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros [consultado a 08.11.2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Individualização das Especialidades de Enfermagem. Fundamentos e Propostas de Sistema [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Assembleia Geral de 17 de março de 2007 [consultado a 22.01.2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf;
- PACHECO, S. - Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 978-972-8383-30-5;
- PAIXÃO, H., Monteiro, R. - Formação em serviço. Das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, N^o87, (2009), p.41-43;
- PATRICK, V. – Enfermagem de urgência: uma visão histórica. In **Enfermagem de urgência da teoria à prática**. 6^a ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9. Pt. 1, p.3-8;
- PEREIRA, S. M. - Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. ISBN 978-972-54-0279-5;

- PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-84-3;
- PIRES, A. – As novas competências profissionais. (In) Formar. ISSN 0872-4989, N°10, (1994), p.4-19;
- PONCE, P. - Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*, ISSN 0003-2573, N°38 (166), (2002), p. 139-153;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento - Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003, 72p. ISBN 972-675-097-0;
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/ emergência - Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001, 24p. ISBN 972-9425-99-X;
- QUERIDO, A., BERNARDO, A. - Náuseas e vômitos. In **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. Pt. 5, p.127-143;
- QUERIDO, A., GUARDA, H. - Hidratação em fim de vida. In **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. Pt. 23, p.401-415;
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS – Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril [Em linha]. REPE [consultado a 10.10.2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>;
- RENAUD, I. – Cuidado em Enfermagem. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. Vol.14, N°1, (2010), p.1-8. [Consultado a 02.02.2012]. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2_8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2_8(2).pdf);
- RODRIGUES, M., CORDEIRO, C. – CIPE – um contributo para a enfermagem...ou uma nova maneira de registar? *Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844, N°74, (2007),p.65-66;
- SAUNDERS, C. - A personal therapeutic journey. *British Medical Journal*, ISSN 0959-8138, N°313, (1996), p.1599-1601;
- SHEEHY, S. – Enfermagem de urgência. Da teoria à prática. 4ª ed. Loures: Lusodidacta. 2001. ISBN 978-972-8930-63-9;

- SHUMACHER, K., MELEIS, A. – Transitions: a central concept in nursing. Journal of Nursing Scholarship, ISSN 1568-4156, Vol. 26, Nº2, (1994), p.119-127;
- SILVA, L. [et al.] - A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem. Psicologia [Em linha]. (2009), P.1-18. [consultado a 09.07.2011]. Disponível em www.psicologia.com.pt;
- TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. - Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª ed.. Loures: Lusociência.2004. ISBN 972-8383-74-6;
- TWYLCROSS, R. - Introducing palliative care. 2º ed, Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2003. ISBN 972-796-093-6;
- WATSON, J. – Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9;
- WHO - Definição de cuidados paliativos [Em linha]. WHO [consultado a 20.05.2011]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm;
- UCP – ICS/ESPS – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Regulamento Geral. Documento Fornecido na sessão de abertura do curso, (2010);
- VEIGA, A. - Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? Revista de Enfermagem Referência. ISSN 0874-0283, Nº 10, (2009), p.47-56.

Anexos

Anexo 1 – Transição – Uma teoria de Médio Alcance (Meleis, 2000)



Anexo 2 - Carta de autorização ao pedido de aplicação dos questionários no Serviço de Urgência do CHLN-HSM



Exma Sr^a
Enf^a Cátia Alexandra Suzano dos Santos
D. Pulmonares P8

ASSUNTO: Autorização para a aplicação de um questionário aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Central, para levantamento das necessidades formativas em Ventilação não invasiva, a efectuar no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Central, para levantamento das necessidades formativas em Ventilação não invasiva, a efectuar no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 22 de Novembro de 2011

A Enfermeira Directora

(Catarina Batuca)

VAR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo 3 - Carta de autorização ao pedido de aplicação dos questionários no Serviço de Medicina Intensiva do CHLN-HSM



Exmo. Senhor
Professor Doutor José Amendoeira
Coordenador da UEEL
Universidade Católica Portuguesa/Instituto de
Ciências da Saúde
Estrada Octávio Pato
2635- 631 Rio de Mouro

Assunto: Pedido de autorização, para aplicação de questionário e apresentação de dados em relatório académico no âmbito da frequência do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica, da Estudante Cátia Alexandra Suzano dos Santos

Em resposta ao vosso Ofício N.º MT – 25/01/2012, vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a aplicação de questionário aos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva, do HSM - Centro Hospitalar Lisboa Norte, assim como a respectiva apresentação dos resultados no Relatório Final de Estágio.

Os melhores cumprimentos,

Lisboa, 22/Fevereiro/2012

A Enfermeira Directora

(Catarina Santos Batuca)

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

*29/02/2012
N.º 46 Ref. 4.1.51
Fl. 1/1*

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário Serviço de Urgência



Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, que “visa especificamente o desenvolvimento de competências 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” (UCP – ICS/ESPS - Regulamento Geral, 2010), no contexto do Módulo I – Urgência – a decorrer no Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é um modo de ventilação cada vez mais utilizado na medicina atual, e que se apresenta muitas vezes como um elemento de grande alteração dos estilos de vida da pessoa e da sua família. É um modo de ventilação mecânica, que tem sido utilizado de forma crescente em situações de insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada, prevenindo a possível necessidade de ventilação invasiva. O seu conhecimento adequado é a chave para o sucesso e o seu insucesso é normalmente sinónimo de uma necessidade de entubação traqueal tardia ou de urgência, o que se pode traduzir num aumento de complicações e intercorrências.

Como tal, apresentando-se o Serviço de Urgência como um serviço especializado na prestação de cuidados médicos urgentes, defini como um dos objetivos para este estágio: Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI, no sentido de contribuir para o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.

Assim, de forma a analisar as necessidades formativas dos enfermeiros deste serviço, nesta área, tentando adequar a formação às necessidades e dinâmica da equipa, agradeço, antecipadamente, a colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Atentamente,

Enfermeira Cátia Santos

Sob a Orientação da Professora Doutora Helena José e Enfermeiro João Borges

Questionário

Equipa nº: __

Caracterização:

Sexo: F__ M__

Idade: __

Anos de exercício profissional: __

Anos de exercício profissional no Serviço de Urgência: __

Categoria Profissional:

Enfermeiro__

Enfermeiro Graduado__

Enfermeiro Especialista__ Área_____

Grau Académico:

Bacharelato__

Licenciatura__

Mestrado: __ Área: _____

Focando concretamente a Ventilação Não Invasiva (VNI):

A VNI é um tema do seu interesse? Sim__ Não__

Tem formação na área de VNI? Sim__ Não__

Tem ou já teve contacto com a VNI? Sim__ Não__

Gostaria de ter formação na área da VNI? Sim__ Não__

Refira os temas, relacionados com a VNI, que são de maior interesse para si:

Sugestões (de que forma acha que seria útil ter este trabalho apresentado no serviço – ex: póster, panfleto,...):

Grata pela sua colaboração.

Apêndice 2 – Questionário Serviço de Medicina Intensiva



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, que “visa especificamente o desenvolvimento de competências 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” (UCP – ICS/ESPS - Regulamento Geral, 2010), no contexto do Módulo II – Cuidados Intensivos – a decorrer no Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é um modo de ventilação cada vez mais utilizado na medicina atual, e que se apresenta muitas vezes como um elemento de grande alteração dos estilos de vida da pessoa e da sua família. É um modo de ventilação mecânica, que tem sido utilizado de forma crescente em situações de insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada, prevenindo a possível necessidade de ventilação invasiva. O seu conhecimento adequado é a chave para o sucesso e o seu insucesso é normalmente sinónimo de uma necessidade de entubação traqueal tardia ou de urgência, o que se pode traduzir num aumento de complicações e intercorrências.

