



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TOMADA DE DECISÃO NA ABORDAGEM DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA: UM PERCURSO FORMATIVO NA
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

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 Carlos Manuel Rodrigues Clemente

LISBOA, Outubro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TOMADA DE DECISÃO NA ABORDAGEM DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA: UM PERCURSO FORMATIVO NA
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

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 Carlos Manuel Rodrigues Clemente

Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Outubro de 2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pontífice de Sousa pela sua disponibilidade, capacidade de incentivo e apoio durante este percurso.

Às orientadoras dos diferentes contextos de estágio, em especial à Enfermeira Ilda Lourenço, pelos constantes estímulos de aprendizagem e motivação que contribuíram em muito para o meu processo de aprendizagem.

À minha família, como principal apoio e por todos os momentos que me proporcionaram, apesar da distância.

A quem, mesmo que longe de momento, sempre esteve perto e me fez seguir em frente, perseguindo os meus sonhos e objetivos.

Aos colegas, por todos os momentos de companheirismo e entreaajuda.

RESUMO

Na prestação de cuidados, a formação, tal como é defendido por inúmeros autores, assume um papel crucial e permite ganhos substanciais em saúde. A melhoria contínua dos cuidados prestados associados à mudança da prática, é visivelmente uma dessas vantagens.

Neste relatório, pretende-se descrever, analisar e incidir sobre a reflexão inerente à prestação de cuidados especializados em contexto de Estágio. Este decorreu em três serviços distintos, em que a abordagem da pessoa em situação crítica/família e a respetiva tomada de decisão do enfermeiro, estiveram bem patentes, assumindo um carácter transversal ao longo de todo este processo de aquisição de competências.

Face aos objetivos e competências delineadas para este percurso formativo, foram implementadas estratégias, atividades e intervenções que permitiram adquirir, consolidar, mobilizar e aplicar conhecimentos sólidos que um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deverá ter bem presentes aquando da prestação de cuidados.

Dada a premente necessidade de utilizar continuamente a investigação como suporte/base da prática dos cuidados – prática baseada na evidência, as experiências vivenciadas e as oportunidades proporcionadas no Serviço de Urgência, Bloco Operatório Central e Unidade de Cuidados Intensivos, conduziram à elaboração de uma revisão sistemática da literatura, que tem por base a temática da tomada de decisão do enfermeiro aquando da abordagem da pessoa em situação crítica.

A partilha do conhecimento, o estímulo para a aquisição de novas competências e a reflexão na e sobre a prática, são desafios para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

In healthcare providing, continuous professional development, as advocated by many authors, takes a crucial role and allows substantial gains. The continuous improvement of the care provided, associated with the change of practices is clearly one of those gains.

This report aims to describe, analyse and focus on the inherent reflection over specialized care nursing in an internship context. This internship took place in three distinct clinical wards, in which the approach of the person in critical condition/family and the nurse's decision-making were clear, revealing an extensive role throughout this process of skill achievement.

Considering the goals and competencies outlined for this training path, strategies, activities and interventions implementation allowed the acquisition, consolidation, mobilization and application of solid knowledge that a specialist nurse in medical surgical nursing should have well in mind when providing care.

The compelling need to use research as the support base for nursing practice – practice based on the experienced situations and opportunities provided at the Emergency Room (ER), Operating Room (OR) and Intensive Care Unit (ICU) - lead to elaborating a systematic revision of the literature based on the nurse's decision-making when approaching people in critical condition.

The sharing of knowledge, the stimulus to acquire new capabilities and the reflection on and about the practice are challenges to improving nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

BIPAP: Bilevel Positive Pressure Airway

BIS: Índice Bi-Espectral

BO: Bloco Operatório

BOC: Bloco Operatório Central

BPS: Behavioral Pain Scale

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHLC: Centro Hospital de Lisboa Central

CMENP EMC: Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS: Direção Geral de Saúde

DMUM: Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

DMUU: Dispositivos Médicos de Uso Único

EMC: Enfermagem Médico Cirúrgica

HCIS@: Health Care Information Systems

HSAC: Hospital de Santo António dos Capuchos

HSJ: Hospital de São José

HSM: Hospital de Santa Marta

IACS: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

OE: Ordem dos Enfermeiros

PAV: Pneumonia Associada à Ventilação

SPCI: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU: Serviço de Urgência

TSR: Técnicas de Substituição Renal

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP: Universidade Católica Portuguesa

UCPA: Unidade de Cuidados Pós-anestésicos

VI: Ventilação Invasiva

VVS: Via Verde Sépsis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: TOMADA DE DECISÃO NA ABORDAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	13
METODOLOGIA/PROTOCOLO DE PESQUISA	14
<i>Protocolo de Pesquisa</i>	<i>15</i>
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	16
<i>Apresentação de Resultados</i>	<i>16</i>
<i>Análise e Discussão de Resultados</i>	<i>21</i>
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO, NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHLC - HSJ	25
MÓDULO III – OPÇÃO: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO CHLC – HSJ	35
MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS: UCIP 1 DO CHLC - HSJ	43
CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	
Anexo 1	60
Check List «IDEIA»	60
Anexo 2	61
Documento em vigor no CHLC, relativo à «Formação em Serviço – Avaliação da Sessão»	61
APÊNDICES	
Apêndice 1.....	62
Reflexão Crítica: «Serviço de Urgência, situações de carácter imprevisível e a necessidade de refletir».....	63
Apêndice 2.....	64

«Síntese do procedimento multissetorial – Prevenção da Infecção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto – CIH.124»	64
Apêndice 3.....	65
Plano de Sessão: «A pessoa com alterações hemato-oncológicas na Urgência Geral - Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?»	65
Apêndice 4.....	66
Apresentação da Formação: «A pessoa com alterações hemato-oncológicas na urgência geral - Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?».....	66
Apêndice 5.....	67
Apresentação dos dados relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática: «A pessoa com alterações hemato-oncológicas na urgência geral»	67
Apêndice 6.....	68
Reflexão Crítica: «Segurança do utente em contexto de Bloco Operatório»	68
Apêndice 7.....	69
Planeamento de auditoria clínica interna no BOC - HSJ	69
Apêndice 8.....	70
«Relatório de Avaliação da Auditoria Clínica Interna relativa à aplicação da “IDEIA” na transmissão de informação respeitante aos cuidados de enfermagem no pós-operatório»	70
Apêndice 9.....	71
Plano de Sessão: A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na UCI - Que alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?	71
Apêndice 10.....	72
Apresentação da Formação: «A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) - Que alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?»	72
Apêndice 11.....	73
Apresentação dos dados relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática: «A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) - Que	

alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?»
..... 73

INTRODUÇÃO

Atualmente, face às constantes mutações da sociedade em que nos inserimos, a necessidade de adquirir e desenvolver novos saberes, capacidades e competências tornou-se inevitável; logo, é esperado que os diversos elementos e classes profissionais da sociedade sejam capazes de apostar na formação ao longo da vida.

A motivação, surge assim, como um requisito para a mobilização de meios e desenvolvimento de estratégias que permitam alcançar as referidas competências. No âmbito das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, a realidade anteriormente descrita é justificada, pela constante necessidade de assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, indo ao encontro das suas próprias necessidades de formação contínua. Cabe a cada profissional, atuar como mentor/tutor eficaz que aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Tendo em conta a especificidade inerente à área de educação em enfermagem, e a necessidade de promover o crescimento de pessoas em todo o seu potencial pessoal e profissional, a Universidade Católica Portuguesa criou um projeto de desenvolvimento ao longo da vida que assenta num processo de interação contínuo entre docentes e discentes estimulado pela própria multidisciplinaridade das ciências e humanidades. Desta forma, o curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, face ao que é preconizado pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros ao nível da formação de enfermeiro especialista, dá resposta à necessidade de formação pós-graduada para a obtenção desse mesmo título.

O Guia de Estágio 2012 da Universidade Católica Portuguesa (UCP) institui que enquanto enfermeiro de cuidados gerais em formação especializada, desenvolva competências gerais como o «Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua 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 (EEMC);», a «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;» e o «Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.» (UCP, 2012, p.3).

No primeiro módulo, correspondente à prestação de cuidados em Serviço de Urgência, e posteriormente em contexto de Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos, para além dos três grandes objetivos gerais preconizados no Guia de Estágio, 2012, enumerados

anteriormente, de acordo com a realidade e especificidade de cada campo de estágio, foi realizado um projeto que incluiu os objetivos específicos, atividades e respetivas competências mobilizadas.

A escolha do local de estágio, para realizar este primeiro módulo, recaiu no serviço de urgência (SU) geral/polivalente do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Hospital de São José (HSJ) por motivos de ordem pessoal, profissional e académica. Face aos objetivos e pretensões como aluno em processo de formação especializada, o SU do CHLC – HSJ, pelas suas características institucionais, valências e perfil de assistência, surgiu como primeira escolha. Não obstante, através do exercício de funções como enfermeiro generalista no CHLC – Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC), mais especificamente no balcão de Hematologia do SU Polivalente do CHLC, a aquisição de conhecimentos decorrente do exercício profissional neste contexto, foi considerada como estratégia facilitadora no que concerne à integração na filosofia de cuidados prestados pela instituição (CHLC).

Relativamente ao módulo III – Opção, foi escolhida a prestação de cuidados em contexto de peri-operatório, de modo a responder de uma forma mais integrada ao projeto profissional a implementar. A escolha do local de estágio, recaiu no Bloco Operatório Central (BOC) do CHLC – HSJ, também por motivos de ordem profissional e académica. O BOC do CHLC – HSJ, pelas suas valências, perfil de assistência e por permitir dar continuidade ao desenvolvimento académico-profissional, facilitou a consolidação e aquisição de novas competências. A ordem pela qual se realizaram estes estágios, todos eles na mesma instituição hospitalar, proporcionou um acompanhamento privilegiado da pessoa em situação crítica. Ao iniciar este percurso no SU do HSJ, foram adquiridas várias competências no que concerne à abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica, nomeadamente ao nível da estabilização hemodinâmica e no encaminhamento para as unidades/serviços do CHLC com capacidade de resposta efetiva face aos problemas identificados.

Finalmente, no módulo II, referente a cuidados intermédios e cuidados intensivos, este foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP1) do CHLC – HSJ. Após as experiências vivenciadas em contexto de Serviço de Urgência e Bloco Operatório, este último estágio que abrangeu a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos/cuidados intermédios, surge como o culminar deste processo contínuo de desenvolvimento e de aquisição de competências.

Este documento encontra-se estruturado em dois pontos distintos, o primeiro direciona-se para a revisão sistemática da literatura da temática sobre a qual incide este relatório e que adquiriu carácter transversal ao longo de todos os módulos – a tomada de decisão do enfermeiro na abordagem da pessoa em situação crítica.

No segundo ponto, procede-se ao desenvolvimento do trabalho que se baseia na análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Ao longo desse mesmo desenvolvimento, é utilizado o termo pessoa/pessoa em situação crítica/pessoa assistida, referenciando-se para o conceito metaparadigmático de pessoa. Assim, para Wesley (1997), referido por Charepe (2011), a pessoa é alvo dos cuidados de enfermagem, abrangendo estes, as dimensões física, espiritual, psicológica e sociocultural, podendo ser contemplado o indivíduo, uma família ou uma comunidade.

Segundo Soares (2008), parafraseando Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne e Schumacher (2000), perante as situações de transição, os enfermeiros desempenham o papel de cuidadores principais da pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas implicam. Assumem um papel preponderante nas suas vidas, dado que os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Reforçando este mesmo conceito, Charepe (2011, p.54), mobilizando os pressupostos da teoria de Meleis (2005), refere que «(...) as transições são despoletadas por uma mudança do estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades.» Estas requerem «(...) que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim altere o conceito de si num contexto social.» Desta forma, o objeto de estudo da enfermagem, reside nas respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento, ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, tal como é o caso da doença (Charepe, 2011).

Em todos os módulos de estágio, aquando da prestação de cuidados especializados, foi então possível promover a adaptação e dar respostas às necessidades que o processo de transição saúde-doença implica, quer para a pessoa, quer para a família.

1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: TOMADA DE DECISÃO NA ABORDAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa em situação crítica, aquando da admissão em unidades de cuidados intensivos, goza de cuidados especializados, tendo ao seu dispor tecnologia avançada e profissionais diferenciados nesta área do cuidar, que promovem a recuperação e a própria sobrevivência aquando dum quadro desfavorável de falência multiorgânica (Efstathiou et al, 2011). A complexidade dos contextos e situações, a própria conduta dos profissionais e um conjunto de variáveis multifatoriais, exigem constantemente tomadas de decisão baseadas em avaliações complexas, por vezes em ambientes adversos.

Esta temática da tomada de decisão, do ponto de vista teórico, assenta numa definição complexa e engloba um processo em que os intervenientes identificam um problema, delineiam alternativas para o mesmo, ponderam as vantagens e desvantagens de cada uma delas e finalmente deliberam e tomam a decisão final (Weber, 2007). No âmbito da prestação de cuidados, este processo não pode adquirir um carácter linear e estanque, tendendo a aproximar-se frequentemente da metodologia hipotético-dedutiva, que assenta predominantemente nas experiências adquiridas e na avaliação com base em critérios situacionais. Não obstante, para Mallach (1991) referido por Weber (2007), a capacidade de prever e simular as consequências e efeitos das decisões, pode ser atualmente uma mais valia da implementação dos sistemas de decisão clínica.

Em relação ao ponderar o risco na implementação de medidas agressivas inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, ao identificar os fatores decisivos aquando desta tomada de decisão, Baggs and Schmitt (2005) destacam a idade, os requisitos/critérios apresentados pela pessoa, o benefício do tratamento, o diagnóstico clínico e o próprio suporte familiar como critérios preponderantes. Tomar decisões no âmbito da prestação de cuidados, em unidades de cuidados intensivos, exige a aquisição e a mobilização de competências específicas que capacitam os enfermeiros para a deteção precoce de complicações e consequentemente para a implementação de intervenções adequadas/direcionadas para os problemas identificados (Aitken, 2009). Este processo nem sempre é claro, linear e pré-definido; daí que aquando do confronto com a literatura específica neste campo, somos confrontados com algumas discrepâncias.

Neste âmbito, face à temática e problemática descritas, surgiu uma questão à qual fez sentido dar resposta:

- Quais as estratégias e recursos utilizados pelo enfermeiro no processo de tomada de decisão na abordagem da pessoa em situação crítica?

Objetivo: Identificar as estratégias e recursos utilizados pelo enfermeiro no processo de tomada de decisão na abordagem da pessoa em situação crítica.

Questões Secundárias: Na sequência do processo de pesquisa, surgiram algumas questões secundárias consideradas pertinentes e às quais é dada resposta na apresentação de resultados e posteriormente na análise e discussão dos mesmos. A complementaridade entre os vários fatores e a necessidade de compreender de que modo estes influenciam a utilização das diversas estratégias e recursos utilizados, são fundamentais para alcançar respostas face ao processo de tomada de decisão, aquando da abordagem da pessoa em situação crítica.

METODOLOGIA/PROTOCOLO DE PESQUISA

Após a elaboração da questão de investigação, e para aferir os critérios de inclusão e de exclusão dos estudos a analisar, e respetiva amostra, foi utilizado o método PI[C]OS de acordo com o Centre for Reviews and Dissemination:

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
P – Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos em que os participantes sejam adultos e/ou idosos em situação crítica; - Estudos que contemplem enfermeiros que desempenham funções junto da pessoa em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos direcionados para a área neonatal e pediátrica; - Estudos com adultos e/ou idosos em situação não crítica; - Estudos que não descrevam ou contemplem as estratégias e recursos utilizados/mobilizados pelo enfermeiro no processo de tomada de decisão na abordagem da pessoa em situação crítica.
I - Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias e recursos utilizadas no processo de tomada de decisão na abordagem à pessoa em situação crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias e recursos não direcionadas à pessoa em situação crítica e que não contemplem a respetiva tomada de decisão.
C – Comparação dos estudos	<ul style="list-style-type: none"> - Comparação entre os diferentes estudos obtidos na pesquisa 	
O – Outcomes (resultados)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, do ponto de vista multifatorial, a estrutura da tomada de decisão do enfermeiro especialista aquando da abordagem da pessoa em situação crítica, 	
S – Study (tipo de estudo)	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos de metodologia científica qualitativa e quantitativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisões sistemáticas da literatura e todos aqueles que não se incluam nos restantes critérios de inclusão

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão da Revisão Sistemática da Literatura, com base no método PICOS

Protocolo de Pesquisa

Relativamente à temática da tomada de decisão do enfermeiro especialista aquando da abordagem da pessoa em situação crítica, considerámos pertinente definir três palavras/expressões-chave que pudessem responder à problemática evidenciada na presente revisão: Enfermagem; Tomada de Decisão e Doente Crítico. Recorremos então à utilização de diferentes termos de pesquisa, sinónimos de cada palavra-chave: “nursing”, “decision making”, “critical care”.

Dada a questão inicial - Quais as estratégias e recursos utilizados pelo enfermeiro no processo de tomada de decisão na abordagem da pessoa em situação crítica?, foi efetuada a revisão da literatura pretendida durante o mês de Dezembro de 2012, tendo para isso, recorrido às bases de dados electrónicas EBSCOhost e B-ON. Foi utilizada preferencialmente a primeira, pelas funcionalidades e modalidades de pesquisa das quais dispõe. Durante a referida pesquisa, foi preconizado o friso temporal entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2012.

Na utilização da EBSCO, selecionaram-se oito bases de dados da área da saúde: *CINAHL Plus com texto completo, MEDLINE, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition, MediciLatina, Academic Search Complete.*

A pesquisa foi efetuada no sentido de obter todos os artigos que contemplassem no seu conteúdo as diferentes palavras-chave, pelo que foi utilizada a conjugação das diferentes palavras-chave e dos diferentes termos de pesquisa anteriormente mencionados. Ao nível da escolha do idioma, não foi aplicada qualquer restrição. Assim, conforme se apresenta na tabela 2, iniciou-se a pesquisa com um número total de artigos um tanto ao quanto limitativo, daí que fosse necessário conjugar várias expressões sinónimas.

Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3	Resultados
“Critical Nursing”	“Decision”	“Factors”	2 Artigos
“Decision Making”	“Critical Care”	“Medical-surgical nursing”	24 Artigos
“Decision Making”	“Critical Care”	“Nurs*”	1121 Artigos
“Decision Making”	“Critical Care”	“Nurse Specialist”	31 Artigos

Tabela 2 - Resultados Obtidos na Pesquisa

Dos 31 artigos finais obtidos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura do resumo, pesquisa e acesso ao texto integral foram analisados na íntegra 7 artigos. Alguns dos artigos, sob o formato de revisão sistemática, foram excluídos; perante esta limitação, pesquisaram-se as fontes dos referidos trabalhos mas sem sucesso, o formato de texto integral destes, encontra-se indisponível.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentação de Resultados

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Bakalis e Watson (2005) Grécia	Averiguar se a tomada de decisão em enfermagem difere de acordo com o contexto da prática clínica (Serviços médico-cirúrgicos versus Unidades de cuidados intensivos) e que tipo de decisões são tomadas.	60 enfermeiros das especialidades identificadas no objetivo de estudo.	Foram avaliadas várias áreas onde os enfermeiros têm possibilidade de tomar decisões, nomeadamente em situações de emergência. Foi realizada uma comparação entre os enfermeiros que desempenham funções em unidades médico-cirúrgicas e em cuidados intensivos, relativamente a 15 itens. É realizada a correlação entre estes e as variáveis experiência profissional, nível de formação e o próprio contexto de trabalho,	Exploratório, com recurso a instrumentos de análise quantitativa
Resultados Major				
O estudo identificou que os enfermeiros em todas as especialidades, tomam regularmente decisões na prestação direta de cuidados; mas ao nível da supervisão e funções direcionadas para a gestão de cuidados, assumem um papel mais secundário. Há diferenças assinaláveis entre as tomadas de decisão de enfermeiros em contexto de cuidados intensivos e outras áreas de prestação de cuidados, os primeiros têm uma maior facilidade em tomar múltiplas decisões e com maior rapidez, situação esta que se justifica pelo contato mais frequente com situações de grande instabilidade da pessoa assistida.				

Tabela 3 - Análise do Artigo "Nurses' Decision-Making in Clinical Practice"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Papathanassoglou, Tseroni, Karydaki, Vazaiou, Kassikou, e Lavdaniti (2005) Grécia	Investigar diferentes variáveis, nomeadamente: - Fatores que contribuem para tomada de decisão clínica; - Grau de autonomia em procedimentos técnicos; - Fatores relacionados com a autonomia dos enfermeiros	803 enfermeiros helénicos que desempenham funções em unidades de cuidados intensivos, dos quais 129 são especialistas.	A intervenção foca-se numa escala direcionada para a autonomia da enfermagem em unidades de terapia intensiva. Foram contemplados vários aspetos técnicos e através da análise identificaram-se 3 categorias de autonomia: - intervenção básica; avançada e tomada de decisão	Estudo descritivo, exploratório e correlacional

	<p>que prestam cuidados em unidades de cuidados intensivos em Hellas.</p> <p>Por outro lado, pretende construir e validar uma nova ferramenta para avaliar a prática e autonomia de tomada de decisão dos enfermeiros no contexto anteriormente mencionado.</p>		<p>clínica.</p> <p>São contemplados, de forma prévia ao estudo, o recurso a um painel de especialistas, uma revisão da literatura e um estudo piloto com uma amostra aleatória.</p>	
Resultados Major				
<p>Fatores organizacionais, questões de género, formação e anos de experiência em unidades de cuidados intensivos, influenciam a tomada de decisão autónoma de enfermagem. De modo a garantir uma efetiva contribuição da enfermagem para a tomada de decisão nos diversos níveis de desenvolvimento, a implementação de políticas e intervenções específicas são fundamentais; assim são apresentadas algumas delas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio ativo nas decisões de enfermagem ; • Implementação e utilização sistematizada do processo de enfermagem em todos os níveis de intervenção; • Formação contínua com vista à aquisição de uma sólida base de conhecimentos. 				

Tabela 4 - Análise do Artigo "Practice and Clinical Decision-Making Autonomy Among Hellenic Critical Care Nurses"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
<p>Currey, Browne, e Botti. (2006)</p> <p>Austrália</p>	<p>Descrever a perceção dos enfermeiros de cuidados intensivos e respetiva tomada de decisão, aquando da prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca nas primeiras duas horas de pós-operatório.</p>	<p>38 enfermeiros que prestaram cuidados e desenvolveram intervenções junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca nas primeiras duas horas de pós-operatório.</p>	<p>Enfermeiros descreveram as suas perceções acerca da gestão dos cuidados e respetiva tomada de decisão. As fontes de informação para sustentar esta avaliação inicial e respetiva implementação de cuidados de enfermagem, foram apenas o processo clínico entregue pelo anestesista, a formação e experiência adquiridas. São questionados, através de entrevista, no sentido de descreverem e identificarem os entraves, sentimentos e outras variáveis que interferem na abordagem à pessoa e no fenómeno em estudo.</p>	<p>Exploratório-descriptivo, abordagem naturalista.</p>
Resultados Major				
<p>Após a análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, foram identificadas e apresentadas as perceções dos enfermeiros acerca do que afeta a sua tomada de decisão. A experiência, sentimentos alterados, a contestação, a perceção acerca dos processos clínicos, a receção da pessoa acompanhada pela equipa de anestesia e a própria valorização na execução dos procedimentos são as variáveis identificadas como preponderantes na tomada de</p>				

	decisão ao cuidar da pessoa submetida a este tipo de intervenção cirúrgica. Este tipo de decisão, por vezes acarreta riscos e gera nos profissionais sentimentos cuja intensidade e impacto estão diretamente relacionados com a experiência profissional que possuem.
--	--

Tabela 5 - Análise do Artigo "Haemodynamic Instability After Cardiac Surgery: Nurses' Perceptions of Clinical Decision-Making"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Hough. (2008) Estados Unidos da América	Explorar a tomada de decisão ética face à prestação de cuidados em unidade de cuidados intensivos.	15 enfermeiros que desempenham funções em unidades de cuidados intensivos com diferentes níveis de experiência e percursos formativos distintos.	Os conceitos teóricos de experiência, aprendizagem, perspectiva de transformação, a reflexão-na-ação e baseada em princípios éticos foram usados como estrutura para obtenção de informações dos participantes. Após a realização de entrevistas semi-estruturadas e análise etnográfica, é apresentado um novo modelo de tomada de decisão que se baseia em quatro etapas distintas que se regem pela experiência, reflexão direcionada, aprendizagem e pelo ato de testar.	Exploratorio-descriptivo.
Resultados Major				
Os resultados mostraram que ter um modelo para ajudar a orientar o processo de tomada de decisão ética em cuidados intensivos, é fundamental. A importância da análise da aprendizagem experiencial, aliada à formação permanente, são referidas como uma mais valia; no entanto, no âmbito dos programas de desenvolvimento profissional em contexto de cuidados intensivos, os profissionais referem a abordagem da decisão ética como lacuna. Habitualmente, este tipo de programa foca-se essencialmente nos aspetos tecnológicos da prestação de cuidados de enfermagem em terapia intensiva. A existência de um profissional que assuma o papel de mentor na tomada de decisão ética, é considerada relevante; a promoção do desenvolvimento do pensamento crítico necessário para a reflexão focada, assume assim especial relevância neste contexto.				

Tabela 6 - Análise do Artigo "Learning, Decisions And Transformation in Critical Care Nursing Practice"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Aitken, Marshall, Elliot e McKinley (2008) Austrália	Analisar os processos decisórios que os enfermeiros utilizam para avaliar e gerir a sedação para a pessoa em situação crítica, tal como determinar a influência do fator "sedação" sobre os processos decisórios.	7 enfermeiros especialistas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de cuidados intensivos, de acordo com critérios pré-definidos.	Foram realizados previamente estudos piloto, com recurso à entrevista semi-estruturada como instrumento de trabalho, utilizando-se posteriormente a observação direta. Os dados de todas as fontes foram integrados, e com a análise dos mesmos, foi possível identificar o tipo e número de atributos e conceitos usados para formar decisões.	Qualitativo, abordagem naturalista.
Resultados Major				
A tomada de decisão neste contexto é altamente complexa, necessitando de incorporar uma ampla gama de atributos que se focam principalmente nos aspetos de avaliação de cuidados. No que se refere à relevância para a prática clínica, a existência de diretrizes é encarada como elemento de suporte à implementação de estratégias que influenciam positivamente a prestação de cuidados. Para além disso, a formação de enfermeiros para poderem utilizar e aplicar tais diretrizes, deve ter em conta a complexidade deste processo interativo de avaliação-intervenção, que contempla uma gama ampla de dados, sendo estes utilizados para tomar decisões.				

Tabela 7 - Análise do Artigo " Critical Care Nurses' Decision-Making: Sedation Assessment and Management in Intensive Care"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Hoffman, Aitken e Duffield (2009) Austrália	Averiguar as eventuais diferenças existentes entre os enfermeiros em início de carreira e os especialistas na seleção de informação e interpretação de sintomatologia na tomada de decisão aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.	A amostra foi composta por 4 enfermeiros em início de carreira e 4 enfermeiros especialistas. Os especialistas tinham entre 10 e 25 anos de experiência em cuidados intensivos, enquanto os participantes em início de carreira tiveram entre oito meses e um ano neste contexto de cuidados.	Os dados foram colhidos através duma análise de processo baseada em protocolos verbais, precedida por entrevistas. A análise de conteúdo foi também utilizada, de modo a poderem-se analisar vários aspetos da tomada de decisão, incluindo-se o número e tipo de sinais utilizados, tal como o agrupamento da respetiva sinalização dos riscos identificados.	Estudo empírico – descritivo
Resultados Major				

	<p>Enfermeiros peritos/especialistas recolhem um maior número de sinais e informações que os enfermeiros em início de carreira - quase duas vezes mais. Os primeiros, utilizam esses mesmos instrumentos de forma pro-ativa no sentido de antecipar problemas e atuar precocemente perante uma presumível situação crítica ou de instabilidade. Têm também uma maior facilidade em selecionar e sinalizar os sinais considerados importantes, aquando da avaliação do estado da pessoa assistida.</p>
--	---

Tabela 8 - Análise do Artigo "A Comparison of Novice and Expert Nurses' cue Collection During Clinical Decision-Making: Verbal Protocol Analysis"

Autor(es)/ano/país	Objetivo	Participantes	Intervenção	Estudo
Marshall, West e Aitken (2011) Austrália	Explorar e identificar as principais fontes de informação utilizadas pelos enfermeiros de cuidados intensivos na tomada de decisão.	Enfermeiros de unidades de cuidados intensivos de nível III	<p>Os profissionais de enfermagem que desempenham as suas funções em unidades de cuidados intensivos identificam as suas fontes de informação e destacam aquelas que lhes são mais úteis e acessíveis.</p> <p>A obtenção de informações por parte dos colegas permite obter informação em tempo útil, podendo ser aplicada dentro do contexto da forma de apresentação clínica da pessoa em situação crítica à qual se presta cuidados. Por outro lado, é uma oportunidade para a tomada de decisão partilhada e validação do pensamento crítico.</p> <p>As fontes de texto e as informações eletrónicas são identificadas como menos acessíveis, principalmente pelo tempo que tem de ser disponibilizado para a pesquisa e análise.</p>	Estudo qualitativo, abordagem naturalista
Resultados Major				
<p>A troca social, entre pares, da informação clínica pode atender às necessidades dos enfermeiros que trabalham num ambiente complexo em que a díade tempo-pressão impera na tomada de decisão. Contudo a extensão da base de evidências para informações colhidas através da comunicação verbal não é clara. A perceção da utilidade e acessibilidade à informação, é baseada na facilidade de utilização e respetivo acesso à mesma; assim, poder-se-á constatar uma variabilidade na informação que é identificada como fator de incerteza clínica.</p>				

Tabela 9 - Análise do Artigo "Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness"

Análise e Discussão de Resultados

A variabilidade na prática clínica resulta da mobilização de informação diversificada, esta é comumente utilizada como guia orientadora das decisões clínicas. Os enfermeiros, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mais especificamente em unidades de cuidados intensivos, por vezes necessitam de consultar diversas fontes de informação que sustentem as suas decisões (Aitken et al, 2011). A utilização da informação oral fornecida pelos próprios colegas/pares, baseada na experiência profissional de cada um, é identificada como a principal fonte de esclarecimentos quando confrontados com a necessidade de tomar uma decisão. Comparativamente com a recolha e consulta de informação em bases de dados, a informação oral apresenta vantagens, nomeadamente no que se prende com o fator tempo. Exige menos disponibilidade e o próprio acesso encontra-se facilitado, por outro lado, é possível discutir e explorar quais as melhores alternativas e opções para a decisão a ser tomada (Aitken et al, 2011). Ainda no que concerne à questão da acessibilidade da informação, a criação de uma «base de dados» com informação impressa, não é considerada vantajosa.

Dada a preferência pela consulta de informação, junto dos enfermeiros especialistas ou com maior experiência na abordagem da pessoa em situação crítica, quando se é confrontado com a necessidade de tomar decisões, no estudo de Aitken et al (2011), a habitual dedicação destes enfermeiros de referência à gestão, ensino e trabalhos de investigação é apontada como uma desvantagem/entranche que se prende com a menor disponibilidade destes para a área clínica. Como solução, é sugerida a identificação e formação de líderes e consultores competentes. Pretende-se que estes sejam capazes de comunicar e discutir casos com base na evidência clínica, estando a par de informação com qualidade, direcionada para as necessidades identificadas e realidade vivenciada (Aitken et al, 2011).

Para Aitken et al (2009), aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, os enfermeiros peritos/especialistas recolhem um maior número de sinais e pistas sugestivas de instabilidade, comparativamente aos seus colegas menos experientes. A antecipação de problemas é uma das vantagens decorrentes da prestação de cuidados por enfermeiros mais experientes, tal como é descrito no estudo «A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis». Ainda neste âmbito e transpondo para a temática abordada nesta revisão sistemática, a da tomada de decisão, são descritas e explicitadas variáveis como o número de sinais tidos em conta, a rapidez do processo decisório e a importância atribuída a cada um dos fatores observados durante a avaliação e observação.

A inexperiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, leva a que os enfermeiros sigam de forma restrita os protocolos e tenham uma maior dificuldade em valorizar e reconhecer precocemente informações/sinais relevantes. O planeamento e implementação

de intervenções que exigem uma tomada de decisão prévia e célere, são atividades para as quais os enfermeiros peritos/especialistas têm uma maior facilidade na sua concretização, devendo promover o desenvolvimento destas mesmas competências junto dos colegas menos experientes (Aitken, 2009).

No campo da autonomia, a tomada de decisão do enfermeiro em contexto de prestação de cuidados intensivos, mais especificamente no contexto grego, depende de diversos fatores que a podem influenciar de forma preponderante. Para Papathanassoglou et al (2005), o género, a tipologia de unidade de cuidados intensivos, número de anos de experiência neste tipo de serviço e a diferenciação académico-profissional, são fundamentais para a análise dos vários graus de autonomia de decisão. Face aos resultados apresentados no estudo do autor anteriormente referido, assiste-se a uma diferença bastante significativa entre este tipo de autonomia e a que se prende com a realização dos procedimentos técnicos; a primeira é significativamente menor que a segunda. Considerando a correlação desenvolvimento académico-autonomia, constata-se que profissionais com menor grau académico, são mais autónomos em procedimentos técnicos simples, comparativamente com colegas que possuem uma maior diferenciação nesta área. Não obstante, é dado destaque e reforçada a necessidade do cumprimento do que se encontra jurisdicionalmente protocolado, apesar das limitações que por vezes se impõem.

Os sentimentos e as perceções dos enfermeiros após uma tomada de decisão, face a uma situação de instabilidade, mais especificamente num pós-operatório imediato duma cirurgia cardíaca, são múltiplos. Segundo Currey et al (2006), a ansiedade, a falta de confiança e o próprio receio de cuidar destas pessoas, são os sentimentos mais comuns em enfermeiros inexperientes na gestão deste tipo de cuidados. Acabam por recorrer frequentemente a mais do que um colega com maior experiência, de modo a fundamentar e a sentir maior segurança nas decisões tomadas.

Face aos avanços da tecnologia e respetiva utilização dos meios da qual esta nos dotou, atualmente na área dos cuidados à pessoa em situação crítica, é comum sermos confrontados com dilemas éticos. Nestes casos os profissionais têm de dar respostas que nem sempre são lineares e que não resultam da simples aplicação de um protocolo. Assim, dada a elevada frequência com que surgem estas questões, os enfermeiros têm necessidade de encontrar mecanismos e implementar estratégias que possam dar respostas direcionadas às suas necessidades. Neste sentido, Hough (2008) identificou algumas dessas mesmas estratégias, nomeadamente a importância de uma aprendizagem de cariz experiencial, com base na formação contínua e que tem em vista o desenvolvimento profissional na área da tomada de decisão do foro ético. A possibilidade de aplicação de um modelo que se foca nestas questões dos dilemas éticos, baseado no seguimento de quatro etapas distintas, que vão desde a experiência, à reflexão, à aprendizagem e ao testar conceitos, poderá ser encarada como uma forma de lidar e dar resposta a esta problemática (Hough, 2008).

Os enfermeiros, quando confrontados com situações de urgência/emergência que se podem classificar como críticas, dependendo da área onde prestam cuidados, apresentam diferentes desempenhos aquando da necessidade de tomarem decisões. No estudo de Bakalis e Watson (2005), através da análise comparativa das tomadas de decisão de enfermeiros de diferentes áreas perante uma situação de emergência, os profissionais que possuem experiência na área dos cuidados intensivos destacam-se. Estes são capazes de tomar decisões múltiplas rapidamente, mesmo em ambientes adversos e num curto espaço de tempo, quando comparados com colegas que desempenham funções noutros serviços médico-cirúrgicos.

Os resultados apresentados por Aitken et al (2008) no artigo «Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care», suportam a noção de que os enfermeiros aquando da tomada de decisão clínica, não se regem por um processo linear analítico. Caracteriza-se sim, por ser um processo interativo e altamente complexo, que incorpora atributos múltiplos em diferentes fases e contempla algumas variáveis: temporais, individuais e contextuais. A capacidade de integrar dados de múltiplas fontes, reflete uma componente de desafio e investimento por parte da enfermagem, permitindo concomitantemente desenvolver habilidades nesta área.

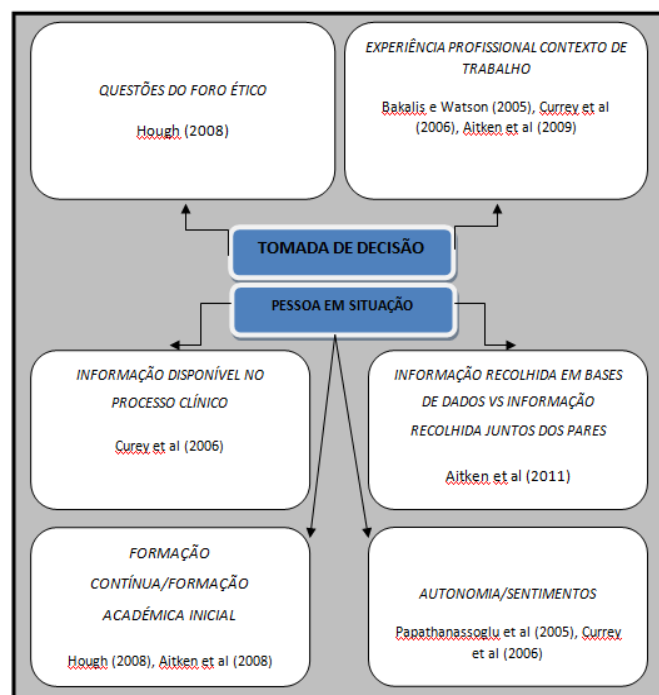


Diagrama 1 – Apresentação da discussão de resultados: identificação dos fatores, estratégias, variáveis e recursos que influenciam e são tidos em conta pelo enfermeiro na tomada de decisão, aquando da abordagem da pessoa em situação crítica

Sintetizando, a tomada de decisão do enfermeiro na abordagem à pessoa em situação crítica, é um processo complexo e multifatorial, no qual são utilizadas diferentes estratégias e recursos. Após esta revisão sistemática, e tal como é apresentado no diagrama1, foram identificados fatores, estratégias e recursos que são utilizados na tomada de decisão. Estes residem essencialmente em competências que se adquirem ao longo dos anos, através da experiência profissional, e no próprio contexto de trabalho. As oportunidades e experiências de aprendizagem relacionadas com o cuidar da pessoa em situação crítica, são fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de gestão e valorização de sinais, a ter em conta no planeamento do processo de tomada de decisão e implementação das intervenções de enfermagem. O recurso a colegas mais experientes, surge como uma estratégia facilitadora no processo mencionado, pois traz vantagens no que se refere ao fator tempo e permite a discussão dos casos em tempo real. Fatores como a autonomia, os próprios sentimentos desencadeados pelo confronto com a situação/estado crítico da pessoa assistida e as questões do foro ético que surgem neste seguimento, assumem um papel preponderante nas decisões tomadas pelo enfermeiro. A formação contínua, proporcionada pelos elementos mais diferenciados e mais aptos nesta área, é uma mais-valia salientada ao longo dos vários estudos analisados, sendo referida, com unanimidade, como uma implicação importante para a prática dos cuidados.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO, NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHLC – HSJ

Este ponto, surge no âmbito da realização do Estágio em contexto de SU. Este decorreu no SU de Urgência do CHLC – HSJ durante o período de tempo compreendido entre 23 de Abril e 23 de Junho de 2012, perfazendo um total de 180 horas.