Como tal, apresentando-se o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) como um serviço especializado na prestação de cuidados médicos urgentes, defini como um dos objetivos para este estágio: Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI, no sentido de contribuir para o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.

Assim, de forma a analisar as necessidades formativas dos enfermeiros deste serviço, nesta área, tentando adequar a formação às necessidades e dinâmica da equipa, agradeço, antecipadamente, a colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Atentamente,

Enfermeira Cátia Santos

Sob a Orientação da Professora Doutora Helena José e Enfermeiro Vítor Ferreira

Questionário

Caracterização:

Sexo: F__ M__

Idade:__

Anos de exercício profissional:__

Anos de exercício profissional no SMI:__

Categoria Profissional:

Enfermeiro__

Enfermeiro Graduado__

Enfermeiro Especialista__ Área_____

Grau Académico:

Bacharelato__

Licenciatura__

Mestrado:__ Área:_____

Focando concretamente a Ventilação Não Invasiva (VNI):

A VNI é um tema do seu interesse? Sim__ Não__

Tem formação na área de VNI? Sim__ Não__

Tem ou já teve contacto com a VNI? Sim__ Não__

Gostaria de ter formação na área da VNI? Sim__ Não__

Refira os temas, relacionados com a VNI, que são de maior interesse para si:

Sugestões (de que forma acha que seria útil ter este trabalho apresentado no serviço – ex: póster, panfleto,...):

Grata pela sua colaboração.

Apêndice 3 – Avaliação dos Formandos



Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

Apreciação dos resultados da formação

Assinale com um X a resposta correta (sendo que apenas uma delas se encontra correta):

- 1- A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório:
- a) Sem necessidade de recorrer-se a métodos invasivos da via aérea.
 - b) Com necessidade de recorrer-se a métodos invasivos da via aérea.

Assinale as corretas:

- 2- A VNI tem como objetivos:
- a) Manter/ Melhorar as trocas gasosas.
 - b) Evitar a intubação endotraqueal.
 - c) Diminuir o trabalho respiratório.
 - d) Todas estão corretas.
- 3- A VNI está indicada em:
- a) DPOC.
 - b) Doenças Pulmonares e restritivas do Tórax.
 - c) Insuficiência Cardíaca.
 - d) Todas estão corretas.

4- A VNI está contraindicada em:

- a) Coma.
- b) Risco de aspiração.
- c) Traumatismo face/ nariz.
- d) Hemorragias gastrointestinais.
- e) Angor ou EAM.
- f) Todas estão corretas.

5- A VNI:

- a) Pode ser utilizada de forma intermitente.
- b) Possibilita a preservação da fala, da deglutição, tosse e expectoração.
- c) Menor necessidade de sedação e menor incidência da atrofia dos músculos respiratórios.
- d) Todas estão corretas.

6- As principais complicações da VNI poderão ser:

- a) Necrose da pele da face.
- b) Distensão gástrica.
- c) Atelectasias.
- d) Secura da mucosa oral e nasal.
- e) Todas estão corretas.

7- O BIPAP:

- a) Consiste em dois níveis de pressão, ou seja, numa pressão inspiratória (IPAP) e numa pressão positiva final da expiração (EPAP).
- b) Proporciona uma pressão positiva contínua nas vias aéreas;
- c) Reduz o trabalho respiratório.
- d) Aumenta o volume corrente espontâneo.
- e) $IPAP > EPAP$.
- f) Todas estão corretas.

8- O CPAP:

- a) Consiste na presença de um fluxo contínuo nas vias aéreas.
- b) O trabalho respiratório é realizado exclusivamente pelo doente.
- c) Modo ventilatório menos fisiológico.
- d) Todas estão corretas.

9- Em relação às interfaces:

- a) A máscara nasal é a mais confortável.
- b) A máscara nasal não permite pressões elevadas.
- c) A máscara facial é a mais utilizada.
- d) A máscara facial é a que permite um maior volume corrente e uma correção mais rápida das trocas gasosas.
- e) Todas estão corretas.

Grata pela sua colaboração.

Apêndice 4 – Avaliação da Sessão



**Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

“Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

Avaliação da Sessão

(A sua opinião é importante, como tal agradeço-lhe que responda com a maior sinceridade possível)

Como classifica a sessão em relação a (assinale com um X):

1 – Clareza dos Objetivos:

- Muito Bom
- Bom
- Indiferente
- Suficiente
- Fraco

2 – Pertinência do tema:

- Muito Bom
- Bom
- Indiferente
- Suficiente
- Fraco

3 – Interesse prático:

Muito Bom

Bom

Indiferente

Suficiente

Fraco

4 – Método de apresentação da sessão:

Muito Bom

Bom

Indiferente

Suficiente

Fraco

5 – Apreciação global da sessão:

Muito Bom

Bom

Indiferente

Suficiente

Fraco

6 – Sugestões/ Comentários:

Grata pela sua colaboração.

Apêndice 5 – “Enunciados de Intervenção – Cuidados Paliativos para uma morte digna”

Cuidados Palliativos Para uma Morte Digna

Curso de Medicina em Paliativos
 Hospitalização em Paliativos Múltiplos Ciclos

Carina, C. Draganca, Jo. José, II.
 Avenida Teófilo, 105, 4900-001 Lisboa

Enunciados de Intervenção

Intervenções Individuais em a Dignidade	Intervenções Físicas	Intervenções Psicológicas	Cuidados Cognitivos	Cuidados Sociais						
Especificação de Intervenções em Dignidade	<p>Condições de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa
Especificação de Intervenções em Dignidade	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 	<p>Intervenções de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa - Trabalho em equipa 					

Apêndice 6 – “Intervenções de Enfermagem em Cuidados Paliativos”

Apêndice 7 – “VNI em cuidados paliativos”

“Ventilação não Invasiva em Cuidados Paliativos”



Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.^a Cátia Santos

Enf.^a Joana Bragança

Prof.^a Doutora Enf.^a Helena José

Junho de 2011



CUIDADOS PALIATIVOS

“Visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes e uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2002).



Nesta área e no decorrer dos últimos anos tem-se assistido a consideráveis avanços na abordagem terapêutica da dor bem como de muitos outros sintomas, nomeadamente a dispneia (sensação de “falta de ar”).

DISPNEIA

- Sintoma frequente, que pode manifestar-se em qualquer estágio da doença, mas que tende a ser mais prevalente com a sua evolução;
- Pode resultar de vários factores;
- A sua rápida identificação é crucial para a escolha da opção terapêutica mais adequada.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

- É um modo de ventilação mecânica não invasivo, realizado através de uma máscara;
- É utilizado essencialmente em situações de dificuldade respiratória;
 - A sua natureza não invasiva sugere que possa ter um papel a desempenhar em ambiente de cuidados paliativos, nomeadamente como método útil no alívio da dispneia.

- É um método:

- Seguro, eficaz e confortável;

- Pode ser usado de forma intermitente, sendo de fácil aplicação e remoção;

- Possibilita a preservação da fala, da deglutição, da tosse e da expectoração;

- Pode ser realizado no domicílio.

- Para obter um tratamento adequado é importante assegurar:

- Correcta adaptação da máscara-doente;

- Colaboração do doente, ou de um cuidador;

- Tolerância do doente;

- Equipas bem treinadas.