Com a realização deste Estágio, pretendeu-se que fossem desenvolvidas e mobilizadas competências direcionadas para a prestação de cuidados especializados ao adulto e idoso em situação crítica, assistido em contexto de SU.

Pelo que é preconizado, na mais recente atualização dos níveis de assistência em contexto de Urgência, o SU do CHLC surge como um dos mais diferenciados. Pelas valências que dispõe, é classificado como Polivalente. Tendo por base o despacho n.º727/2007 referente à legislação da rede de serviços de Urgência do Sistema Nacional de Saúde, que define este nível de diferenciação de urgência hospitalar como «(...) o mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (...) garantindo a articulação com as urgências específicas (...)» (Diário da República 2.ª série, N.º10, 2007, p. 1123) , podemos inferir, que as várias especialidades existentes nesta instituição criam uma rede de cuidados coesa que garante e assegura os cuidados mais específicos à pessoa em situação crítica que recorre a este mesmo serviço. Apesar de estarem fisicamente dispersas pelos diferentes hospitais que formam este Centro Hospitalar, acabam por oferecer uma resposta diferenciada aos mais variados tipos de situação. No âmbito da prestação de cuidados e assistência preconizada, as pessoas podem recorrer a estas valências, inicialmente através da Urgência Geral, ou após referência de outros centros de assistência que não disponham de uma capacidade de resposta efetiva à situação da pessoa assistida.

O SU do CHLC – HSJ, tal como já foi referido anteriormente, dispõe de várias valências. Fisicamente, é um espaço complexo que contempla a «admissão de doentes»; a sala de triagem e a respetiva sala de espera; a sala de espera geral; a sala de espera de pessoas triadas a amarelo e laranja, de acordo com as prioridades da Triagem de Manchester; balcão geral e de cirurgia que contemplam cinco gabinetes médicos; pequena cirurgia; balcão de ortopedia; balcão de otorrinolaringologia; balcão de oftalmologia; balcão de psiquiatria; balcão de pessoas triadas a azul e verde; balcão de pessoas triadas a amarelo e laranja e finalmente a unidade de observação que se divide em duas áreas distintas: as salas de Emergência/Trauma e outras cinco salas de observação. Nos outros hospitais do CHLC,

nomeadamente no HSAC, sedia-se o balcão de hematologia e no Hospital de Santa Marta (HSM) o balcão de cardiologia e cirurgia vascular.

Na unidade de observação, existem quatro salas de Emergência/Trauma, estando a número um e a número dois equipadas com aparelho próprio de RX, pelo que são preferencialmente destinadas e utilizadas pelas pessoas que recorrem a este SU com um quadro de traumatismos múltiplos. São conduzidas a estas salas, todas as pessoas triadas a quem foi atribuída a cor vermelha ou cujo transporte se encontre assegurado pelos Bombeiros ou Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), cujas tripulações consideram haver risco de vida ou tenham iniciado/se encontrem em manobras de reanimação. Ao entrar no SU uma pessoa dirigida às Salas de Emergência/Trauma, é acionado um sinal sonoro pelo vigilante da portaria ou pelo enfermeiro da sala de Triagem. Após a sua reanimação e estabilização, a pessoa assistida é encaminhada para uma das salas da unidade de observação, para o Bloco Operatório Central (BOC) ou para uma das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) do CHLC. As salas de um a cinco, desta mesma unidade, destinam-se às pessoas que necessitam de cuidados médicos urgentes, e a sua permanência nas mesmas está condicionada à estabilização clínica e/ou decisão médica/orientação médica; por norma, nenhuma pessoa deverá permanecer nesta unidade por um período superior a vinte e quatro horas (Reformulação dos circuitos internos do doente no SU do CHLC – HSJ, após remodelação das instalações, 2007).

Tendo por base o objetivo geral que se preconizou para este módulo de estágio, **«Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica admitida no Serviço de Urgência de um Hospital Central»**, surgiu a necessidade de formular outros objetivos específicos que fossem ao encontro deste, permitindo a sua complementaridade. Neste sentido, **«Certificar competências no acolhimento da Pessoa que recorre ao SU, cumprindo o Sistema de Triagem de Manchester implementado no SU Polivalente do Hospital de São José»**, foi um desses mesmos objetivos específicos delineados. Tendo, previamente, a experiência de realizar Triagem de Manchester no balcão de hematologia do SU Polivalente e de já ter efetuado a respetiva formação exigida para o exercício destas funções, houve a necessidade de focar com maior ênfase, a triagem realizada às pessoas que eram admitidas diretamente na Sala de Reanimação e de Trauma. Contudo, e face às limitações de experiências que a prestação de cuidados num balcão específico implica, realizaram-se alguns turnos na sala de Triagem, de forma a adquirir uma visão abrangente da realidade e conhecer as diferentes possibilidades de encaminhamento das quais o SU Geral dispõe. Foi uma oportunidade vantajosa no que se refere à perceção e identificação das diferenças inerentes a este processo. No balcão de hematologia, onde existe apenas um encaminhamento possível, não se colocam as mesmas questões e dúvidas que surgem quando o enfermeiro, no SU Geral, acolhe, encaminha e estabelece a prioridade de forma humanizada e personalizada. Na Urgência Geral, é confrontado com uma maior possibilidade de errar, quando pretende **«(...) garantir um**

atendimento rápido ao utente, pelo pessoal apropriado na área clínica correta.» – (Vieira, 2002, p.1.). Assim, face a esta constatação, considera-se que foi fundamental compreender esta dinâmica e conhecer os diferentes encaminhamentos possíveis no espaço físico do SU do HSJ – Medicina Interna, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Oftalmologia, Urologia, Ortopedia e Psiquiatria. Desta forma, considera-se que a competência «Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;» foi consolidada e permitiu adquirir uma visão mais abrangente e sistematizada da diversidade de situações pelas quais a pessoa recorre a um SU Geral.

Tal como é preconizado pela Direção Geral de Saúde, a intervenção e tratamentos precoces de algumas patologias melhoram o prognóstico das mesmas, daí a necessidade de criar e implementar os protocolos denominados de Via Verde (VV). Por definição, esta consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar (Delgado, 2012). Ao nível destes mesmos protocolos, após a permanência neste serviço em contexto de estágio, proporcionou-se a oportunidade de prestar e colaborar nos cuidados à pessoa referenciada pela Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). A Via Verde Coronária, também já implementada e em pleno funcionamento no CHLC, está a cargo do balcão de cardiologia no HSM. Neste caso, atendendo à prestação de cuidados específicos à pessoa com enfarte agudo do miocárdio no SU do HSJ, é comum a administração da terapêutica prescrita e protocolada de acordo com as recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (Alto Comissariado da Saúde – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007). A estabilização, do ponto de vista hemodinâmico, e o posterior encaminhamento para a Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios de Cardiologia do HSM, são intervenções que permitem uma continuidade de cuidados e que visa essencialmente assegurar uma resposta direcionada, especializada e individualizada - «Nos hospitais sem cardiologia de intervenção, deve haver protocolos para a transferência rápida dos doentes com necessidade de coronariografia/revascularização urgente para instituições apropriadas.» (Alto Comissariado da saúde – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007, p.15).

À data da realização do estágio, ainda em fase de implementação, mas com formação já realizada e caminho a seguir bem definido, encontrava-se a via verde Sepsis. O grupo de trabalho responsável pela implementação e formação nesta área, previa que a curto prazo esta via verde estivesse em vigor, de forma a permitir a deteção precoce de pessoas com risco de sépsis. A implementação desta, poderá impedir a evolução da doença para estadios mais avançados, resultando na diminuição do risco de morte associado à sépsis grave e ao choque séptico, tal como dos custos relacionados (DGS, 2010). Ainda no contexto das vias verdes e das quais se preconiza que sejam implementadas a curto prazo em território nacional, a via verde Trauma ainda não foi contemplada no SU do CHLC, encontrando-se apenas em vigor em alguns hospitais nacionais na dependência da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte.

Face aos objetivos preconizados para esta área da prestação de cuidados em SU, considera-se que foi desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados à pessoa referenciada pelas diferentes tipologias de via verde, adquirindo e mobilizando a competência que se prende com o «Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;». Não obstante, considera-se assim, terem sido realizadas as atividades cruciais que permitiram desenvolver e certificar as competências pretendidas no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester. Neste campo, a gestão e interpretação, de forma adequada, de informação proveniente da experiência profissional e de vida foram úteis como estratégia facilitadora para alcançar este mesmo objetivo.

Ao proceder à análise crítica da atividades direcionadas para o objetivo específico **«Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa assistida na Área Laranja e Amarela, assegurando a gestão e continuidade dos mesmos»**, torna-se fundamental ter em conta os diferentes níveis de prioridade atribuídos através do sistema de Triagem de Manchester. O ganho primário e efetivo da triagem num departamento de emergência, é a rápida identificação de pessoas que se encontram em situações que implicam risco eminente de vida (Moreira, 2010). As cores amarela e laranja, implicam um atendimento prioritário pela gravidade acrescida inerente aos sinais e à sintomatologia apresentada; neste sentido exigem uma avaliação e intervenção mais diferenciadas. A atenção à hierarquia de cuidados, segundo a gravidade evidenciada, é fundamental dado que algumas destas situações podem culminar com a necessidade de estabilização na sala de reanimação.

A triagem na urgência, implica assim uma rápida e contínua recolha de dados, de modo a determinar a gravidade, a atribuição da disposição e área mais adequada à prestação de cuidados/necessidades da pessoa (Toni e McCallum 2007). Face a esta realidade, a análise dos cuidados prestados neste sector e o próprio circuito da pessoa, foram fundamentais para compreender como se processa a tomada de decisão dos profissionais e a gestão dos recursos existentes. Pelo que foi acima referido, esta área do SU, é por excelência um dos locais privilegiados para a identificação precoce de sinais de gravidade clínica, apresentados pelas pessoas previamente identificadas como urgentes e muito urgentes. A prestação de cuidados às pessoas triadas com estes graus de prioridade, foi valorizada e considerada uma mais-valia para compreender a dinâmica e a gestão dos recursos ao dispor dos profissionais. Pelas características já referidas e elevada afluência de pessoas, considera-se que o trabalho do enfermeiro é fundamental no que respeita à organização e gestão do espaço, tempo e correto encaminhamento, de forma a rentabilizar recursos.

As limitações impostas pela estrutura física, que podem eventualmente condicionar a prestação de cuidados de excelência, neste caso, foram percecionadas como um estímulo à criatividade e capacidade de improviso. Apesar das adversidades presentes, é de destacar a capacidade de antever situações complexas adquiridas neste ambiente; num espaço em que

concomitantemente estão presentes a pessoa, familiares e profissionais em constante rotatividade, o enfermeiro adquire um papel preponderante como elo de ligação entre estes e como gestor, nomeadamente de alguns conflitos que possam surgir. Neste contexto, justificou-se a realização de um incidente crítico direcionado para a temática da recusa de cuidados perante comportamentos ofensivos. Estar a par e conhecer os pareceres jurisdicionais da Ordem dos Enfermeiros, tem um papel fundamental na orientação do enfermeiro aquando da tomada de decisão em situações dúbias ou que suscitem indecisão face às intervenções a desenvolver e atitudes a tomar. Desta forma, são abaixo apresentadas, as alíneas do Parecer 45/2008 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 24 e 25) que melhor enquadram a temática da recusa de cuidados perante comportamentos ofensivos e que foram orientadoras da tomada de decisão, quando confrontado com situações que o justificaram:

«2.3 - Se os enfermeiros têm o dever de preservar e defender os direitos dos seus clientes a cuidados de saúde adequados às suas necessidades, de acordo com os recursos disponíveis e em conformidade com o estado actual da ciência e o seu Código Deontológico, têm igualmente o direito a usufruir de condições de trabalho que permitam o seu exercício profissional, de acordo com as leis vigentes, num clima de segurança pessoal, livre de maus-tratos, violência, ameaças ou intimidações (...).»

«2.7 – Se por um lado, o enfermeiro não pode desvincular-se dos seus deveres profissionais, deverá ter sempre uma atitude de ensino e aconselhamento, cumprindo com o dever de informação. Não sendo possível a sensibilização, o enfermeiro deve encaminhar o cliente para outro profissional de saúde, respeitando assim o direito ao cuidado, e comunicar devidamente a situação ocorrida.»

Tendo por base o circuito da pessoa no SU e considerando as diferentes áreas de encaminhamento, aquando da necessidade de internamento, o balcão das pessoas triadas com o grau de prioridade amarelo e laranja, é uma porta de entrada para a unidade de observação e enfermarias das mais diversas especialidades do CHLC. Nestas situações, foi possível realizar a avaliação inicial e respetiva colheita de dados, de forma a planear os cuidados cuja continuidade iria ser assegurada noutra setor. É deste setor, que muitas das pessoas observadas na sala de reanimação provêm, após um agravamento da situação clínica. A identificação precoce das necessidades e a avaliação e re-avaliação da eficácia das intervenções realizadas, adquire assim uma posição crucial face ao que se preconiza no Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Considerando, que pelo menos 10 % das pessoas admitidas em estabelecimentos hospitalares, vão sofrer danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde, é da responsabilidade do profissional desta área, evitar que os mesmos ocorram (Lage, 2010). Neste campo, foi fundamental reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, uma vez que estas podem comprometer a promoção e

adoção de medidas interventivas direcionadas para a manutenção da segurança da pessoa assistida.

Ao realizar o projeto de estágio direcionado para este contexto, foi fundamental formular objetivos e prioriza-los face às competências que se pretende que sejam adquiridas no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De forma a desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica admitida no SU de um hospital central, foi contemplada a permanência em sala de Trauma e Reanimação. Para poder avançar com a realização e concretização das várias atividades propostas e direcionadas para esta área de intervenção, inicialmente foi necessário promover a integração na dinâmica organo-funcional do SU Polivalente do CHLC – HSJ.

Tendo em conta as próprias exigências que o exercício de funções como enfermeiro neste serviço implica, e dado que é visto «(...) como um alicerce de uma fundação que se espera que seja cada vez mais sólida e preparada para o futuro.» (Moreira, 2010, p.52), é de esperar que fossem sentidas algumas dificuldades em todo este processo de adaptação e integração. Esta realidade, as características, as valências, as dinâmicas, as especificidades, as diversidades e a própria imprevisibilidade que lhes são inerentes, justificaram a necessidade de encontrar uma estratégia que facilitasse essa mesma adaptação e que fosse eficaz. Nesta linha de pensamento, priorizou-se a necessidade de conhecer o espaço envolvente e as estruturas de apoio deste serviço. Foram percorridos os diversos setores do SU, solicitando à equipa, informações acerca do funcionamento e articulação dos mesmos, de modo a que pudesse mais facilmente colaborar e ganhar autonomia nas intervenções realizadas.

No âmbito da aplicação e implementação de protocolos de atuação, para além dos relativos ao Suporte Avançado de Vida e alterações cardíacas, pré-definidos pelo Conselho Nacional de Ressuscitação, foi elaborado o protocolo BIPAP no âmbito da ventilação não invasiva. A implementação deste, foi acompanhada por um processo de formação concomitante, que permitiu aos profissionais adquirir competências neste âmbito. Dadas as oportunidades de aprendizagem, foi possível adquirir competências que permitiram prestar cuidados específicos à pessoa submetida a ventilação não invasiva, assegurando uma vigilância eficaz da mesma.

O trabalho de equipa, uma estratégia fundamental e que considero ter sido um dos pontos mais fortes e que mais facilitou a integração e desenvolvimento de competências ao longo deste percurso de aprendizagem. Por fazerem parte de uma equipa, os profissionais de saúde devem saber executar as suas atividades em interação, para que desta resulte uma melhoria da prestação de cuidados (Chaves, 2004). Em paralelo, a mobilização de sinergias e competências de cada um dos intervenientes neste processo, estimularam a motivação e impulsionaram uma aprendizagem com base na confiança e segurança, inerente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao analisar e confrontar a experiência vivenciada em SU na implementação das atividades preconizadas para o objetivo específico: **«Prestar cuidados especializados imediatos, de manutenção e estabilização das funções vitais, à pessoa em situação crítica que é admitida nas Salas de Reanimação e de Trauma do SU»**, com a experiência profissional e as competências adquiridas ao longo destes três anos de prática, no contexto de hemato-oncologia, aquando do contato com as diversas situações clínicas da pessoa admitida na sala de Trauma e Reanimação, a prestação de cuidados e a abordagem à pessoa em situação crítica com afeções do foro médico, foi aquela que permitiu uma maior aplicabilidade dessas mesmas competências. A necessidade de submeter a pessoa assistida a procedimentos não invasivos – ventilação não invasiva e a múltiplos procedimentos invasivos – colocação de catéteres venosos centrais, linhas arteriais e entubações endotraqueais que culminaram com a necessidade de ventilação invasiva, foram múltiplas ao longo deste percurso. Perante esta realidade, foi possível ter contato com situações que permitiram e exigiram a avaliação e interpretação de vários valores analíticos, gasimetrias e padrões vitais de forma invasiva e não invasiva.

Ao nível da ventilação mecânica invasiva, pela especificidade e inexperiência na prestação de cuidados específicos nesta área, houve a necessidade de promover a autonomia progressiva neste tipo de abordagem, discutindo e adotando as estratégias mais adequadas para cada situação. Neste processo, houve um trabalho contínuo do ponto de vista da aprendizagem e auto-formação, onde enquanto formando há que destacar o papel preponderante do formador, que promoveu e estimulou continuamente a aquisição e consolidação desta competência. A contextualização desta realidade, é bem patente no trabalho de Rosário (2007, p. 55), que atribui à enfermagem enquanto profissão e disciplina científica, a necessidade de exigir aos seus profissionais que:

«(..)possuam uma formação sólida para benefício da saúde dos cidadãos, o que só se tornará possível através de um processo contínuo de aprendizagem com frequentes actualizações de conhecimentos. Sabemos que, para que um profissional se torne perito em determinado assunto, exige que efectuem investigações continuadas sobre o mesmo e que tenha conhecimento de outras opiniões (de pares e de peritos).»

Ainda neste âmbito, da colaboração na realização de procedimentos invasivos, foram mobilizados continuamente conhecimentos relativos ao controlo de infeção e à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Discutiui-se, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, a pertinência das intervenções preconizadas pelo Procedimento Multisetorial do CHLC, tal como aquelas que são definidas pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção (Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006) relativo à prevenção das infeções associadas aos dispositivos intra-vasculares. Neste sentido, a reflexão na prática e sobre a prática junto da equipa de enfermagem, foi fundamental para identificar a necessidade de analisar e divulgar o primeiro documento, através da realização de

um resumo do mesmo, que ficou disponível para consulta junto da equipa de enfermagem – Apêndice 2.

No campo de ação das habilidades comunicacionais e de suporte emocional, a relação de ajuda, tal como é defendido por Ferreira (2006), implica o desenvolvimento de uma relação de proximidade de forma espontânea onde o profissional pode utilizar todas as suas habilidades baseando-se na capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia. No que concerne aos resultados, é preconizado o apoio à pessoa, família e/ou pessoa significativa na expressão de emoções e na verbalização do seu problema, retribuindo com a compreensão empática. Na perspetiva de Queirós (1999) e Ferreira (2006), a identificação de sinais e sintomas na pessoa, que possam indicar a presença de mal-estar e ansiedade, desempenha um papel preponderante. A disponibilidade e compreensão para escuta-lo e encoraja-lo e/ou os seus semelhantes a exporem as suas preocupações e a aceitação prévia por parte destes, são requisitos essenciais a ter em conta na formulação de resultados esperados preconizados no planeamento de cuidados. No âmbito da teoria das transições de Meleis (2010), esta é uma oportunidade única para que o enfermeiro intervenha no processo de transição saúde-doença, atuando junto da pessoa e família. O papel da enfermagem, destaca-se também na identificação dos problemas e eventuais necessidades que este processo poderá gerar, assumindo a colaboração profissional – pessoa/família um papel preponderante na implementação de estratégias facilitadoras desta transição.

Face ao anteriormente enunciado e, transpondo esta linha de pensamento para a prestação de cuidados em SU, dadas as vivências neste contexto, foi escolhida uma situação com a qual fui confrontado e que suscitou a necessidade de refletir sobre a mesma. Indo ao encontro dos objetivos previamente traçados para o estágio em SU, de forma a adquirir e mobilizar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a permanência na sala de reanimação e na sala de trauma, permitiu contactar com situações de crise/imprevisíveis que implicam a mobilização e desenvolvimento de algumas competências. Por outro lado, o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas, que acabam por facilitar a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados, envolvendo questões do domínio ético, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais, foi um dos pontos mais fortes neste processo de aprendizagem. A necessidade de refletir e justificar as decisões tomadas e atitudes terapêuticas implementadas, levou a que realizasse um incidente crítico neste âmbito – Apêndice 1, facilitando desta forma a consolidação de competências como: «Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;» e «Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada».

O pensamento crítico, como requisito para a prática especializada de enfermagem, foi neste contexto, mobilizado aquando da discussão e do esclarecimento de dúvidas direcionadas

para a prática. A melhoria dos cuidados prestados em contexto de sala de Trauma e Reanimação, foi desta forma uma preocupação constante. A sistematização dos mesmos, principalmente junto da pessoa vítima de trauma, teve como suporte documentação e bibliografia direcionada para a abordagem segundo a metodologia ABCDE, contemplando a importância da identificação da cinemática do trauma em questão. Em termos de prestação de cuidados e abordagem da vítima neste setor do SU, considerou-se que os objetivos eram ambiciosos, mas foram poucas e as oportunidades de aprendizagem. Durante todo o estágio, houve apenas uma situação em que foi necessário mobilizar todos os conhecimentos que tinha nesta área. A Pós-Graduação, realizada no âmbito da Urgência e Emergência Hospitalar em 2010/2011, enriqueceu em termos teórico-práticos os cuidados prestados, dado que forneceu ferramentas úteis e necessárias para a abordagem da vítima politraumatizada. Perante os objetivos direcionados para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e a necessidade de implementar as respetivas atividades, de modo atingi-los, o «Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;» e o «Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização», foram competências adquiridas neste campo, de modo a «Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;».

Em termos de registos e utilização do programa informático HCIS, em vigor no SU do HSJ, pelo conhecimento e utilização prévia do mesmo, não foram sentidas dificuldades na sua aplicação. Como novidade, surgiu o registo de ocorrências anteriores e a atribuição de *scores* no contexto de trauma. Face à necessidade de recolha de informação para melhorar o planeamento dos cuidados a prestar, em contexto de urgência, o enfermeiro tem junto das equipas de transporte de pessoas em situação crítica e restantes acompanhantes, um papel preponderante para colher dados e realizar uma avaliação inicial direcionada. Esta fase do processo de enfermagem, encontra-se na base de qualquer procedimento, sendo reconhecida como um elemento da qualidade dos cuidados. Simultaneamente, tem um papel preponderante na sua planificação e posterior avaliação, permitindo inferir acerca da pertinência das intervenções implementadas e respetivos resultados (Phaneuf, 2001).

Pelas características preconizadas para a sala de trauma e de reanimação, em que se visa a estabilização da pessoa em situação crítica, o transporte desta para unidades de cuidados intensivos e outras unidades de apoio do CHLC é uma constante. O transporte da pessoa nestas circunstâncias, envolve alguns riscos, mas a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, justifica-se pela necessidade de proporcionar um nível assistencial mais diferenciado, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, dos quais não pode usufruir no serviço ou na instituição, onde se encontra internada (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008). Neste sentido, houve a oportunidade de acompanhar pessoas em situação crítica e não crítica, no transporte intra e inter-hospitalar, planeando e avaliando as necessidades inerentes a esta

atividade que poderá acarretar inúmeros riscos. Estes transportes foram sempre planeados e efetivados tendo por base a norma do CHLC que se refere ao transporte do «Doente crítico e não crítico» e as próprias diretrizes/recomendações aprovadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008).

Ao formular os dois objetivos específicos que são enumerados em seguida: **«Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados a realizar à pessoa com antecedentes de patologia hemato-oncológica, que seja admitida no SU do HSJ»** e **«Desenvolver competências na promoção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros do SU através da realização de uma sessão de formação sobre a pessoa com alterações hemato-oncológicas no SU»**; a estratégia utilizada de forma a atingi-los, foi a proposta de elaboração de uma sessão de formação direcionada para esta temática. Com base na identificação das necessidades formativas dos enfermeiros do SU, e após reunião com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, concluiu-se que a temática dos cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hematológicas suscitava muitas dúvidas e receios. Por ter experiência nesta área, considerou-se que uma sessão de formação que abordasse as especificidades, as características inerentes às patologias deste foro e os respetivos cuidados de enfermagem, seria a melhor forma de cumprir os objetivos. Esta forma de realizar a formação valorizando os contextos de trabalho e a articulação formação-ação, retira a importância ao papel do formador como elemento fundamental de um processo formal de transmissão de conhecimentos, e também à passividade dos formandos envolvidos numa formação com carácter de reciclagem. Desta forma, o formador passa a ter um papel comunicacional, induzindo um trabalho de interpretação nos formandos e de reflexão, conferindo-lhe um carácter ativo (Santos, 2008).

Realizou-se então, uma apresentação em formato digital – Apêndice 3 e 4, do tipo *Power Point*, cujos conteúdos iam ao encontro da temática anteriormente mencionada. Como objetivos dessa mesma sessão de formação, foi contemplada a necessidade de partilhar conhecimentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem direcionados para a pessoa com alterações hemato-oncológicas. Dentro destes, há que destacar o dever de identificar precocemente o elevado risco de hemorragia e de infeção associado à trombocitopenia e neutropenia, respetivamente. Inerente a estes, e como súmula da importância desta atividade, surge a necessidade de uniformizar cuidados face à pessoa com patologia hemato-oncológica.

A sessão de formação, foi realizada para três grupos em duas datas distintas. O *feedback* em relação à realização da mesma foi bastante positivo, tal realidade, é evidenciada na análise dos dados relativos à avaliação da sessão – Apêndice 5. Deste modo, as competências a desenvolver em Estágio, propostas pelo plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em EMC da UCP, que foram plenamente atingidas, focam-se essencialmente na capacidade de: «Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência

profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada», no «Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.», no «Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização.» e na necessidade de «Promover a formação em serviço na sua área de especialização.».

MÓDULO III – OPÇÃO: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO CHLC – HSJ

Este segundo ponto, surge no âmbito da realização do Estágio em contexto de Bloco Operatório, preconizado no plano de estudos do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este decorreu no BOC do CHLC – HSJ durante o período de tempo compreendido entre 20 de Setembro e 10 de Novembro de 2012, perfazendo um total de 180 horas.

Com a realização deste Estágio, foram desenvolvidas e mobilizadas competências direccionadas para a prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos de urgência, em contexto peri-operatório.

No que respeita à consolidação e aquisição de novas competências, a ordem pela qual se realizaram estes estágios, todos eles na mesma instituição hospitalar, proporcionou um acompanhamento privilegiado da pessoa em situação crítica. Ao ter-se iniciado este percurso no SU do HSJ, foram adquiridas várias competências no que concerne à abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica, nomeadamente ao nível da estabilização hemodinâmica e no encaminhamento para as unidades / serviços do CHLC com capacidade de resposta efetiva face aos problemas identificados. O Bloco Operatório (BO), segundo Saadani et. al. (2006) é o ponto de convergência de numerosas atividades de um hospital, já que se encontra em ligação, direta ou indireta, com a maioria dos serviços e especialidades médicas. Assim, o Bloco Operatório encontra-se numa cadeia direta com outros serviços, estabelecendo uma relação de valores (Pegado, 2010).

O BOC, desempenha em todo este processo, um papel preponderante; é neste serviço que para além de procedimentos eletivos se realizam os procedimentos cirúrgicos de carácter urgente e emergente. Nestes, a imprevisibilidade é uma constante, em que a rapidez com que se inicia o procedimento, poderá ser determinante para o prognóstico da pessoa.

Face aos objetivos traçados, para adquirir as competências preconizadas pela UCP para o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMENP - MC), acompanhou-se uma das equipas que assegura o funcionamento do BOC em contexto de urgência. Como primeiro objetivo específico, pretendeu-se «**Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a**

cirurgia urgente em contexto peri-operatório». No âmbito das atividades preconizadas para atingir este objetivo específico e simultaneamente desenvolver as competências contempladas pelo plano de estudos do CMENP – EMC, houve necessidade de identificar previamente requisitos e estratégias facilitadoras; nomeadamente no que se refere à dinâmica de funcionamento, estrutura física, circuitos e as próprias áreas características do BOC.

O BOC do CHLC – HSJ é constituído por seis salas de operações (um a seis), que aquando das cirurgias de âmbito programado, funcionam com uma especialidade fixa - 1 – Urgência, 2 – Urologia, 3 - Cirurgia Vértebro-Medular, 4 – Cirurgia Geral, 5 - Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e 6 – Otorrinolaringologia. Estas salas funcionam em pleno durante o turno da manhã e respetivo prolongamento até às 20 horas, de modo a dar resposta aos planos operatórios diários de cada especialidade. No período em que se encontra assegurada a urgência, este BOC, tem recursos humanos para assegurar o máximo de 3 salas em funcionamento simultâneo. De acordo com os requisitos preconizados para um Bloco Operatório (BO), a indução anestésica, poder-se-á realizar numa sala específica; tal não acontece no BOC do HSJ devido à inexistência da mesma. Este procedimento é realizado na própria sala de operações.

O BOC é dotado de uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), que tem capacidade para quatro camas. Aqui são prestados cuidados imediatos, de forma a atenuar os efeitos secundários e assegurar manutenção/estabilização das funções vitais da pessoa submetida ao trauma anestésico-cirúrgico no pós- operatório imediato. A UCPA do BOC, não possui capacidade para manter pessoas submetidas a ventilação mecânica e que requeiram uma vigilância mais rigorosa no que respeita às diferentes técnicas de substituição de órgão/sistema. Nestes casos específicos, o pós-operatório imediato é assegurado numa Unidade de Cuidados Intensivos que possa assegurar todas as técnicas necessárias à estabilização e monitorização da pessoa.

Ao nível de salas de desinfeção, no total, existem duas. Cada uma delas, é comum a duas salas operatórias (a primeira serve as salas 3 e 4 e a segunda serve a 5 e 6). É aqui que se procede à higienização e lavagem cirúrgica das mãos do enfermeiro instrumentista e cirurgiões que vão participar na cirurgia; os lavatórios são de inox, possuem espelho à frente e sistema de água comandado por sensor. O antisséptico utilizado é o «diglorado de clorhexidina»; após esta lavagem, o cirurgião e o enfermeiro instrumentista dirigem-se para o «teatro operatório» através de portas de sentido único que separam estas duas salas. Quanto à estrutura física, podemos ainda contabilizar: quatro arrecadações, uma sala de sujos (roupa e lixos) e uma sala de tratamento de material. Nestas arrecadações, em divisões distintas, encontra-se armazenado o material esterilizado e não esterilizado. A reposição do material estéril e medicação, realiza-se na arrecadação do material esterilizado; esta comunica diretamente para o exterior por uma janela. Já a reposição de roupa, é efetuada pela zona de *transfer* da entrada principal do BOC. Relativamente aos vestiários, existem 2 vestiários, um

masculino e outro feminino, são dotados de WC e lavabos. À saída destes, encontramos, em cada um deles, um degrau que funciona como zona de *transfer*.

Não tem câmara escura ou laboratório de análises ou de anatomia patológica. Os tecidos cirúrgicos são enviados para os laboratórios centrais. No que respeita aos requisitos específicos de um BO, de acordo com o que foi observado e transmitido, este BOC possui todos os requisitos necessários e que estão preconizados para o funcionamento deste tipo de estrutura, tal como é preconizado no documento «Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório» (ACSS, 2011).

De modo a fomentar a integração na dinâmica organo-funcional do BOC, consultaram-se alguns Procedimentos Setoriais e Multissetoriais da área de anestesiologia e Blocos Operatórios do CHLC, nomeadamente «Utilização em segurança do equipamento anestésico», «Contagem e conferência de dispositivos médicos utilizados nos procedimentos cirúrgicos», «Verificação de segurança do doente cirúrgico» e «Posicionamento do doente na mesa operatória». Estes contemplam temáticas pertinentes como a definição do circuito, a responsabilidade dos profissionais no transporte do doente cirúrgico, a utilização em segurança do equipamento anestésico, entre muitas outras especificidades inerentes à segurança da pessoa submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos. Indo ao encontro da posição assumida pela Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (2004, pg.1), e ao trabalho conjunto desenvolvido com a AESOP, «(...) o bloco operatório foi definido como uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório.». Toda esta informação e conhecimentos adquiridos, foram colocados em prática, nomeadamente na transferência de pessoas para as unidades de cuidados intensivos e enfermarias dos diversos serviços cirúrgicos do CHLC.

Ao realizar uma análise, de todas as intervenções de enfermagem especializadas implementadas em contexto de intra-operatório, no caso específico das funções atribuídas ao enfermeiro instrumentista, há que ressaltar que a instrumentação de procedimentos cirúrgicos exige um domínio da área e requer uma aprendizagem e formação prolongada. Esta realidade, encontra-se bem evidenciada por Mendonça (2011, p.38) nas normas realizadas para o Bloco Operatório do Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - «O Enfermeiro(a) perioperatório com funções de instrumentista, é o profissional que no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório; pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que diz respeito à técnica e acto cirúrgico. Aplica e desenvolve competências relacionadas com a técnica cirúrgica, técnica asséptica, princípios de Instrumentação e dispositivos médicos.».

Transpondo para a prática as limitações temporais existentes neste processo de aprendizagem, durante o estágio considerou-se que seria um pouco utópico atingir todos os objetivos inerentes à prestação de cuidados direcionada para as funções do enfermeiro instrumentista. A realização de uma reflexão, surgiu como estratégia de colmatar as limitações anteriormente referidas. Ao analisar criticamente as experiências vivenciadas no contexto peri-operatório, mais especificamente, no que concerne às funções do enfermeiro instrumentista, foram sistematizadas as competências adquiridas que sustentam a prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica nesta área de intervenção. Prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra sem interferências, são intervenções de carácter autónomo, interdependente ou dependente para as quais o enfermeiro instrumentista deverá mostrar aptidão.

Ao analisar o decorrer das diversas cirurgias e as diferentes características das intervenções realizadas aquando da implementação do plano de cuidados, nas situações de urgência e perante a inexistência de uma consulta pré-operatória, a informação fornecida pela restante equipa multidisciplinar adquire um papel preponderante. É através desta, que em colaboração com o enfermeiro circulante, o instrumentista seleciona o material necessário, podendo antecipar possíveis complicações para as quais terá de dar resposta de forma efetiva e sistemática. Pela própria definição de Bloco Operatório, instituída pelo Ministério da Saúde em 2001, este serviço é definido como «(...) uma Unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia.» (Lopes, 2012, p. 16).

Assim do ponto de vista da assepsia, que é mencionada como requisito básico, o enfermeiro instrumentista desempenha um papel preponderante neste campo. Durante a prestação de cuidados especializados em contexto peri-operatório, no papel de instrumentista, a manutenção da técnica asséptica e a preocupação em controlar e verificar as condições do material utilizado durante a cirurgia – rastreabilidade dos dispositivos médicos de uso único (DMUN) e dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM), esteve sempre presente. Associada a esta preocupação, a necessidade de criação de estratégias para um controlo eficaz da contagem do material utilizado e a proatividade nas intervenções que visam a manutenção da segurança da pessoa assistida, foram fundamentais para continuar a desenvolver competências como a avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas e a gestão eficaz dos cuidados prestados.

Atualmente, se for tida em conta a realidade defendida e justificada pela OE (2012), que identifica os hábitos da prática e não a prática baseada na evidência como um dos principais fatores que impede o alcance dos objetivos de uma boa prática, das tomadas de decisão mal informadas poderão resultar consequências como a variação da prática e o compromisso ao nível da eficácia, eficiência dos serviços. Face a esta evidência, a

sistematização das intervenções de enfermagem, realizadas neste contexto de peri-operatório, sob a forma de reflexão enriquecida com fundamentação teórica proveniente da revisão da literatura, reflete a permanente necessidade de aprofundar os conhecimentos nesta área de especialização. Não obstante, esta iniciativa poderá traduzir uma estratégia de incorporar na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, que poderão suportar uma prática especializada e baseada na evidência.

Enquanto enfermeiro de apoio à anestesia, pelas oportunidades proporcionadas, foi possível validar a «lista de verificação pré-operatória» das pessoas provenientes do internamento de cirurgia e do Serviço de Urgência, realizando também neste momento a avaliação inicial. A dupla verificação da informação fornecida, a certificação de que a pessoa não apresenta próteses ou outras ortóteses, a identificação com nome completo e data de nascimento, a par da colocação da pulseira universal de identificação de alergias, são estratégias aplicadas na admissão no BO que promovem uma diminuição substancial do risco de ocorrerem erros ou incidentes.

O acompanhamento da pessoa desde a zona de transfer no BO até à sala de operações, é fundamental. É possível supor que a antecipação da cirurgia desencadeia sentimentos potencialmente negativos na perspectiva de cada indivíduo. Esta depende dos dados da realidade que este possui, estando estes diretamente relacionados com as experiências que teve ao longo da vida, com os significados atribuídos a estes eventos e com as próprias formulações sobre a cirurgia (Juan, 2007).