- Este método só deverá de ser utilizado com o objectivo de proporcionar conforto ao doente.

Apêndice 8 – “Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas”

Apêndice 9 – Folha de Divulgação da Ação de Formação



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



“Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

8, 9 e 11 de Novembro de 2011

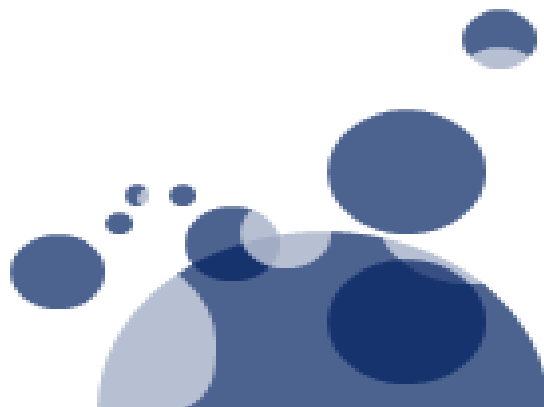
Formadora: Ent.ª Célia Santos sob orientação da Professora Doutora Helena José e
Enfermeiro João Borges

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência

Local: Serviço de Urgência Central do CHLN - HBM

Hora: 15h30

Duração da Sessão: 40 minutos



Apêndice 10 – Plano da Sessão

Plano da Sessão

Título: “Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

Data/ Hora: 8, 9, 11 de novembro de 2011 às 15h30

Tempo Previsto: 40 minutos

Nome do formador: Cátia Alexandra Suzano dos Santos – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob Orientação da Professora Doutora Helena José e Enfermeiro João Borges.

População Alvo: A formação é dirigida aos Enfermeiros do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM).

Local: Serviço de Urgência Central do CHLN-HSM.

Objetivos:

- Objetivo Geral - Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI).

- Objetivos Específicos:
 - Definir VNI;
 - Identificar principais objetivos, vantagens, desvantagens, indicações, contraindicações e fatores preditivos de sucesso da VNI;
 - Reconhecer as diferentes modalidades da VNI;
 - Reconhecer as diferentes interfaces da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI no Edema Agudo do Pulmão (EAP) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

- Identificar principais cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI.

Conteúdos: No decorrer da formação irão ser abordados diversas temáticas, nomeadamente:

- Objetivos;
- Indicações;
- Contraindicações;
- Vantagens;
- Desvantagens;
- Complicações;
- Fatores preditivos de sucesso;
- Modos ventilatórios;
- Interfaces;
- Efeitos fisiológicos;
- Cuidados de enfermagem.

Métodos:

- Abordagem teórica da temática acima mencionada (**Método Expositivo**);
- Demonstração da utilização da VNI (**Método Demonstrativo**);
- Reflexão Final (**Método Expositivo**);
- Avaliação (**Método Ativo**).

Recursos:

- Humanos:
 - Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.
- Materiais:
 - Data-show e Computador portátil;
 - Questionários de Avaliação (do formador e dos formandos);

- Equipamento de VNI disponível no serviço.

• Financeiros:

- Impressão dos slides da sessão;
- Impressão dos questionários de avaliação.

• Bibliográficos:

- Cortés, E. B., Gómez, E. S. (2008). Ventilación mecânica no invasiva. Barcelona: Editora Respira;
- Dellweg, D. et al (2009). Determinants of skin contact pressure formation during non-invasive ventilation. *Journal of Biomechanics*, 43, 652-657;
- Felgueiras, J. et al. (2006). Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13, 73-78;
- Ferreira, S. et al. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 4, 655-665;
- Ferreira, H. C.; Santos, F. B. (2006). Aspetos gerais da ventilação não invasiva. *Revista Científica do HCE*, 2, 73-81;
- Hill, N. S. (2002). Saving face: better interfaces for noninvasive ventilation. *Intensive Care Med*, 28, 227-229;
- Layfield, C. (2002). Non-invasive BiPAP – implementation of a new service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 310-319;
- Magano, C, et al. (2007). Ventilação não invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 72, 13-19;
- Perrin, C. et al. (2008). Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life. *Revue des Maladies Respiratoires*, 25, e1 – e 9;
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. *Ata Médica Portuguesa*, 19, 309-318;
- Ward, J. P. T. et al. (2004). *Compêndio do Sistema Respiratório*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Weng, M. (2007). “he effect of protective treatment in reducing ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 295-299.

Avaliação:

A avaliação sumativa da sessão ocorrerá através da distribuição de questionários de avaliação aos formandos, sobre a temática abordada. Por outro lado, durante a avaliação será ainda distribuído um questionário a cada formando, que me permitirá avaliar a sessão, nomeadamente quanto à clareza dos objetivos, à pertinência do tema, interesse prático, método de apresentação da sessão, e quanto à apreciação global dos formandos em relação à sessão.

Cronograma da Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Formador; • Apresentação do Tema; • Justificação do Tema; • Apresentação dos Objetivos da Sessão; 	Expositivo/ Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Data-show e Computador portátil; • Questionários de Avaliação; • Slides da sessão; • Equipamento de VNI disponível no serviço. 	2 Minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento teórico; • Demonstração prática. 			30 Minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão Final; • Distribuição dos slides da sessão. 			3 Minutos
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição dos questionários de avaliação da sessão (do formador e dos formandos). 	Ativo		5 Minutos

Apêndice 11 – “Ventilação Não Invasiva”

"Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros"

Enfermeira Cátia Santos
Sob orientação da Professora Doutora Helena José e
Enfermeiro João Borges

Lisboa, 8,9 e 11 de Novembro de 2011

Objectivos

- Objectivo Geral:
 - Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI).
- Objectivos Específicos:
 - Definir VNI.
 - Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de sucesso da VNI.
 - Reconhecer as modalidades da VNI;
 - Reconhecer as diferentes interfaces da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI;
 - Identificar principais cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI.

2

Sumário

- Definição;
- Objectivos;
- Indicações;
- Contra-indicações;
- Vantagens;
- Desvantagens;
- Complicações;
- Factores preditivos de sucesso;
- Modos ventilatórios;
- Interfaces;
- Efeitos fisiológicos da VNI;
- Cuidados de Enfermagem.

3

História

> Século XV – Primeiros registos.

> 1930 - John Danciel – médico escocês pioneiro no registo da técnica de VNI por pressão negativa ("pulmões de aço", "courage", "poncho");
- Alvan Barack – publicou o primeiro trabalho com o uso da pressão positiva através de uma máscara no tratamento do EAP.

> Anos 60 – Registo de Ventiladores Não Invasivos. Volumétricos e implementação de um valor de PEEP.

> Anos 70 – Primeiros tratamentos com CPAP.

> Anos 90 – "Pressão de Suporte"

Primeiros aparelhos com sensores de estímulo respiratório do doente com IPAP e EPAP

4

Ventilação Não Invasiva

A Ventilação não Invasiva consiste na aplicação de um suporte ventilatório através de uma máscara, sem necessidade de recorrer-se a métodos invasivos da via aérea, evitando-se deste modo o aparecimento de complicações associadas à entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

5

Objectivos

- Manter/ Melhorar as trocas gasosas;
- Alívio de sintomas;
- Diminuir o trabalho respiratório;
- Repousar os músculos respiratórios;
- Diminuir a dispneia;
- Diminuir o auto-PEEP;
- Evitar a EOT.