Durante este curto trajeto, os níveis de ansiedade da pessoa podem agravar-se substancialmente; a incerteza, a dúvida e a crença em alguns mitos que se perpetuam em relação ao procedimento anestésico e cirúrgico, são muitas vezes o fator desencadeante deste quadro. A desmistificação, a clareza na exposição da informação fornecida e o respeito pelas crenças da pessoa, foram instrumentos utilizados que justificam a aquisição e mobilização da competência - «Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura».

Não menos importante, é a validação do consentimento informado - «Consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido o consentimento. O consentimento pode ser dado de forma escrita ou oral, ou por outro meio directo de manifestação da vontade» (ARS Norte, 2009, p.1). Esta é uma etapa fundamental para a qual o enfermeiro de apoio à anestesia está atento, tendo sempre por base a necessidade de validar a informação fornecida.

Já na sala de operações, as intervenções assumem um caráter mais técnico. A monitorização e interpretação correta dos parâmetros vitais e a verificação da permeabilidade dos acessos obturados ou com soroterapia em curso, são condições prévias à indução anestésica. Após a preparação dos fármacos anestésicos e imediatamente antes da sua administração, todas as condições de segurança são revistas. Face à especificidade de cada categoria farmacológica, foi necessário realizar pesquisa de literatura acerca das mesmas, de modo a facilitar e permitir uma monitorização mais segura. Pela ação dos curarizantes e relaxantes musculares, impõe-se a necessidade de submeter a pessoa a uma entubação endotraqueal e conseqüentemente a ventilação invasiva. O conhecimento progressivo do material necessário para estes procedimentos, e a sequênciã dos mesmos, facilitou a colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, o que se traduziu em inúmeros ganhos em saúde para a pessoa assistida.

Atualmente, com a evolução progressiva dos meios tecnológicos, em contexto de peri-operatório, a monitorização tornou-se mais segura. Com a implementação da monitorização da consciência e do grau de profundidade anestésico através do Índice Bi-Espectral - BIS (Kelley, 2009) e concomitantemente com a utilização de ventiladores em que é possível quantificar os níveis de halogenados e restantes gases respiratórios, o controle anestésico e avaliação da sua eficácia, tornou-se mais seguro. A necessidade de cruzar os dados fornecidos relativos a estes parâmetros, facilitou-me o desenvolvimento da capacidade de antecipação para reagir perante situações imprevistas e complexas. Nestes casos, uma intervenção rápida e direcionada, é fundamental para reverter um quadro que por vezes se pode apresentar pouco favorável.

Tendo por base o conceito de escrita sensível, que «é o modelo de escrita apontada para testemunhar a prática clínica do cuidar, a qual deve ser reflectida em situação e ousada na criatividade.» (André et al, 2008, p.53), e transpondo-o para a realidade dos registos de enfermagem realizados no contexto intra-operatório, foram realizados de forma sistemática, atendendo à necessidade de continuidade cuidados e à humanização da pessoa, sem a reduzir a uma simples situação (Heesben, 2007). O reforço das intercorrências, dos possíveis focos de instabilidade e a preocupação em perspetivar progressivamente registos não instrumentalizados, foram uma constante, demonstrando assim um aprofundar de conhecimentos na área de especialização médico-cirúrgica.

Aquando do desempenho das funções de enfermeiro circulante, zelou-se pela segurança da pessoa, desde a entrada na sala de operações até à transferência para a UCPA. Ao preparar as salas de operações, organizar as mesmas de modo individualizado, personalizado, e ao ter em conta a especificidade de cada procedimento cirúrgico, as necessidades da pessoa assistida foram satisfeitas. Testar previamente os equipamentos e colaborar na verificação das salas operatórias de acordo com o protocolado pelo Procedimento Multisectorial «Utilização em Segurança do Equipamento anestésico» (CHLC, 2012), foi uma

forma eficaz de promover a segurança e identificar, possíveis riscos, que poderiam advir de uma falha neste procedimento. A preparação prévia do material a utilizar numa cirurgia de urgência, depende muito da informação prévia que é fornecida à equipa de enfermagem. De acordo com o diagnóstico, estabilidade hemodinâmica, antecedentes pessoais da pessoa e até da experiência da equipa multidisciplinar que vai intervir, o enfermeiro circulante pode identificar necessidades/problemas para melhor planear as atividades/cuidados a implementar no intra-operatório, tal como é preconizado pela OE (2004, p.2) - «O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.». Esta competência é indispensável, uma vez que se relaciona com a necessidade de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, neste contexto da prestação de cuidados.

Ainda no âmbito da realização de registos de enfermagem, é atribuído ao enfermeiro circulante, o registo em impresso próprio, dos DMUM e dos DMUU, atestando a sua rastreabilidade. Este é um procedimento de segurança que se relaciona com a temática do controlo das IACS, mas existem outros mesmos procedimentos também no âmbito da diminuição do risco de ocorrência de acidentes/incidentes. A contagem e registo do número de compressas e corto perfurantes antes do término da cirurgia, fica a cargo do circulante, que valida todo procedimento com o instrumentista, tal como se constatou na prática de cuidados. A capacidade de antecipar progressivamente as necessidades dos outros elementos da equipa multidisciplinar, é uma competência que se exige ao enfermeiro circulante, que em simultâneo mantém a segurança da pessoa de forma contínua.

Após a pessoa ser intervencionada e sair da sala de operações, é encaminhada para a UCPA ou para uma unidade de cuidados intensivos, para que sejam assegurados os cuidados específicos no período pós-operatório imediato. O período de recobro pós-anestésico consiste no «(...) intervalo de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico efectuado sob anestesia geral, loco-regional ou sedação» (AESOP, 2006, p.155). Este período é considerado um período crítico e de grande vulnerabilidade para a pessoa, dado que o trauma anestésico-cirúrgico poderá implicar a ocorrência de complicações. Na medida em que cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro (AESOP, 2006), os cuidados de enfermagem na UCPA, assumem particular relevância para responder adequadamente aos desafios deste período. A receção da pessoa na UCPA, deverá ser previamente planeada, de modo a que a própria unidade disponha das condições e materiais necessários que permitem a vigilância contínua e antecipação de sinais de instabilidade hemodinâmica ou do padrão ventilatório da pessoa. Para além da necessidade de implementar as intervenções inerentes à monitorização dos parâmetros anteriormente referidos, é necessário encontrar estratégias que permitam manter as condições de segurança

adequadas e estabelecer uma comunicação eficaz – deste ponto de vista, a prestação de cuidados em enfermagem, como uma prática assistencial humanizada, deve estar centrada na necessidade de comunicar estrategicamente de modo a aproximar e promover a relação enfermeiro-pessoa assistida (Carneiro et al, 2009).

O continuum observação e vigilância, adquire um papel fundamental na identificação de necessidades/problemas reais ou potenciais. A promoção do conforto, tal como Kolcaba (1992) que o define, é um conceito positivo, holístico, bidimensional, teoricamente possível de definir e operacionalizar. Analisando os efeitos secundários do trauma anestésico-cirúrgico, nesta unidade, esta intervenção assume um papel crucial para uma prestação de cuidados personalizada e de qualidade. A dor, as náuseas, os vômitos e a hipotermia, são problemas comuns neste período (Abelha et al, 2006), estando diretamente relacionados com os efeitos secundários decorrentes do processo anestésico-cirúrgico. A avaliação sistematizada e contínua da dor (OE, 2008) tal como a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da mesma, foram uma constante na prestação de cuidados, integrando as boas práticas definidas pelo guia orientador da OE acerca da temática da dor.

De acordo com o que é definido na publicação do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (2008): «Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório», o controlo das perdas hemáticas, através da vigilância do débito dos drenos e do despiste de repasses hemáticos no penso da ferida operatória ou perdas através da mesma, é uma intervenção que deverá ser realizada, em pelo menos dois momentos distintos - aquando da receção do utente e imediatamente antes da transferência. Tendo-se verificado esta prática aquando da permanência da pessoa na UCPA, considera-se assim, que foi plenamente adquirido o leque de competências que se prendem com o «Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;», o «Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar»; e o «Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização».

Ainda neste contexto, surgiu a oportunidade de poder desenvolver competências comunicacionais com jovens adultos portadores de déficite cognitivo e respetivos familiares. Foi um desafio, no sentido em que a prestação de cuidados implicou a implementação de estratégias específicas de comunicação; o envolvimento dos familiares como intermediários na prestação de cuidados foi fundamental, uma vez que muitos dos jovens se recusavam constantemente a que os profissionais fossem os principais prestadores de cuidados. Assim, foi possível «Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;» e em simultâneo foi promovida a avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente à pessoa, segundo uma perspetiva profissional avançada.

No que concerne aos registos e à transmissão formal da informação, foram utilizados os impressos próprios em vigor e foi adotada a mnemónica “IDEIA” (Identificação, Diagnóstico, Especificações, Intervenção e Avaliação) para a transmissão oral de ocorrências aquando da transferência da pessoa. Este é um mecanismo útil na uniformização da transmissão da informação, que permite em simultâneo uma melhoria significativa na continuidade dos cuidados (Calisto et al, 2011).

Face ao objetivo específico, «**Desenvolver estratégias que garantam a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos urgentes no BOC**», conseguiu-se aplicar a lista de verificação cirúrgica da OMS a várias pessoas, quer em contexto de cirurgia programada, quer em contexto de situação de urgência. A aplicação desta lista, tem ganhos significativos na segurança da pessoa que é submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos e permite desenvolver uma metodologia de trabalho mais eficaz na assistência prestada (DGS, 2010).

Ainda no que concerne a esta temática, e respetiva implementação de mecanismos de segurança da pessoa submetida a intervenção cirúrgica no BOC do CHLC – HSJ, foi realizada um reflexão crítica que incidiu sobre essa mesma necessidade – Apêndice 6.

No sentido de melhorar a continuidade dos cuidados, e em simultâneo perspetivar esta ação de melhoria como mais um elemento inerente à prestação de cuidados especializados seguros, realizou-se uma auditoria clínica interna relativa à aplicação da mnemónica «IDEIA». Foi utilizada uma «check list» já existente, e que havia sido utilizada neste contexto – Anexo 2. Previamente à auditoria, elaborou-se um documento do qual constou o planeamento da mesma – Apêndice 7 e após a realização desta, analisaram-se descritivamente os dados obtidos, tal como se encontra patente no apêndice 8. Esta iniciativa, foi uma estratégia que revelou a necessidade de ser criativo, interpretar e resolver problemas nesta área de especialização.

MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS: UCIP 1 DO CHLC - HSJ

Este módulo decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) do CHLC – HSJ, desde o dia 14 de Novembro de 2012, prolongando-se até ao dia 19 de Janeiro de 2013.

De acordo com a informação disponibilizada e patente no «Manual de Integração de Enfermeiros na UCIP1», este serviço encontra-se integrado na Área dos Cuidados Intensivos e Urgência do CHLC, encontrando-se preparado para atender às necessidades da pessoa em situação crítica. Abrange e dá resposta no âmbito das especialidades médica, cirúrgica e traumatológica. Tendo por base a caracterização de pessoa em situação crítica, que é definida como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas,

tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos e SPCI, 2007:9), a UCIP 1, admite pessoas em situação crítica com proveniências diversas. Estas poderão provir de todos os pólos do CHLC ou, por contato/acordo prévio, referenciados por outras instituições hospitalares ou ainda pelo centro de orientação de doentes urgentes (CODU). Sempre que uma pessoa, necessita ou possa vir a necessitar de vigilância e monitorização hemodinâmica contínua 24 horas, suporte ventilatório ou técnicas de substituição renal, a UCIP 1 é um dos serviços que dispõe destas valências e tem capacidade de resposta ao nível de recursos físicos e humanos, para este tipo de situação.

Esta unidade de cuidados intensivos polivalente, insere-se na classificação de nível III do Ministério da Saúde – (DGS, 2003), tendo também no pólo do HSAC uma unidade de nível II com a lotação de 4 camas. Tem equipas, médica e de enfermagem, funcionalmente dedicadas; reúne os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispondo de medidas de controlo contínuo de qualidade que vão ao encontro do projeto implementado pelo grupo do programa de qualidade e acreditação do CHLC. Este assume três áreas prioritárias e transversais a todas os serviços clínicos, cujos indicadores de qualidade são a avaliação do risco de queda e, monitorização dos incidentes de queda; avaliação do risco de úlceras de pressão e, monitorização de úlceras de pressão e da dor.

No que concerne à estrutura física, tal como nos é apresentada e descrita por Lourenço et al (2010, p. 9-10), «A UCIP 1 encontra-se no segundo piso do edifício principal do Hospital de São José. Tem uma entrada principal, sendo por esta que, profissionais, visitas e doentes devem circular e, uma segunda porta, do lado oposto, que apenas deverá ser utilizada para a circulação de doentes para o bloco operatório.» Atualmente, dispõe de uma lotação de 16 camas, das quais oito estão destinadas a pessoas que necessitam de suporte de órgão em cuidados intensivos – nível III, quatro para doentes de cuidados intermédios – nível I e, as restantes quatro camas – nível II encontram-se noutra pólo do CHLC –HSAC. Estruturalmente, todas elas dispõem dos recursos que são considerados necessários para prestar cuidados médicos e de enfermagem de excelência, de acordo com o seu grau de especificidade.

Com a realização deste Estágio, foram desenvolvidas e mobilizadas competências direcionadas de forma a dar resposta ao objetivo geral pre-definido: **«Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contextos de unidade de cuidados intensivos e de cuidados intermédios.»**

Após as experiências vivenciadas em contexto de SU e BOC, neste último estágio, que engloba a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos /cuidados intermédios, foi possível consolidar algumas das competências que foram previamente adquiridas, bem como, desenvolver e melhorar a componente de prestação de cuidados especializados de forma sistematizada.

Tendo por base o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho, para Costa et al (2011) este centra-se predominantemente na articulação de três dimensões: os atores, o contexto e os saberes, num processo dinâmico, interativo e sistémico. A construção e o desenvolvimento de competências profissionais, são também contextualizadas no âmbito da necessidade de existir uma responsabilidade partilhada entre o profissional enfermeiro e as condições/organização do contexto onde todo este processo se desenrola. Transpondo esta realidade para o percurso formativo realizado, o fato de ter sido cumprido na íntegra no CHLC, EPE – HSJ, foi identificado como aspeto facilitador. O conhecimento de componentes como a articulação e continuidade de cuidados entre serviços, normas, procedimentos sectoriais/multisectoriais e a organização e métodos de trabalho adotados, promoveu e reforçou de forma positiva este processo de aprendizagem.

Ao analisar o trabalho, percurso desenvolvido e competências adquiridas em contexto de UCI, surge obrigatoriamente como linha orientadora o projeto de estágio realizado. Face ao objetivo geral preconizado no projeto de estágio em contexto de UCIP, considera-se que este foi amplamente concretizado e atingido, através da realização das atividades direcionadas para cada um dos objetivos específicos traçados.

Atendendo ao primeiro objetivo - **«Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contextos de unidade de cuidados intensivos e cuidados intermédios»**, no contexto mencionado ao longo deste sub-capítulo, o conhecimento da metodologia de trabalho implementada, rotinas e dinâmicas de turno, foram atividades priorizadas e integradas plenamente na prestação diária de cuidados especializados na UCIP. As estratégias implementadas foram constantemente alvo de reflexão, de modo a poderem dar uma resposta adequada e personalizada aos objetivos. Neste caso específico, a consulta de documentação disponibilizada pelo serviço, foi uma estratégia implementada com sucesso e que demonstra a preocupação, interesse e necessidade em respeitar e cumprir as dinâmicas funcionais e orgânicas da UCIP1. Não obstante, o estabelecimento de um relacionamento interpessoal com os elementos da equipa multidisciplinar, que se baseou essencialmente na interajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa, foi uma mais-valia neste processo de integração. Perante esta análise, considero que a competência «Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar» foi adquirida e consolidada, através da integração na equipa de enfermagem e esclarecendo dúvidas que motivam a reflexão na e sobre as práticas desenvolvidas.

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a pessoas em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as suas necessidades. Os profissionais ao depararem-se com mudanças tecnológicas e novas exigências por parte da pessoa assistida, têm obrigação de desenvolverem novas competências, necessitando por vezes, adotar e promover transformações no seu processo de trabalho (Camelo, 2012). Pela prestação de cuidados

especializados à pessoa admitida/internada na UCIP, e no âmbito do desenvolvimento, mobilização e aprofundamento de competências direcionadas para a abordagem da pessoa em situação crítica, é fundamental referir a importância do momento da admissão da pessoa na UCI. Este momento específico, foi escolhido e identificado, de modo a poder implementar de forma sistematizada, as atividades direcionadas para o cuidar da pessoa em situação crítica. Reforçando esta mesma ideia, Hudak (2007) defende que o papel do enfermeiro em UCI, consiste em realizar uma avaliação inicial sistematizada que inclua as ocorrências anteriores, o exame físico e a implementação de intervenções que promovam o respetivo tratamento. Não obstante, deverá ter sempre presente as questões que se relacionam com o aconselhar e orientar a pessoa para a manutenção e continuidade do processo de saúde.

Neste contexto, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, foi necessário implementar intervenções que se prendem com a monitorização correta e adequada de parâmetros vitais, antecipando sinais e focos de instabilidade através da interpretação dos mesmos (OE, 2011).

Através da preparação da pessoa e do material para a realização de todos procedimentos invasivos, tal como na mobilização dos recursos humanos e materiais para dar resposta às situações de instabilidade hemodinâmica, conseguiu-se «Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente». Pela interpretação de valores analíticos e de gasimetrias, bem como pela monitorização e avaliação contínua da dor (através da escala de dor numérica ou pela BPS), foi demonstrada uma preocupação em desenvolver o aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização neste contexto específico. Desta análise e descrição, pode-se inferir que foi promovida frequentemente a avaliação e a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

No que se refere à avaliação inicial, esta foi uma etapa do processo de enfermagem realizada de modo sistematizado, o que facilitou a identificação de eventuais focos de instabilidade e permitiu «Demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;».

A falência, ou iminência de falência de órgão-sistema, é uma realidade comum numa UCI (DGS, 2003). Na UCIP 1 do HSJ, houve oportunidade de cuidar de pessoas que necessitavam de suporte de órgão-sistema; são exemplos dessas técnicas, a ventilação invasiva (VI) e as diversas técnicas de substituição renal (TSR).

Dado que a VI é uma técnica amplamente utilizada e faz parte do contexto das atividades diárias numa UCI, o enfermeiro necessita ter conhecimentos específicos sobre a mesma para garantir a prestação de cuidados de excelência. Esta qualidade, poder-se-á repercutir na evolução clínica da pessoa submetida a esta terapia. O discernimento, os conhecimentos e as competências do enfermeiro que presta este tipo de cuidados são

fundamentais para identificar indícios de infecção, alterações gasimétricas e controlar possíveis complicações (Marques e Oliveira, 2007). Atender às necessidades das pessoas que são submetidas a este tipo de técnica, implica a mobilização ou aquisição de competências específicas, tal como foi anteriormente referido. Neste sentido, face às experiências anteriores em Serviço de Urgência, mais especificamente ao nível da sala de reanimação, e em contexto de Bloco Operatório, enquanto enfermeiro de apoio à anestesia foi necessário mobilizar as competências adquiridas nestes âmbitos e aplica-las, de forma a prestar cuidados seguros e direcionados à pessoa submetida a VI.

De acordo com o contexto do parágrafo anterior e indo ao encontro dos dados epidemiológicos referentes à pneumonia associada à ventilação (PAV) - que é considerada a segunda causa de infecção nosocomial, sendo responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar (Geadá, 2011), tornou-se fundamental adotar e mobilizar conceitos /práticas/intervenções no âmbito do controlo de infecção e prevenção das IACS. A implementação de cuidados de enfermagem especializados e reflexão na e sobre a prática acerca desta temática, permitiram-me adotar um comportamento dirigido e focado para as recomendações relacionadas com a pessoa e equipamento, aquando da necessidade de suporte ventilatório invasivo.

No âmbito das técnicas de substituição renal, desenvolveram-se estratégias e criaram-se mecanismos de suporte à aprendizagem e aquisição de competências que possibilitaram monitorizar e cuidar da pessoa com falência ao nível renal e instabilidade hemodinâmica concomitante. A preferência por métodos contínuos, é determinada pela sua maior tolerância hemodinâmica, proporcionada pela remoção gradual de solutos e líquidos, permitindo menores variações na osmolaridade sanguínea e contínua adaptação do volume circulante. Deverá ser tido em conta que o próprio sucesso da técnica, depende de um protocolo de anticoagulação eficiente para manter a eficácia e permeabilidade do circuito extra-corporal. A uniformização de procedimentos e o treino adequado do pessoal de enfermagem são fatores major de sucesso e segurança na aplicação dos métodos de anticoagulação adotados na UCI (Cruto et al, 2009).

A necessidade de «Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização» e de «Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada», foram competências adquiridas na sequência desta prestação de cuidados e concretização dos respetivos indicadores de resultados, que incidiram fundamentalmente na pesquisa de suporte bibliográfico que sustentasse uma prestação de cuidados especializados e direcionados para as TSR.

Quer ao nível da ventilação mecânica invasiva, quer ao nível das técnicas de substituição renal, há requisitos/procedimentos-chave que têm de ser realizados para se poder assegurar a substituição de órgão-sistema. A entubação endo-traqueal, a colocação de linha

arterial ou cateter venoso central de hemodiálise, assumem nestas situações um papel fundamental. Face à experiência profissional e oportunidades de aprendizagem anteriores, foi possível destacar a capacidade para colaborar na preparação, implementação, monitorização e avaliação da eficácia das medidas de suporte efetuadas.

Tendo por base o percurso profissional, ao prestar cuidados diariamente a pessoas com antecedentes pessoais do foro hemato-oncológico, a imunossupressão tornou-se uma condição a ter em especial conta e que exige a adoção de medidas rígidas de controlo das IACS. As competências adquiridas neste contexto, e ao nível da prestação de cuidados em peri-operatório, foram mandatórias para manter essas mesmas medidas aquando da prestação de cuidados na UCI. Neste âmbito, a necessidade de melhorar constantemente as intervenções implementadas, de modo a ir ao encontro do que se encontra protocolado na UCIP 1 para cada um dos procedimentos invasivos que habitualmente têm lugar no serviço, foi fundamental para fortalecer e adquirir as competências que se prendem com a necessidade de «Melhorar, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional». «Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada», foi um desafio que ao longo deste percurso e, que nesta situação específica, permitiu alertar e despertar para a importância que o conhecimento prévio tem nas novas aprendizagens.

Encontrando-se o CHLC em processo de acreditação, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como a segurança da pessoa assistida, assumem neste contexto de UCI especial relevo. Ao focar a questão da segurança da pessoa assistida, apesar da mudança de contexto, deu-se continuidade a alguns dos objetivos formulados em contexto de Bloco Operatório. A lista de verificação de enfermagem, a de verificação cirúrgica e a do transporte de doente ventilado, são instrumentos em vigor na UCIP1, cujo principal objetivo é realização dos procedimentos em segurança, diminuindo ao mínimo o risco de erros com efeitos deletérios para a pessoa de quem cuidamos (Fragata, 2010).

A necessidade de planear e efetivar o transporte do doente crítico e não crítico, quer a nível intra-hospitalar e inter-hospitalar, é uma das outras áreas nas quais a segurança é fundamental. Este foi sempre efetivado de acordo com os protocolos de segurança que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e o próprio CHLC exigem, já anteriormente referidos no contexto de SU.

Face às competências de âmbito relacional, comunicacional e de carácter ético-deontológico, sempre que foi oportuno e atendendo às solicitações, promoveu-se a comunicação com a pessoa internada na UCIP que apresenta barreiras à comunicação e respetiva família. Compreender esta situação, em contexto de UCI, deve constituir preocupação para os profissionais de saúde que com ela contactam diariamente. O facto de

estarem impossibilitados de falar poderá funcionar como um impedimento a uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde (Rosário, 2009). A inexperiência neste campo, tal como a necessidade em desenvolver competências específicas direcionadas, criaram a necessidade de estabelecer códigos e outras estratégias que permitiram comunicar eficazmente com a pessoa submetida a técnicas/procedimentos que impõem como uma barreira à comunicação. Em análise, pode-se inferir que este tipo de intervenção permitiu adquirir a competência «Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura».

Do ponto de vista ético-deontológico, as temáticas da dignidade humana, limites terapêuticos e a pertinência da realização de determinadas manobras invasivas, estimularam a reflexão e a própria discussão juntos dos pares. Foram levantadas questões, que residem na temática da dignidade humana e no quão legítimo é submeter a pessoa a procedimentos, manobras e intervenções invasivas cujo benefício em algumas situações é mínimo face ao desconforto, riscos e desvantagens que apresentam (Lima, 2006). Estas questões, mereceram e continuam a merecer especial atenção, dado que se pretende continuar a discutir e a refletir na prática diária a sua importância. Não obstante, a promoção do desenvolvimento profissional de outros colegas, que sejam confrontados com situações semelhantes, é uma competência inerente à formação especializada que foi adquirida e consolidada neste contexto.

Ao ser formulado, o objetivo específico **«Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados a realizar à pessoa com antecedentes de patologia hemato-oncológica, em contexto de cuidados intensivos»**, foi tida em conta a realidade que atualmente se presencia na UCIP 1 na assistência à pessoa com patologia hemato-oncológica em situação crítica¹. Neste contexto, foram mobilizadas as competências adquiridas através da experiência profissional, das quais destaco a capacidade de identificar precocemente os elevados riscos de infeção/ hemorragia, que implicam a utilização antecipada de medidas de proteção e segurança para a pessoa assistida, promovendo a análise de casos clínicos com a equipa de enfermagem. Ainda no que respeita a esta temática, e de acordo com o objetivo específico **«Desenvolver competências no âmbito da formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica, através da realização de uma sessão de formação que responda a uma necessidade formativa identificada pelos enfermeiros da UCIP1»**, realizou-se uma sessão de formação direcionada para a temática da pessoa com alterações do foro hemato-oncológico na UCIP – Apêndices 9 e 10. Esta temática, foi identificada como uma

¹ Face à reestruturação do CHLC e consequentemente com o encerramento da UCIP 2 no HSAC, a UCIP1 – nível I, II e III, é atualmente o serviço de medicina intensiva que dá resposta aos doentes hemato-oncológicos em situação crítica, que anteriormente recebiam assistência na UCIP 2.

das necessidades formativas dos enfermeiros da UCIP 1, que reconhecem a prestação de cuidados nesta área como uma lacuna importante e à qual atribuíram interesse formativo.

Com a realização desta atividade, desenvolveram-se competências para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hemato-oncológicas, internada em contexto de cuidados intensivos. Paralelamente, partilharam-se conhecimentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem nesta área, alertando o público-alvo para as potenciais complicações do tratamento das hemopatias malignas. A contextualização dos motivos mais frequentes que levam à admissão desta pessoa na unidade de cuidados intensivos, assumiu um papel preponderante na compreensão da necessidade de mudança de comportamentos e motivação para a melhoria dos cuidados a prestar nestas situações – Apêndice 11.

Participar ativamente na tomada de decisão do enfermeiro especialista, aquando da abordagem da pessoa em situação crítica, foi uma atividade considerada pertinente, contextualizada e integrada na temática da tomada de decisão. Sendo esta a temática escolhida para adquirir um carácter transversal ao longo deste processo formativo, destaco a mais-valia que foi ser orientado por uma enfermeira especialista em EMC a exercer funções de chefe de equipa. O confronto constante, com situações que exigiram uma tomada de decisão rápida e complexa, implicou a elaboração da revisão sistemática de literatura patente no primeiro capítulo, tendo como ponto de partida a questão de investigação: - **Quais as estratégias e recursos utilizados pelo enfermeiro no processo de tomada de decisão na abordagem da pessoa em situação crítica?** As competências «Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência,» e «Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas», pelo que foi realizado e descrito, consideram-se que foram amplamente abrangidas ao longo deste processo formativo.

Dado que o desenvolvimento académico-profissional, se concretiza com a demonstração progressiva de comportamentos e capacidades específicas nesta área de intervenção específica da enfermagem especializada, as características pessoais e as expectativas face ao processo de aprendizagem interferem positivamente ou negativamente neste. A motivação, iniciativa, humildade e a autonomia progressiva foram promovidas ao longo de todos os módulos de Estágio, encontrando em contexto de UCI o ambiente e condições mais propícias para demonstrar, de forma efetiva e complementar, todas estas competências. Para isso, contribuiu de forma decisiva, o percurso anterior no SU BO.

A crítica, a discussão e a reflexão, como processos de crescimento pessoal e profissional, associados à avaliação contínua, constituem elementos preponderantes para a melhoria do desempenho. Deste modo, foram assimiladas neste processo de aprendizagem, todas as sugestões e críticas de forma a atingir os objetivos formulados. O facto de assumir as

dificuldades e limitações enquanto formando, permitiu desenvolver um processo de aprendizagem integrado e útil, que se repercute no âmbito da prática profissional como futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CONCLUSÃO

Após a realização deste relatório, pelo que foi exposto ao longo destes capítulos, o percurso realizado permitiu expor e consolidar a aquisição das várias competências direcionadas para o cuidar da pessoa/família em situação crítica nos diferentes contextos. Este percurso não se prende apenas com o descrever das atividades realizadas, mas sim com a forma como foram implementadas, de modo a responderem efetivamente às necessidades da pessoa assistida.

No âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, pelo que é proposto pela UCP no plano de estudos desta área, a prestação de cuidados de enfermagem em SU, e UCI permitiu consolidar e sistematizar a abordagem à pessoa em situação crítica. No campo de ação da temática do controlo de infeção, e respetiva prevenção das IACS, há que ter em conta que esta assume um carácter transversal a todas as áreas da prestação de cuidados, reconhecendo nesta, a importância que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desempenha na sua promoção e vigilância.

Face à experiência na prestação de cuidados especializados direcionados para a enfermagem peri-operatória, o BO surgiu como ambiente privilegiado para a observação e implementação de circuitos de segurança da pessoa assistida. Neste sentido, foram desenvolvidas competências específicas da área, mas também transversais à praxis nos outros contextos em que decorreu este processo formativo. Este decorreu sempre com base no continuum aquisição – mobilização – consolidação de saberes, que permitiram adequar e implementar assertivamente intervenções de enfermagem especializadas e adquirir as competências propostas e exigidas.

Do ponto de vista profissional, a mudança de práticas, e a crescente capacidade de refletir na e sobre a prática, levam a que se promova a constante melhoria dos cuidados prestados. Neste âmbito, a revisão sistemática da literatura direcionada para a tomada de decisão do enfermeiro na abordagem da pessoa em situação crítica, pela transversalidade que lhe é inerente nos vários contextos, foi considerada como uma linha orientadora para a prestação de cuidados nestas situações. É de destacar também, a constante necessidade de basear as práticas e fundamentar as decisões tomadas tendo como matriz as evidências científicas e a investigação.

O contato com realidades e contextos, completamente díspares, daquele em que se exerce, foi uma forma de desenvolver e adquirir competências múltiplas no âmbito da reflexão crítica. Questionar constantemente o quê, o porquê e a própria forma como são implementados os planos de cuidados ou as respetivas intervenções de enfermagem, é hoje em dia mais comum que outrora; só com base nesta atitude e competência se poderá promover o desenvolvimento profissional. A partilha de conhecimentos e saberes científicos adquiridos ao

longo da especialização nesta área de enfermagem, foi considerada vantajosa pelos pares, sendo hoje uma prática comum à qual se pretende dar continuidade.

Na atualidade, a componente de investigação, pela importância que adquiriu e continua a deter, é fundamental para implementar e estimular uma prática baseada na evidência. Neste sentido, a revisão sistemática da literatura realizada no âmbito da tomada de decisão, para além do papel ativo que teve no final do percurso formativo - permitindo a identificação, sistematização e organização das estratégias utilizadas nesse mesmo processo - poderá vir a ser útil para os pares, ao ponderar-se a sua publicação e divulgação em congressos ou outros eventos.

BIBLIOGRAFIA

ABELHA, Fernando; FONSECA, Cristiana; LAGES, Neusa – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – Tempo de Definir novos conceitos? *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. Volume 15, N.º 4. (2006) 18-26.

AESOP - Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados, Lusodidacta, Loures, (2006) 49-58

AITKEN, Leanne et al – Critical care nurses' decision making: sedation assessment management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*. ISSN 10.1111/j.1365-2702.2008.02318.x. (2008) 36-45.

AITKEN, Leanne et al – A Comparison of novice and expert nurses's cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *Journal Nurse Stud*. Oct;46(10) (2009) 1335-44.

AITKEN, Leanne et al – Preferred information sources for clinical decision making: clinical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Fourth Quarter (2011).

ANDRÉ, Maria João [et al] – Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Vol.12 N.º 2. (2008) 52-61.

ARNOLD, Robert et al – Nurse-Led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *American Journal of Critical Care*. 10.4037/ajcc2012223. (2012) 396-409.

BASTO, Marta Lima – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. Vol.13. N.º2.(2009) 11-18

BAGGS, J. e SCHMITT, M. – Intensive care decisions about level of aggressiveness of care. *Research in Nursing Health*. 18. (2005) 345-355.

BAKALIS, Nick e WATSON, Roger – Nurses' decision-making in clinical practice. *Art & Science Research*. ISSN 19(23):33-9 (2005) 33-39.

CALISTO, Karina et al – Programa de Melhoria Contínua da Qualidade. CHLC. 2001

CAMELO, Sílvia Helena - Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20(1) (2012) 192-200

CHAREPE, Zaida – Teorias de Enfermagem [projeção visual]. 2011. 56 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional 2011-2013.

CHAVES, Claudia - Competências/sinergias das equipas de saúde. Revista do Instituto Politécnico de Viseu. N.º 30. ISSN: 1647-662X. (2004) 252-254

CLIFFORD, Collette e EFSTATHIOU, Nikolaos - The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenge. *Nursing in Critical Care*. 10.1111/j.1478-5153.2010.00438.x (2011) 116-123.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Combater a desigualdade: da evidência à ação. 2012. ISBN 978-989-8444-09-7

COSTA, Arminda; Costa, Nilza; SERRANO, Maria – Cuidados de Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s).Revista de Enfermagem Referência. III Série. N.º 3. (2011) 15-23

CRUTO, Emília; MARQUES, Manuel; SAMPAIO, Sónia – Como eu, Enfermeiro, faço técnicas de substituição renal contínuas com anticoagulação regional com citrato. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Vol.16. N.º 2. ISSN 0872 – 3087. (2009) 45-48

CURREY, Judy et al – Haemodynamic-instability after cardiac surgery: nurses' perceptions of clinical decision-making. *Journal of Clinical nursing*. ISSN 1365-2702.2006.01392.x (2006) 1081-1090

DECRETO-LEI N.º 161/94 de 04 de Setembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DELGADO, Sílvia et al – *Via Verde do Acidente vascular cerebral. Análise da Implementação do protocolo na Unidade Local de Saúde do Nordeste*. Universidade de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa, 2012. Poster

DESPACHO n.º 7272/2007 D.R. 2.ª Série. N.º 10. (15-01-07) 1123.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa «Cirurgia Segura Salva Vidas» Nº:16/DQS/DQCO. (2010)

FERREIRA, Luísa - *O atendimento no serviço de urgência: uma intervenção supervisiva*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006: Tese de Mestrado.

FRAGATA, José - Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temat. 2010

GEADA, Ana – Prevenção da infeção respiratória em doente ventilado: recomendações 2004 [projeção visual]. 2011. 44 diapositivos: Comunicação efetuada no âmbito da Ação de Formação « Procedimentos de Risco de Infeção Associados aos Cuidados de Saúde».

HESBEEN, W. – Dire et écrire les savoir faire d’infirmière- Colóquio-Bruxelas «Ecriture Fonctionnelle, Écriture sensible deux modalités, quelle(s) finalité (s)» 7 e 8 de Novembro de 2007.

HOUGH, Catherine – Learning, decisions and transformation in critical care nursing practice. *Nursing Ethics*. ISSN 10.1177/0969733007088430. (2008) 322 – 331

HUDAK C.; GALLO B.; Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 8.º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA, FRANCISCO GENTIL, Serviço de Anestesiologia - *Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório*. (2011)

JUAN, Kelly - O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*. Vol.5. N.º1. ISSN 1677-7409 (2007) 48-59

KELLEY, Scott – Monitorização da Consciência: Como usar o índice bispectral durante a anestesia. 2.ª Edição. Aspect Medical Systems, Inc. 2009.

KOOLCABA, K. - Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), (1992) p.1-10.

LAGE, Maria João – Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático 10 (2010) 11-16.

LIMA, Cristina - Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Revista Portuguesa da Sociedade de Medicina Interna*. Volume 13, N.º 2, Abril/junho de 2006.

LOPES, Américo – *Gestão do Bloco Operatório*. Braga: Universidade do Minho, 2012: Tese de Mestrado

LOURENÇO, Ilda; MENDONÇA, Luísa; SILVA, Maria João – Manual de Integração de Enfermeiros na UCIP1 do CHLC – HSJ. 2010

MARQUES, Isaac e OLIVEIRA, Sidnei – Assistência de Enfermagem ao paciente submetido à ventilação invasiva. *Revista de Enfermagem UNISA*. N.º8. (2007) 62-66.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission, *Nursing Outlook*. 42 (Nov. – Dez., 1994) 255-259.

MELEIS, A.; SAWYER, L; IM, E.; MESSIAS, D; SCHUMACKER, K. – Experiencing transitions: An emerging middle-range theory, *Advances in Nursing Science*. 23:1 (Sep., 2000) 12-28.

MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3.^a ed., Philadelphia: Lippincott, 2005. 739p.

MENDONÇA, Susana Maria – *Competências*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Tese de Mestrado

MOREIRA, João Manuel – *Representação Social do Enfermeiro de Urgência Básica*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de mestrado

MOREIRA, Cátia Tatiana - *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?* Porto: Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina do Porto, 2010. Tese de Mestrado

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa, 2005. ISBN 9727-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Divulgar. (2004)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*. ISBN: 978-972-99646-9-5. Série I. Número I. (2008)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. (2004)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. (2002)

ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – Transportes de Doentes Críticos: Recomendações (2008)

PAPATHANASSOGLU, Elizabeth et al – Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*. N.º 13. (2005) 154-164.

PEGADO, Ana Maria – *Gestão de Bloco Operatório: Modelos de Gestão e Monitorização*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado.