6

Indicações

- Exacerbação Aguda da DPOC;
- Falência Respiratória Aguda;
- Falência Respiratória Crônica;
- Hipoxemia;
- Falência Respiratória no pós-operatório;
- Imunocomprometidos;
- Hipercapnia, deformações torácicas secundárias, cirurgia torácica, toracoplastia e patologias neuromusculares;

- Síndrome de Obesidade Hipoventilação;
- Apneia do sono;
- Hipoventilação noturna;
- Fibrose Quística;
- Asma;
- Dificuldade de desmame ventilatório;
- Complicações na pós-extubação;
- EAP;
- Doentes com contra-indicações para EOT.

7

Contra-Indicações

- Coma/ Alterações graves do estado de consciência;
- Risco de aspiração;
- Instabilidade Hemodinâmica (choque, isquemia aguda, arritmias graves);
- Traumatismo face/nariz;
- Incapacidade em eliminar secreções, secreções excessivas e tosse persistente;

- Hemorragias gastrointestinais;
- Doentes pouco colaborantes e Agitação;
- Angor ou EAM;
- Doentes sem autonomia para remover máscara;
- Encefalopatia grave;
- Obstrução da via aérea;
- Pneumotórax (não drenado).

8

Vantagens

- Segura, eficaz e mais confortável que a ventilação invasiva;
- Pode ser usada de forma intermitente, sendo de fácil aplicação e remoção;
- Possibilita a preservação da fala, da deglutição, tosse e expectoração;
- Menor incidência de traumas associados à ventilação mecânica;
- Evita a EOT e as suas complicações;
- Mantém e preserva os mecanismos de defesa da via aérea;

9

Vantagens (cont.)

- Menor tempo de internamento;
- Menor número de infecções nosocomiais;
- Menores custos hospitalares;
- Redução da taxa de morbilidade e mortalidade;
- Menor necessidade de sedação e consequentemente menor incidência da atrofia dos músculos respiratórios.

10

Desvantagens

- Necessidade de colaboração do doente;
- Desconforto na adaptação máscara/ doente;
- Experiência e dedicação de tempo por parte da equipa;
- Lesões cutâneas;
- Risco de vômito e aspiração;
- Fugas de ar;
- Necessidade de manter volumes constantes;

11

Desvantagens (cont.)

- Alterações gasimétricas mais lentas;
- Aspiração de secreções dificultada;
- Secura das mucosas;
- Exige acesso directo às vias aéreas;
- Intolerância do doente;
- Aumenta o tempo de prestação de cuidados;
- Distensão abdominal.

12

Complicações

- Necrose da pele da face;
- Distensão gástrica;
- Atelectasias;
- Disritmias;
- Retenção de secreções;
- Irritação ocular;
- Secura das mucosas oral e nasal;
- Pneumonia de aspiração;
- Retenção de secreções.

13

Factores Preditivos de sucesso

- Início atempado;
- Abordagem ao doente adequada;
- Equipamento e local apropriado;
- Equipas treinadas;
- Interfaces adequadas e confortáveis;
- Ausência de pneumonia;
- Estado clínico de menor gravidade;

- Poucas secreções;
- Idade;
- Cooperação do doente;
- Melhor score neurológico;
- Boa adaptação à interface;
- $\text{PaCO}_2 > 45$ e < 92 mmHg;
- $\text{pH} < 7,35$ e $> 7,10$;
- Melhoria clínica e das trocas gasosas nas primeiras 1–2 h.

14

Ventiladores

Volumétricos



Pressumétricos



15

Modos Ventilatórios

BIPAP

CPAP

16

BIPAP

- 2 Níveis de Pressão (EPAP e IPAP);
- Proporciona uma pressão positiva nas vias aéreas;
- Aumenta o residual funcional, evitando o colapso dos alvéolos durante a expiração;
- Reduz o trabalho respiratório;
- Aumenta o volume corrente espontâneo;
- Menores consequências hemodinâmicas e barotrauma;
- $IPAP > EPAP$.

17

BIPAP (cont.)

EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure/ Nível de Pressão no fim da Expiração):

- Deve ser superior ao PEEP intrínseco (iniciar entre 4-6 cm H₂O);
- Varia entre 4-10 cm H₂O;
- Previne a reinalação CO₂;
- Estabiliza as vias aéreas superiores;
- Recruta alvéolos;
- Reduz o risco de atelectasias.

IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure/ Nível de suporte Inspiratório):

- Gera volume corrente de 6 a 8 ml/Kg e $Fr < 30$ /min;
- Pode variar entre 8 – 40 cmH₂O;
- Reduz o trabalho respiratório;
- Aumenta o Vc;
- Diminui a PCO₂;
- Aumenta o PO₂.

18

CPAP

- Presença de um fluxo contínuo nas vias aéreas, sendo a pressão positiva em todo o ciclo respiratório;
- O trabalho respiratório é realizado exclusivamente pelo doente;
- Não ocorre um aumento da ventilação alveolar, pelo que não é eficaz na hipercapnia;
- Valores mínimos de 6 cm H₂O (garantir benefícios hemodinâmicos e respiratórios) – 6-14 cm H₂O;
- IPAP=EPAP.

19

Efeitos Fisiológicos

Hemodinâmicos:

- Diminui o DC;
- Aumenta o desempenho do VE;
- Diminui a pré-carga – Diminui o retorno venoso;
- Diminui a pós-carga – Diminui a pressão transmural do VE – Favorece a contractilidade Cardíaca.

Respiratórios:

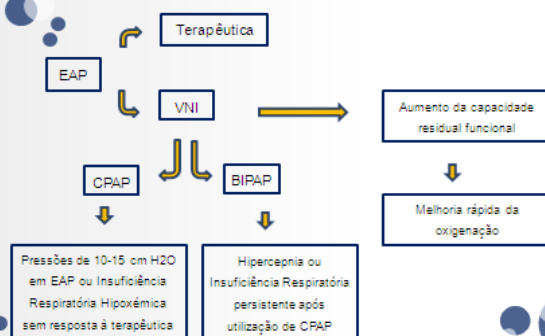
- Diminui a Fr;
- Diminui a PaCO₂;
- Diminui a pressão transpulmonar;
- Diminui o trabalho respiratório;
- Diminui a resistência do sistema respiratório;
- Aumenta o Vc;
- Melhora a ventilação alveolar.



“Vasodilatador”

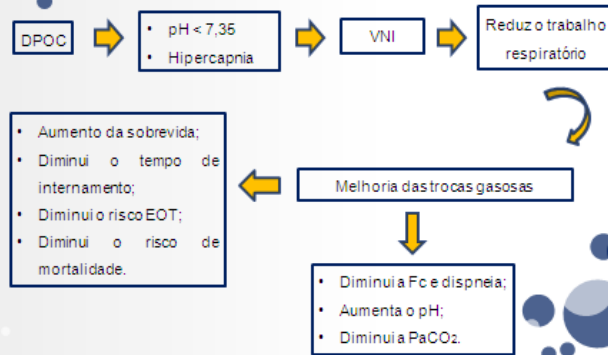
20

EAP



21

DPOC



22

Interfaces

• Nasais



• Faciais



• Facial Total



• Almofadas Nasais



• Helmet ou Capacete



• Bucal



23

Interfaces (cont.)

Máscaras Faciais:

Vantagens:

- Mais indicadas na fase aguda;
- Permite um volume corrente maior, e logo uma correção mais rápida das trocas gasosas;
- Diminui as perdas de ar;
- Possibilita o uso de pressões inspiratórias > elevadas.

Desvantagens

- Maior dificuldade em eliminar secreções brônquicas;
- Sensação de claustrofobia;
- Maior espaço morto;
- Maior risco de aspiração.

24

Outros Aspectos

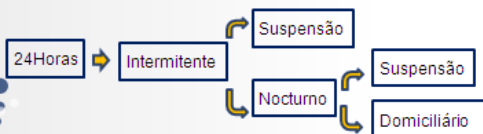
- Tamanho
- Material
- Ajuste Adequado
- Válvula Expiratória
- Traqueia
- Válvula de Segurança
- Filtro Bacteriológico

25

Desmame VNI

- SatO₂ > 90%, com O₂ a 3l/min;
- pH > 7,35;
- Fc < 110 bpm;
- Fr < 24 cpm;
- Doente estável (sem dispneia ou esforço respiratório há > 6 horas).

Diminui-se o nível de ajuda inspiratório, ou diminui-se o tempo de ventilação.



26

Cuidados de Enfermagem

- Montar e testar adequadamente o equipamento (adaptar O₂ se necessário);
- Proceder à escolha da máscara mais adequada às características da pessoa;
- Configurar o equipamento com os parâmetros ventilatórios;
- Explicar o procedimento e equipamento à pessoa, de forma a obter a sua colaboração;
- Posicionar o doente confortavelmente e adequadamente para uma correcta ventilação (30-46°);

Procedimento

27

Cuidados de Enfermagem

Procedimento

- Aplicar placas hidrocolóides nas zonas de maior pressão;
- Verificar se a máscara se encontra devidamente adaptada, e presença de fugas de ar;
- Iniciar a VNI com pressões baixas e aumentar de 2/2 cm H₂O;
- Tranquilizar e ajudar o doente a sincronizar-se com o ventilador;

28

Cuidados de Enfermagem

Vigilância

- Despistar sinais de insuficiência respiratória;
- Estimular o doente para a "tosse eficaz", de forma a ocorrer uma correcta drenagem de secreções (sem VNI);
- Realizar higiene brônquica e aspiração de secreções sempre que necessário;
- Realizar cinesioterapia respiratória;
- Vigiar periodicamente sinais vitais, a eficácia respiratória e complicações;
- Vigiar alterações do estado de consciência;

29

Cuidados de Enfermagem

Vigilância

- Vigiar alterações da integridade cutânea do nariz e face;
- Realizar higiene e hidratação periódica da mucosa oral, nasal e ocular;
- Vigiar aparecimento de distensão gástrica, náuseas e vômitos;
- Promover formas de comunicação alternativa;
- Promover o levantar assim que possível;
- Vigiar e prevenir zonas de pressão;

30

Cuidados de Enfermagem

Registos

- Registrar adequadamente:
 - Parâmetros ventilatórios (FR; FIO₂; IPAP; EPAP; Volume expirado; pressão) e Alteração de parâmetros;
 - Estado de consciência;
 - Sinais vitais;
 - Características das secreções;
 - Número de horas que realizou VNI e complicações.

31

Conclusão

A VNI assume-se nos dias de hoje, como um meio de tratamento bastante eficaz nas mais diversas patologias, pelo que o seu correcto conhecimento é fundamental para o seu sucesso.



Cabe aos Enfermeiros apostar na formação nesta área, adquirindo novos conhecimentos e domínio de técnicas, proporcionando-se nesse sentido uma abertura profissional que leve a uma prática mais reflectida, mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido, conseguindo-se assim atender à singularidade da pessoa com necessidade de VNI.

32

Bibliografia

- Cortés, E. B., Gómez, E. S. (2008). Ventilación mecánica no invasiva. Barcelona: Editora Respira;
- Dellweg, D. et al (2009). Determinants of skin contact pressure formation during non-invasive ventilation. Journal of Biomechanics, 43, 662-667;
- Felgueiras, J. et al. (2006). Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 13, 73-78;
- Ferreira, S. et al. (2009). Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia, 4, 655-665;
- Ferreira, H. C.; Santos, F. B. (2006). Aspectos gerais da ventilação não invasiva. Revista Científica do HCE, 2, 73-81;
- Hill, N. S. (2002). Saving face: better interfaces for noninvasive ventilation. Intensive Care Med, 28, 227-229;

33

Bibliografia (cont.)

- Layfield, C. (2002). Non-invasive BIPAP – implementation of a new service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 310-319;
- Magano, C, et al. (2007). Ventilação não invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 72, 13-19;
- Perrin, C. et al. (2008). Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life. *Revue des Maladies Respiratoires*, 25, e1 – e 9;
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318;
- Ward, J. P. T. et al. (2004). *Compêndio do Sistema Respiratório*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Weng, M. (2007). The effect of protective treatment in reducing ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 295-299.

Obrigada!

Apêndice 12 – “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem”

Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros



Cuidados de Enfermagem

Procedimento

- 1- Monte e teste o equipamento (adepte O₂, se necessário);
- 2- Escolha a máscara mais adequada às características do doente (confirmar presença de válvula expiratória, se não tiver utilizar circuito com válvula expiratória);
- 3- Configure o equipamento conforme prescrição médica (em caso de equipamento bloqueado, contactar fornecedor);
- 4- Explique o procedimento e equipamento ao doente, de forma a obter a sua colaboração;
- 5- Posicione o doente confortavelmente e adequadamente para uma correcta ventilação (30-45º);
- 6- Aplique peças hidrocolóides nas zonas de maior pressão;
- 7- Verifique se a máscara se encontra devidamente adaptada e a presença de fugas de ar;
- 8- Inicie a VNI;
- 9- Tranquilize e ajude o doente a sincronizarem-se com o ventilador.

Vigilância

- 10- Despiste sinais de insuficiência respiratória;
- 11- Vigie alterações do estado de consciência;
- 12- Vigie periodicamente sinais vitais, a eficácia respiratória e complicações;
- 13- Vigie alterações da integridade cutânea do nariz e face;
- 14- Vigie aparecimento de distensão gástrica, náuseas e vômitos;
- 15- Estimule o doente para a "tosse eficaz", de forma a ocorrer uma correcta drenagem de secreções (sem VNI);
- 16- Realize higiene bucal e aspiração de secreções sempre que necessário;
- 17- Realize higiene e hidratação periódica da mucosa oral, nasal e ocular;
- 18- Integre a família nos cuidados;
- 19- Promova formas de comunicação alternativa;
- 20- Promova o levantar assim que possível, vigilando zonas de pressão;
- 21- Registe adequadamente:
 - Parâmetros ventilatórios (PR, FIO₂, IPAP, EPAP, Volume expirado, pressão) e possíveis alterações;
 - Sinais vitais;
 - Estado de consciência;
 - Número de horas que realizou VNI e Complicações;
 - Características das secreções.

Manutenção

- 22- Proceda à limpeza do ventilador, descartando apenas o circuito, a máscara e o filtro bacteriológico (Atenção: não deixe fora o cotovelo onde se encontra adaptado o filtro).