PHANEUF, Margot - Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira. Edição da Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem medico-cirúrgica. Coimbra. (1995)

PHANEUF, Margot; SALGUEIRO, Nídia; SALGUEIRO, Rui – *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra : Quarteto, 2001. 428 p. ISBN:972-8535-78-3

QUEIRÓS, Ana. (1999). Empatia e respeito. Editora Quarteto. ISBN: 972-8535-03-1. Coimbra (1999)

REGULAMENTO N.º 122/2011 – Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2.ª Série. N.º35 (18-02-11)

ROSÁRIO, Elsa Maria – *Comunicação e Cuidados de Saúde: Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Tese de Mestrado

ROSÁRIO, Jorge Miguel – *A Integração da Internet na Autoformação dos Enfermeiros*. Faro: Universidade do Algarve e Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação de Beja, 2007. Tese de Mestrado

SAADANI, N.; GUINET, A.; CHAABANE, S. – Ordonnancement des blocs operatoires. In Mosin : Conference francophone de MODélisation et SIMulation, 6, Rabat Maroc, 06 du 3 au 5 avril 2006 – Actes. Rabat : [s.n.], 2006.

SANTOS, Eunice Maria – *Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Faro: Universidade do Algarve e Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação de Beja, 2008. Tese de Mestrado

SEMINÁRIO SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA O SEU CORRECTO USO– Documento-Guia sobre Consentimento Informado. Administração Regional de Saúde Norte, 2009

SERRA, Miguel – Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo/Revista de Ciências de Educação*.N.º5. ISSN 1646-4990. (2008) 69-80

SOARES, Hélia – *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado

TONI, G.; MCCALLUM, Pardney - Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal* 10(2). (2007) 43-45.

VIEIRA, João – Triagem de Enfermagem na Urgência Geral de Adultos – Uma realidade no Hospital Amadora-Sintra. *Sinais Vitais*. N.º 42. (2002) 33-35

WEBER, Scott – Critical care nurse practitioners and clinical nurse specialists interface patterns with computer-based decision support systems. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. ISSN 10.1111/j.1745-7599.2007.00262.x (2007) 580-590

WESLEY, R. – Teorías y modelos de enfermería. 2.ª ed., México: McGraw-Hill, 1997. 179p.

ANEXOS

Anexo 1

Check List «IDEIA»

CHECK-LIST "IDEIA"

Data: __/__/__

Cr�terios	SIM	N�O	N/A	OBS
Identifica�o do Profissional				
Nome				
Fun�o				
Identifica�o do doente tipo de				
Dados demogr�ficos				
Epis�dio				
Diagn�stico de entrada				
Cirurgias anteriores				
Internamentos				
Medica�o habitual				
Especifica�es				
Anest�sicas				
Tipo de Anestesia				
Altera�es significativas hemodin�micas				
Altera�es significativas laboratoriais				
Transfus�es de hemoderivados				
Interven�o Cir�rgica				
Acto Cir�rgico				
Intercorr�ncia				
Avalia�o final				
Estado de consci�ncia,				
Analgesia				
Avalia�o da dor				
Avalia�o da temperatura				
Recomenda�es- vias de acesso, drenagens, penso operat�rio,				
Informa�o sobre familiares/acompanhantes				

Anexo 2

**Documento em vigor no CHLC,
relativo à «Formação em Serviço –
Avaliação da Sessão»**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema: _____

Ação tipo: Actualização Aprendizagem Duração _____ Data ___/___/___

Formador(es): A _____ B _____ C _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL-MENTE	DISCORD DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL-MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

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

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICES

Apêndice 1

Reflexão Crítica: «Serviço de Urgência, situações de carácter imprevisível e a necessidade de refletir»

Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.

Saint Exupery

Serviço de Urgência, situações de carácter imprevisível e a necessidade de refletir

Ao longo das últimas três semanas, tendo por base a prestação de cuidados no serviço de urgência geral do Hospital de São José, têm sido inúmeras as situações sobre as quais tenho sentido necessidade de refletir, nomeadamente na forma como posso atuar e intervir face a situações de crise junto da família/pessoas significativas do utente que necessita de cuidados urgentes e emergentes.

Num serviço de urgência polivalente, como é o caso, tendo por base o despacho n.º727/2007 referente à legislação da rede de serviços de Urgência do Sistema Nacional de Saúde, que define este nível de diferenciação de urgência hospitalar como “ (...) o mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (...) garantindo a articulação com as urgências específicas (...)”, é de esperar que se seja confrontado com um maior número de situações críticas e com elevado grau de complexidade às quais uma urgência médico-cirúrgica, dada a limitação que tem ao nível das várias valências de especialidade e meios complementares de diagnóstico. Face a esta constatação, é de esperar que aumentem exponencialmente os níveis de stress e ansiedade de quem espera e aguarda avidamente por informações relativas ao estado geral, plano terapêutico e prognóstico de quem nos encontramos a cuidar.

Contextualizando um pouco o meu percurso profissional e as experiências vividas, considero que o fator ambiente envolvente é determinante para que consigamos planear e adequar de forma precisa as intervenções a desenvolver. Ao longo dos últimos três anos, pelo que tenho vivenciado e pelas competências que tenho vindo a adquirir e consolidar no contexto de internamento de utentes do foro hemato-oncológico, posso afirmar que num ambiente controlado como este em que desempenho as minhas funções como enfermeiro, acabo por me sentir privilegiado, pois o carácter crónico que muitas destas patologias implica, com internamentos prolongados e permanência que pode atingir meses, permite simultaneamente que se crie um espaço e haja uma maior facilidade no estabelecimento de relação de ajuda, quer ela seja formal ou informal, tal como a aprecia Phaneuf (1995). Do ponto de vista da relação de ajuda informal, é defendido por Ferreira (2006), o desenvolvimento de uma relação de proximidade de

forma espontânea onde o profissional pode utilizar todas as suas habilidades baseando-se na capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia; no que concerne aos resultados, é preconizado o apoio ao utente, família e/ou pessoa significativa na expressão de emoções e na verbalização do seu problema, retribuindo com a compreensão empática. Já na relação de ajuda formal, indo ao encontro de Queirós (1999) e Ferreira (2006), a identificação de sinais e sintomas no utente que possam indicar a presença de mal estar e ansiedade, desempenha um papel preponderante; a disponibilidade e compreensão para escuta-lo e encoraja-lo e/ou os seus semelhantes a exporem as suas preocupações e a aceitação prévia por parte destes, são requisitos essenciais a ter em conta na formulação de resultados esperados preconizados no planeamento de cuidados. Face ao anteriormente enunciado e, transpondo esta linha de pensamento para a prestação de cuidados em SU, respeitando o que tenho vivenciado neste último mês, escolhi uma situação sobre a qual tenho refletido e que ilustra o papel do enfermeiro perante esta área tão nobre do cuidar em enfermagem.

Indo ao encontro dos objetivos previamente traçados para o estágio em SU, de forma a adquirir e mobilizar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tenho permanecido a maior parte do tempo a colaborar na prestação de cuidados aos utentes em situação crítica que se encontram internados na sala de reanimação e na sala de trauma. Esta permanência, dado o carácter de instabilidade apresentado por uma grande parte dos utentes aos quais prestamos cuidados, tem-me permitido contactar com situações de crise/imprevisíveis que implicam a mobilização de algumas competências previamente adquiridas, por outro lado, permitem que se desenvolvam estratégias de intervenção direcionadas que acabam por facilitar o desenvolvimento e posterior aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados, envolvendo questões do domínio ético, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais. ...

Iniciava-se o turno da tarde na sala de reanimação, tinha acabado de chegar uma utente de 83 anos proveniente do Serviço de Observação, cujo internamento tinha sido efetuado durante a manhã desse mesmo dia, inicialmente tinha recorrido ao SU por um quadro de lipotímia e mau estado geral que se desencadeou durante a permanência na consulta externa de Cardiologia do Hospital de Santa Marta. Face a este quadro clínico e aos múltiplos antecedentes pessoais do foro cardio-cerebro-vasculares apresentados ficou em observação. O agravamento inesperado do estado de consciência, ligeiras alterações hemodinâmicas e os maus acessos venosos periféricos, suscitaram a

necessidade de colocar um catéter venoso central, que garantisse a eficácia de possíveis atitudes terapêuticas que viessem a revelar-se prioritárias. Após a colocação do cateter venoso central, procedimento este que decorreu de forma linear e sem qualquer intercorrência, a Sra. regressou à sala de observação, continuando a apresentar um quadro de prostração mas sem evidencia de alteração ao nível hemodinâmico. Cerca de 2 horas depois, iniciou-se um agravamento do estado clínico geral e do padrão hemodinâmico, caracterizado por hipotensão marcada, taquicardia de base sinusal, concomitante com polipneia e repercussões ao nível da perfusão periférica de oxigénio pelo que, foi de novo reencaminhada para a sala de reanimação. Nesta iniciou-se o plano de cuidados com o objetivo de restabelecer as funções vitais através da administração de oxigenoterapia a alto débito e, Fluidoterapia endovenosa com cristalóides. Apesar da terapêutica instituída, obteve-se pouco sucesso. Posteriormente houve a necessidade de ser submetida a sedação, entubação orotraqueal e iniciar ventilação invasiva, tal como, suporte terapêutico com aminas vasopressoras. Em pouco tempo, a situação desta utente piorou gravemente. Alguém que até ao momento era autónoma nas suas atividades de vida diária, apesar das suas múltiplas co-morbilidades, de um momento para o outro, teve necessidade de ser submetida a tratamento intensivo, pelo que foi transferida para uma unidade de cuidados intensivos. Foi-nos transmitida a informação que, os familiares estavam presentes e queriam esclarecer com a equipa de saúde a situação clínica da sua familiar.

Face ao narrado e vivenciado, heis que me surgem algumas questões sobre as quais tenho refletido e que passo a descrever:

- Até que ponto todas as medidas de suporte terapêuticas e que foram realizadas seriam ou não legítimas face a todo o historial de antecedentes pessoais, idade avançada e prognóstico reservado de reabilitação desta senhora?

- Como iria ser a reação da família desta Sra. quando fosse informada acerca da situação clínica atual da mesma?

- De que forma iria ser útil, junto da família, a intervenção da equipa que se encontrava a prestar cuidados naquele momento a esta Sra. ?

Como resposta à primeira questão, cada vez mais penso e repenso de que forma se podem tomar as decisões mais justas e adequadas, nunca serão certas nem erradas, pois falamos da vida de um ser humano. Como profissionais lidamos constantemente com a díade vida versus morte, mas aceitar a segunda em detrimento da primeira nem sempre é fácil, há dificuldade em tomar a decisão de parar e não investir e utilizar todos

os meios e recursos ao nosso alcance; esta atitude não deveria ser vista como um simples ato de desistência mas sim como uma atitude de sensatez baseada na ponderação e na dignidade pessoa. Podemos assim destacar a importância do Código Deontológico em Enfermagem quando refletimos acerca desta temática e, convergindo para o artigo 12.º ponto 1 e artigo 11.º, ponto 1: “(...) o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho efetuado e adequar as normas às necessidades concretas do utente”. Ainda no âmbito desta temática e campo de discussão ético, para Serrão existem duas questões distintas mas que por vezes não são apresentadas de forma clara e têm tendência a ser confundidas: a Eutanásia e a Suspensão de terapêutica Fútil. Para este perito na questão sobre os limites da vida, ao abordar o conceito e o ato que é a Eutanásia, é necessário, obrigatoriamente, assumir que esta é sempre ativa e voluntária, não existe outro tipo que não este, sendo necessário diferenciar e não confundir erradamente com outro tipo de atitudes que devem ser tomadas em relação a um utente como é o caso da interrupção de tratamentos fúteis ou inúteis ou a não realização dos mesmos, ainda que daí resulte a sua morte. Neste âmbito, é considerada boa prática clínica a manutenção de tratamentos enquanto produzirem mais benefício do que sofrimento; quando estes se tornam fúteis, inúteis e prejudiciais ao utente devem ser interrompidos, tal como nas situações em que o potencial e hipótese de recuperação são nulos.

Questiono-me também, até que ponto nós enquanto profissionais de saúde não ficamos presos ao “paradigma do encarniçamento terapêutico” ? – Vou continuar sem saber responder claramente, são decisões ambíguas, que deveriam ser proteladas por equipas com conhecimento de causa após uma avaliação cuidadosa e personalizada de todas as componentes envolventes, contudo ainda vivemos perante a negação social da morte e continuamos a manter o ideal da sacralização da vida que pode estar intimamente ligado ao conceito de futilidade terapêutica. Este mesmo conceito, debatido no “Seminário sobre Futilidade Terapêutica e o Papel das Comissões de Ética para a Saúde” organizado em 2011 pela ARS Norte, sob o ponto de vista que aqui é apresentado, engloba todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação aos casos concretos. Presencia-se o induzir, por vezes, de sequências de exames, procedimentos e tratamentos desligados do verdadeiro interesse da pessoa e sem reconhecimento científico seguro. Uma abstenção de cuidados fúteis, tendo por base o princípio ético da

não maleficiência, podem contribuir para uma qualidade de vida digna em qualquer fase do ciclo de vida humana.

Face à dinâmica do SU, em que agir no momento certo para assegurar e manter as funções vitais é fundamental, numa primeira instância, a tomada de decisão relativa à questão anteriormente descrita, dada a sua complexidade, pode acabar por ser tomada posteriormente. Parte de nós, como elementos da equipa multidisciplinar, estar atentos à realidade com a qual vamos sendo confrontados e alerta para a necessidade de refletir, discutir e proceder a uma análise dos prós e contras de cada uma das decisões que vão sendo tomadas. Tal como é defendido por Lima (2006), a utilização de uma terapêutica inútil, apenas pode ser uma medida tendo por vista o adiar a morte e o acrescentar de uma agonia programada; a fase final da vida, pode assim, ser transformada num longo e doloroso processo de morrer. Neste mesmo contexto, Gegde *et al* (2007) e Reynolds *et al* (2007), descrevem de forma clara as consequências e dificuldades que se impõem aquando da tomada de decisão nestas situações – a decisão de não iniciar um tratamento fútil é mais frequentemente assumida de modo unilateral enquanto a decisão de suspender uma terapêutica em curso implica quase sempre uma informação justificativa quer junto do utente, quer junto dos familiares. Qualquer uma das decisões tomadas, anteriormente mencionadas, afetam moralmente e perturbam prestadores de cuidados, utentes e famílias, podendo conduzir a problemas éticos semelhantes. Face ao atual paradigma assistencial em que se pretende que haja uma relação equipa/utente, um profissionalismo cada vez mais despersonalizado, os profissionais de saúde devem evitar o culto do paternalismo e valorizar cada vez mais as perceções sentidas por quem é o alvo dos cuidados que prestamos.

Analisando a estrutura hospitalar e o papel das diferentes comissões, cabe aqui refletir, analisar e mobilizar informações que nos permitam compreender o papel das comissões de ética. Será que estas estruturas não poderão funcionar e intervir ativamente em tomadas de decisão conscientes e ponderadas? Relativamente à posição do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre as Comissões de Ética, este reconhece-lhes um importante papel que se prende com a natureza da sua intervenção e com a forma como deve ser regida a consensualidade das normas. Estas comissões deverão contribuir, segundo Serrão (1994), de forma decisiva para o integral respeito pelos direitos humanos, autonomia e dignidade de todos, inclusive aqueles que de qualquer forma intervêm na tomada de decisão. Às comissões de ética, como órgãos de apoio técnico aos Conselhos de Administração, são-lhe atribuídas competências, que

se prendem com o zelar pela observância de padrões de ética, que devem ser respeitados no exercício das ciências médicas de modo a garantir o respeito pela dignidade da pessoa e seus direitos fundamentais. Deverão atuar com total independência relativamente aos órgãos de gestão e direção do hospital, emitindo por sua iniciativa ou solicitação, pareceres sobre questões éticas e proceder à respetiva divulgação, dando ênfase aos princípios gerais de bioética, materializados através de estudos e dos próprios pareceres.

Ainda no que concerne à questão da tomada de decisão, e de forma a sistematizar e compreender melhor a complexidade inerente a este processo, senti necessidade de aprofundar a pesquisa e apresentar algumas conclusões. Estas poderão ser transversais para outras situações que possam vir a surgir durante o Estágio e na própria vida profissional; a qualquer momento surge a necessidade de atuar e participar nessas mesmas tomadas de decisão. Segundo Nunes (2006), as decisões são tomadas no sentido de dar resposta às necessidades das pessoas, tendo por base o agir. Deste ponto de vista, será difícil renunciar ou dispensar a tomada de decisão, para esta autora, o próprio fato de não escolher ou se abster de uma escolha é por si mesmo já uma escolha. Analisando fatorialmente o que pode interferir nas decisões, podemos destacar o que afeta externamente e internamente; as emoções e o grau de autoconsciência de si, são talvez os mais representativos do que nos é intrínseco. Como em qualquer outra área, existem diferentes teorias relativas a este complexo processo, indo ao encontro de Nunes (2006), e considerando o juízo clínico e a teoria descritiva como fundamentais nos estudos de enfermagem, o processamento de informação adquire aqui especial relevo, organizando-se segundo várias etapas:

- “a recolha de informação preliminar”
- “a seguir, equacionar várias hipóteses, umas mais plausíveis que outras”
- “processo de raciocínio interpretativo, em que se inclui os elementos diferenciais”
- “pesam-se prós e contras das hipóteses ou alternativas colocadas”
- “e escolhe-se a que fôr favorecida por maior evidência”

Seguir estas etapas no processo de tomada de decisão em situações menos comuns, ambíguas e instáveis, é um desafio. Somos confrontados com a necessidade de refletir no que estamos a fazer, havendo a necessidade de justificar e explicitar o modo conforme se agiu. Especificamente, nas decisões morais, há um conceito que não pode ser descurado – a deliberação; esta encontra-se intimamente relacionada com a

subjetividade e implica que se chegue a um acordo sobre um determinado leque de questões importantes e moralmente salientes, tal como nos explicita Nunes (2006), na sua preleção “Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem” apresentada no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Como remate desta temática, não posso deixar de enfatizar que qualquer decisão pode ser orientada segundo uma ideologia, encontrando-se condicionada por crenças e valores, pelas prioridades e objetivos. Não obstante, há que referir que a decisão relativa aos cuidados que prestamos está submersa por normas, regras e pela própria cultura organizacional da instituição em que nos encontramos – Nunes (2006).

Acredito que através desta aprendizagem e reflexão contínua, é possível melhorar os cuidados prestados nas diversas situações do foro bioético e que implicam tomadas de decisão não lineares, com as quais vamos sendo confrontados. Tal como é protelado em algumas *guidelines* internacionais referentes à utilização de técnicas invasivas e agressivas de substituição das funções vitais, muitos conflitos ou impasses, podem ser evitados se nós como profissionais de saúde tivermos formação sobre temas como as decisões de fim de vida e se apostarmos no desenvolvimento da capacidade reflexiva; esta capacidade deverá basear-se em documentos orientadores publicados por entidades idóneas neste campo.

No que concerne à segunda questão, que envolve a intervenção junto da família, mobilizando os conteúdos expostos nos primeiros parágrafos desta reflexão, relativos à relação de ajuda, e transpondo a sua aplicabilidade para o contexto de sala de trauma e reanimação, posso afirmar que não é possível desenvolver uma relação de ajuda formal, devido ao carácter assistencial transitório que caracteriza este sector do SU. Contudo não são descuradas as intervenções junto da família/pessoas significativas do utente assistido, são preconizadas intervenções que considero bastante importantes e que são o primeiro elo de ligação entre os profissionais e por quem espera com angústia e ansiedade por informações acerca do estado geral de quem nos encontramos a cuidar. Estas competências comunicacionais e baseadas nas relações interpessoais, fazem parte integrante das competências do enfermeiro de cuidados gerais, tendo por isso a obrigação de as saber mobilizar e otimizar com vista a iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o utente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais. Ainda neste âmbito, como enfermeiro de cuidados gerais, atualmente em processo de formação especializada, é ainda pretendido que assegure que a informação dada ao cliente e/ou cuidadores é

apresentada de forma apropriada e clara, certificando-me sempre que foi dada uma resposta apropriada às questões, solicitações e problemas do utente e/ou cuidadores, salvaguardando sempre a área de competência abrangida. Nesta fase, torna-se fundamental, que preparemos a família/pessoa significativa para o verdadeiro estado em que vai encontrar o seu familiar que repentinamente necessitou de intervenções diferenciadas de modo a estabilizar e assegurar as suas funções vitais. Urge explicar ao utente e à sua família, (em linguagem clara, adequada e acessível) a função dos diferentes equipamentos tecnológicos utilizados na prestação de cuidados, validando a sua compreensão sobre as mensagens transmitidas e esclarecendo dúvidas sequentes e adicionais, Lourenço (2012). O confronto e a comunicação de más notícias, requer uma gestão complexa, dado que para cada pessoa a má notícia, é compreendida de acordo com o impacto que representa para a sua vida, poderá ser inquietante pelas repercussões físicas, sociais e familiares, Lourenço (2012). Face ao que foi previamente exposto, desenvolver intervenções deste cariz tornava-se imperioso; como iria reagir uma filha e um neto ao verem a sua mãe e avó, num ambiente adverso? - certamente, rodeada de aparelhos estranhos que naquele momento estavam a assegurar as suas funções vitais. Perante esta situação, foi-lhes previamente explicado como iriam encontrar a senhora, que de momento não poderia comunicar verbalmente devido à necessidade de se encontrar entubada endotraquealmente e ventilada; neste sentido foi feita uma avaliação inicial que visou o esclarecimento de dúvidas – prioritariamente foram dadas respostas às primeiras questões colocadas e posteriormente, aproveitando a envolvimento, e de forma assertiva tentou-se recolher mais algumas informações no sentido de completar a colheita de dados. Durante a transferência para a Unidade de Urgência Médica, foi-lhes permitido que acompanhassem a senhora. Posteriormente, com base na avaliação inicial que foi evidenciada nas próprias dúvidas da família, foi transmitida a informação que poderia assegurar a continuidade dos cuidados junto dos colegas desse mesmo serviço. Esta foi preconizada no sentido de dar resposta às necessidades de informação previamente identificadas e posteriormente a todas as outras que fossem surgindo. Neste âmbito, considero que se iniciou uma relação de ajuda informal, através da utilização da escuta ativa, do esclarecimento e da própria disponibilidade para verbalização de emoções e sentimentos que invadiram de momento as pessoas significativas alvo dos nossos cuidados.

Como nota de conclusão, quero reforçar a importância que este tipo de trabalho tem no desenvolvimento de competências, pois permite desenvolver, aprofundar e

consolidar uma prestação de cuidados direcionada para a melhoria da qualidade dos mesmos. No que se refere às aprendizagens vinculadas à situação aqui descrita e sobre a qual foi realizada esta reflexão, posso referir que aprofundei conhecimentos no âmbito da Bioética e ao fundamentar as questões daí emergentes, tive oportunidade de pesquisar e tomar conhecimento da existência de documentos que podem ser úteis na tomada de decisão neste campo. Para além dos Códigos Deontológicos e condutas éticas já conhecidos, a publicação e divulgação de documentos de orientação para a tomada de decisão, com base na reflexão e discussão por parte dos profissionais de saúde que são confrontados frequentemente com este tipo de situação, é uma mais-valia dado o carácter ambivalente associado à temática.

No contexto da intervenção do enfermeiro junto da família, face às competências previamente adquiridas e, perante esta situação, consegui adquirir uma visão mais alargada de que tipo de relação de ajuda pode ser estabelecida no contexto de urgência, mais especificamente num setor que se caracteriza pela prestação de cuidados de forma transitória. Na sala de reanimação, pelas suas características, o contato com os utentes que necessitam dos cuidados diferenciados que lá se prestam é na maior parte das vezes fugaz, mas a relação e empatia que se estabelecem no primeiro contato com os familiares e/ou pessoas significativas revelam-se basilares para a melhor prática de cuidados a assegurar. Desta forma, pretendo ir ao encontro e justificar o pensamento inicial desta reflexão: “Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”- Saint Exupery.

Face à investigação, e considerando-a um dos objetivos e competências inerentes à formação do enfermeiro especialista, nesta reflexão, considero que mobilizei informação pertinente e que justifica as intervenções desenvolvidas. Doutra ponto de vista, e não menos importante, esta atividade promove, efetivamente, a capacidade de refletir de forma crítica sobre o que fiz e que poderia ter feito, de modo a responder com uma melhoria efetiva do meu agir profissional. A pesquisa *on-line* em bases de dados científicas e os artigos recolhidos em fontes idóneas e de referência nas diferentes áreas mobilizadas, constituíram ferramentas essenciais para a fundamentação de todo este processo de ensino/aprendizagem.

Assim, no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, tendo em conta as competências a desenvolver, sustentadas pela UCP, e as que estão vinculadas a esta situação sobre a qual refleti, de forma a concluir esta reflexão, passo a expô-las de forma sistemática, com o objetivo de terminar o processo reflexivo ao qual me propus:

1. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
3. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
4. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
5. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
6. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
8. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
9. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidência.

Bibliografia

FERREIRA, Luísa - O atendimento no serviço de urgência: uma intervenção supervisiva. **Dissertação de tese no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro**. Departamento de Didáctica e Tecnologia (2006)

GEDGE, E. et al – Whithholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent. **J.Med Ethics**. (2007) Apr, 33 (4):215-8

LIMA, Cristina - Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. **Revista Portuguesa da Sociedade de Medicina Interna**. Volume 13, N.º 2, Abril/junho de 2006. Consultado online em:

http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf a 27 de Maio de 2012 pelas 18h30.

LOURENÇO, Ilda – Suporte Emocional ao doente família em situação de crise. Ministrado em sala de aula no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS, da Universidade Católica Portuguesa. 2012

NUNES, Lucília – Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. **Apresentação no âmbito do II Congresso da Ordem dos Enfermeiros.** 2006

PHANEUF, Margot - Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira. **Edição da Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.** Coimbra. (1995)

QUEIRÓS, Ana. (1999). **Empatia e respeito.** Editora Quarteto. ISBN: 972-8535-03-1. Coimbra (1999)

Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da Saúde e Hospitais EPE. 2006. Consultado online em: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf a 20 de Maio de 2012 pelas 17h00.

REYNOLDS, S. et al – Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. **Surg Clin North Am.** (2007) Aug; 87 (4): 919-36, viii

“**Seminário sobre futilidade terapêutica e o papel das comissões de ética para a saúde**”, texto organizado e debatido em Setembro de 2011 pelas comissões de ética para a Saúde da região Norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo. (2011). Consultado online em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Futilidade%20Terap%C3%AAutica/Ficheiros/Futilidade.pdf> a 05 de Junho de 2012 pelas 17h00.

SERRÃO, Daniel – A eutanásia é um debate incontornável do séc. XXI. A medicina avançou de forma extraordinária, mas a questão sobre os limites da vida continua por



esclarecer. **Entrevista à revista XIS**. Sem data. Consultado online em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=194> a 05 de Junho de 2012 pelas 20h30.

Apêndice 2

**«Síntese do procedimento
multissetorial – Prevenção da
Infeção relacionada com
dispositivos intravasculares no
adulto – CIH.124»**



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

SÍNTESE DO PROCEDIMENTO MULTISSETORIAL – PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES NO ADULTO – CIH.124

Módulo I – Serviço de Urgência

Por Carlos Rodrigues Clemente, Aluno do Mestrado Profissionalizante em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sob orientação da Enf.^a Orientadora Sílvia Oliveira e da Professora Ilda
Lourenço

Apresentação do documento

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E. Conselho de Administração
Circular Informativa

Nº: 478 Data: 10 de Novembro de 2011

ASSUNTO: Procedimento Multisectorial – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto – CIH.124

O Conselho de Administração em sessão de 26/10/2011 aprovou o seguinte Procedimento:

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES NO ADULTO – CIH.124

Que revoga os seguintes documentos:

HSM
CIH13 - Prevenção de Infecções Nosocomiais Relacionadas com Catéteres/Dispositivos Intravasculares

Está associado à Política de Controlo de Infecção Hospitalar do CHLC e aplica-se a todo o CHLC.

O Conselho de Administração
Laura Silveira
LAURA SILVEIRA
Vogal Executiva

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA Hospital de São José Hospital de Santa António dos Capuchos
HOSPITAL DE SANTA MARTA
CHLC

- É um documento com o total de 12 páginas e 9 anexos;
- Tem como principal **objetivo**:
- ✓ “Reduzir as complicações infecciosas relacionadas com o uso de dispositivos intravasculares”
- ✓ “Uniformizar os cuidados a ter com os doentes submetidos a dispositivos intravasculares”

Fonte: PM do CHLC – CIH. 124, 2011

- ❑ O seu **âmbito de aplicação**:
- ✓ “ (...) aplica-se a todos os profissionais das unidades prestadoras de cuidados diretos ao doente, no CHLC.”

Fonte: PM do CHLC – CIH. 124, 2011

- ❑ Está disponível e pode ser **consultado**:
- ✓ Na Intranet do CHLC, no Separador Normas e procedimentos



The image shows a screenshot of the CHLC Intranet website. At the top left is the logo of the Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. To its right is the word 'Intranet' in a large, blue, stylized font. Below the logo and title is a yellow navigation bar with several menu items: 'Organização', 'Circulares', 'Áreas de Informação', 'Contactos', 'Documentação', 'Divulgação', 'Utilitário', 'Políticas e Procedimentos', 'Ensino e Investigação', 'Gestão do Risco', and 'Ligações'. The 'Políticas e Procedimentos' item is circled in orange. Below the navigation bar, there are several content blocks. On the left, there is an 'ALERTAS' section with a link to 'Despacho sobre Autorização Prévia para a Realização de Investimento'. Below that is a yellow bar for 'Área de Gestão de Recursos Humanos' with a text block: 'Informam-se todos os colaboradores que se encontram disponíveis diversos impressos da Área de Recursos Humanos, para que possa ser feito download dos mesmos e respectivo preenchimento.' Below that is another yellow bar for 'Comissão de Catástrofe' with links to 'Nomeação dos Elementos - 2011' and 'Plano de Emergência Externa / Catástrofe'. At the bottom left is a link to 'MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE POLÍTICA ECONÓMICA'. On the right side of the screenshot, there is a large graphic for a blood donation campaign. It features a red heart with a drop of blood falling from it. The text reads: 'SE É SAUDÁVEL E TEM ENTRE 18 E 65 ANOS FAÇA DIFERENÇA DÊ SANGUE'. Below this, it lists the CHLC blood donation schedule: 'CHLC - Horário para dadoras de sangue: HSJoc6 - Dias úteis das 09h30 às 18h; Sábados, Domingos e Feriados das 09h às 13h; HDEstefânia - Dias úteis das 09h às 13h'. At the bottom of the graphic is a yellow and red blood donation needle. Below the graphic is the text 'Aplicação de Registo de Pedidos de Altas e Transferências (ARPAT)'. On the far right edge of the screenshot, there is a vertical blue scrollbar.



Políticas e Procedimentos

- Entrada
- Normativas
- Políticas**
- Procedimentos
- Modelos de Documentos
- Fale Connosco 
- Ajuda

O Sistema documental do CHLC integra três níveis de documentos:




POLITICAS, definidas pelo Conselho de Administração (CA) e que são orientações estratégicas para a dimensão considerada;
 PROCEDIMENTOS MULTISSECTORIAIS, que dizem respeito a mais do que uma Área;
 PROCEDIMENTOS SECTORIAIS, que dizem respeito a uma única Área.

Este sistema é gerido pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) e deverá estar permanentemente actualizado. Para tal os contributos dos colaboradores são solicitados em permanência para a constante adequação dos documentos às necessidades. Para este efeito existe um campo designado "Fale connosco" no qual qualquer colaborador poderá interagir com a CQSD enviando questões, sugestões ou críticas.

Estamos a proceder à análise da documentação para uma melhor estruturação da mesma, pelo que foram retirados os procedimentos sectoriais.

Modelos de Documentos	
	Descrição
ADD103 Quest Ent Financ Responsável	
INV101 Consentim. Esclarec. Investigação	
INV101 Parecer Hierarq Proj Investig.	
SST112 Lista Prep Químicas	
FIN109 ReciboFundoManeio AAS	
SDO.110_Ficha_Não_Conformidade	
SDO.110_Protocolo_Anat.Patologica	
SDO.110_Protocolo_Patolog.Clinica	
SDO.110_Rej.Produutos_Anatomia	
SDO.110_Req.Ex. Anatomopatológico	

Últimas Políticas Publicadas			
Código	Política	Documento	Procedimentos
DOV	Identificação e Protecção do Doente Vulnerável		
DDM	Política de Descontaminação Dispositivos Médicos		
MIC	Política de Antimicrobianos		

Últimos Procedimentos Publicados				
Código	Descrição	Tipo	Documento	Política Associada
SST114	Derramamento Acidental de Citotóxicos	Multissectorial		SST
TRC116	Diagnóstico de Morte Cerebral em Pediatria	Multissectorial		TRC
RHU118	Metodologia para a Atribuição de Incentivos às Equipas de Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos	Multissectorial		RHU



Área Reservada			
Login	<input type="text"/>	Password	<input type="text"/>
			<input type="button" value="Entrar"/>



Políticas e Procedimentos





















- Entrada
- Normativas ▶
- Políticas
- Procedimentos ▶
- Modelos de Documentos
- Fale Conosco 
- Ajuda

Políticas - Pesquisa

Termos de Pesquisa:

* Clique em pesquisa sem conteúdo de pesquisa para retornar todos os resultados

As palavras a pesquisar nunca devem conter acentos ou caracteres especiais (ã, â, ã, %, \, etc...).

Código da Política	Descrição da Política	Documento	Procedimentos
ADD	Política de Referência e Admissão do Doente		
AES	Política Assistência Espiritual e Religiosa		
ALD	Política de Alimentação e Dietética		
ALT	Política de Alta do Doente		
APR	Política de Aprovisionamento		
CIH	Política de Controlo de Infecção Hospitalar		
COM	Política de Comunicação		
DDM	Política de Descontaminação Dispositivos Médicos		
DOV	Identificação e Proteção do Doente Vulnerável		
FIN	Política de Gestão Financeira		



Registo 1 a 10 de 31



Políticas e Procedimentos

Código da Política	CIH
Designação da Política	Política de Controlo de Infecção Hospitalar
Documento	

Visualização de Procedimentos por Política

Código do Procedimento	Descrição	Tipo	Documento
CIH112	Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico no Adulto	Multissectorial	
CIH120	Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Urinário no Adulto	Multissectorial	
CIH124	Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto	Multissectorial	
CIH117	Precauções e Descontaminação de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo na Doença Associada a Priões	Multissectorial	
CIH107	Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial - CHLC	Multissectorial	
CIH113	Medidas Preventivas Contra o Crescimento de Legionella - CHLC	Multissectorial	
CIH111	Reprocessamento de Endoscópios Flexíveis - CHLC	Multissectorial	
CIH119	Prevenção e controlo de IACS relacionadas com o reprocessamento, manutenção e utilização de dispositivos médicos - CHLC	Multissectorial	
CIH128	Prevenção de Infecção Nosocomial na Área de Gestão de Compras, Logística e Distribuição - CHLC	Multissectorial	
CIH127	A Higienização dos Brinquedos - HDE e HSM	Multissectorial	
CIH104	Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão - CHLC	Multissectorial	
CIH103	Plano de Investigação num Surto de Infecção - CHLC	Multissectorial	
CIH108	Precauções de Controlo em Doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em Doentes de Alto Risco - CHLC	Multissectorial	
CIH105	Prevenção e Controlo de Microrganismos Epidemiologicamente Importantes - CHLC	Multissectorial	
CIH121	Prevenção da Infecção Nosocomial no Tratamento de Roupas Hospitalar - CHLC	Multissectorial	
CIH108	Controlo de Infecção nos Cuidados Post Mortem - CHLC	Multissectorial	
CIH110	Higienização das Ambulâncias e Veículos de Transporte de Doentes - CHLC	Multissectorial	
CIH101	Precauções Básicas - CHLC	Multissectorial	
CIH114	Higiene Hospitalar - CHLC	Multissectorial	



Conteúdos abordados pelo PM



- Apresenta várias definições associadas à temática da infecção relacionada com dispositivos intravasculares

4. DEFINIÇÕES

4.1. Dispositivos intravasculares

A definição dos diferentes cateteres baseia-se no tipo de vaso sanguíneo em que são inseridos. (Anexo 1)

4.2.2. Definições para vigilância epidemiológica de infecção da corrente sanguínea (CDC)

As definições de infecções da corrente sanguínea incluem 1) as laboratorialmente confirmadas e 2) a sépsis clínica.

Infecção da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada

A definição implica a existência de pelo menos um dos seguintes critérios:

Critério 1. Uma ou mais hemoculturas positivas para um microrganismo patogênico, sem relação com qualquer outro foco infeccioso.

Critério 2. Um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), arrepios ou hipotensão

e
os sinais e sintomas e os resultados laboratoriais positivos não estão relacionados com uma infecção noutra local

e
isolamento em 2 ou mais hemoculturas separadas de um contaminante habitual da pele (p.ex.: *difteróides*, *Bacillus spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulase negativo*, *Micrococcus* ou *Streptococcus viridans*).

Sepsis clínica

Os critérios de sépsis clínica só devem ser utilizados para infecções primárias da corrente sanguínea em recém-nascidos e crianças pequenas e não para adultos ou crianças maiores.

4.2. Infecções relacionadas com cateteres

4.2.1. Definições clínicas de infecção relacionadas com cateter

Colonização do cateter

Crescimento significativo de microrganismos (cultura semi-quantitativa > 15 UFC) da ponta do cateter, segmento subcutâneo do cateter ou da conexão do cateter.

Infecção do local de inserção do cateter

Eritema ou enduração com 2cm no local de inserção do cateter, na ausência concomitante de infecção da corrente sanguínea e de exsudado purulento.

Infecção do túnel

Hipersensibilidade, eritema ou enduração >2 cm do local de inserção ao longo do trajecto subcutâneo de um cateter tunelizado, na ausência concomitante de infecção da corrente sanguínea.

Infecção do reservatório

Exsudado purulento no reservatório subcutâneo de um cateter totalmente implantado, na ausência concomitante de infecção da corrente sanguínea.

Infecção da corrente sanguínea relacionada com infusões

Isolamento do mesmo microrganismo na infusão e nas hemoculturas (colhidas por venopunção periférica), sem identificação de outro foco de infecção.

Infecção da corrente sanguínea relacionada com cateter

Infecção da corrente sanguínea num doente com cateter intravascular com pelo menos uma hemocultura positiva obtida através de veia periférica, manifestações clínicas de infecção (i. e. febre, arrepios e/ou hipotensão), e sem outro foco aparente de infecção para além do cateter

- e
- Isolamento do mesmo agente microbiano, espécie e antibiograma, na ponta do cateter e no sangue periférico.
- Uma diferença horária superior a 2 horas entre a positividade de isolamento do agente no sangue do cateter e na hemocultura periférica aumenta a probabilidade de o cateter ser o foco da infecção.