Apêndice 13 – “VNI – Guia de Cuidados de Enfermagem”



Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros




CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMANDO
ESPECIALIZAÇÃO EM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Enfermeira Cátia Santos
sob orientação de:
Professora Doutora Enfermeira Helena José
© Enfermeiro João Borges

Cuidados de Enfermagem

Procedimento

- 1- Monte e teste o equipamento (adapte O_2 se necessário);
- 2- Escolha a máscara mais adequada às características do doente (confirmar presença de válvula expiratória, se não tiver utilizar circuito com válvula expiratória);
- 3- Configure o equipamento conforme prescrição médica (em caso de equipamento bloqueado, contactar fornecedor);
- 4- Explique o procedimento e equipamento ao doente, de forma a obter a sua colaboração;
- 5- Posicione o doente confortavelmente e adequadamente para uma correcta ventilação (30-45°);
- 6- Aplique placas hidrocolóides nas zonas de maior pressão;
- 7- Verifique se a máscara se encontra devidamente adaptada e a presença de fugas de ar;
- 8- Inicie a VNI;
- 9- Tranquillize e ajude o doente a sincronizar-se com o ventilador.

Vigilância

- 10- Despiste sinais de insuficiência respiratória;
- 11- Vigie alterações do estado de consciência;
- 12- Vigie periodicamente sinais vitais, a eficácia respiratória e complicações;
- 13- Vigie alterações da integridade cutânea do nariz e face;
- 14- Vigie aparecimento de distensão gástrica, náuseas e vômitos;
- 15- Estimule o doente para a "tosse eficaz", de forma a ocorrer uma correcta drenagem de secreções (sem VNI);
- 16- Realize higiene brônquica e aspiração de secreções sempre que necessário;
- 17- Realize higiene e hidratação periódica da mucosa oral, nasal e ocular;
- 18- Promova formas de comunicação alternativa;
- 19- Promova o levantar assim que possível, vigiando zonas de pressão.

Registos

- 20- Registe adequadamente:
 - Parâmetros ventilatórios (FR, FiO_2 , IPAP, EPAP, Volume expirado; pressão) e possíveis alterações;
 - Sinais vitais;
 - Estado de consciência;
 - Número de horas que realizou VNI e Complicações;
 - Características das secreções.

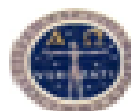
Apêndice 14 – Guia de Cuidados de Enfermagem ao cliente com vômitos e sua família

Vômitos

Em caso de vômitos deve:

- Cumprir terapêutica prescrita pelo médico;
- Lavar os dentes e boca após cada vômito (diminui a sensação de mal estar e acidez da boca);
- Introduzir os alimentos lentamente:
 1. Realizar pausa alimentar de 1-2h (molhar apenas a boca);
 2. Beber pequenas quantidades de água, passando-se tolerar para pequenas quantidades de chás açucarados (feitos em casa, de preferência a uma temperatura tépida) por um período de cerca de 1-2h;
 3. Se tolerar os líquidos, poderá iniciar sólidos de fácil digestão (água de arroz, iogurte natural, torradas sem manteiga, bolachas tipo Maria ou água e sal, fruta cozida);
 4. Após 12-24h sem vômitos iniciar dieta ligeira (leite/ iogurtes sem lactose, arroz branco ou de cenoura, batata cozida, puré de cenoura, carnes brancas grelhadas ou cozidas, peixe magro grelhado ou cozido, sopa sem verduras e com pouco sal);
 5. Se em algum passo voltar a apresentar vômitos, volte ao passo 1;
- Não introduzir alimentos novos na alimentação;
- Não ingerir leite e seus derivados, gorduras, fritos, frutas cruas, verduras, sumos com gás e embalados;
- Estar atento:
 - Sinais de desidratação (boca seca, aumento da sede, sonolência excessiva, diminuição da urina e olhos encovados);
 - Vômitos persistentes por um período superior a 4 horas;
 - Vômitos com sangue;
 - Intolerância aos líquidos
- Em caso de persistência ou de agravamento dos sintomas regressar ao hospital para nova reavaliação.

Apêndice 15 – Divulgação Ação de Formação do SMI



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

24 de Janeiro de 2012

Serviço de Medicina Intensiva do CHLN – HSM

Formadoras: Ent.ª Célia Santos sob orientação de Professora Doutora Helena José e Enfermeiro Vítor Ferreira

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva

Hora: 15h30

Duração da sessão: 40 minutos

Apêndice 16 – Plano da Sessão do SMI

Plano da Sessão

Título: “Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros”

Data/ Hora: 24 de janeiro de 2012 às 15h30

Tempo Previsto: 40 minutos

Nome do formador: Cátia Alexandra Suzano dos Santos – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob Orientação da Professora Doutora Helena José e Enfermeiro Vítor Ferreira.

População Alvo: A formação é dirigida aos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM).

Local: Serviço de Medicina Intensiva do CHLN-HSM.

Objetivos:

- Objetivo Geral - Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI).

- Objetivos Específicos:
 - Definir VNI;
 - Identificar principais objetivos, vantagens, desvantagens, indicações, contraindicações e fatores preditivos de sucesso da VNI;
 - Reconhecer as diferentes modalidades da VNI;
 - Reconhecer as diferentes interfaces da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI no Edema Agudo do Pulmão (EAP) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

- Identificar principais cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI.

Conteúdos: No decorrer da formação irão ser abordados diversas temáticas, nomeadamente:

- Objetivos;
- Indicações;
- Contraindicações;
- Vantagens;
- Desvantagens;
- Complicações;
- Fatores preditivos de sucesso;
- Modos ventilatórios;
- Interfaces;
- Efeitos fisiológicos;
- Cuidados de enfermagem.

Métodos:

- Abordagem teórica da temática acima mencionada (**Método Expositivo**);
- Demonstração da utilização da VNI (**Método Demonstrativo**);
- Reflexão Final (**Método Expositivo**);
- Avaliação (**Método Ativo**).

Recursos:

- Humanos:
 - Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.
- Materiais:
 - Data-show e Computador portátil;
 - Questionários de Avaliação;

- Equipamento de VNI disponível no serviço.

• Financeiros:

- Impressão dos slides da sessão;
- Impressão dos questionários de avaliação.

• Bibliográficos:

- Cortés, E. B., Gómez, E. S. (2008). Ventilación mecânica no invasiva. Barcelona: Editora Respira;
- Dellweg, D. et al (2009). Determinants of skin contact pressure formation during non-invasive ventilation. *Journal of Biomechanics*, 43, 652-657;
- Felgueiras, J. et al. (2006). Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13, 73-78;
- Ferreira, S. et al. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 4, 655-665;
- Ferreira, H. C.; Santos, F. B. (2006). Aspetos gerais da ventilação não invasiva. *Revista Científica do HCE*, 2, 73-81;
- Hill, N. S. (2002). Saving face: better interfaces for noninvasive ventilation. *Intensive Care Med*, 28, 227-229;
- Layfield, C. (2002). Non-invasive BiPAP – implementation of a new service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 310-319;
- Magano, C, et al. (2007). Ventilação não invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 72, 13-19;
- Perrin, C. et al. (2008). Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life. *Revue des Maladies Respiratoires*, 25, e1 – e 9;
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. *Ata Médica Portuguesa*, 19, 309-318;
- Ward, J. P. T. et al. (2004). *Compêndio do Sistema Respiratório*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Weng, M. (2007). “he effect of protective treatment in reducing ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 295-299.

Avaliação:

A avaliação sumativa da sessão ocorrerá através da distribuição de questionários de avaliação aos formandos, sobre a temática abordada, que permitirá uma apreciação dos resultados da formação. Por outro lado, durante a avaliação será ainda distribuído um questionário a cada formando, que me permitirá avaliar a sessão, nomeadamente quanto à clareza dos objetivos, à pertinência do tema, interesse prático, método de apresentação da sessão, e quanto à apreciação global dos formandos em relação à sessão.

Cronograma da Sessão:

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do Formador;• Apresentação do Tema;• Justificação do Tema;• Apresentação dos Objetivos da Sessão;	Expositivo/ Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none">• Data-show e Computador portátil;• Questionários de Avaliação;• Slides da sessão;• Equipamento de VNI disponível no serviço.	2 Minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Enquadramento teórico;• Demonstração prática.			30 Minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none">• Reflexão Final;• Distribuição dos slides da sessão.			3 Minutos
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Distribuição dos questionários de avaliação da sessão e de apreciação dos resultados da formação.	Ativo	5 Minutos	

Apêndice 17 – “Ventilação Não Invasiva”



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

"Ventilação Não Invasiva para Enfermeiros"

Enfermeira Cátia Santos

Sob orientação da Professora Doutora Helena José e
Enfermeiro Vítor Ferreira

Lisboa, 24 de Janeiro de 2012

Objectivos

- Objectivo Geral:
 - Comunicar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI).
- Objectivos Específicos:
 - Definir VNI.
 - Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de sucesso da VNI.
 - Reconhecer as modalidades da VNI;
 - Reconhecer as diferentes interfaces da VNI;
 - Compreender os efeitos fisiológicos da VNI;
 - Identificar principais cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI.

2

Sumário

- Definição;
- Objectivos;
- Indicações;
- Contra-indicações;
- Vantagens;
- Desvantagens;
- Complicações;
- Factores preditivos de sucesso;
- Modos ventilatórios;
- Interfaces;
- Efeitos fisiológicos da VNI;
- Cuidados de Enfermagem.

3

História

> Século XV – Primeiros registos.

> 1800 – John Dalziel – médico escocês pioneiro no registo da técnica de VNI por pressão negativa ("pulmões de aço", "courage", "poncho");
– Alvan Barack – publicou o primeiro trabalho com o uso da pressão positiva através de uma máscara no tratamento do EAP.

> Anos 60 – Registo de Ventiladores Não Invasivos Volumétricos e implementação de um valor de PEEP.

> Anos 70 – Primeiros tratamentos com CPAP.

> Anos 90 – "Pressão de Suporte".

Primeiros aparelhos com sensores de estímulo respiratório do doente com IPAP e EPAP.

4

Ventilação Não Invasiva

A Ventilação não Invasiva consiste na aplicação de um suporte ventilatório através de uma máscara, sem necessidade de recorrer-se a métodos invasivos da via aérea, evitando-se deste modo o aparecimento de complicações associadas à entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

5

Objectivos

- Manter/ Melhorar as trocas gasosas;
- Alívio de sintomas;
- Diminuir o trabalho respiratório;
- Repousar os músculos respiratórios;
- Diminuir a dispneia;
- Diminuir o auto-PEEP;
- Evitar a EOT.

6

Indicações

- Exacerbação Aguda da DPOC;
- Falência Respiratória Aguda;
- Falência Respiratória Crônica;
- Hipoxemia;
- Falência Respiratória no pós-operatório;
- Imunocomprometidos;
- Hipercapnia, deformações torácicas secundárias, cirurgia torácica, toracoplastia e patologias neuromusculares;

- Síndrome de Obesidade Hipoventilação;
- Apneia do sono;
- Hipoventilação noturna;
- Fibrose Quística;
- Asma;
- Dificuldade de desmame ventilatório;
- Complicações na pós-extubação;
- EAP;
- Doentes com contra-indicações para EOT.

7

Contra-Indicações

- Coma/ Alterações graves do estado de consciência;
- Risco de aspiração;
- Instabilidade Hemodinâmica (choque, isquemia aguda, arritmias graves);
- Traumatismo face/nariz;
- Incapacidade em eliminar secreções, secreções excessivas e tosse persistente;

- Hemorragias gastrointestinais;
- Doentes pouco colaborantes e Agitação;
- Angor ou EAM;
- Doentes sem autonomia para remover máscara;
- Encefalopatia grave;
- Obstrução da via aérea;
- Pneumotórax (não drenado).

8

Vantagens

- Segura, eficaz e mais confortável que a ventilação invasiva;
- Pode ser usada de forma intermitente, sendo de fácil aplicação e remoção;
- Possibilita a preservação da fala, da deglutição, tosse e expectoração;
- Menor incidência de traumas associados à ventilação mecânica;
- Evita a EOT e as suas complicações;
- Mantém e preserva os mecanismos de defesa da via aérea;

9

Vantagens (cont.)

- Menor tempo de internamento;
- Menor número de infecções nosocomiais;
- Menores custos hospitalares;
- Redução da taxa de morbilidade e mortalidade;
- Menor necessidade de sedação e consequentemente menor incidência da atrofia dos músculos respiratórios.

10

Desvantagens

- Necessidade de colaboração do doente;
- Desconforto na adaptação máscara/ doente;
- Experiência e dedicação de tempo por parte da equipa;
- Lesões cutâneas;
- Risco de vômito e aspiração;
- Fugas de ar;
- Necessidade de manter volumes constantes;

11

Desvantagens (cont.)

- Alterações gasimétricas mais lentas;
- Aspiração de secreções dificultada;
- Secura das mucosas;
- Exige acesso directo às vias aéreas;
- Intolerância do doente;
- Aumenta o tempo de prestação de cuidados;
- Distensão abdominal.

12

Complicações

- Necrose da pele da face;
- Distensão gástrica;
- Atelectasias;
- Disritmias;
- Retenção de secreções;
- Irritação ocular;
- Secura das mucosas oral e nasal;
- Pneumonia de aspiração;
- Retenção de secreções.

13

Factores Preditivos de sucesso

- Início atempado;
- Abordagem ao doente adequada;
- Equipamento e local apropriado;
- Equipas treinadas;
- Interfaces adequadas e confortáveis;
- Ausência de pneumonia;
- Estado clínico de menor gravidade;

- Poucas secreções;
- Idade;
- Cooperação do doente;
- Melhor score neurológico;
- Boa adaptação à interface;
- $\text{PaCO}_2 > 45$ e < 92 mmHg;
- $\text{pH} < 7,35$ e $> 7,10$;
- Melhoria clínica e das trocas gasosas nas primeiras 1–2 h.

14

Ventiladores

Volumétricos



Pressumétricos



15

Modos Ventilatórios

BIPAP

CPAP

16

BIPAP

- 2 Níveis de Pressão (EPAP e IPAP);
- Proporciona uma pressão positiva nas vias aéreas;
- Aumenta o residual funcional, evitando o colapso dos alvéolos durante a expiração;
- Reduz o trabalho respiratório;
- Aumenta o volume corrente espontâneo;
- Menores consequências hemodinâmicas e barotrauma;
- $IPAP > EPAP$.

17

BIPAP (cont.)

EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure/ Nível de Pressão no fim da Expiração):

- Deve ser superior ao PEEP intrínseco (iniciar entre 4-6 cm H₂O);
- Varia entre 4-10 cm H₂O;
- Previne a reinalação CO₂;
- Estabiliza as vias aéreas superiores;
- Recruta alvéolos;
- Reduz o risco de atelectasias.

IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure/ Nível de suporte Inspiratório):

- Gera volume corrente de 6 a 8 ml/Kg e $Fr < 30$ /min;
- Pode variar entre 8 – 40 cmH₂O;
- Reduz o trabalho respiratório;
- Aumenta o Vc;
- Diminui a PCO₂;
- Aumenta o PO₂.