Infecção Arterial ou Venosa

Na presença de pelo menos um dos seguintes critérios:

Critério 1. Isolamento de um microrganismo em artérias ou veias removidas cirurgicamente e hemoculturas não realizadas ou negativas.

Critério 2. Evidência cirúrgica ou histopatológica de infecção arterial ou venosa.

Critério 3. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, sem identificação de outra causa: febre (>38°C), dor, eritema ou calor no local vascular atingido

e
>15 colónias (cultura semi quantitativa) na ponta de cateter intravascular

e
hemoculturas não realizadas ou negativas.

Critério 4. Exsudado purulento no local vascular atingido e hemoculturas não realizadas ou negativas.

Descrição e justificação da pertinência do PM

Vertente epidemiológica

- “Os catéteres vasculares são atualmente um instrumento indispensável e de utilização crescente na prática clínica diária”
- “Constituem uma fonte importante de infeção localizada ou sistémica(...)”
- “A sua incidência varia com fatores de risco do doente, tipo de catéter , frequência de manipulação , práticas de inserção e manutenção(...)”

Recomendações gerais

Sistema de Categorização das Recomendações

- Cada recomendação é classificada, segundo os critérios do CDC/HICPAC (Centers for disease control and prevention/ Hospital Infection control practices advisory committee).
- Baseiam-se em dados científicos existentes, argumentos teóricos, aplicabilidade e impacto económico.

Categoria IA. Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IB. Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IC. Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

Questão não resolvida. Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Recomendações gerais (cont.)

Formação e Treino dos Profissionais

- “Dar formação contínua e treino aos profissionais de saúde no que respeita às indicações, aos procedimentos adequados para a inserção e manutenção dos dispositivos intravasculares e às medidas apropriadas de controlo de infeção para prevenir as infeções relacionadas com catéter” – IA
- “Avaliar periodicamente os conhecimentos e a adesão às recomendações, de todos os profissionais que inserem e mantêm catéteres intravasculares” – IA

Recomendações gerais (cont.)

Higiene das Mãos

- “O uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos” – IA

Fonte: PM do CHLC – CIH. 124, 2011



Fonte: Damião, C. e outros, [Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central](#), apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006

Recomendações gerais (cont.)

Desinfecção Cutânea

- “Antes da inserção dum catéter central ou arterial e nas mudanças de penso, friccionar a pele durante 30 segundos com antisséptico apropriado (p.ex. cloreto de benzalcónio em propanol ou iodopovidona em isopropanol) sendo a escolha preferencial a clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%” - IA
- “Não aplicar solventes orgânicos (acetona/éter) na pele antes da inserção do catéter ou nas mudanças do penso” - IA

Recomendações gerais (cont.)

Técnica Asséptica na inserção do catéter

- “Na inserção de catéteres centrais e arteriais deve-se utilizar luvas estéreis” – IA
- “Não executar, por rotina, o desbridamento como método de inserção de catéteres”- IA

Fonte: PM do CHLC – CIH. 124, 2011

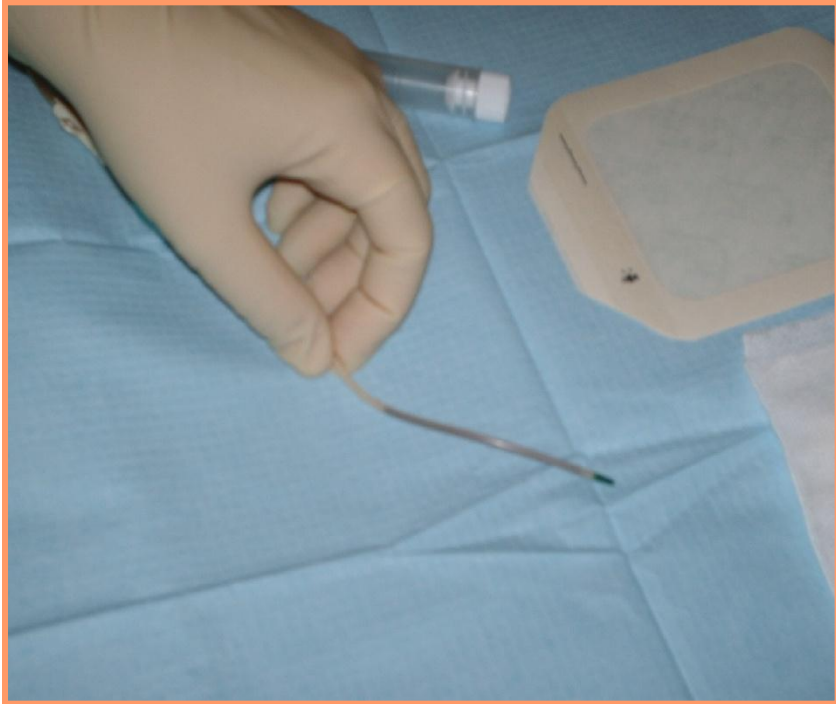


Fonte: www.mm cuidadosintensivos.co.cc

Recomendações gerais (cont.)

Seleção e substituição de catéteres intravasculares

- “Remover de imediato qualquer catéter intravascular logo que não seja essencial a sua utilização” – IA
- “Não fazer, por rotina, culturas das pontas de catéter” – IA
- “Quando não é possível garantir o total cumprimento da técnica asséptica (situações de emergência), substituir todos os catéteres o mais cedo possível e no prazo de 48 horas” - IB



Fonte: Damião, C. e outros, Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central, apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006

Recomendações gerais (cont.)

Pensos de Catéter

- “Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção, quer sejam de gaze ou pensos transparentes semi-permeáveis.” – IA
- “Substituir o penso quando se encontrar húmido, descolado, repassado, ou for necessário inspecionar o local de inserção.” - IB
- “Não utilizar pomadas ou cremes de antibiótico ou de antisséptico nos locais de inserção (exceto em catéteres de HD) pelo risco de emergência de resistência aos antibióticos e de infeções fúngicas.”- IB

Recomendações gerais (cont.)

*Vigilância do local de
inserção do catéter*

- “Inspeccionar regularmente, por palpação através do penso intato ou visualmente, o local do catéter, em função da situação clínica de cada doente. Na presença de dor no local de inserção, febre sem causa óbvia ou sintomas sugestivos de infecção local ou sistêmica, o penso deve ser removido para permitir um exame detalhado do local de inserção”
– IB



Fonte: Damião, C. e outros, [Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central](#), apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006

Recomendações gerais (cont.)

*Substituição do fluidos
intravenosos e sistemas de
administração*

- Sistemas de Administração
 - “Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas”: IA
 - “Não utilizar por rotina filtros com objetivo de controlo de infeção”: IA
- Dispositivos de acesso intravascular sem agulha
 - “Desinfetar as torneiras de 3 vias ou os dispositivos de acesos intravascular sem agulha com álcool a 70% antes de aceder ao sistema.” : IA

Recomendações gerais (cont.)

Antimicrobianos profiláticos

- “Não administrar por rotina, profilaxia antibiótica sistêmica antes da inserção ou durante o uso de dispositivos intravasculares com o objetivo de prevenir a colonização do catéter ou a infecção da corrente sanguínea.” - IA

Recomendações gerais (cont.)

Seleção do local de inserção

- “Ter em conta os riscos e os benefícios de colocar o dispositivo no local recomendado para reduzir as complicações infecciosas, contra os riscos de complicações mecânicas (pneumotórax, punção da artéria subclávia, laceração da veia/artéria subclávia, hemotórax, trombose, embolia gasosa, deslocação do catéter).” – IA
- “Evitar a veia femoral para acesso venoso central.” – IA
- “Colocar os catéteres utilizados para HD e aférese na veia jugular ou femoral em vez da veia subclávia para eviatar a sua estenose.” . - IA

Recomendações gerais (cont.)

*Barreiras de proteção máxima
na inserção do catéter*

- “Manter técnica asséptica incluindo o uso de barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campo estéril de grandes dimensões, durante a inserção ou na substituição por fio-guia dos CVC.” - IB



Fonte: PM do CHLC – CIH. 124, 2011

Fonte: Damião, C. e outros, [Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central](#), apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006

Recomendações para a “Central-Line Bundle”

- “A Central-Line Bundle é um grupo de intervenções baseadas na evidência científica disponível em doentes com catéteres intravasculares centrais que implementadas em conjunto conduzem a melhores resultados do que implementadas individualmente”

“Estratégia de “tudo ou nada””




- Higiene da mãos




- Barreiras de proteção máxima



- Antissépsia da pele com clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70°.



- Seleção ótima do local de inserção, com a veia subclávia como o local preferencial de inserção dos catéteres não tunelizados em adultos



- Avaliação diária da necessidade de manter o catéter com a remoção imediata dos catéteres desnecessários

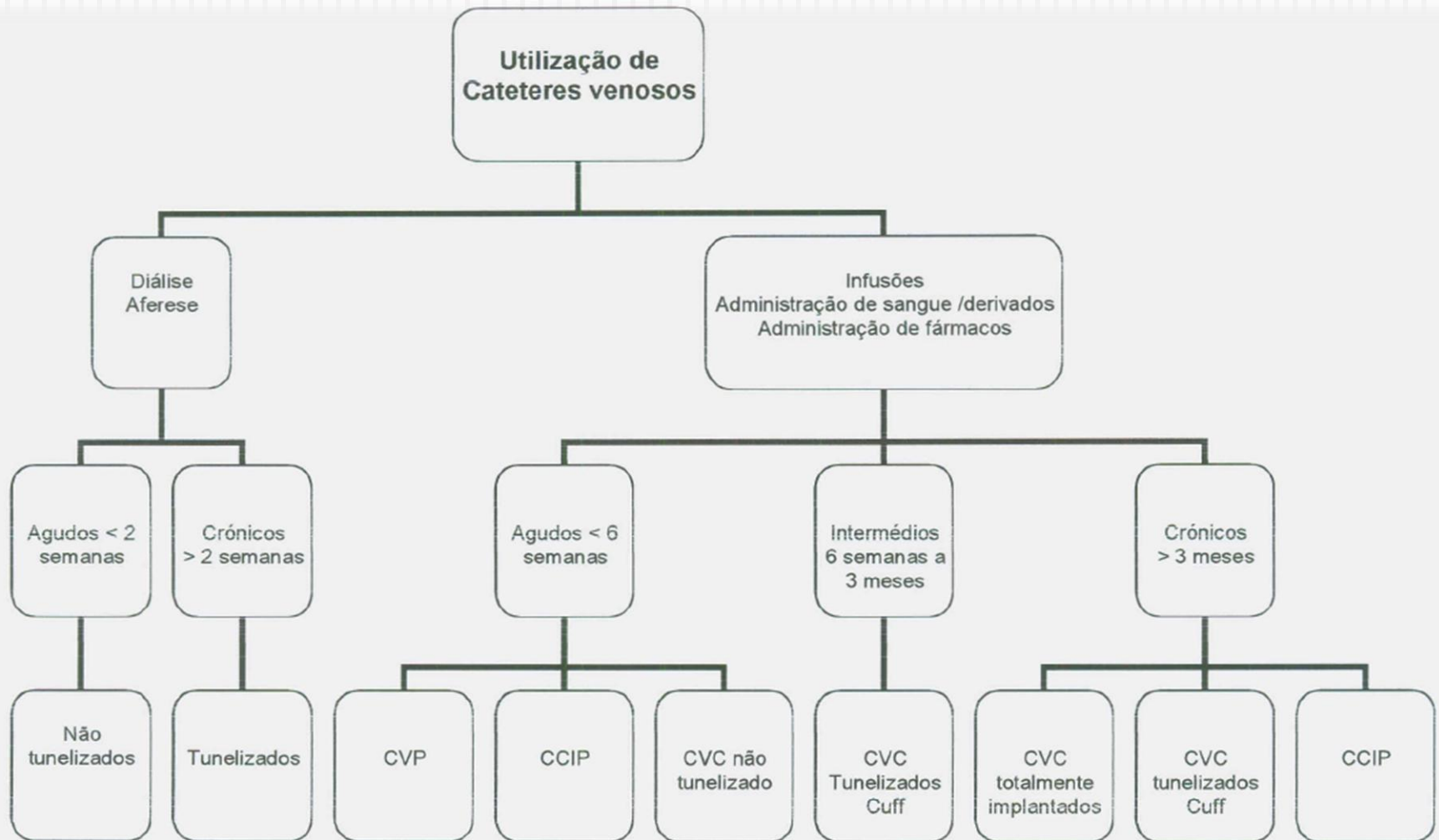


Fonte: Damião, C. e outros, Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central, apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006



Fontes: Arquivo pessoal de Carlos Clemente

Esquemmatizando, para a seleção do tipo de catéter venoso:



Sumário das recomendações para manutenção de catéteres

□ Catéteres Venosos Periféricos

Substituição e
recolocação
do catéter

“Substituir o catéter e rodar o local de inserção a cada 96 h, ou períodos mais longos se acesso limitados e ausência de sinais de flebite ou de infecção. Remover o catéter inserido em situações de emergência e inserir um novo catéter num local diferente dentro de 48 h.”

Substituição
do penso do
catéter

“Substituir o penso quando o catéter é removido ou substituído, ou quando o penso está descolado, repassado ou húmido. Substituir frequentemente nos doentes diaforéticos. Em doentes com pensos de grande volume que não permitem a palpação ou a visualização do local de inserção, remover o penso diariamente e inspecionar visualmente aplicando um novo penso.”

Substituição
dos sistemas
de
administração

“Substituir os sistemas de administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas dentro das 24 h após o início de infusão. Considerar pequenos prolongamentos conectados ao catéter como uma porção de catéter, e substituí-los quando o catéter é mudado.”

□ Catéteres Venosos Centrais, incluindo os catéteres centrais de inserção periférica e os de hemodiálise

Substituição e recolocação do catéter	“Não substituir os catéteres por rotina”
Substituição do penso do catéter	“Substituir os pensos de gaze a cada 2 dias e os pensos transparentes a cada 7 dias nos catéteres de curta permanência. Substituir o penso quando o catéter é substituído, ou o penso está descolado, repassado ou húmido, ou quando é necessário inspeccionar o local.”
Substituição dos sistemas de administração	“Substituir os sistemas de administração de sangue e derivados, ou de emulsões lipídicas a cada 24 h após iniciar a infusão e de propofol cada 6 a 12 horas”



Fonte: http://www.fuden.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=54



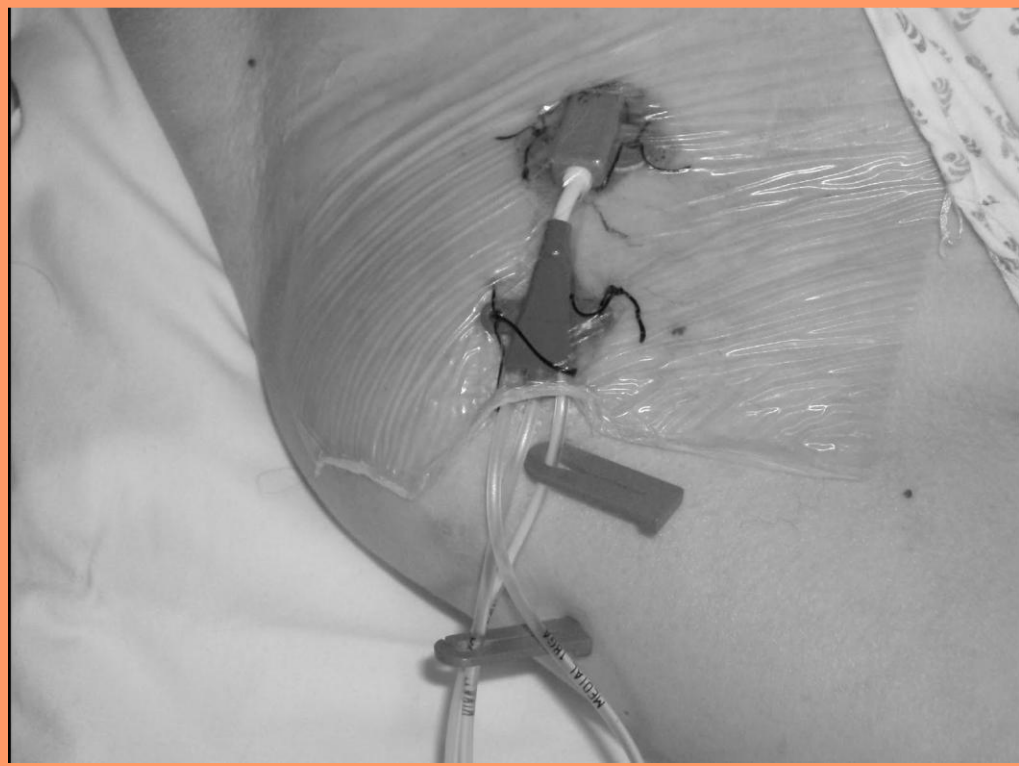
Fonte: http://www.nureinvestigacion.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=81&FilaInicio=7&paginacion=3



Fonte: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina9.html>

Cuidados à pessoa com CVP

Indicações	Necessidade de acesso vascular até 6 dias.
Inserção	<ol style="list-style-type: none">1. Acesso nos membros superiores.2. Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral a mastectomia ou fistula de diálise.3. Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.4. Luvas estéreis ou luvas não estéreis de uso único (técnica "no touch").5. Fricção da pele com antisséptico; deixar secar ao ar.6. Preferir cateteres de calibre $\leq 20G$. Para alimentação parentérica periférica é recomendado um cateter com calibre pelo menos de 20G.7. Se possível substituir os cateteres cada 96h; se acessos limitados e sem evidência de infecção ou flebite manter durante $> 96h$.
Colheitas de Sangue	<ol style="list-style-type: none">1. Evitar colheitas por cateter vascular periférico.2. Se forem necessárias colheitas de sangue frequentes, colocar um cateter calibre 18 ou 20G, exclusivamente para esse fim.3. Retirar e desperdiçar 2-6ml antes da colheita de sangue.
Bólus 2cc de soro fisiológico	<ol style="list-style-type: none">1. Após a colheita de sangue.2. Após terapêutica quando o cateter não está em uso contínuo.3. Na conversão de uso contínuo para intermitente.4. Pelo menos cada 8h quando o cateter não está a ser utilizado.



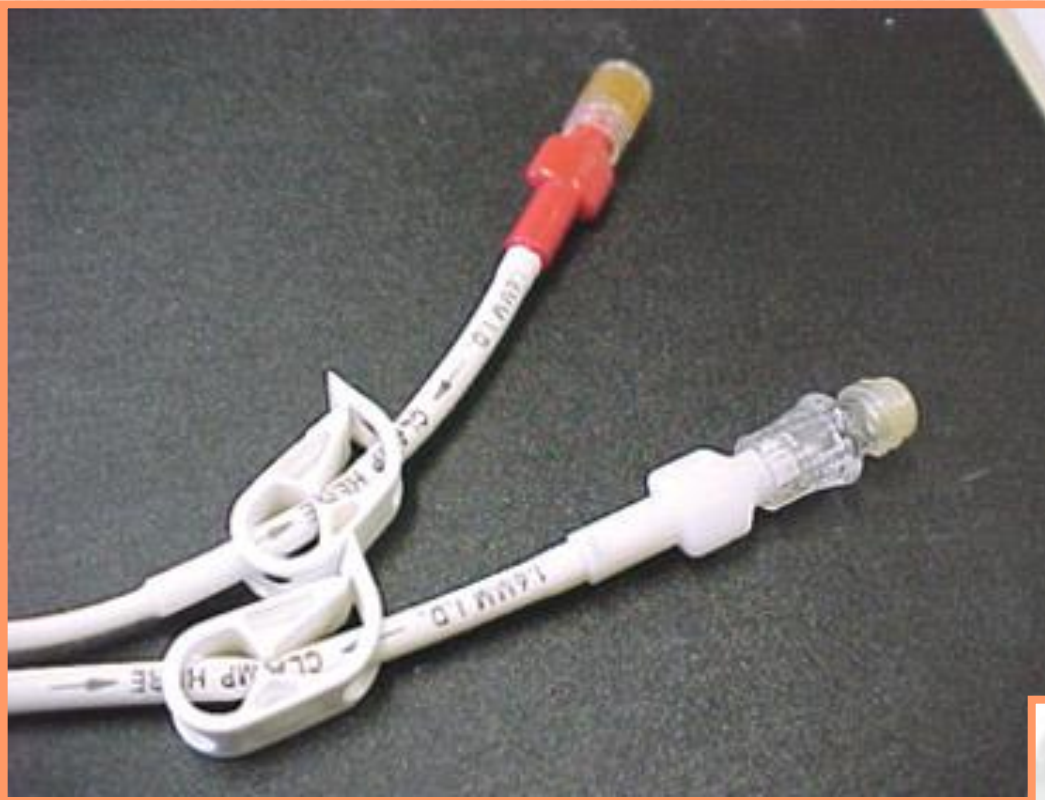
Fonte: <http://controloinfeccao.blogspot.pt/>



Fonte: http://mediateca.educa.madrid.org/imagen/ver.php?id_imagen=lyhlnu67xrhelrot

Cuidados à pessoa com CVC não tunelizado

Colheitas de Sangue	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por rotina não colher sangue para hemoculturas de um cateter vascular central. 2. Utilizar seringas com >10cc. 3. Se necessário, colher o sangue do lumen distal com encerramento prévio dos restantes lumens. 4. Desperdiçar os primeiros 6cc e limpar o lumen com 10cc de soro fisiológico após colheita. 	
Bólus 10 cc de soro fisiológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Após a colheita de sangue. 2. Na conversão de uso contínuo para intermitente. 	
	<p>1. Lumen em uso intermitente, após terapêutica IV, pelo menos cada 8h.</p> <p>Com indicação do médico e após bólus com soro fisiológico:</p> <p>6ml de heparina (10U/ml)/lumen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Após colheita de sangue. 2. Na conversão de uso contínuo para intermitente. 3. Lumen em uso intermitente, após terapêutica IV; pelo menos cada 8h.



Fonte: <http://www.cirurgicaflecha.com.br/cf/cateter-de-hickman/>



Fonte: <http://www.medcorpnet.com.br/interna-hemoflow.php>

Cuidados nos doentes com CVC de HD ou aférese

Indicações	Procedimento de diálise							
Inserção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preferir o acesso jugular ou femoral (risco de estenose da subclávia). 2. Desinfecção cirúrgica das mãos, antissépsia da pele e barreiras de protecção máxima como nos cateteres venosos centrais. 							
Pensos/ Local de inserção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Logo após inserção usar penso com gaze, substituído diariamente até que o local não esteja sangrante. Depois, usar pensos transparentes substituídos a cada 7 dias <u>ou</u> quando descolados ou repassados. 2. Substituir os pensos no final de cada sessão de diálise. 3. Pomada de iodopovidona no local de inserção e no final de cada sessão de diálise 							
Bólus /10ml de soro fisiológico/ Lúmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Após diálise pelo menos 3 vezes/semana. 2. Desperdiçar os primeiros 6ml de sangue antes de cada utilização. <p>Após bólus de soro fisiológico e com indicação do médico: 1ml de heparina (5.000U/ml) + 1-2,5 ml de soro fisiológico segundo o calibre do lúmen do cateter.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Calibre do lúmen Cateter</th> <th>Volume total (heparina + soro fisiológico)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,8 - 1,9</td> <td>2 ml</td> </tr> <tr> <td>2,2 – 2,3</td> <td>2,5 ml</td> </tr> </tbody> </table>		Calibre do lúmen Cateter	Volume total (heparina + soro fisiológico)	1,8 - 1,9	2 ml	2,2 – 2,3	2,5 ml
Calibre do lúmen Cateter	Volume total (heparina + soro fisiológico)							
1,8 - 1,9	2 ml							
2,2 – 2,3	2,5 ml							

Bibliografia

- Damião, C. e outros, Cuidados de Enfermagem ao doente hemato-oncológico com Cateter Venoso Central, apresentação para SPH, Viseu, Novembro de 2006.
- Procedimento Multisectorial do CHLC - Prevenção da Infecção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto – CIH.124 de Novembro de 2011

Apêndice 3

Plano de Sessão: «A pessoa com alterações hemato-oncológicas na Urgência Geral - Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?»

CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: A pessoa com alterações hematoco-oncológicas na Urgência Geral - Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?

OBJECTIVO GERAL: Desenvolver competências para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hemato-oncológicas admitida no serviço de urgência geral.

Data: 19 e 27 Junho de 2012

LOCAL: Serviço de Urgência Geral do Hospital de São José – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

GRUPO ALVO: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital de São José

OBJECTIVOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Métodos	M.A.E.	
<ul style="list-style-type: none"> • Partilhar conhecimentos, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, direcionados para a pessoa com alterações hemato-oncológicas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação / Justificação / Introdução do Tema; ▪ A especificidade da pessoa com alterações hematológicas e hemato-oncológicas; 	1 min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador portátil; 	Avaliação formativa através de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário dirigido aos enfermeiros presentes sobre a avaliação da
		3 min.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor LCD da sala de enfermagem do SU do HSJ 	

<ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre a necessidade de identificação precoce do elevado risco de hemorragia e de infeção associado à trombocitopénia e neutropénia, respetivamente. Uniformizar cuidados face a doentes com patologia hematológica. 	<ul style="list-style-type: none"> Hematopoiese <ul style="list-style-type: none"> As alterações hematológicas e respetiva diversidade Cuidados de enfermagem específicos face aos riscos inerentes às alterações hemato-oncológicas; Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às alterações da eritropoiese; Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às alterações da hemostasia; Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às hemopatias malignas; Cuidados de enfermagem 	<p>2 min.</p> <p>10 min</p> <p>2 min.</p> <p>3 min.</p> <p>3min.</p> <p>3min</p> <p>3min.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Versão impressa dos procedimentos multissetoriais para os quais a sessão de formação remete 	<p>sessão apresentada (segundo o modelo preconizado pelo CHLC);</p>
--	--	---	--	---	---

	direcionados para a realização de procedimentos invasivos em doentes com risco de hemorragia e elevado risco de infeção				
DURAÇÃO TOTAL – 30min + 10 min de discussão e esclarecimento de dúvidas					

Realizado por:

Carlos Rodrigues Clemente, estudante do 5º Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Sob Orientação da Professora Ilda Lourenço e da Enfermeira Sílvia Oliveira

Apêndice 4

**Apresentação da Formação: «A
pessoa com alterações hemato-
oncológicas na urgência geral -
Quais as especificidades inerentes à
prestação de cuidados de
enfermagem?»»**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, EPE

A pessoa com alterações hemato-oncológicas na urgência geral

Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?

Módulo I – Serviço de Urgência

Por Carlos Rodrigues Clemente, Aluno do Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sob orientação da Enf.^a Orientadora Sílvia Oliveira e da Professora Ilda Lourenço

Objetivos

- Partilhar conhecimentos, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, direcionados para a pessoa com alterações hemato-oncológicas;
- Alertar sobre a necessidade de identificação precoce do elevado risco de hemorragia e de infeção associado à trombocitopénia e neutropénia, respetivamente.
- Uniformizar cuidados face a pessoas com patologia hemato-oncológicas.

A especificidade da pessoa com alterações hematológicas e hemato-oncológicas

“Nas duas últimas décadas verificou-se uma crescente melhoria no prognóstico do doente hemato-oncológico. Tal deve-se à implementação de RT e QT mais agressivas (...) e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.”

Pedrosa et al (2011)

“Como efeito adverso, podem conduzir a situações que ameaçam a vida e que exigem uma resposta rápida, intensiva e específica.”

Vandijck (2008)

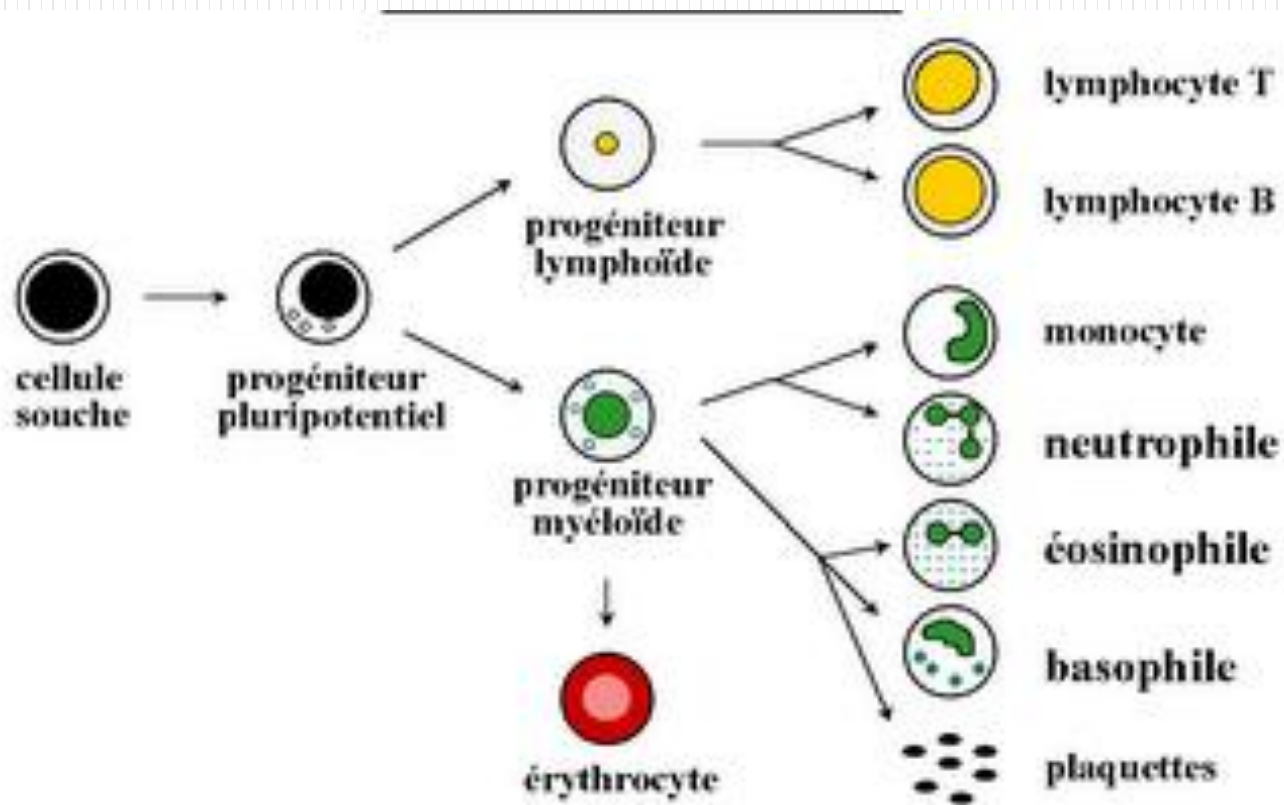
“A clínica hemorrágica é muito variável, desde incipiente até hemorragia severa.”

Constanço et al (2011)

“Os doentes com patologia hemato-oncológica, encontram-se muitas vezes, dependentes de transfusão pela depleção da medula óssea e pela diminuição da sobrevida eritrocitária (...).”

Constanço et al (2011)

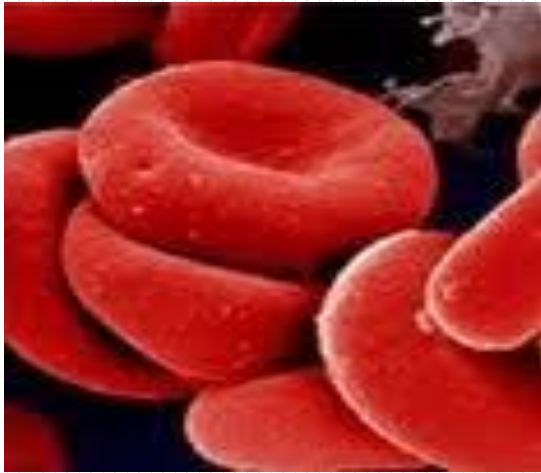
Hematopoiese



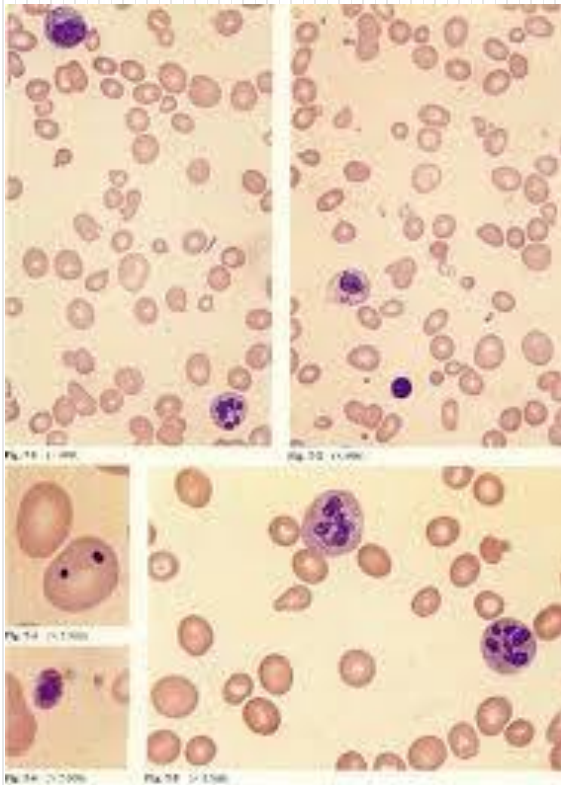
As Alterações Hematológicas e respetiva diversidade

Alterações/patologias associadas à cadeia da **Eritropoiese**:

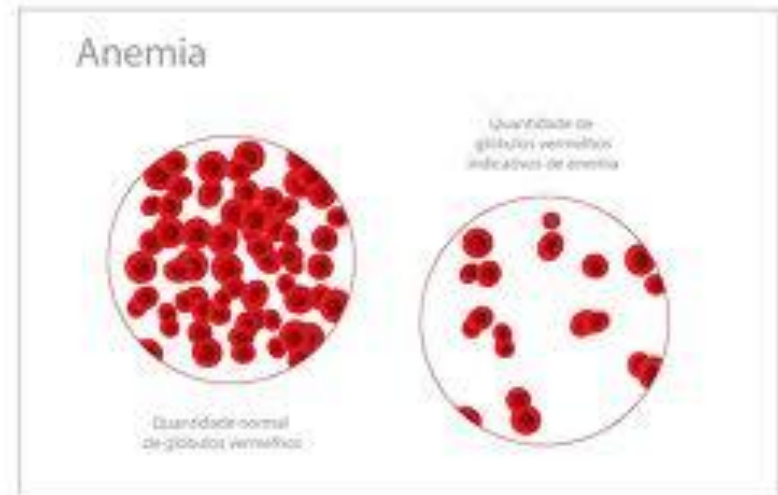
- Anemia Ferropénica
- Anemia Aguda
- Anemia Falciforme (Drepanocitose)
- Anemia Hemolítica Auto-Imune
- Talassémias
- Policitemias



Fonte: <http://www.jornalivre.com.br/157709/o-que-e-anemia-aplatica.html>



Fonte: <http://www.presenteparahomem.com.br/anemia-falciforme-o-que-e-como-se-transmite-quis-os-sintomas-e-tratamentos/#axzz27K0G12ez>



Fonte: <http://www.sambemat.com.br/news/anemia/>

Alterações/patologias associadas à Hemostasia Primária/trombocitopoiese:

- *Púrpuras:*
 - ✓ Púrpuras Trombocitopénicas Idiopáticas
 - ✓ Púrpuras Trombocitopénicas Trombótica

- *Trombocitopénia Secundária*



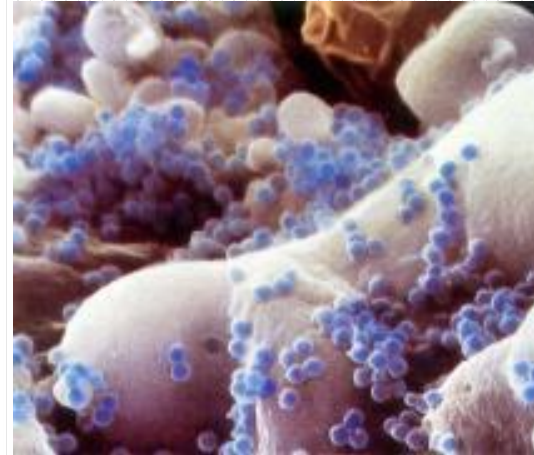
Fonte: <http://www.axeopoajagunna.jex.com.br/saude/doenca+purpura>

- ✓ Terapêutica (por ex. AINES)
- ✓ Alterações hepáticas

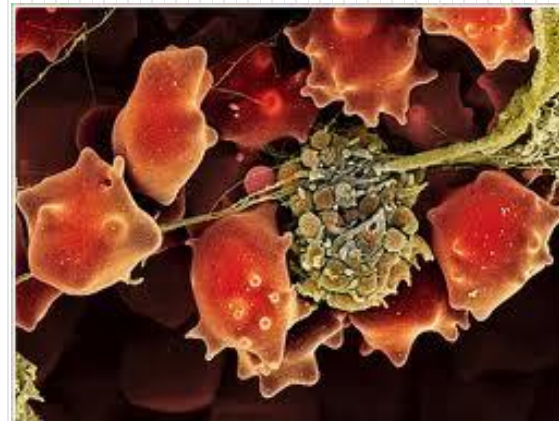
Fonte: <http://grafite-07.blogspot.pt/2010/11/o-que-e-trombocitopenia.html>

Alterações/patologias associadas à Hemostasia Secundária

- *Coagulopatias Hereditárias*
 - ✓ Hemofilia
 - ✓ Doença de Von Willebrand
- *Coagulopatias Adquiridas*
 - ✓ Coagulação Vascular intradissiminada
 - ✓ Coagulopatias associadas a terapêutica direcionada (por ex. HBP e Varfarina)



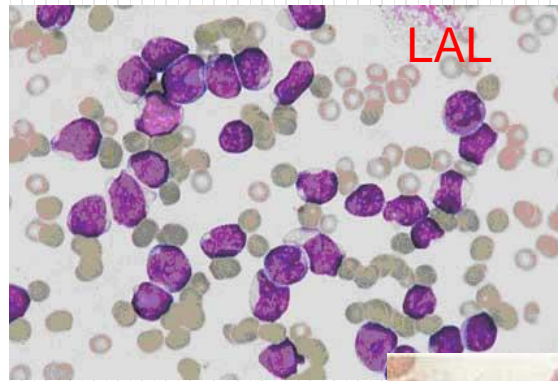
Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1257325-5603,00-PESQUISA+REVELA+COMO+FIBRINA+ESTICA+PARA+FORMAR+COAGULOS.html>



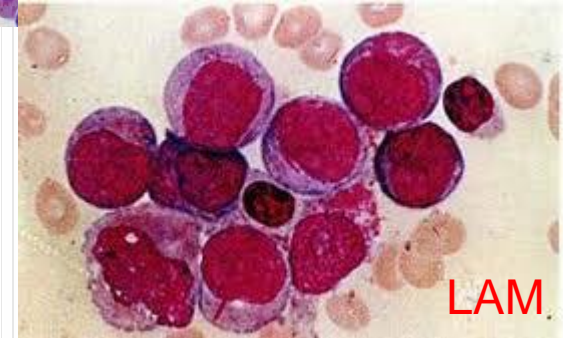
Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1257325-5603,00-PESQUISA+REVELA+COMO+FIBRINA+ESTICA+PARA+FORMAR+COAGULOS.html>

Hemopatias Malignas:

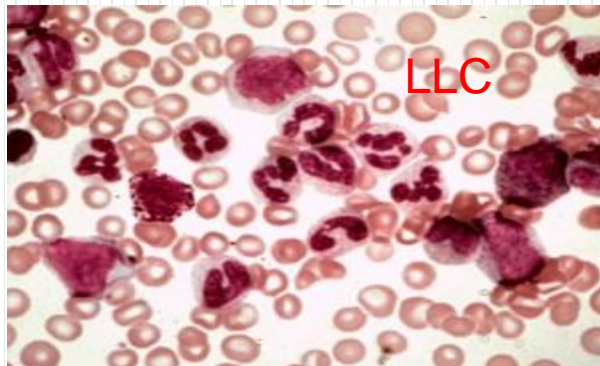
- *Leucemias no Adulto*
- ✓ **Leucemias Agudas**
 - Leucemia Aguda Mieloblástica
 - Leucemia Aguda Linfoblástica
- ✓ **Leucemias Crônicas**
 - Leucemia Mieloblástica Crônica
 - Leucemia Linfoblástica Crônica



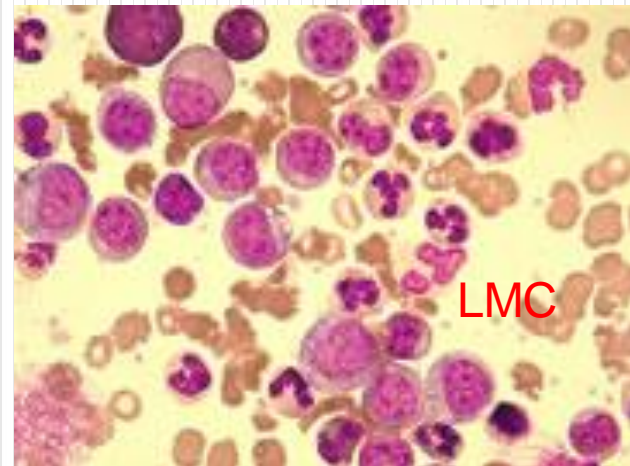
Fonte:
<http://clickmaisbio.blogspot.pt/2011/10/cancer-classificacao.html>



Fonte:
http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Leucemia+Mielomonoc%C3%ADtica+Aguda&lang=3

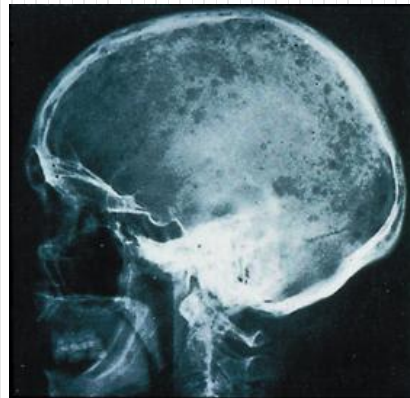


Fonte: http://www.umm.edu/esp_imagepages/1443.htm



Fonte: <http://blogdaandriakely.wordpress.com/2010/12/11/vivendo-com-lmc-leucemia-meloide-chronica-e-a-eterna-dependencia-pelo-glivec/>

- *Linfomas*
- ✓ Linfomas de Hodgkin
- ✓ Linfomas Não Hodgkin
 - Linfoma de Burkitt



- *Mieloma Múltiplo*

Fonte:
http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=100595&Itemid=341

- *Outros Síndromes Mielodisplásicas*
- ✓ AREB – Anemia Refratária com Excesso de Blastos

Fonte:
http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Anemia+Refrat%C3%A1ria+Com+Excesso+De+Blastos&lang=3

FIQUE POR DENTRO

Linfoma Não-Hodgkin
 É um tipo de câncer. O tumor ocorre no sistema linfático, que inclui uma rede de tubos estreitos que se ramificam, assim como os vasos sanguíneos, dentro dos tecidos de todo o organismo.