18

CPAP

- Presença de um fluxo contínuo nas vias aéreas, sendo a pressão positiva em todo o ciclo respiratório;
- O trabalho respiratório é realizado exclusivamente pelo doente;
- Não ocorre um aumento da ventilação alveolar, pelo que não é eficaz na hipercapnia;
- Valores mínimos de 6 cm H₂O (garantir benefícios hemodinâmicos e respiratórios) – 6-14 cm H₂O;
- IPAP=EPAP.

19

Efeitos Fisiológicos

Hemodinâmicos:

- Diminui o DC;
- Aumenta o desempenho do VE;
- Diminui a pré-carga – Diminui o retorno venoso;
- Diminui a pós-carga – Diminui a pressão transmural do VE – Favorece a contractilidade Cardíaca.

Respiratórios:

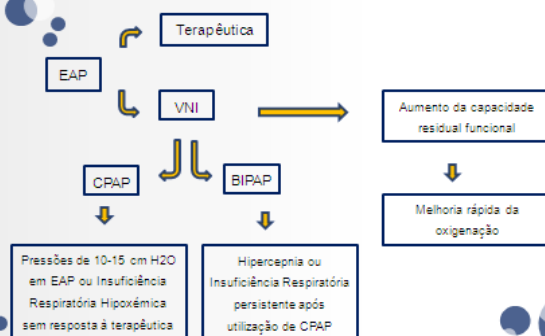
- Diminui a Fr;
- Diminui a PaCO₂;
- Diminui a pressão transpulmonar;
- Diminui o trabalho respiratório;
- Diminui a resistência do sistema respiratório;
- Aumenta o Vc;
- Melhora a ventilação alveolar.



“Vasodilatador”

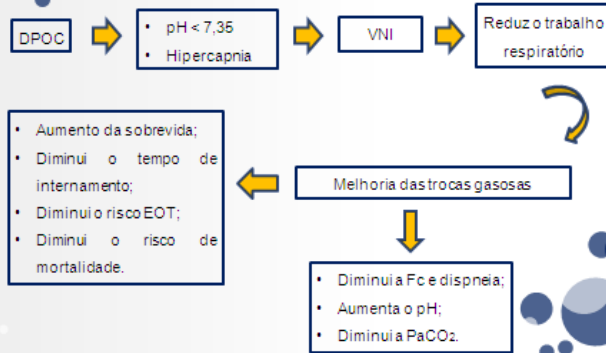
20

EAP



21

DPOC



22

Interfaces

• Nasais



• Almofadas Nasais



• Faciais



• Helmet ou Capacete



• Facial Total



• Bucal



23

Interfaces (cont.)

Máscaras Faciais:

Vantagens:

- Mais indicadas na fase aguda;
- Permite um volume corrente maior, e logo uma correção mais rápida das trocas gasosas;
- Diminui as perdas de ar;
- Possibilita o uso de pressões inspiratórias > elevadas.

Desvantagens

- Maior dificuldade em eliminar secreções brônquicas;
- Sensação de claustrofobia;
- Maior espaço morto;
- Maior risco de aspiração.

24

Outros Aspectos

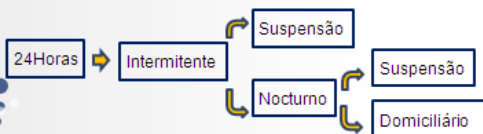
- Tamanho
- Material
- Ajuste Adequado
- Válvula Expiratória
- Traqueia
- Válvula de Segurança
- Filtro Bacteriológico

25

Desmame VNI

- SatO₂ > 90%, com O₂ a 3l/min;
- pH > 7,35;
- Fc < 110 bpm;
- Fr < 24 cpm;
- Doente estável (sem dispneia ou esforço respiratório há > 6 horas).

Diminui-se o nível de ajuda inspiratório, ou diminui-se o tempo de ventilação.



26

Cuidados de Enfermagem

- Montar e testar adequadamente o equipamento (adaptar O₂ se necessário);
- Proceder à escolha da máscara mais adequada às características da pessoa;
- Configurar o equipamento com os parâmetros ventilatórios;
- Explicar o procedimento e equipamento à pessoa, de forma a obter a sua colaboração;
- Posicionar o doente confortavelmente e adequadamente para uma correcta ventilação (30-45°);

Procedimento

27

Cuidados de Enfermagem

Procedimento

- Aplicar placas hidrocolóides nas zonas de maior pressão;
- Verificar se a máscara se encontra devidamente adaptada, e presença de fugas de ar;
- Iniciar a VNI com pressões baixas e aumentar de 2/2 cm H₂O;
- Tranquilizar e ajudar o doente a sincronizar-se com o ventilador;

28

Cuidados de Enfermagem

Vigilância

- Despistar sinais de insuficiência respiratória;
- Estimular o doente para a "tosse eficaz", de forma a ocorrer uma correcta drenagem de secreções (sem VNI);
- Realizar higiene brônquica e aspiração de secreções sempre que necessário;
- Realizar cinesioterapia respiratória;
- Vigiar periodicamente sinais vitais, a eficácia respiratória e complicações;
- Vigiar alterações do estado de consciência;

29

Cuidados de Enfermagem

Vigilância

- Vigiar alterações da integridade cutânea do nariz e face;
- Realizar higiene e hidratação periódica da mucosa oral, nasal e ocular;
- Vigiar aparecimento de distensão gástrica, náuseas e vômitos;
- Promover formas de comunicação alternativa;
- Promover o levantar assim que possível;
- Vigiar e prevenir zonas de pressão;

30

Cuidados de Enfermagem

Registos

- Registrar adequadamente:
 - Parâmetros ventilatórios (FR; FIO₂; IPAP; EPAP; Volume expirado; pressão) e Alteração de parâmetros;
 - Estado de consciência;
 - Sinais vitais;
 - Características das secreções;
 - Número de horas que realizou VNI e complicações.

31

Conclusão

A VNI assume-se nos dias de hoje, como um meio de tratamento bastante eficaz nas mais diversas patologias, pelo que o seu correcto conhecimento é fundamental para o seu sucesso.



Cabe aos Enfermeiros apostar na formação nesta área, adquirindo novos conhecimentos e domínio de técnicas, proporcionando-se nesse sentido uma abertura profissional que leve a uma prática mais reflectida, mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido, conseguindo-se assim atender à singularidade da pessoa com necessidade de VNI.

32

Bibliografia

- Cortés, E. B., Gómez, E. S. (2008). Ventilación mecánica no invasiva. Barcelona: Editora Respira;
- Dellweg, D. et al (2009). Determinants of skin contact pressure formation during non-invasive ventilation. Journal of Biomechanics, 43, 662-667;
- Felgueiras, J. et al. (2006). Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 13, 73-76;
- Ferreira, S. et al. (2009). Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia, 4, 655-665;
- Ferreira, H. C.; Santos, F. B. (2006). Aspectos gerais da ventilação não invasiva. Revista Científica do HCE, 2, 73-81;
- Hill, N. S. (2002). Saving face: better interfaces for noninvasive ventilation. Intensive Care Med, 28, 227-229;

33

Bibliografia (cont.)

- Layfield, C. (2002). Non-invasive BIPAP – implementation of a new service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 310-319;
- Magano, C, et al. (2007). Ventilação não invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 72, 13-19;
- Perrin, C. et al. (2008). Noninvasive ventilation in palliative care and near the end of life. *Revue des Maladies Respiratoires*, 25, e1 – e 9;
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318;
- Ward, J. P. T. et al. (2004). *Compêndio do Sistema Respiratório*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Weng, M. (2007). The effect of protective treatment in reducing ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 295-299.

Obrigada!