O câncer
 No linfoma Não-Hodgkin, as células do sistema linfático se dividem e crescem sem ordem ou controle ou as mais velhas não morrem como normalmente deveria ocorrer.

O tumor pode começar em quase todos os lugares do corpo. Pode ocorrer em um único linfonodo, em um grupo de linfonodos ou em outro órgão.

E pode se disseminar para quase todas as regiões do corpo, incluindo o fígado, a medula óssea e o baço.

O sistema linfático
 Os vasos linfáticos conduzem a linfa, um líquido aquoso e incolor que contém as células que combatem as infecções e que são denominadas linfócitos. Ao longo desta rede de vasos, há pequenos órgãos chamados **linfonodos**.

Agrupamentos de linfonodos são encontrados nas axilas, virilha, pescoço e abdômen. Outras partes do sistema linfático estão localizadas no baço, amígdalas e medula óssea.

Causas do câncer

- Pessoas com o organismo debilitado, como portadores de HIV ou quem fez transplante
- Manuseio de produtos tóxicos, como pesticidas, solventes ou fertilizantes
- Idosos, com mais de 60 anos

SINTOMAS

- Presença de edemas dolorosos no pescoço, na axila
- Febre sem causa
- Suor noturno
- Fadiga constante
- Perda de peso inexplicada
- Manchas avermelhadas na pele

Infografia: Rubens Paiva

Fonte: <http://vivamelhoronline.com/tag/linfoma-nao-hodgkin/>

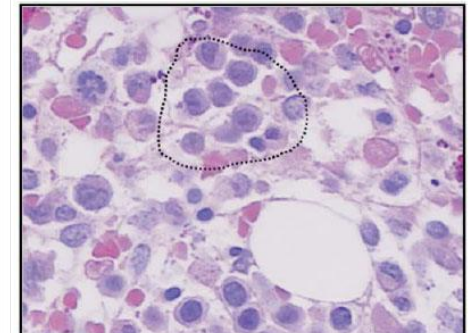


Figura 8. Corte histológico de MO com grupo de células blásticas granulocíticas (ALIP), assinaladas acima. Comparar com grupo de megablastos eritróides abaixo

Cuidados de enfermagem específicos face aos riscos inerentes às alterações hematológicas e hemato-oncológicas

“ (...) lidamos com utentes submetidos a tratamentos de quimioterapia intensiva, que experimentam períodos de aplasia imunossupressão profundos, ficando mais suscetíveis a infeções e ao contínuum infeção – sépsis – choque séptico.”

Pedrosa et al (2011)

- *“A anemia é uma das manifestações mais frequentes destas doenças e a que apresenta maiores repercussões na qualidade de vida dos doentes.”*

Pereira (2009)

- *“(...) apesar de terem sido instituídas as medidas e tratamento precoce, não se conseguiu controlar a hemorragia, havendo um desfecho negativo da situação.”*

Ramos et al (2011)

Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às alterações da eritropoiese

RISCO DE HIPOXÉMIA E HIPÓXIA


- *Despiste de manifestações clínicas como angor pectoris, associadas à deficiente oxigenação coronária;*
- *Monitorização e avaliação de SpO₂, PA e FC;*
- *Despiste de sintomatologia sugestiva de diminuição da volémia;*

- *Colheita de sangue para tipagem segundo o protocolo Gricode®;*



Fonte: http://www.bancsang.net/media/pdf/Anna_Gonzalez.pdf

- *Administração de Concentrado eritrocitário, segundo o procedimento Multissetorial “Aplicação de Produtos Sanguíneos” do CHLC.*

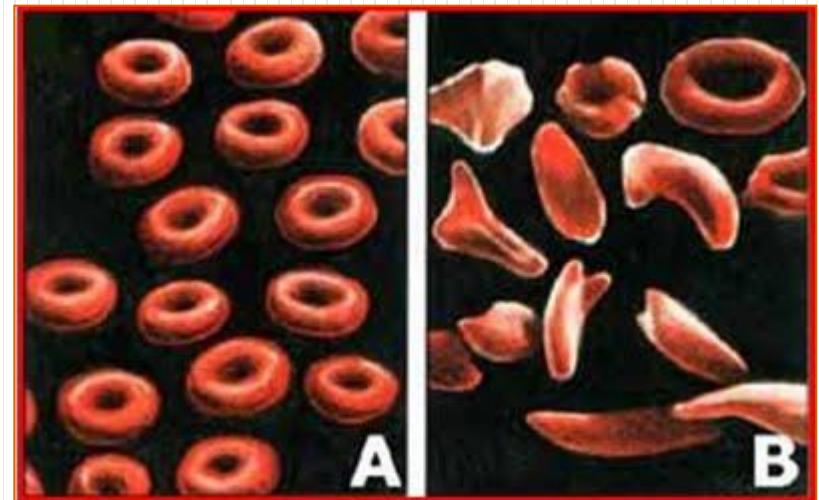
 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	TRC.109
	APLICAÇÃO DE PRODUTOS SANGUÍNEOS	

O CASO ESPECÍFICO DA DREPANOCITOSE

• *As crises vasoclusivas caracterizam-se por uma agregação das hemácias em forma de foice que bloqueiam a perfusão de determinados órgãos. Assim torna-se fundamental:*

✓ **Despistar e evitar Sintomatologia como:**

- Dor
- Convulsão
- Hemiplegia
- Afasia
- Paralisias dos nervos cranianos
- Diminuição da acuidade visual
- Priapismo



- *Ajudar a pessoa a reconhecer o fator desencadeante da crise, de forma a poder evitá-lo, caso seja possível;*

- *Administração de terapêutica analgésica;*

Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_I0GXJZmTuxY/SeSUpzDil4I/AAAAAAAAALg/I5Gxy3dznVA/s320/Soro+fisiologico.bmp



- *Aquecimento da pessoa, quando o desencadear da crise está associado à exposição ao frio;*

- *Assegurar a hidratação por via EV com NaCl ou Dxt H2O;*



Fonte:
http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/01/Baxter_dextrose_and_sodium_chloride_injection_USP.JPG



Fonte:
http://2.bp.blogspot.com/_4OnImQtVBYo/TDzHW72cNRI/AAAAAAAAAGE/k_PTuCFDZIQ/s1600/morfina.jpg


- *Assegurar a alcalinização por via EV através da administração profilática de Bicarbonato de Sódio a 1.4%;*



Fonte:
http://www.airproducts.com/medical/pt/productos/desechable/img/des_respi_img4.jpg

- *Oxigenoterapia, caso necessário;*

- *Administração de concentrado eritrocitário, caso necessário, segundo o Procedimento Multissetorial – “Recomendações Transfusionais – Doença de Células Falciformes” do CHLC.*

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	TRC.142
	RECOMENDAÇÕES TRANSFUSIONAIS – DOENÇA DE CÉLULAS FALCIFORMES	

Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às alterações da hemostasia

RISCO DE HEMORRAGIA

- *Despiste de manifestações Clínicas Secundárias às alterações da Hemostasia:*

- ✓ Derrame ocular
- ✓ Epistáxis
- ✓ Gengivorragias
- ✓ Alterações do estado de consciência
- ✓ Hemoptises
- ✓ Petéquias
- ✓ Hemorragia GI: Hematemeses, melenas, retorragias
- ✓ Hematúria
- ✓ Metrorragias ♀
- ✓ Hematomas e Equimoses



Fonte: <http://guiaavare.com/img/cache/aa/2012/10/18010202a3ac273320c5fb09ac67662ff6786e8a-360.655737705x240.jpg>



Fonte: <http://sistemahematopoiéticoelinfoide.blogspot.pt/2010/06/purpura-trombocitopenica-idiopatica.html>



Fonte: <http://www.brasilecola.com/upload/e/hematoma1.jpg>



Fonte: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Epistaxis1.jpg>



Fonte: http://www.conhecersaude.com/thumbail.php?file=adultos/Trombocitopenia_731205715.jpg&size=article_medium

- *Avaliação de estado de consciência e registo de alterações que surjam;*
- *Avaliação do risco de quedas e manter um ambiente seguro de forma a evita-las;*
- *Avaliação do riscos de úlcera por pressão, através da utilização da escala de Braden;*
- *Monitorização de Sinais Vitais, em especial PA;*
- *Administração de terapêutica anti-hipertensora, se AP de HTA conhecidos;*
- *Administração de concentrado Plaquetário, plasma, imunoglobulina ou outros fatores de coagulação;*



- *Sensibilizar a pessoa no sentido de evitar a realização da Manobra de Valsalva;*



Fonte: <http://pt.net-diver.org/selftraining/manual/image/image126.gif>

- *Administração de terapêutica anti-emética se quadro de vômitos concomitante;*
- *Administração de terapêutica anti-tússica se quadro de acessos de tosse seca;*
- *Providenciar uma correta hemostase após as punções EV, IM e SC.*



Fonte: http://l.bp.blogspot.com/_P-MzoBY5Jlc/TGGTFNyh3BI/AAAAAAAAABpY/6BROehdFRJs/s1600/medicamento+intramuscular.jpg

Cuidados de enfermagem direcionados às manifestações clínicas secundárias às hemopatias malignas

RISCO ELEVADO DE INFEÇÃO

- *Devido à leucopénia e neutropénia secundária à hemopatia maligna ou ao tratamento quimioterápico;*
- *Devido à hiperleucocitose ou crise blástica associada à hemopatia em questão;*
- *Tratamento com QT direcionada, cujo objetivo é obter um “back up” medular;*
- *Este aumenta exponencialmente a partir do dia + 14 de QT (Nadir).*

- *Lavagem rigorosa de mãos de toda e qualquer pessoa que se aproxime do Utente;*
- *Colocar a pessoa em quarto isolado, com isolamento reverso e fluxo laminar se a contagem de neutrófilos for $< 500 / \text{mm}^3$;*
- *Limitar as Visitas com prováveis situações infecciosas;*
- *Monitorização de Sinais Vitais, se $T.^{\circ}$ axilar $\geq 38,0^{\circ}$;*



Fonte: <http://products.hospira.com/assets/images/0409-3505-01.jpg>

- ✓ **Hemocultivar segundo protocolo de serviço**
- ✓ **Administrar anti-pirético prescrito**
- ✓ **Iniciar antibioterapia de largo espectro conforme prescrição;**

- *Realizar colheita asséptica de urina, exsudado naso-faríngeo, secreções traqueo-brônquicas para despiste de possível foco infeccioso;*
- *Despistar sinais e sintomas de sepsis e choque séptico;*
- *Despiste precoce de sinais e sintomas identificados como possíveis focos infeção:*

✓ Ardor nos olhos

✓ Tosse produtiva ou seca

✓ Otalgias

✓ Dispneia

✓ Queixas perineais (ardor, prurido)

✓ Disúria

✓ Dores abdominais

✓ Prostração

✓ Dores retais (Fissuras, abscessos, hemorróidas)

✓ Lesões ulcerativas da boca

✓ Lesões de pele

✓ Taquipneia


Cuidados de enfermagem direcionados para a realização de procedimentos invasivos em pessoas com:

RISCO ELEVADO DE INFEÇÃO

RISCO DE HEMORRAGIA

- *Não realizar tricotomia com lâminas;*
- *Ponderar a necessidade de algaliar, sempre com base no estado clínico da pessoa;*
- *Utilizar sempre sondas vesicais e nasogástricas do menor calibre possível de forma a tornar a técnica menos traumática;*
- *Lubrificar bem todo o tipo de sonda;*

- *Aquando da colocação e manutenção de dispositivos intravasculares, manter as recomendações preconizadas pelo procedimento multissetorial - “Prevenção da infeção associada aos dispositivos intra-vasculares no adulto” do CHLC;*

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	CIH.124
	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES NO ADULTO	

- *Escolher adequadamente o calibre de catéteres venosos periféricos, tendo em conta o elevado risco de hemorragia aquando da venopunção .*



Bibliografia :

- Procedimentos Multissetoriais do CHLC:
 - Recomendações Transfusionais – Doença de Células Falciformes
 - Aplicação de Produtos Sanguíneos
 - Prevenção da infeção associada aos dispositivos intra-vasculares no adulto
- Constanço, Maria C. et al; Resumo relativo ao Poster: “Aloimunização em doentes com patologia hemato-oncológica”, apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Constanço, Conceição et al; Resumo relativo ao Poster: “Trombocitopenia imune: caracterização epidemiológica”, apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011

- Pedrosa, João P. et al; Resumo relativo ao Poster “Choque séptico no doente hemato-oncológico: saber mais, antecipar, agir melhor”, apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Pereira, Ana M.; Síndromes Mielodisplásicas – Livro Informativo para Doentes, Hospital Garcia de Orta – 2.ª edição, 2009
- Ramos, Catarina et al; Resumo relativo ao Poster “Coagulação intravascular disseminada – estudo de caso”, apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Schäffler, Arne e Menche, Nicole; Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – Manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde, Lusociência, Loures, 2004, ISBN 972-8383-78-9.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, EPE

A pessoa com alterações hemato-oncológicas na urgência geral

Quais as especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem?

Módulo I – Serviço de Urgência

Por Carlos Rodrigues Clemente, Aluno do Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sob orientação da Enf.^a Orientadora Sílvia Oliveira e da Professora Ilda Lourenço

Apêndice 5

**Apresentação dos dados relativos à
avaliação da sessão de formação
sobre a temática: «A pessoa com
alterações hemato-oncológicas na
urgência geral»**

Apresentação dos dados relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática:

« A pessoa com alterações hemato-oncológicas na urgência geral»

Sessão de formação realizada no serviço de urgência geral do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José nos dias 19 e 27 de Junho de 2012

Nestes dois dias em que se realizou a sessão de formação, assistiram no total 22 enfermeiros que desempenham funções no serviço acima mencionado.

Com base no modelo 0002 do CHLC (Anexo 1), utilizado como instrumento de avaliação das sessões de formação em serviço nesta instituição e adotado com o mesmo fim neste contexto académico-formativo, passamos a apresentar, abaixo, esses mesmos resultados sob o formato de tabela e em percentagem:

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1 – As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0%	0%	27%	73%
2 - Os objectivos da formação foram atingidos.	0%	0%	9%	91%
3 – Para a sua actividade profissional a formação foi útil.	0%	0%	5%	95%
4 – Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0%	0%	14%	86%
5 – A teoria foi relacionada com a prática.	0%	0%	14%	86%
6 - A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0%	0%	9%	91%
7 – Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0%	0%	18%	82%
8 – A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	0%	0%	18%	82%
9 – Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	0%	0%	18%	82%
10 – A duração da formação foi adequada.	0%	0%	36%	64%
11 – O horário da formação foi adequado.	0%	0%	41%	59%
AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA E FORMADOR	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12 – Domínio dos conteúdos apresentados.	0%	0%	0%	100%
13 – Facilidade da transmissão de conhecimentos.	0%	0%	9%	91%
14 – Clareza na transmissão dos conhecimentos.	0%	0%	5%	95%

15 – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0%	0%	23%	77%
16 – Interação com o grupo.	0%	0%	23%	77%
17 – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0%	0%	5%	95%
18 – Gestão do tempo.	0%	0%	23%	77%
19 – Pontualidade.	0%	0%	14%	86%

Apêndice 6

Reflexão Crítica: «Segurança do utente em contexto de Bloco Operatório»

Segurança do utente em contexto de Bloco Operatório

Ao longo das últimas quatro semanas, tendo por base a prestação de cuidados em contexto de Bloco Operatório Central (BOC) do Hospital de São José, a necessidade de refletir acerca da temática da segurança do utente, afirmou-se como um axioma. Neste enquadramento e considerando as características do Centro Hospitalar de Lisboa Central, que sedia no Hospital de São José a Urgência Geral, o BOC assume um papel decisivo como valência na resposta às situações agudas e de maior gravidade do foro cirúrgico.

Face aos objetivos traçados para este contexto de estágio em Bloco Operatório, e ao incidir sobre as competências preconizadas pelo plano de estudos do Mestrado em EMC da UCP, a integração numa das equipas de enfermagem que assegura a urgência neste serviço e o facto de ser orientado por elementos peritos nesta área de intervenção, tem facilitado a análise reflexiva e o pensamento crítico sobre as intervenções realizadas. Em paralelo à prestação de cuidados perioperatórios, foi crescente a tomada de decisão responsável, atribuindo uma maior importância às questões da qualidade dos cuidados/ segurança do utente.

Indo ao encontro da posição assumida pela Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (2004, pg.1), e ao trabalho conjunto desenvolvido com a AESOP, “(...) o bloco operatório foi definido como uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório.”. Ao nível da manutenção e segurança do ambiente cirúrgico, são contempladas medidas que se tornam a garantia da observância de todas as medidas ambientais e de segurança; estas implicam que as necessidades do utente se encontrem prévia e devidamente identificadas, garantindo-se que todos os procedimentos anestésicos e cirúrgicos proporcionam o melhor dos usufrutos.

Após esta breve introdução, para contextualizar a temática reflexiva em questão, passo a descrever sumariamente as situações experienciadas que suscitaram a realização deste documento. Estas prendem-se com a intervenção rápida e a necessidade de agir de imediato, de forma a restabelecer e evitar um agravamento do estado geral do utente, ao qual nos encontramos a prestar cuidados aquando duma situação de urgência.

Durante uma das manhãs, que me encontrava a realizar no BOC, após contacto prévio da equipa de urgência de Neurocirurgia, recebemos um doente com cerca de 60 anos de idade, com vários antecedentes pessoais ao nível cardio-vascular e nefrológicos, que atualmente se encontrava hospitalizado com um quadro de edema cerebral secundário a AVC hemorrágico. Perante este quadro, surgiu a necessidade de ser intervencionado cirurgicamente no sentido de diminuir a pressão intracerebral e manter a maior viabilidade e funcionalidade possível. Após receber o utente, proveniente da Unidade Cerebro-Vascular (UCV), este foi de imediato encaminhado para a sala de operações onde se iria realizar o procedimento cirúrgico; pelo agravamento rápido do estado geral, principalmente pelo afundamento estado de consciência e consequente diminuição de score na escala de coma de Glasgow, a entubação endotraqueal, a colocação de linha arterial e de cateter venoso central, assumiram naquele preciso momento um papel crucial para que se pudesse avançar o mais rapidamente possível para a cirurgia. Garantiu-se assim, que no que concerne à monitorização e criação de meios de suporte aos focos de instabilidade identificados, todas as condições fundamentais para salvaguardar uma prática segura se encontravam presentes.

Prosseguindo com o normal decorrer da cirurgia, são iniciados os registos e organiza-se o processo do utente em questão. Este entrou na sala de operações sem processo clínico, dada a situação urgente e a necessidade de o transferir o mais rapidamente para o BOC. Constatou-se que ia ser necessário suporte transfusional, urgia colher uma amostra e iniciar o processo de tipagem segundo o sistema Gricode®. A equipa de anestesia manifestou-se inquieta e apelava à rapidez na realização deste procedimento e posterior encaminhamento para o Serviço de Sangue, são necessárias etiquetas de identificação que ainda não se encontram na sala operatória. Passados poucos minutos, é-nos fornecido o processo clínico, alguns exames complementares de diagnóstico (ECD) e as respetivas etiquetas, finaliza-se o processo de tipagem e é rapidamente encaminhado o pedido para que não haja atrasos no seu fornecimento; nesta fase decide-se organizar o processo clínico e iniciar o preenchimento da lista de verificação cirúrgica, de imediato se constata que há incongruência na identificação do utente nos dados fornecidos nos registos/nota de transferência versus etiquetas e ECD fornecidos. Eis que surge um problema para o qual tínhamos de dar uma resposta célere... Confirmou-se de imediato a identidade do utente na pulseira de identificação e

validou-se com os colegas da UCV a mesma informação, todos os documentos e etiquetas de identificação, que não pertenciam ao utente, foram rapidamente retirados da sala de operações e devolvidos ao serviço de origem. Não foi esquecida a necessidade de cancelar os pedidos de componentes sanguíneos e avisar o Serviço de Sangue acerca do ocorrido. Iniciou-se de novo o processo de tipagem e foi enviada uma nova requisição de hemocomponentes. Imagens Radiológicas foram confirmadas e validadas e após a resolução deste problema, o procedimento cirúrgico decorreu sem outras intercorrências.

Face ao sucedido, fazendo uma analogia e comparação com o que habitualmente está protocolado na cirurgia programada, pude concluir que o fato de o utente não ter dado entrada no BOC acompanhado pelo processo clínico, foi logo um “fator de risco”. Essa situação, contribuiu para que este incidente tivesse ocorrido. Não obstante, há que considerar também, que o estado de consciência do utente assistido não permitiu validar informações que habitualmente são recolhidas junto dos mesmos antes da indução anestésica.

No âmbito de todo este processo, mobilizando as intervenções, as estratégias utilizadas e descritas, dou especial ênfase e destaque o papel preponderante que as check-lists desempenham atualmente em Bloco Operatório. Para Fragata (2010), a existência de check-lists é fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida — por exemplo, as condições necessárias para a entrada de um doente no bloco, a conferência de equipamento e fármacos anestésicos, ou a montagem do circuito de circulação extra-corporal. Mobilizando o conceito de utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, protocolado e divulgado em circular normativa da Direção Geral de Saúde (2010), podemos destacar duas componentes fundamentais associadas a:

- Simplicidade e aplicabilidade desse mesmo documento em qualquer contexto, permitindo a medição do impacto dos procedimentos cirúrgicos, a melhoria da segurança cirúrgica e o evitar de mortes e complicações;

- Manutenção dos cuidados seguros peri-operatórios em hospitais e respetivo envolvimento numa sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados.

Ao nível da fase pré-operatória, são contemplados vários cuidados que não deverão ser esquecidos e merecem especial atenção, tal é o caso da obtenção do

consentimento informado, a confirmação da identificação do doente, do local da cirurgia e do procedimento a ser realizado. A verificação da integridade dos equipamentos anestésicos e da disponibilidade de medicamentos de emergência, assim como a adequada preparação para o decorrer da cirurgia, são outros itens não menos importantes e que assumem especial relevância neste contexto. Já durante o decorrer da cirurgia, a disponibilidade de exames imagiológicos, a monitorização adequada do utente e o trabalho de equipa eficiente, associado a uma boa comunicação entre os vários intervenientes, são parâmetros obrigatoriamente presentes de modo a garantir um bom resultado. Em súpula, segundo Fragata (2010), ao realizar a revisão do estado da arte acerca dos erros e dos acidentes no bloco operatório, reconhece que a proactividade, a antecipação de problemas e a vulnerabilidade aos erros, são os pilares da cultura de segurança numa organização. Defende ainda, que perante a eventualidade de um acidente, os requisitos anteriormente mencionados, são fundamentais para minimizar as consequências dos mesmos ou mesmo evitar que ocorram.

Ainda no que concerne às questões da comunicação e da segurança do doente, a introdução de briefings no Bloco Operatório, e o seu uso regular, tem melhorado o nível de segurança no bloco mas com maior certeza ainda tem permitido cimentar a imprescindível dinâmica de equipa, antecipando muitas das possíveis crises (Fragata, 2010). Valido (2011), baseando-se nos pareceres da AESOP (2010), vem reforçar esta mesma ideia, ao referir a importância dum envolvimento e comunicação efetiva entre todos os elementos da equipa cirúrgica, dado que “(...) não é possível uma prática segura sem disciplina, colaboração e sem o respeito pela interdependência do desempenho dos diversos profissionais.”. Em procedimentos de rotina, especialmente se houve complicações, a realização de *de-briefings* tem permitido corrigir muitas das falhas verificadas; são identificados como um forte contributo para que se não repitam falhas e acabam por funcionar como uma forma de aprendizagem contínua, criando melhorias do foro organizacional (Fragata, 2010).

Face à deteção de um erro ou algo inesperado, cada um de nós irá atuar, dependendo dos conhecimentos que detém e da possibilidade de exploração de novas hipóteses – “Uma vez detetados os erros, importa estar preparado para os corrigir: tal requer conhecimento - experiência, mas capacidade de decisão individual.” (Fragata,

2010, pg.21) É neste contexto que surge a necessidade de registo de incidentes, inserida numa política de gestão do risco clínico. Neste âmbito, França (2005), referenciado por Valido (2011, pg.32), defende que a gestão do risco deverá ser considerada “(...) um instrumento de rotina, a aplicar em todo o setor da saúde e a fazer-se acompanhar por uma filosofia de aprendizagem contínua promotora da criação de ambientes organizacionais “ sem culpas e vergonhas”.

Ao longo dos tempos, a filosofia e o paradigma da culpabilização associados ao erro clínico, tendo vindo a mudar; cada vez mais se desvia a responsabilização e culpabilização individual do profissional envolvido no incidente, dado que se concluiu que a maior parte dos erros é feita por profissionais dedicados e competentes (Carneiro, 2010). Culpabilizar, é por vezes, a atitude mais fácil e imediata de tomar, mas quase nunca resolve ou prevê novos problemas. É sabido que toda a gente erra, daí, é esperado que se criem sistemas de antecipação/prevenção do erro. Carneiro (2010), explicita no seu artigo – “O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica”, uma análise das origens do erro, recorrendo para isso ao modelo de Reason, comumente utilizado neste âmbito e aplicável às organizações complexas, como é o caso dos serviços da saúde. Identifica variáveis institucionais, de organização e gestão, o próprio ambiente e respetivo grupo de trabalho, tal como as características dos doentes, como imprescindíveis para análise multifatorial e sistémica do erro. Compreender as bases do sistema que propiciam o erro, e analisar individualmente o comportamento e as situações nas quais os profissionais estão envolvidos, são estratégias fundamentais para o desenvolvimento da gestão do risco clínico. Esta engloba inúmeras estratégias que permitem melhorar substancialmente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados; uma visão prospetiva dos riscos potenciais aos quais o utente se encontra suscetível, permite adotar medidas preventivas que diminuam a probabilidade da ocorrência dos mesmos (Fragata e Martins, 2008)

De forma a concluir esta reflexão, após a mobilização dos conteúdos atuais e realizando a transferência teórico-prática acerca da temática, posso concluir que no BOC do HSJ, se encontram implementadas várias medidas que pretendem garantir a segurança do utente cirúrgico, desde a admissão até ao período do pós-operatório imediato pós-estabilização. A implementação e utilização generalizada da lista de

verificação cirúrgica, é uma mais-valia em todos os procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados neste serviço. Os itens contemplados e a avaliação inicial realizada acabam por ser garantias de uma prática segura. Por ser um bloco operatório central, que abrange várias especialidades e que acaba por dar resposta a inúmeras urgências cirúrgicas, os profissionais que desenvolvem a sua atividade neste local, são confrontados frequentemente com estes casos, que podem culminar em cirurgias atribuladas onde o descontrole é mais provável. Tendo por base esta realidade, estratégias como a dupla verificação e a partilha de informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional, são funções elementares do enfermeiro que desempenha funções e presta cuidados em contexto peri-operatório.

Bibliografia

CARNEIRO, António - O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. Vol.Temat. 10. Setembro de 2010

FRAGATA, José - Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. Vol. Temat. 10. Setembro de 2010

FRAGATA, José et al – **O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Almedina. Coimbra (2008)

VALIDO, Susana – Checklist Cirúrgica: Contributo para uma intervenção na área da segurança do doente. **Dissertação de Tese de Mestrado no âmbito do Mestrado de Políticas de Administração e Gestão de serviços de Saúde da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa**. Lisboa/Évora. Junho de 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante**. Setembro de 2004

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Circular Normativa N°:16/DQS/DQCO de 22/06/2010: “Cirurgia Segura Salva Vidas”**

Apêndice 7

Planeamento de auditoria clínica interna no BOC - HSJ

Planeamento de auditoria clínica interna

1 - Contextualização

No âmbito do estágio de opção do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, em contexto de enfermagem peri-operatória, tendo por base o objetivo geral traçado – “Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos de urgência em contexto peri-operatório.”, e mais especificamente a necessidade de incrementar estratégias que garantam a segurança do utente submetido a procedimentos cirúrgicos urgentes no BOC, decidi realizar uma auditoria clínica interna relativa à aplicação da “IDEIA”.

A “IDEIA” surgiu no âmbito de um programa de melhoria contínua de qualidade e tem como objetivo “Contribuir para a melhoria dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, através da criação e divulgação de um instrumento de trabalho que uniformiza a transmissão de informação respeitante aos cuidados de enfermagem peri-operatórios.” – Calisto et al (2011). Esta mnemónica –IDEIA- estrutura a informação clínica fundamental em 5 áreas/itens:

- **I:Identificação** do Profissional (Nome e função); **Identificação** do doente (dados demográficos e tipo de episódio)
- **D :Diagnóstico** de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual)
- **E: Especificações** Anestésicas (tipo de Anestesia e Alterações significativas – hemodinâmicas, laboratoriais e transfusões de hemoderivados)
- **I: Intervenção** Cirúrgica (Acto Cirúrgico e Intercorrências)
- **A:Avaliação** final (Estado de consciência, analgesia, avaliação da dor, avaliação da temperatura e Recomendações- vias de acesso, drenagens, penso operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas)

Em reunião formal com a Enfermeira Chefe , respetivas enfermeiras orientadoras e docente da UCP, face ao meu interesse pessoal e académico de dar continuidade ao trabalho realizado pelo grupo de enfermeiros dinamizadores desta área/projeto – “IDEIA”, foram discutidas várias hipóteses de atividades direcionadas para utilização desta temática. Após esta discussão, surgiu a possibilidade da realização de uma auditoria clínica interna.

Tendo em conta que previamente já havia sido realizada uma auditoria neste âmbito, constatou-se que a utilização do mesmo instrumento de trabalho, seria a forma mais segura para se proceder a uma análise descritiva dos resultados e traçar um plano de intervenção face aos mesmos.

Esta auditoria foi identificada com a finalidade de auditar o processo de sistematização da informação em Unidades Clínicas, apostando no desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados prestados.

Ao serem traçados os objetivos para este processo, incidiu-se sobre a necessidade de:

- Identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados específicos associados à sistematização na transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados após a permanência no BO;
- Detetar possíveis problemas no âmbito dos cuidados prestados e intervenções que se encontram a ser auditadas, podendo –se programar planos de intervenção que visam ações de melhoria;

2 - Critérios

Como critérios selecionados, para poder auditar o processo de sistematização na transmissão de informação que permita uma continuidade dos cuidados eficaz, foram incluídos:

- Todos os utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, eletivos e de urgência, realizados no BOC do HSJ entre as 12 e as 20 hrs no dia 05 de Novembro de 2012.

3 - Instrumento

Será utilizada a check list, já elaborada anteriormente, e que passamos a apresentar em anexo.

4 - Método de Avaliação

A observação direta e o registo na check list, serão os métodos de avaliação a utilizar aquando da realização da auditoria.

5 - Relatório de Avaliação

Pretende-se que o relatório desta auditoria clínica contemple os resultados obtidos e possa permitir uma análise descritiva em relação aos últimos dados apresentados. Este dirigirá-se à equipa de enfermagem do BOC do HSJ, para que seja dada a possibilidade desta traçar um plano de intervenção sistematizado e adequado às necessidades/lacunas identificadas.

CHECK-LIST “IDEIA”

Data: __/__/__

Critérios	SIM	NÃO	N/A	OBS
Identificação do Profissional				
Nome				
Função				
Identificação do doente tipo de				
Dados demográficos				
Episódio				
Diagnóstico de entrada				
Cirurgias anteriores				
Internamentos				
Medicação habitual				
Especificações				
Anestésicas				
Tipo de Anestesia				
Alterações significativas hemodinâmicas				
Alterações significativas laboratoriais				
Transfusões de hemoderivados				
Intervenção Cirúrgica				
Acto Cirúrgico				
Intercorrência				
Avaliação final				
Estado de consciência,				
Analgesia				
Avaliação da dor				
Avaliação da temperatura				
Recomendações- vias de acesso, drenagens, penso operatório,				
Informação sobre familiares/acompanhantes				

Apêndice 8

**«Relatório de Avaliação da Auditoria
Clínica Interna relativa à aplicação
da “IDEIA” na transmissão de
informação respeitante aos cuidados
de enfermagem no pós-operatório»**

Relatório de Avaliação da Auditoria Clínica Interna relativa à aplicação da “IDEIA” na transmissão de informação respeitante aos cuidados de enfermagem no pós-operatório

Esta auditoria clínica interna, relativa à aplicação da “IDEIA” na transmissão de informação respeitante aos cuidados de enfermagem no pós-operatório, decorreu no dia 05 de Novembro de 2012 entre as 12 e as 20 horas, contemplando no total 7 utentes.

Foram incluídos todos os utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, eletivos e de urgência, que foram transferidos para as enfermarias ou unidades de cuidados intensivos, após serem submetidos a procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório Central [BOC] do Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC] – Hospital de São José [HSJ].

Foi utilizada a observação direta, guiada por um instrumento de registo – Check List “IDEIA” - que contempla os itens da lista de verificação pós-Cirúrgica inerente à transferência de cuidados de enfermagem:

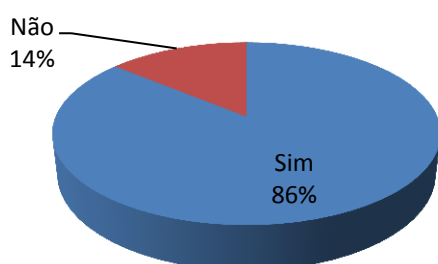
CHECK-LIST “IDEIA”				
Data: __/__/__				
Critérios	SIM	NÃO	N/A	OBS
Identificação do Profissional				
Nome				
Função				
Identificação do doente tipo de				
Dados demográficos				
Episódio				
Diagnóstico de entrada				
Cirurgias anteriores				
Internamentos				
Medicação habitual				
Especificações				
Anestésicas				
Tipo de Anestesia				
Alterações significativas hemodinâmicas				
Alterações significativas laboratoriais				
Transfusões de hemoderivados				
Intervenção Cirúrgica				
Acto Cirúrgico				
Intercorrência				
Avaliação final				
Estado de consciência,				
Analgesia				
Avaliação da dor				
Avaliação da temperatura				
Recomendações- vias de acesso, drenagens, penso operatório,				
Informação sobre familiares/acompanhantes				

Ilustração 1 - Check List "IDEIA"

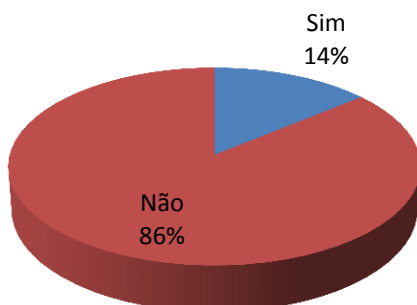
A referida auditoria clínica, incidiu sobre a necessidade de cumprir a abordagem de cada um dos cinco itens da check list pós-cirúrgica, identificados a negrito na ilustração1.

- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO DOENTE

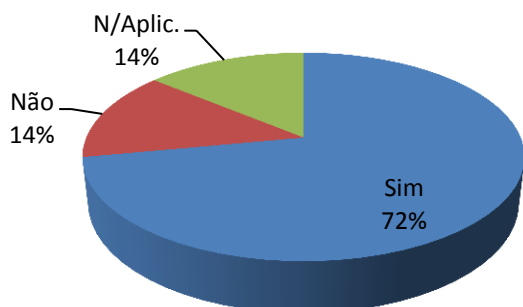
Identificação do profissional - NOME



Identificação do Profissional - FUNÇÃO



Identificação do Doente - EPISÓDIO

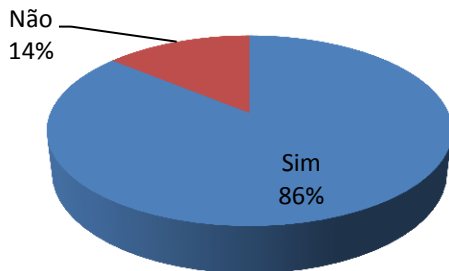


Na avaliação deste item, no que se concerne à identificação do profissional, 86% dos enfermeiros referiram o seu nome, enquanto 14 % não se identificaram. Em relação às funções desempenhadas, apenas uma minoria dos enfermeiros as referiu – 14%. É de salientar, que apesar destes não terem fornecido estas informações aquando da transmissão dos dados necessários à continuidade dos cuidados de enfermagem no pós-operatório, esta lacuna foi facilmente colmatada através da utilização do dispositivo de identificação em vigor no Bloco Operatório Central. Todos os profissionais de enfermagem, que se encontravam a desempenhar funções no momento desta auditoria, apresentavam-se corretamente identificados e com o respetivo dispositivo colocado em local visível. Este contempla a categoria profissional e o nome do profissional em questão.

Face à necessidade de referir o episódio, esta é maioritariamente cumprida. Apenas 14% não o referiu e com a mesma percentagem, foram identificados os casos

em que o enfermeiro responsável pelo transporte e encaminhamento do da pessoa para o Bloco Operatório Central, é o mesmo que recebe a informação relativa ao pós-operatório imediato. Nesta situação, considerou-se a não aplicabilidade deste item.

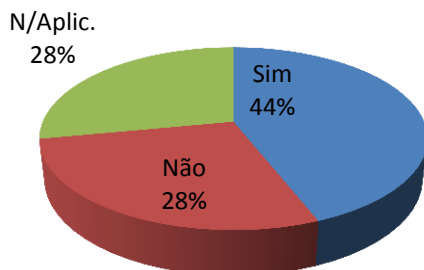
Identificação do Doente - DADOS DEMOGRÁFICOS



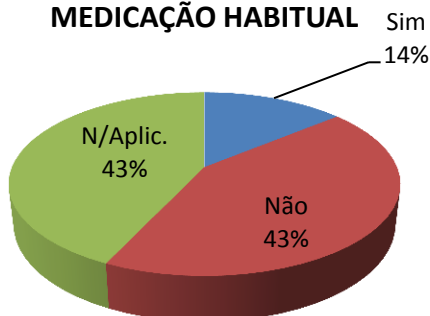
Verifica-se que para os dados demográficos do da pessoa, é mínima a percentagem de profissionais que não os refere quando transmite a informação respeitante aos cuidados de enfermagem no pós-operatório,

- DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

Diagnóstico de Entrada - CIRURGIAS ANTERIORES

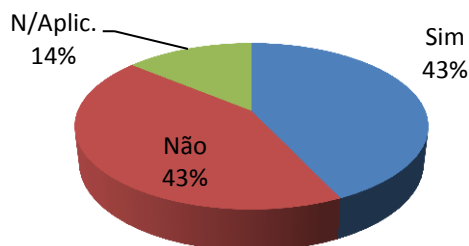


Diagnóstico de Entrada - MEDICAÇÃO HABITUAL



Neste item, na maior parte das situações, os profissionais incluíram a informação relativa a cirurgias anteriores e internamentos. Quanto à medicação habitual da pessoa que foi submetida ao procedimento cirúrgico, é de salientar a omissão ou não aplicabilidade aquando da transmissão da informação que visa a continuidade dos cuidados. A percentagem de casos não aplicáveis, é justificada pelo considerável número de casos em que a pessoa assistida não apresentava antecedentes pessoais, ou que presentes, não justificassem a necessidade de cumprir terapêutica.

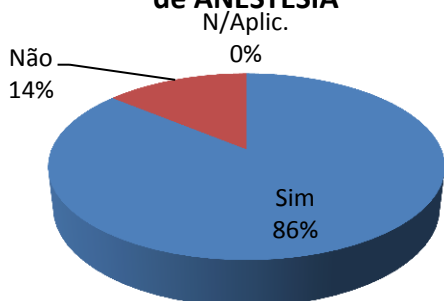
Diagnóstico de Entrada - INTERNAMENTOS



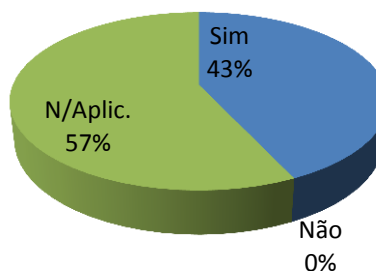
Quanto à questão dos internamentos, constatou-se que a referência ou não aos mesmos, teve igual percentagem.

- ESPECIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Especificações Anestésicas - TIPO de ANESTESIA



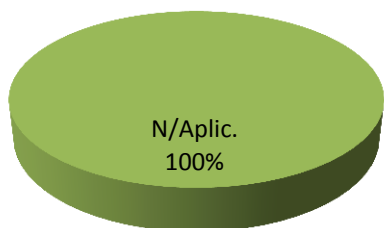
Especificações Anestésicas - ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS HEMODINÂMICAS



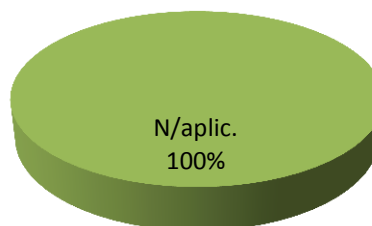
Neste campo das especificações anestésicas, foi notória a evidência da preocupação em referir o tipo da anestesia sob a qual decorreu o procedimento cirúrgico, apenas se verificou um caso em que esta informação foi omitida.

No que concerne às transfusões de hemoderivados e alterações significativas laboratoriais, o critério de não aplicabilidade centrou-se no fato de não se verificarem

Especificações Anestésicas - ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS LABORATORIAIS



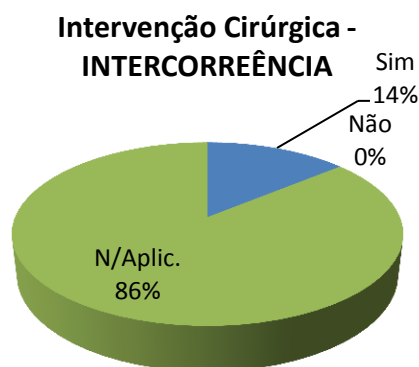
Especificações Anestésicas - TRANSFUSÕES DE HEMODERIVADOS



alterações desse foro durante o procedimento cirúrgico. Consequentemente, a necessidade de referir este tipo de informações para a continuidade de cuidados, não adquiriu cariz prioritário.

No âmbito das alterações significativas hemodinâmicas, quando verificadas durante o procedimento cirúrgico, esta informação foi considerada relevante e aquando da transmissão da informação relevante para a continuidade dos cuidados prestados, 43% dos enfermeiros do BOC do HSJ referiu-a. A restante percentagem, 57%, corresponde a todas as outras situações em que não ocorreram quaisquer alterações, e daí resultar a inclusão no item não aplicável.

- INTERVENÇÃO CIRÚRGICA



Na totalidade dos casos em que incidiu esta observação, a referência ao ato cirúrgico e respetiva descrição foi mencionada, atingindo os 100%. Já no âmbito das intercorrências, estas só foram mencionadas em 14% dos casos, os restantes foram classificados/incluídos na faixa do não aplicável.

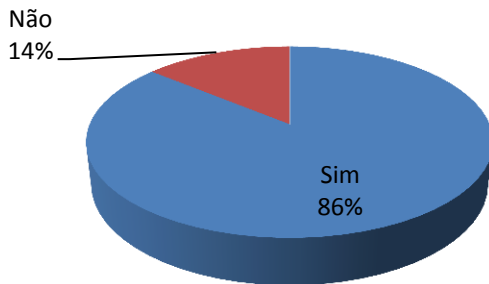
- AVALIAÇÃO FINAL



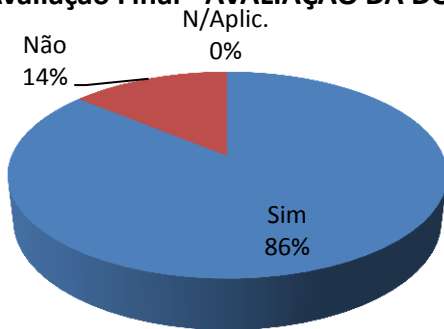
Neste item correspondente à avaliação final, o estado de consciência, foi referido em 86% dos casos, dando evidência às alterações sucessivas desde a indução anestésica até ao pós-operatório imediato.

Na avaliação da dor e consequente

Avaliação Final - ANALGESIA



Avaliação Final - AVALIAÇÃO DA DOR



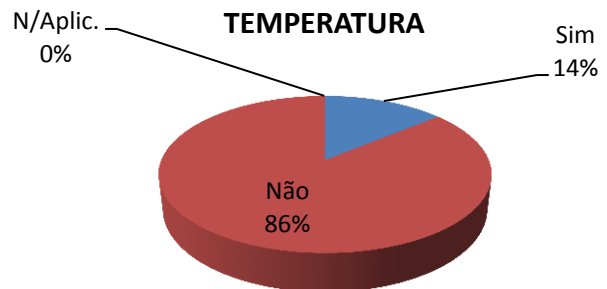
esta avaliação. Não quantificou a temperatura corporal, mas avaliou qualitativamente este parâmetro e explicitou as intervenções adotadas.

As recomendações para a continuidade dos cuidados a prestar, foram adotadas em 86% das situações de contato. Nestas incluem-se a referência às vias de acesso, drenagens, pensos e outras especificidades exigidas, dependendo do tipo de intervenção cirúrgica realizada.

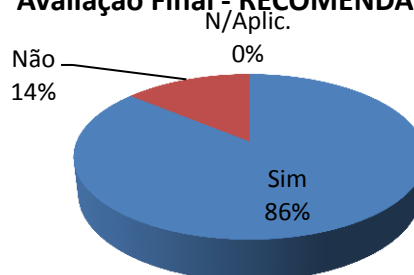
administração de terapêutica analgésica no intra e pós-operatório imediato, em 86% dos casos, os profissionais referiram e explicitaram as medidas farmacológicas e mesmo não farmacológicas implementadas. Como lacuna é identificada a omissão do grau da dor antes e após a implementação das várias intervenções; apesar de ser feita referência à eficácia ou não das medidas implementadas.

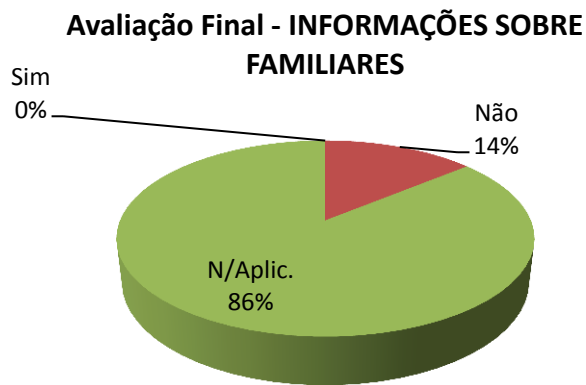
No âmbito da avaliação da temperatura corporal, em 86% dos casos não foi referida. Apenas em 14%, o enfermeiro fez referência a

Avaliação Final - AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA



Avaliação Final - RECOMENDAÇÕES





Ao nível das informações sobre familiares e acompanhantes, no contexto de Bloco Operatório, principalmente nos casos das cirurgias eletivas, são um item que se pode considerar não aplicável. É nos serviços de origem que os familiares e acompanhantes acabam por obter e adquirir as informações relevantes.

Destaca-se o papel do enfermeiro do BO nas situações de cirurgia urgente/emergente, em que os familiares encontram nos profissionais que se encontram no BO a melhor e mais segura fonte de informação. Neste contexto é pertinente fornecer a informação acerca de quem acompanhou este processo e identificar o acompanhante/familiar de referência de modo a dar continuidade aos cuidados prestados.

Nesta tipologia de situação, apenas se verificou um caso em que não foi contemplado este item.

CONCLUSÕES

Indo ao encontro dos objetivos previamente planeados para esta auditoria, a identificação de desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados específicos, associados à sistematização na transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados após a permanência no BO, foi conseguida. A deteção de problemas no âmbito dos cuidados prestados, as intervenções auditadas e os resultados apresentados permitem planear planos de intervenção que visam ações de melhoria neste campo.

A divulgação dos dados desta auditoria, é uma estratégia de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados neste campo. A implementação de formação, direcionada para as lacunas identificadas, é uma dessas mesmas estratégias que poderá ser adotada pela equipa de enfermagem do BOC.

Apêndice 9

Plano de Sessão: A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na UCI - Que alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?

CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na UCI - Que alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?

OBJECTIVO GERAL: Desenvolver competências para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hemato-oncológicas internada em contexto de Cuidados Intensivos.

Data: 22 e 24 de Janeiro de 2013

LOCAL: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 do CHLC, EPE - Hospital de São José

GRUPO ALVO: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 do CHLC, EPE – Hospital de São José

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Métodos	M.A.E.	
<ul style="list-style-type: none"> • Partilhar conhecimentos, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, direcionados para a pessoa com alterações hemato-oncológicas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação / Justificação / Introdução do Tema; 	1 min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador portátil; 	Avaliação da sessão de formação através de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário “Formação em Serviço – Avaliação da Sessão” do CHLC e 2 questões adicionais
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A pessoa com alterações hemato-oncológicas 	2 min.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data Show; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematopoiese como processo de diferenciação 	2 min.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versão impressa dos seguintes 	

<ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre as potenciais complicações do tratamento das hemopatias malignas; Contextualizar os motivos mais frequentes que levam à admissão da pessoa com alterações hemato-oncológicas na unidade de cuidados intensivos; 	<p>celular;</p> <ul style="list-style-type: none"> As Alterações hemato-oncológicas: sua diversidade; A pessoa com alterações hemato-oncológicas em contexto de UCI: <ul style="list-style-type: none"> Motivos que levam ao seu internamento; Cuidados de Enfermagem Específicos. 	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>		<p>documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> “Procedimento Multisectorial: Aplicação de Produtos Sanguíneos” “Procedimento Multisectorial: Prevenção da Infecção Associada aos dispositivos intravasculares no adulto” Protocolos de Quimioterapia em vigor no serviço de Hematologia do CHLC - HSAC 	<p>(pertinência/motivação dos profissionais para a mudança do agir profissional).</p>
<p>DURAÇÃO TOTAL – 35min + 10 min de discussão e esclarecimento de dúvidas</p>					

Realizado por:

Carlos Rodrigues Clemente, estudante do 5º Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Sob Orientação da Professora Patrícia Pontífice de Sousa e da Enfermeira Ilda Lourenço

Apêndice 10

**Apresentação da Formação: «A
Pessoa com alterações Hemato-
Oncológicas na Unidade de
Cuidados Intensivos (UCI) - Que
alterações? Que cuidados de
enfermagem específicos, em
contexto de cuidados intensivos?»**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, EPE

A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Que alterações?

Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?

Por Carlos Rodrigues Clemente, estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice de Sousa e de Enf. Ilda Lourenço

Objetivo geral

- Desenvolver competências para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hemato-oncológicas, internada em contexto de cuidados intensivos.

Objetivos específicos

- Partilhar conhecimentos, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, direcionados para a pessoa com alterações hemato-oncológicas;
- Alertar sobre as potenciais complicações do tratamento das hemopatias malignas;
- Contextualizar os motivos mais frequentes que levam à admissão da pessoa com alterações hemato-oncológicas na unidade de cuidados intensivos.

A pessoa com alterações hemato-oncológicas

«Nas duas últimas décadas verificou-se uma crescente melhoria no prognóstico do doente hemato-oncológico. Tal deve-se à implementação de RT e QT mais agressivas (...) e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.»

Pedrosa et al (2011)

«Como efeito adverso, podem conduzir a situações que ameaçam a vida e que exigem uma resposta rápida, intensiva e específica.»

Vandijck (2008)

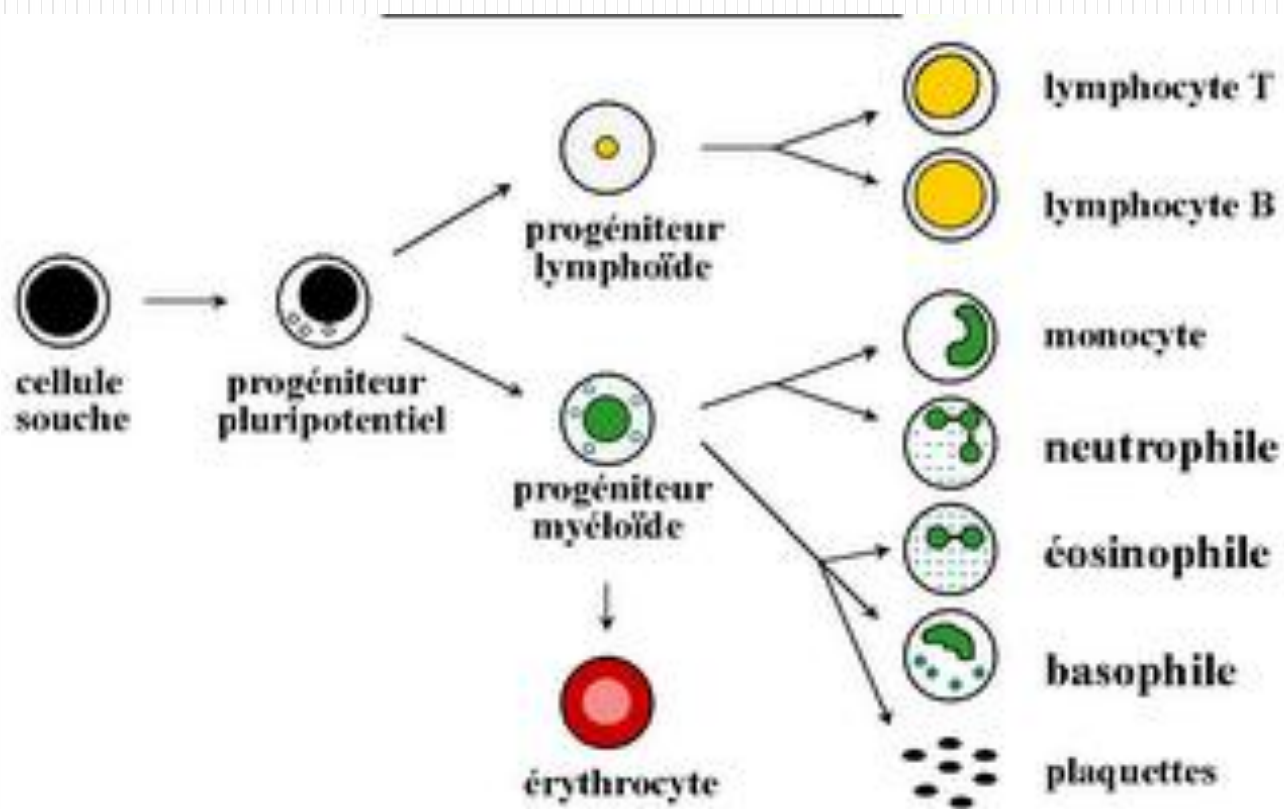
«A clínica hemorrágica é muito variável, desde incipiente até hemorragia severa.»

Constanço et al (2011)

«Os doentes com patologia hemato-oncológica, encontram-se muitas vezes, dependentes de transfusão pela depleção da medula óssea e pela diminuição da sobrevivida eritrocitária [...]»

Constanço et al (2011)

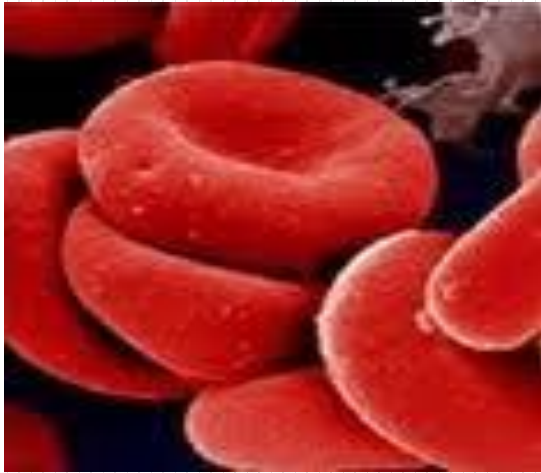
Hematopoiese



Alterações hemato-oncológicas: Sua diversidade...

Alterações/patologias associadas à cadeia da Eritropoiese:

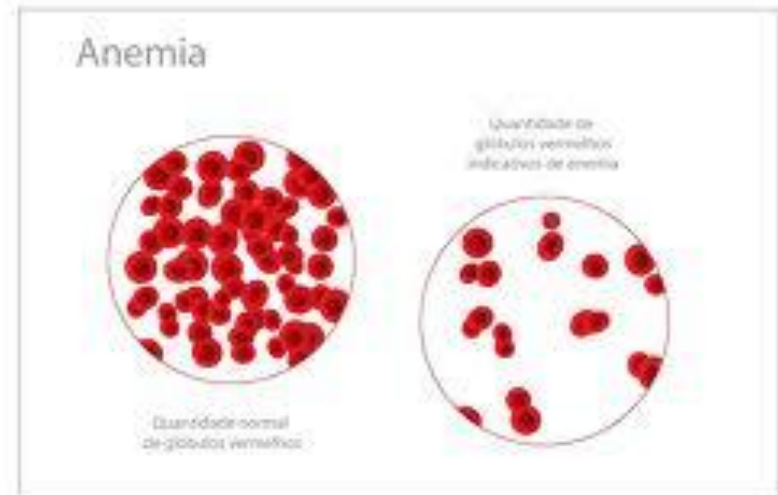
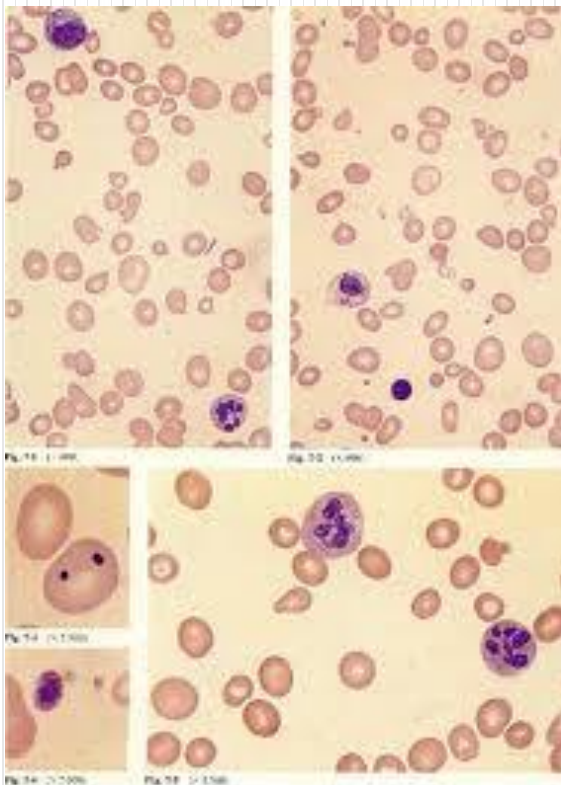
- Anemia Ferropénica
- Anemia Aguda
- Anemia Falciforme (Drepanocitose)
- Anemia Hemolítica Auto-Imune
- Talassémias
- Policitemias



Fonte: <http://www.jornallivre.com.br/157709/o-que-e-anemia-aplatica.html>



Fonte: <http://www.presenteparahomem.com.br/anemia-falciforme-o-que-e-como-se-transmite-queis-os-sintomas-e-tratamentos/#axzz27K0G12ez>



Fonte: <http://www.sambemat.com.br/news/anemia/>

Alterações/patologias associadas à Hemostasia Primária/trombocitopoiese:

- *Púrpuras:*
 - ✓ Púrpuras Trombocitopénicas Idiopáticas
 - ✓ Púrpuras Trombocitopénicas Trombótica
- *Trombocitopénia Secundária*



Fonte: <http://www.axeopoajagunna.jex.com.br/saude/doenca+purpura>

- ✓ Terapêutica (por ex. AINES)
- ✓ Alterações hepáticas

Fonte: <http://grafite-07.blogspot.pt/2010/11/o-que-e-trompocitopenia.html>

Alterações/patologias associadas à Hemostasia Secundária

- *Coagulopatias Hereditárias*

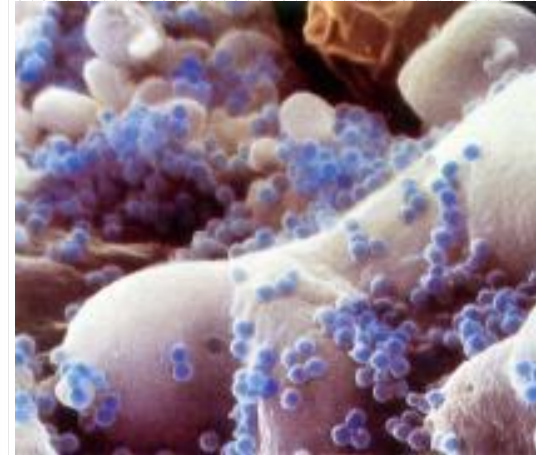
- ✓ Hemofilia

- ✓ Doença de Von Willebrand

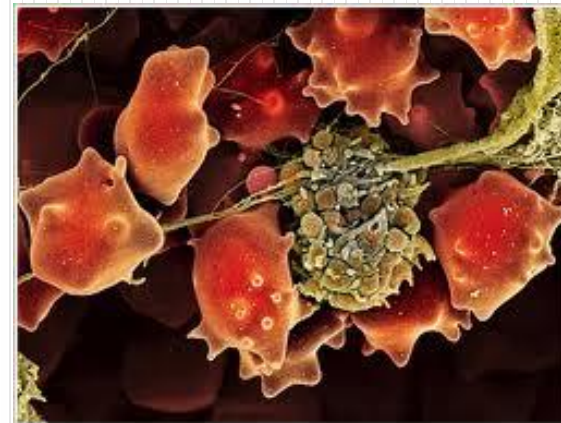
- *Coagulopatias Adquiridas*

- ✓ Coagulação Vascular Intradissemínada

- ✓ Coagulopatias associadas a terapêutica direcionada (por ex. HBP e Varfarina)



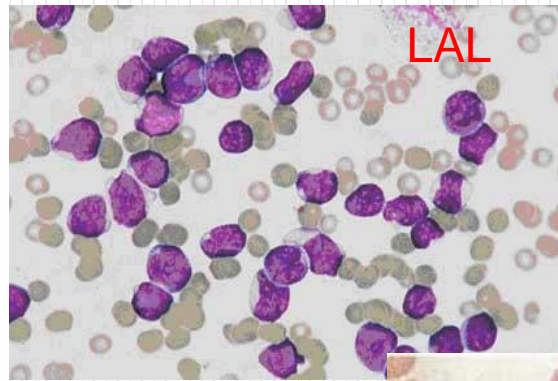
Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1257325-5603,00-PESQUISA+REVELA+COMO+FIBRINA+ESTICA+PARA+FORMAR+COAGULOS.html>



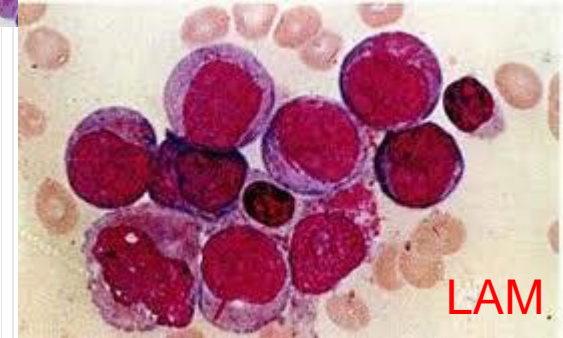
Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1257325-5603,00-PESQUISA+REVELA+COMO+FIBRINA+ESTICA+PARA+FORMAR+COAGULOS.html>

Hemopatias Malignas:

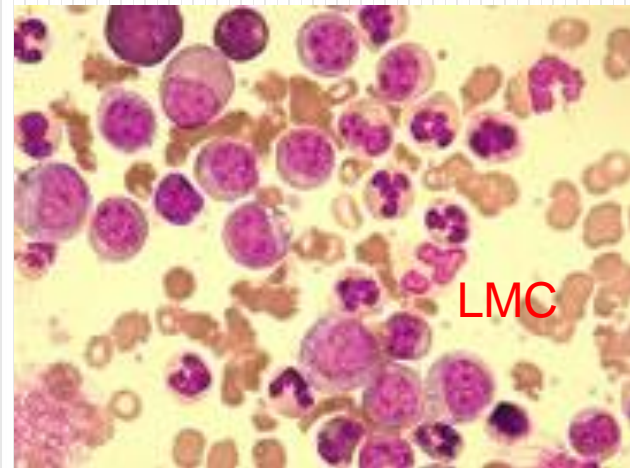
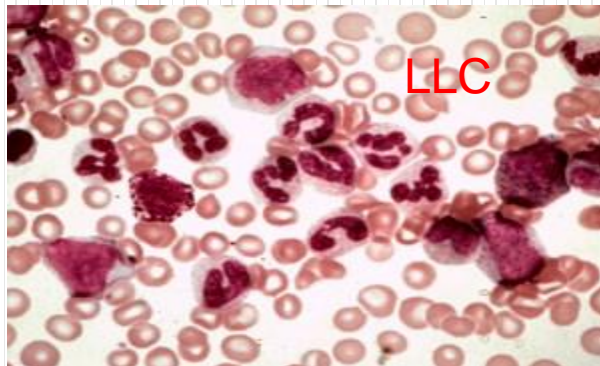
- *Leucemias no Adulto*
- ✓ Leucemias Agudas
 - Leucemia Aguda Mieloblástica
 - Leucemia Aguda Linfoblástica
- ✓ Leucemias Crônicas
 - Leucemia Mieloblástica Crônica
 - Leucemia Linfoblástica Crônica



Fonte:
<http://clickmaisbio.blogspot.pt/2011/10/cancer-classificacao.html>



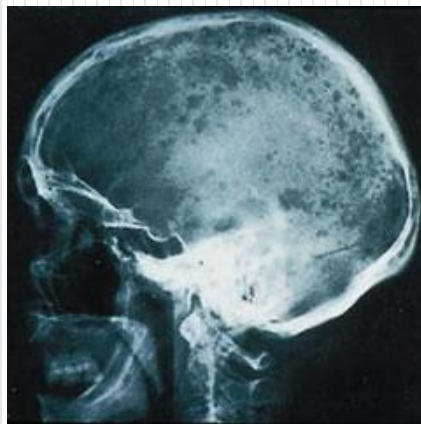
Fonte:
http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Leucemia+Mielomonoc%C3%ADtica+Aguda&lang=3



Fonte: http://www.umm.edu/esp_imagepages/1443.htm

Fonte: <http://blogdaandreiakely.wordpress.com/2010/12/11/vivendo-com-lmc-leucemia-mieloide-cronica-e-a-eterna-dependencia-pelo-glivec/>

- *Linfomas*
- ✓ Linfomas de Hodgkin
- ✓ Linfomas Não Hodgkin
 - Linfoma de Burkitt



- *Mieloma Múltiplo*

Fonte:
http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=100595&Itemid=341

- *Outros Síndromes Mielodisplásicas*
- ✓ Anemia Refratária com Excesso de Blastos - AREB

Fonte:
http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Anemia+Refrat%C3%A1ria+Com+Excesso+De+Blastos&lang=3

FIQUE POR DENTRO

Linfoma Não-Hodgkin

É um tipo de câncer. O tumor ocorre no sistema linfático, que inclui uma rede de tubos estreitos que se ramificam, assim como os vasos sanguíneos, dentro dos tecidos de todo o organismo.

O câncer

No linfoma Não-Hodgkin, as células do sistema linfático se dividem e crescem sem ordem ou controle ou as mais velhas não morrem como normalmente deveria ocorrer.

O tumor pode começar em quase todos os lugares do corpo. Pode ocorrer em um único linfonodo, em um grupo de linfonodos ou em outro órgão.

E pode se disseminar para quase todas as regiões do corpo, incluindo o fígado, a medula óssea e o baço.

SINTOMAS

Presença de edemas dolorosos no pescoço, na axila

Febre sem causa

Suor noturno

Fadiga constante

Perda de peso inexplicada

Manchas avermelhadas na pele



Infografia: Rubens Paiva

O sistema linfático

Os vasos linfáticos conduzem a linfa, um líquido aquoso e incolor que contém as células que combatem as infecções e que são denominadas linfócitos. Ao longo desta rede de vasos, há pequenos órgãos chamados linfonodos.

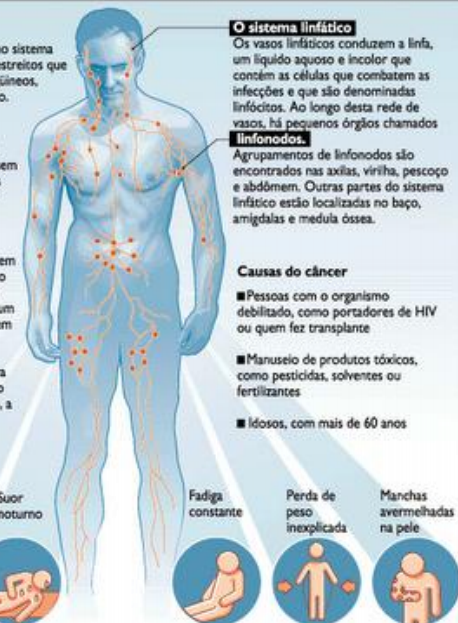
Agrupamentos de linfonodos são encontrados nas axilas, virilha, pescoço e abdômen. Outras partes do sistema linfático estão localizadas no baço, amígdalas e medula óssea.

Causas do câncer

■ Pessoas com o organismo debilitado, como portadores de HIV ou quem fez transplante

■ Manuseio de produtos tóxicos, como pesticidas, solventes ou fertilizantes

■ Idosos, com mais de 60 anos



Fonte: <http://vivamelhoronline.com/tag/linfoma-nao-hodgkin/>

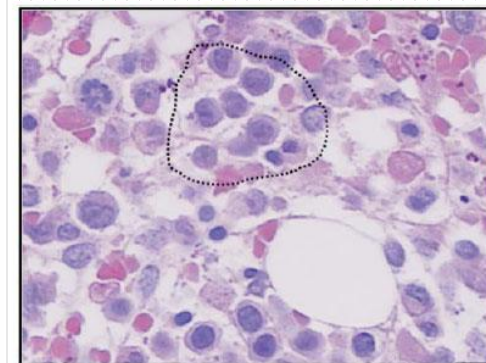


Figura 8. Corte histológico de MO com grupo de células blásticas granulocíticas (ALIP), assinaladas acima. Comparar com grupo de megalo blastos eritróides abaixo

A Pessoa com alterações hemato-oncológicas em contexto de UCI

«[...] lidamos com utentes submetidos a tratamentos de quimioterapia intensiva, que experimentam períodos de aplasia imunossupressão profundos, ficando mais suscetíveis a infeções e ao contínuum infeção – sépsis – choque séptico.»

Pedrosa et al (2011)

- *«A anemia é uma das manifestações mais frequentes destas doenças e a que apresenta maiores repercussões na qualidade de vida dos doentes.»*

Pereira (2009)

- *«[...] apesar de terem sido instituídas as medidas e tratamento precoce, não se conseguiu controlar a hemorragia, havendo um desfecho negativo da situação.»*

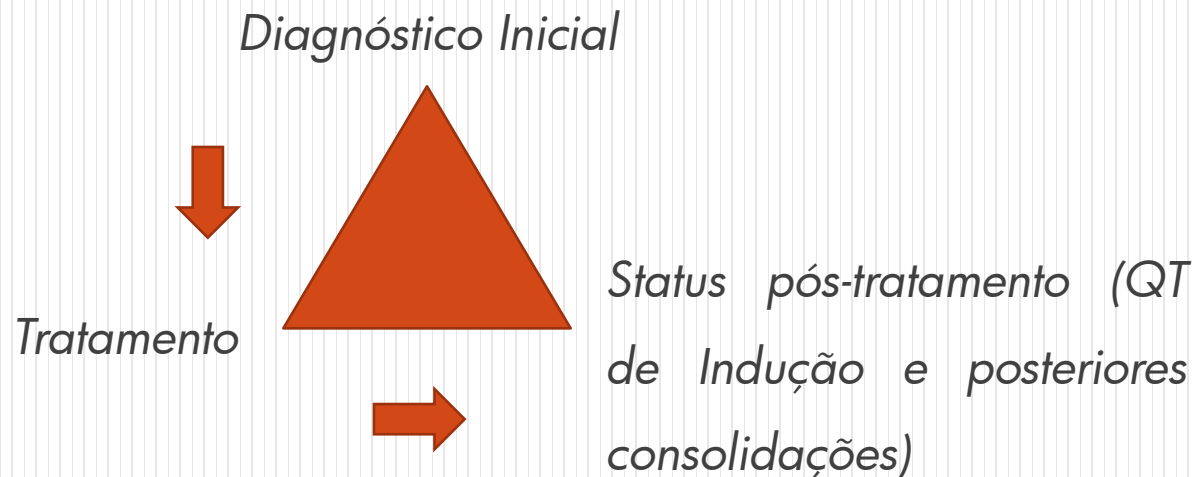
Ramos *et al* (2011)

- *«Os doentes hematológicos pela sua doença e pelas complicações graves têm frequentemente necessidade de cuidados intensivos. Historicamente, pelo seu difícil manejo e mau prognóstico, há relutância em admiti-los.»*
- *«Os resultados apresentados ao nível da taxa de mortalidade, são idênticos à de doentes médicos não hematológicos.»*

[Análise retrospectiva de doentes hematológicos numa unidade de Cuidados Intensivos. Gouveia et al,2011]

Motivos que levam à necessidade de internamento em UCI

PERCURSO DA PESSOA COM ALTERAÇÕES HEMATO-ONCOLÓGICAS



DIAGNÓSTICO INICIAL

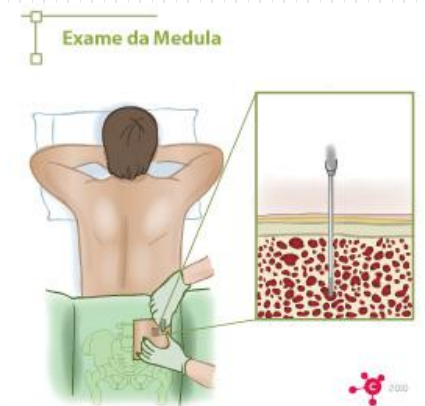
- *Sintomatologia apresentada implica a realização de exames complementares de diagnóstico:*
 - *Análises Clínicas: Hemograma + Morfologia de sangue periférico*
 - *Mielograma*
 - *Biópsia Óssea, entre outros ...*



Fonte:
<http://www.dfagora.com.br/images/fd02b0f1-8e5f-4353-b714-1ccedf4a56c.jpg>



Fonte: <http://www.infoescola.com/wp-content/uploads/2011/05/Mielograma.jpg>



Fonte:
http://www.pop.eu.com/uploads/images/MIELOMA_MULTIPLO/EXAME_MEDULA.jpg

• No diagnóstico inicial, a presença de hiperleucocitose é uma emergência oncológica com riscos potencialmente fatais e repercussões a vários níveis:

- Cerebral
- Pulmonar
- Renal



Fonte:
<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/foto/0,,19739429,00.jpg>



Fonte:
<http://images3.minhavidacom.br/imgHandler.ashx?mid=23539>



Fonte: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRT9K_8X3aDjs5J9EleiidF7FE6E5IAQdmSOd5A3-Cblb_CudcNyg

O início de terapêutica citoreduzora é comum, podendo estar na origem de quadros de lise tumoral

Fisiopatologia da Lise Tumoral

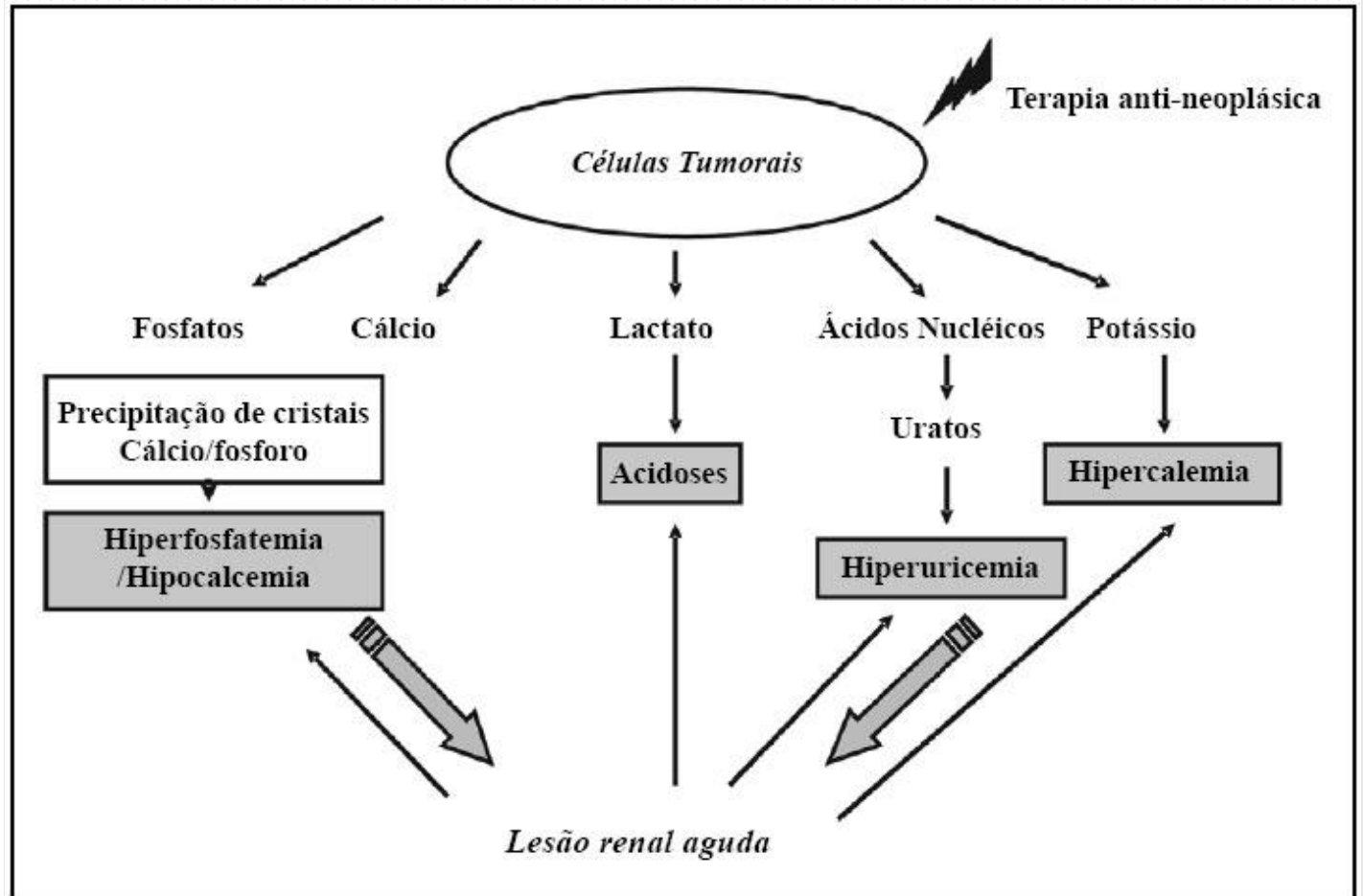
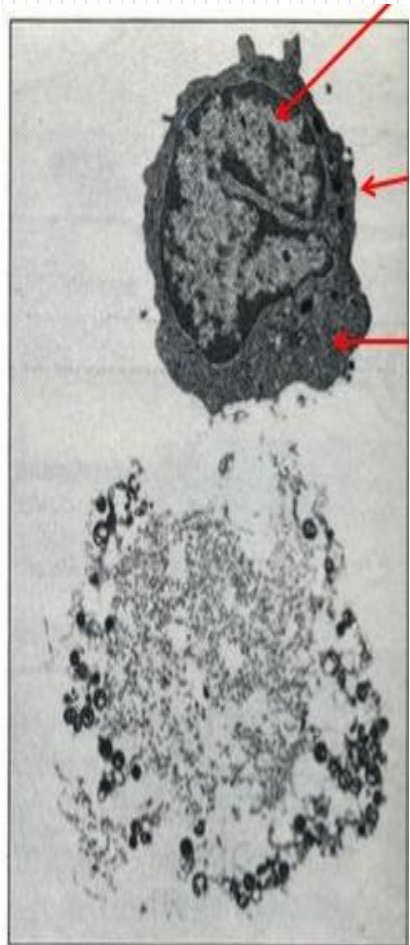
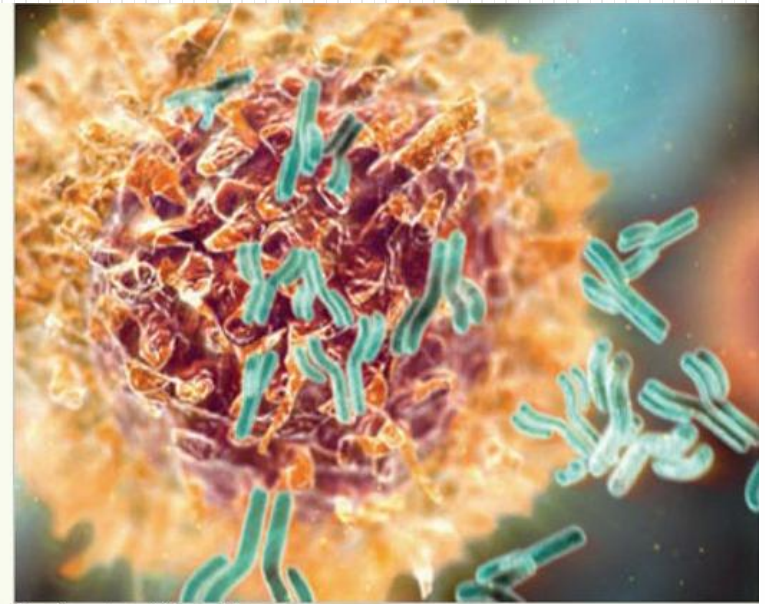


Figura 1 – Fisiopatologia da síndrome de lise tumoral.

TRATAMENTO

- Nas hemopatias malignas, dependendo da sintomatologia e repercussão inicial , podem ser utilizadas diversas medidas terapêuticas:
 - Exérese do tumor (caso específico de alguns linfomas)
 - Quimioterapia (QT) EV, SC, IT
 - Radioterapia (RT)
 - Imunoterapia
 - Anticorpos Monoclonais



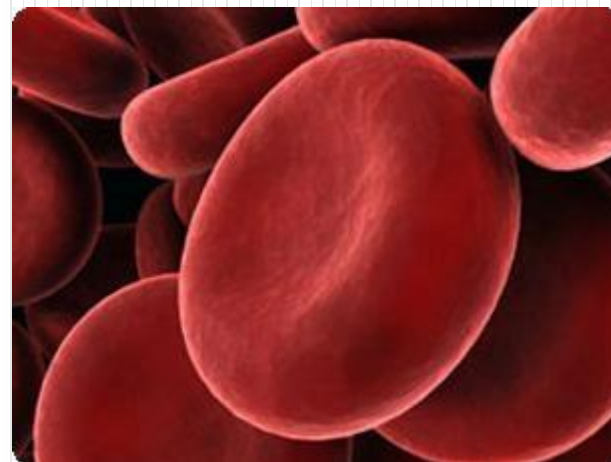
Fonte: health.nytimes.com

STATUS PÓS TRATAMENTO

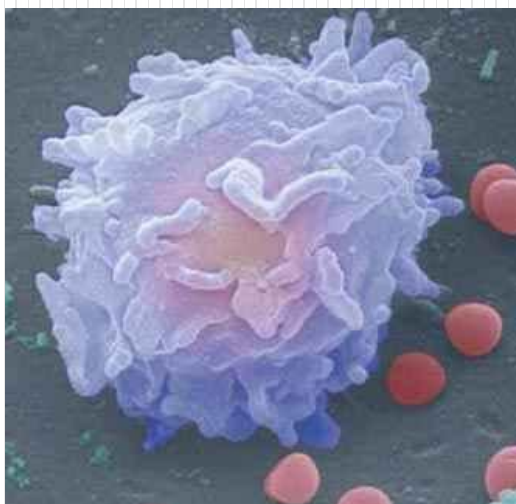
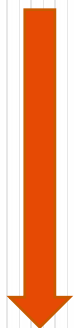
- *A QT utilizada nas hemopatias malignas, tem como objetivo induzir uma aplasia medular de forma a que o n.º de Blastos diminua o mais possível;*
- *Este tipo de tratamento quimioterápico, tem efeitos secundários específicos, comparativamente aos citostáticos utilizados nos tumores sólidos;*
- ***Entre o 10.º e 14.º dia de ciclo, dependendo do protocolo de QT utilizado, ocorre o período “Nadir” - Aplasia Profunda***



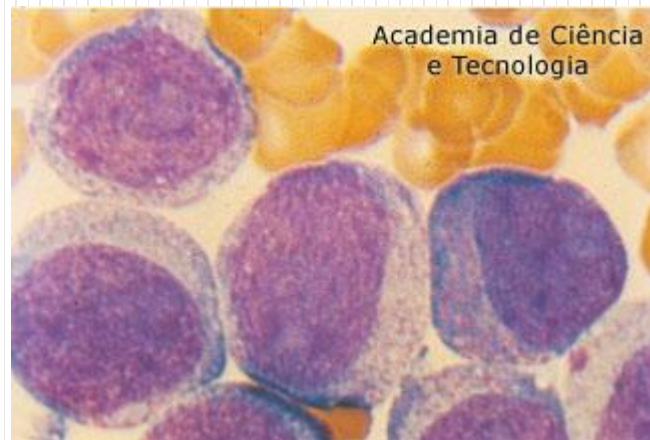
Fonte: <http://www.infoescola.com/wp-content/uploads/2010/02/plaquetas.jpg>



Fonte:
<http://patofisio.files.wordpress.com/2010/04/69e83f70885f0e803312c63543b4183e1.jpg>



Fonte: <http://lamordida.net/wp-content/uploads/2011/12/GLOB2.jpg>



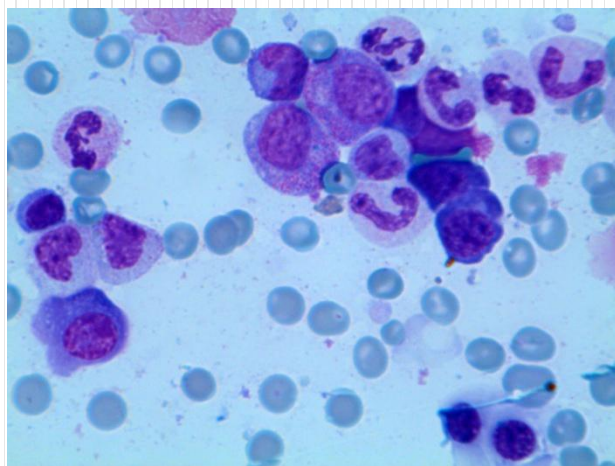
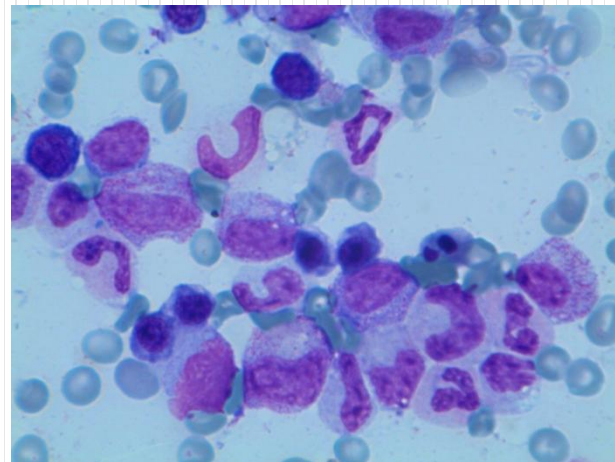
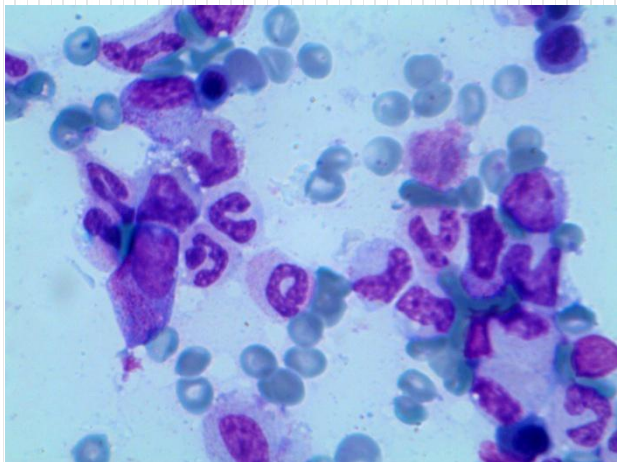
Fonte: <http://www.ciencianews.com.br/atlas-hemat/leucemias/lmam2gde.jpg>

RISCO DE INFECÇÃO

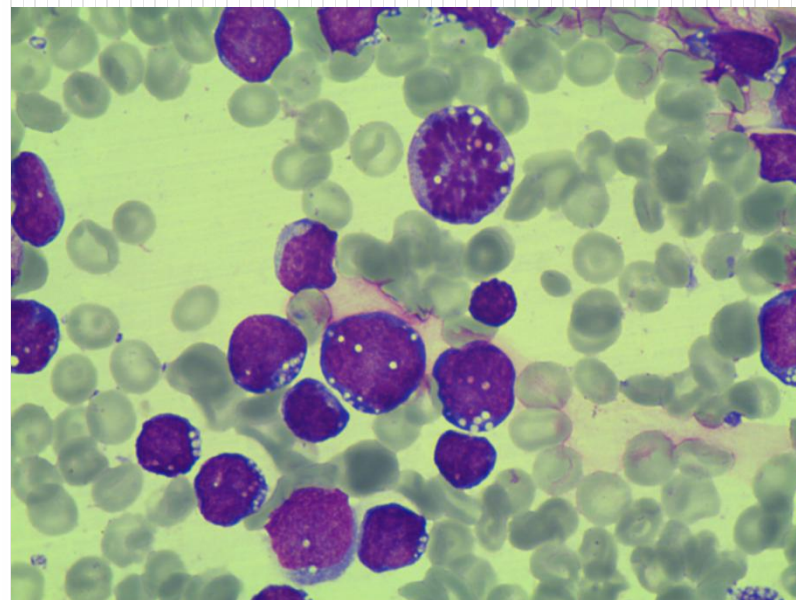
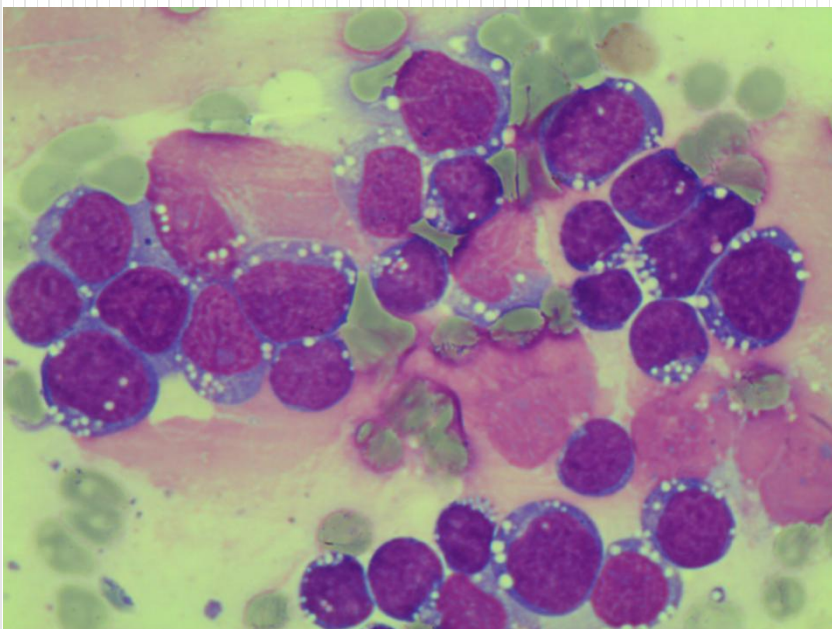
ANEMIA

RISCO DE HEMORRAGIA

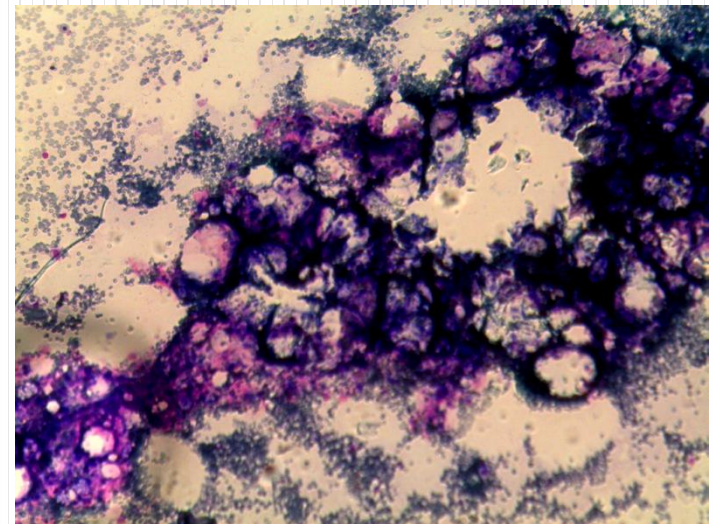
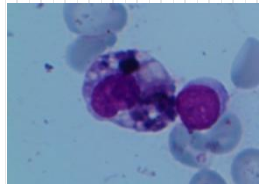
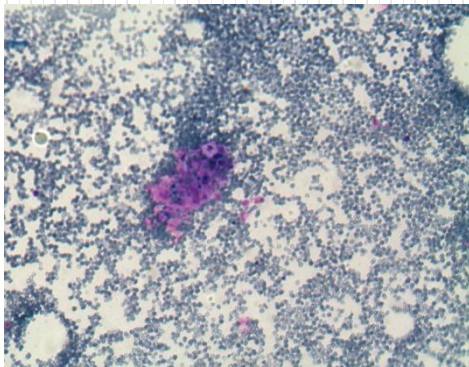
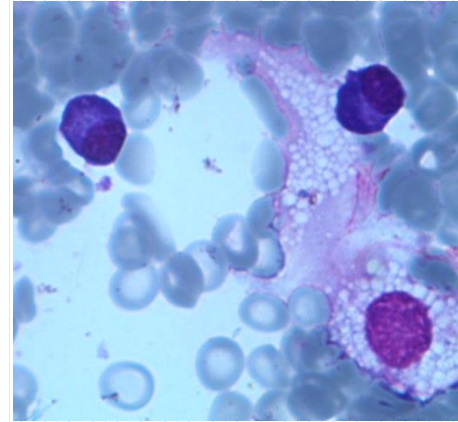
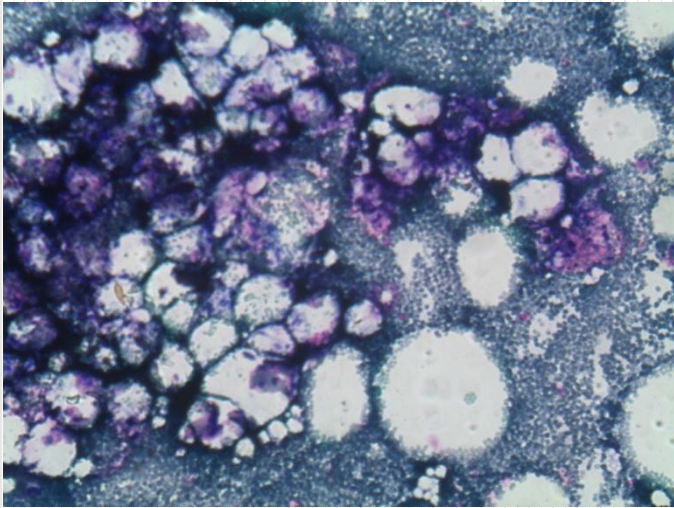
MEDULA NORMAL



MEDULA EM CONTEXTO DE LEUCEMIA AGUDA

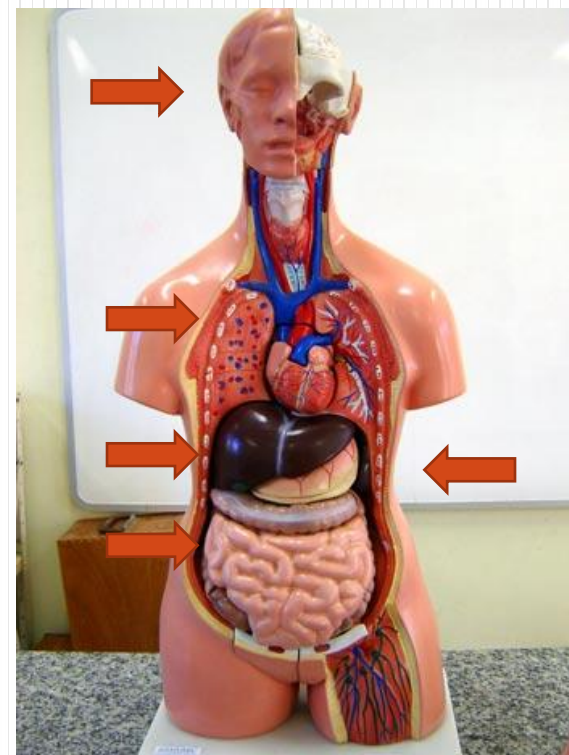


APLASIA MEDULAR PÓS-QT



COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS NO STATUS PÓS TRATAMENTO

- Após o tratamento de *Indução* ou *consolidação*, são comuns várias *complicações*, [diretamente relacionadas com os riscos anteriormente referidos];
- São afetados inúmeros sistemas, tendo repercussões por vezes graves, que implicam monitorização, vigilância e tratamento em unidades de cuidados intensivos.



- Sistema Nervoso Central:

- ✓ Hemorragia SA, IC e Hematomas

- Sistema Respiratório

- ✓ Hemoptises
- ✓ Infecções de diversas etiologias
 - Fúngica (Aspergilose)
 - Bacteriana
 - Viral (CMV)

- ✓ Insuficiência Respiratória com necessidade de VNI ou VI

- Sistema Circulatório

- ✓ Cardiotoxicidade associada à QT, com eventual ↓ da função cardíaca e possíveis alterações da condutividade elétrica
- ✓ Tromboses venosas profundas associadas a CVC

Fonte:
<http://www.infodoctor.org/www/images/hemorragia1.jpg>



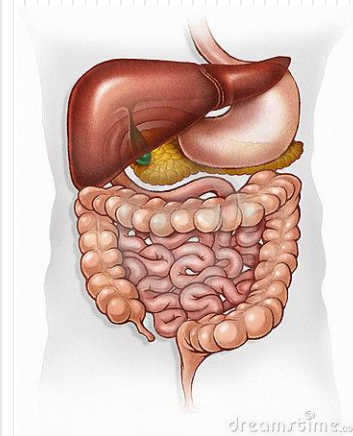
Fonte: <http://plantas-medicinais.me/wp-content/uploads/2011/07/32.jpg>

Fonte:
http://www.southsudanmedicaljournal.com/assets/images/Articles/3_4_nov10/ecg2.jpg



• Sistema Gastro-Intestinal e Vias Biliares:

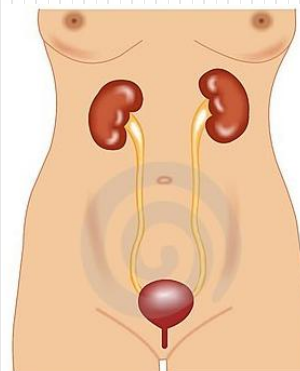
- ✓ Hemorragia Digestiva [alta e baixa]
- ✓ Infecção hepática fúngica
- ✓ Insuficiência Hepática
- ✓ Colecistite
- ✓ Ileus Paralítico
- ✓ Colite neutropênica
- ✓ Diarreia secundária a infecção por *Clostridium*
- ✓ Abscessos, fístulas anais e doença hemorroidária



Fonte: <http://pt.dreamstime.com/sistema-digestivo-humano-thumb19000280.jpg>

• Sistema Urinário/Excretor

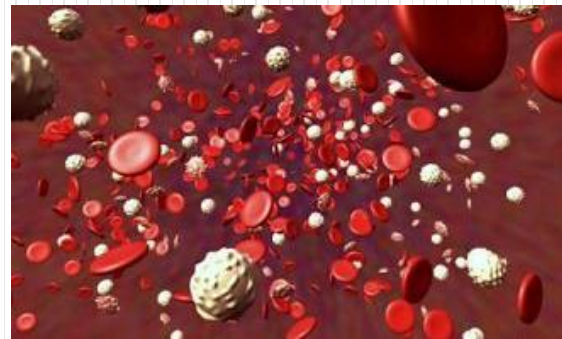
- ✓ Infecções de diversas etiologias,
- ✓ IRA secundária a toxicidade farmacológica ou a choque séptico com eventual necessidade de TSR
- ✓ Cistite hemorrágica



Fonte: <http://pt.dreamstime.com/sistema-urinario-da-mulher-thumb10105263.jpg>

- Sistema Hematológico:

- ✓ *Pancitopénia grave*
- ✓ *Aplasia medular*



Fonte: <http://medimoon.com/wp-content/uploads/2012/08/neutropenia.jpg>

- Pele, mucosas e tecidos moles

- ✓ *Mucosite*
- ✓ *Toxidermia secundária a fármacos – alopurinol e metotrexato*
- ✓ *Celulites Infeciosas*



Fonte: <http://im.glogster.com/media/2/8/19/55/8195534.jpg>



Fonte: <http://www.infoescola.com/wp-content/uploads/2012/08/celulite.jpg>

Cuidados de enfermagem à pessoa com alterações hemato-oncológicas em contexto de UCI



Fonte: <http://www.hbeja.min-saude.pt/NR/rdonlyres/2756ECB8-64A0-4F57-9FD6-600EB40D7FAC/6478/UCI.jpg>

HIPERLEUCOCITOSE/LISE TUMORAL

- *Monitorização contínua de parâmetros vitais, [em especial SpO2 e FR];*
- *Fluidoterapia, tendo em conta a necessidade de ↑ o aporte dos mesmos;*
- *Monitorização das características da urina [em especial o débito urinário horário];*
- *Colher sangue para análises [habitualmente HG + BQ];*
- *Providenciar e assegurar a disponibilidade de Rasburicase [enzima urato-oxidase recombinante], caso seja necessária a sua administração;*
- *Assegurar a disponibilidade de material necessário para a eventual necessidade de realização de TSR.*

ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- *Tratamento Conservador é o mais habitual ;*
- *Avaliação do estado de consciência - Escala de Comas de Glasgow;*
- *Avaliação Pupilar [Tamanho e Fotoreatividade];*
- *Avaliação da mobilização / simetria [4 membros];*
- *Considerar a possibilidade de sedo-analgesia que possa falsear a avaliação do estado de consciência e ↓ Score Neurológico;*
- *Administração de corticoterapia Ev – Dexametasona;*
- *Administração de concentrado plaquetário;*
- *Não elevar a cabeceira da cama acima dos 30°, dado o elevado risco de ↑ PIC.*

ALTERAÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

- *Avaliação do padrão respiratório;*
- *Prestação de cuidados específicos à pessoa com necessidade de suporte ventilatório / ventilação invasiva;*
- *Avaliação das características das secreções, tendo em conta a forte probabilidade destas se apresentarem hemáticas ;*
- *Na prática de cinesiterapia respiratória, não esquecer que existe o risco acrescido de hemorragia;*
- *Despistar quadro de hemoptise maciça [frequentemente associada a Aspergilose];*
- *Colheita de sangue para análise: pesquisa de antígeno galactomanano;*
- *Prevenção da PAV.*

ALTERAÇÕES DO SISTEMA CIRCULATÓRIO

- *Monitorização e avaliação contínua de FC, PA, PVC e traçado cardíaco;*
- *Prestação de cuidados específicos à pessoa com necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva;*
- *Despiste precoce de sinais de compromisso circulatório associado a dispositivos endo-venosos e endo-arteriais.*



ALTERAÇÕES DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL E VIAS BILIARES

- *Exame físico detalhado - Despistar alterações a nível abdominal;*
- *Cuidados específicos na administração de alimentação entérica/parentérica – Medidas de Suporte Nutricional;*
- *Utilizar preferencialmente água engarrafada;*
- *Despiste precoce de alterações a nível das características das fezes;*
- *Despiste precoce de alterações a nível anal, quer de origem vascular ou infecciosa.*

ALTERAÇÕES DO SISTEMA URINÁRIO/EXCRETOR

- *Cuidados específicos à pessoa submetida a técnicas de substituição renal;*
- *Deteção da presença de edemas;*
- *Realização e correção de Balanço Hídrico;*
- *Despiste de quadros de hematúria não macroscópica, através de realização da análise sumária da urina.*



SISTEMA HEMATOLÓGICO

- *Ter em consideração os elevados riscos de infecção e de hemorragia associados à neutropenia e trombocitopenia respetivamente;*
- *Antecipação de sinais de infecção;*
- *Administração segura de hemoderivados [adequada às necessidades/problemas Individuais];*
- *Administração de imunoglobulina e corticóides em casos de rendimento transfusional insuficiente;*
- *Administração de fatores de crescimento;*
- *Lavagem rigorosa de mãos de todas as visitas e profissionais, utilização de barreiras;*
- *Limitar as visitas com prováveis situações infecciosas.*



ALTERAÇÕES DA PELE, MUCOSAS E TECIDOS MOLES

- Realização da higiene oral com «Solução de Clorhexidina» e, em caso de mucosite, ponderar aplicação de «Solução composta de Bicarbonato + Nistatina + Lidocaína»;
- Manutenção da integridade cutânea – [por exemplo, promover a troca de roupa sempre que necessário];
- Escolha de material de fixação à pele o menos agressivo possível, pelo risco de hemorragia intra-dérmica;
- Despiste de tumefações ou outras alterações dos tecidos moles.



CONTROLE DA DOR

RISCO DE QUEDA

- *Aquando da avaliação inicial, averiguar a presença de analgésicos transdérmicos;*
- *Avaliação e controle da dor através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas;*
- *Avaliação do risco de queda [Escala de Morse];*
- *Realização de plano de cuidados e implementação de medidas preventivas de quedas.*

SUPOORTE EMOCIONAL À PESSOA E FAMÍLIA

- *Acolhimento da família/pessoa significativa na UCI;*
- *Estabelecimento de comunicação eficaz entre a pessoa/família aquando da presença de «barreiras à comunicação»;*
- *Ensino à pessoa e sua família sobre a função dos diferentes equipamentos tecnológicos utilizados;*
- *Esclarecimento de dúvidas;*
- *Articulação/ referenciação com os restantes membros da equipa multidisciplinar de forma a dar resposta às necessidades de cada pessoa/ família.*

CONCLUSÃO

- *A adequação entre a identificação de problemas / necessidades e o planeamento/ prática de cuidados [agindo sempre com zelo e rigor profissional], afiançam a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à pessoa [muitas vezes em situação crítica] e sua família;*
- *No âmbito do processo formativo, a necessidade de produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos, surge também neste contexto como estratégia de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.*

Referências Bibliográficas:

- Procedimentos Multissetoriais do CHLC:
 - Aplicação de Produtos Sanguíneos
 - Prevenção da infeção associada aos dispositivos intra-vasculares no adulto
- Constanço, Maria C. et al; Resumo relativo ao Poster: "Aloimunização em doentes com patologia hemato-oncológica", apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Constanço, Conceição et al; Resumo relativo ao Poster: "Trombocitopenia imune: caracterização epidemiológica", apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011

- Gouveia, João et al; Resumo relativo à comunicação oral "Análise retrospectiva de doentes hematológicos numa unidade de cuidados intensivos", apresentada no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Lourenço, Ilda – Suporte Emocional ao doente família em situação de crise. Ministrado em sala de aula no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS, da Universidade Católica Portuguesa.2012
- Pedrosa, João P. et al; Resumo relativo ao Poster "Choque séptico no doente hemato-oncológico: saber mais, antecipar, agir melhor", apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Pereira, Ana M.; Síndromes Mielodisplásicas – Livro Informativo para Doentes, Hospital Garcia de Orta – 2.ª edição, 2009
- Ramos, Catarina et al; Resumo relativo ao Poster "Coagulação intravascular disseminada – estudo de caso", apresentado no âmbito da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, 2011
- Schäffler, Arne e Menche, Nicole; Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – Manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde, Lusociência, Loures, 2004, ISBN 972-8383-78-9.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, EPE

A Pessoa com alterações Hemato-Oncológicas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Que alterações?

Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos?

Por Carlos Rodrigues Clemente, estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice de Sousa e de Enf. Ilda Lourenço

Apêndice 11

**Apresentação dos dados relativos à
avaliação da sessão de formação
sobre a temática: «A Pessoa com
alterações Hemato-Oncológicas na
Unidade de Cuidados Intensivos
(UCI) - Que alterações? Que
cuidados de enfermagem
específicos, em contexto de
cuidados intensivos?»**

Apresentação dos dados relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática:

« A pessoa com alterações hemato-oncológicas na UCI: Que alterações? Que cuidados de enfermagem específicos, em contexto de cuidados intensivos? »

Sessão de formação realizada na Unidade de Cuidados Intesnivos Polivalente 1 do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José nos dias 22 e 24 de Janeiro de 2013

Nestes dois dias em que se realizou a sessão de formação, assistiram no total 23 enfermeiros que desempenham funções no serviço acima mencionado.

Com base no modelo 0002 do CHLC (Anexo 1), utilizado como instrumento de avaliação das sessões de formação em serviço nesta instituição e adotado com o mesmo fim neste contexto académico-formativo, passamos a apresentar, abaixo, esses mesmos resultados sob o formato de tabela e em percentagem:

APRECIACÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1 – As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0%	0%	22%	78%
2 - Os objectivos da formação foram atingidos.	0%	0%	17%	83%
3 – Para a sua actividade profissional a formação foi útil.	0%	0%	17%	83%
4 – Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0%	0%	17%	83%
5 – A teoria foi relacionada com a prática.	0%	0%	13%	87%
6 - A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0%	0%	13%	87%
7 – Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0%	0%	35%	65%
8 – A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	0%	0%	35%	65%
9 – Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	0%	0%	22%	78%
10 – A duração da formação foi adequada.	0%	0%	22%	78%

11 – O horário da formação foi adequado.	0%	0%	22%	78%
AValiação da Metodologia e Formador	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12 – Domínio dos conteúdos apresentados.	0%	0%	4%	96%
13 – Facilidade da transmissão de conhecimentos.	0%	0%	4%	96%
14 – Clareza na transmissão dos conhecimentos.	0%	0%	9%	91%
15 – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0%	0%	13%	87%
16 – Interação com o grupo.	0%	4%	0%	96%
17 – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0%	0%	4%	96%
18 – Gestão do tempo.	0%	0%	9%	91%
19 – Pontualidade.	0%	0%	04%	96%

Complemento ao questionário de avaliação da sessão de Formação em serviço na UCIP1 do CHLC – HSJ

	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
Pertinência da formação realizada para a prática profissional	0%	0%	17%	83%
	Nenhuma Motivação	Pouco Motivado	Motivado	Bastante Motivado
Qual a motivação para a mudança de prática profissional?	0%	0%	22%	78%