



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **PERCURSO PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

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

Agripina Rosa Pereira Tender

PORTO, Junho 2011



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

## **PERCURSO PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

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

Agripina Rosa Pereira Tender

Sob orientação da Sra. Professora Amélia Rego

PORTO, Julho 2011

## RESUMO

O presente Relatório representa o culminar de um importante percurso de aprendizagem e tem como finalidade registar e transmitir as experiências adquiridas durante o estágio que se realizou no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Médio Ave - Unidade de Famalicão (Módulo I) e no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano (Módulo II) e as competências gerais e específicas adquiridas ou consolidadas durante esse percurso formativo.

Este documento foi elaborado em consonância com o preconizado pelo Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem características reflexivas e analíticas da nossa actuação e pretende dar particular visibilidade ao desenvolvimento de competências na área da referida especialização no âmbito da assistência avançada ao doente crítico. Nele se enunciam inicialmente as competências comuns, seguidas das competências específicas do enfermeiro especialista em assistência ao doente crítico (propostas pela Ordem dos Enfermeiros) e se relatam as atividades, estratégias sugeridas e/ou implementadas durante a actuação no período de estágio, com vista à aquisição de cada uma dessas competências, bem como as dificuldades e/ou constrangimentos encontrados, terminando com uma síntese conclusiva.

A metodologia utilizada na realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico, através da reflexão e exposição das atividades realizadas durante o estágio, e ainda na análise crítico-reflexiva, refletindo sobre as estratégias sugeridas e respectiva implementação.

Demonstrámos, ao longo deste Relatório que constitui requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a forma como desenvolvemos competências técnico-científicas, profissionais, éticas, sociais, relacionais, para sermos capazes de gerir situações complexas nomeadamente as que surgem no âmbito da assistência de enfermagem especializada ao doente crítico, visando a excelência dos cuidados de enfermagem em nome do profissionalismo, da deontologia, da ética e da dignidade humana.

## **ABSTRACT**

This paper is the end of an important learning way and it is aimed at registering and sharing the experiences acquired during the Training Period that was held at the Urgency Service of the Hospital Centre of Médio-Ave – Famalicão Unit (Unit I) and at the Intensive Medicine Service of the Hospital Pedro Hispano (Unit II) and also the general and specific competences that were acquired or structured during the named formative period.

The present document was built up according to the established by the syllabus of the Master in Nursing with medical-surgical specialization and it contains reflexive and analytical features of our performance, wishing to give special visibility to the development of competences in the area of the mentioned specialization as far as the advanced assistance to the critical patient is concerned. In it, the common competences are referred in the initial part, followed by the specific competences of the specialized nurse when assisting the critical patient (suggested by the Nurses Order). The activities, the suggested and/or implemented strategies during the Trainee period, aimed at the acquisition of these competences and the difficulties and/or constraints are mentioned as well and the paper finishes by a conclusion summary.

The methodology used when doing this paper is based upon the descriptive and analytical method, through reflexion and mentioning the activities that were held during the Trainee Period and also in a critical-reflexive analysis, thinking about the suggested strategies and the way they were introduced.

We showed, this paper long, that is mandatory to get the master degree in Nursing with Specialization in Medical-surgical Nursing, the way how we developed technical-scientific, professional, ethical, social, relational competences, so that we can be able to deal with complex situations, including the ones which happen in the context of the assistance of specialized nursing to the critical patient, in order to reach the excellence level in the nursing care, in name of the professionalism, deontology, the ethic and the human dignity.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AO- Assistentes Operacionais

APEEPH- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Emergência Pré- Hospitalar

BO- Bloco Operatório

CA- Cateter Arterial

CCI- Comissão de Controlo de Infecção

CDC- *Centers for Disease Control*

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CI- Cuidados Intensivos

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC- Cateter Venoso Central

CVP- Cateter Venoso Periférico

DGS- Direcção Geral de Saúde

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI- Equipamento de Protecção Individual

GDC/E- Grau de Dependência dos Cuidados de Enfermagem

HPH- Hospital Pedro Hispano

HSJ- Hospital de São João

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU- Infecção do Tracto Urinário

OE- Ordem dos Enfermeiros

PA- Pressão Arterial

PAV- Pneumonia Associada ao Ventilador

PCR- Paragem Cardio-respiratória

PE- Processo de Enfermagem

PIC- Pressão Intracraniana

PICCO- *Pulse Contour Cardiac output*

PNCI- Programa Nacional de Controlo Infecção

PVC- Pressão Venosa Central

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RH- Resíduos Hospitalares  
SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SAV- Suporte Avançado de Vida  
SCD/E- Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem  
SE- Sala de Emergência  
SMI- Serviço de Medicina Intensiva  
SU- Serviço de Urgência  
TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*  
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos  
VE- Vigilância Epidemiológica

# ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO	7
1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	11
2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	42
3 – CONCLUSÃO	55
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63
Anexo I- Caracterização do Serviço de Urgência	
Anexo II- Caracterização da UCI	
Anexo III- Folheto de Acolhimento na UCI	
Anexo IV- Alterações Propostas pela CCI	
Anexo V- Não Conformidades Detectadas na Triagem de Resíduos na UCI	
Anexo VI- Grelha de Auditorias para Triagem de Resíduos	
Anexo VII- Resultados da Auditoria à Triagem de Resíduos na UCI	
Anexo VIII- Panfleto Sobre Boas Práticas na Triagem de Resíduos	
Anexo IX- Poster sobre Triagem de Resíduos	
Anexo X- Estudo de Caso: Doente com Pneumonia Adquirida na Comunidade	
Anexo XI- Atribuições do Enfermeiro Responsável de Turno	
Anexo XII- Plano de Integração e Acolhimento de novos Enfermeiros no SU	
Anexo XIII- Folha de Registos de Enfemagem da UCI	

## INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho insere-se no Plano de Estudos do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e visa responder a uma exigência pedagógica, no âmbito da Unidade Curricular Relatório. Este documento pretende transmitir as aprendizagens efetuadas durante o período de estágio, através do relato das atividades desenvolvidas e das situações/problema ou constrangimentos identificados durante esse período, referindo as estratégias sugeridas ou implementadas para a sua resolução, assim como as competências adquiridas ou desenvolvidas no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

O estágio referente ao Módulo I (Serviço de Urgência) foi realizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Médio Ave - Unidade de Famalicão (Anexo I) e decorreu no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 e o estágio referente ao Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos) decorreu de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) (Anexo II) do Hospital Pedro Hispano (HPH). A cada um destes Módulos de estágio corresponde um total de 180 horas de contacto.

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar referido, apesar de estar classificado como uma Urgência Médico-Cirúrgica, não tem todas as especialidades médicas (como Neurocirurgia) o que impossibilita que doentes politraumatizados graves sejam encaminhados para este serviço. Apesar de ser novo, a estrutura física continua a ser insuficiente para o número de doentes que recebe e frequentemente se observavam doentes em macas e cadeiras de rodas pelos corredores.

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HPH é uma Unidade polivalente, a sua localização facilita o acesso ao Serviço de Urgência (SU), Bloco Operatório (BO) e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A estrutura física da Unidade sofreu remodelações antes do início do nosso estágio, passando de 8 para 12 camas. Considerámos no entanto que, mais importante do que apresentar a planta da UCI, é a reflexão sobre as barreiras arquitetónicas e organizacionais encontradas na estrutura física, visto que, apesar de as alterações serem recentes, existem barreiras arquitetónicas que condicionam a prática de cuidados e criam insatisfação nalguns profissionais que nela exercem as suas funções.

O Módulo III, de natureza Opcional, foi creditado por terem sido reconhecidas as competências adquiridas ao longo de cinco anos de experiência profissional no Bloco Operatório do Serviço de Urgência do Hospital de São João (HSJ). Este serviço recebe todo o tipo de utentes, desde recém-nascidos a idosos, provenientes do exterior (Urgência / INEM), transferidos de outros hospitais e do internamento médico, cirúrgico ou Unidades de Cuidados Intensivos e realiza cirurgias de urgência/emergência das diversas especialidades cirúrgicas. No BO, exercemos funções de enfermeira de anestesia, circulante, instrumentista e de recobro. As frequentes alterações de técnicas e materiais utilizados (a nível anestésico e cirúrgico), associadas à necessidade de refletirmos sobre a prática e basear essa prática nas mais recentes evidências científicas levam-nos a fazer permanente atualização através de consulta bibliográfica, frequência de cursos, formação em serviço (formadora e formanda) e também através de consulta de peritos nesta área. Colaborámos na integração de colegas; não descurando a dimensão técnica e teórico-prática dos cuidados de enfermagem, promovemos a valorização relacional em torno do doente e sua família. Desenvolvemos atividades promotoras de segurança do doente e que previnem a infecção. Promovemos o encorajamento dos doentes e respeitámos a sua individualidade e privacidade, procurando prestar cuidados humanizados com eficácia, de forma a rentabilizar o tempo operatório.

Os estágios foram orientados por um professor definido pela Escola, a Sra. Professora Amélia Rego, e tutorados por enfermeiros especialistas na área de especialização, definidos pelos Srs. enfermeiros chefes dos locais onde estagiámos. Aos enfermeiros, tutores e chefes, foi entregue no início do estágio um guia de orientação, onde constavam objetivos, duração e parâmetros de avaliação. A supervisão clínica foi exercida pelos enfermeiros tutores e enfermeiros chefes dos campos de estágio.

A escolha dos locais de estágio não constituiu preferência para nós. Pelo facto de exercermos a nossa atividade profissional no BO do SU do HSJ, tínhamos interesse em conhecer melhor os serviços de onde provem a maior percentagem de doentes para perceber melhor a dinâmica desses mesmos serviços e a articulação com o BO. No entanto, por serem serviços escolhidos pelos pares, houve necessidade de integrar outras Instituições e serviços que também tinham disponibilizado vaga para receber alunos.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de articular/mobilizar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a fase teórica do curso ou através de pesquisa bibliográfica e durante a nossa experiência profissional. Consultámos ainda protocolos dos serviços no sentido de desenvolver metodologia de trabalho eficaz na assistência ao

doente crítico e identificámos metodologia de trabalho dos locais de estágio e refletimos sobre as mesmas. No entanto, constatámos que os serviços, por vezes, não promovem a reflexão sobre as práticas, o que impede a aprendizagem pela reflexão sobre a experiência vivida. Já em 2002 a Ordem dos Enfermeiros (OE) abordou a importância da reflexão sobre a prática para promover a qualidade dos cuidados. A mudança de paradigma ensino/aprendizagem preconizado pelo processo de Bolonha colocou a aprendizagem/desenvolvimento de competências mais centrado no aluno, o que promove a sua autonomia no processo. A autonomia para desenvolver competências na nossa área de trabalho é uma forma de nos qualificar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, apesar de a aprendizagem ser considerada um ato pessoal, a aquisição de competências não é da exclusiva responsabilidade da pessoa que aprende, o serviço e instituição vão interagir na nossa aprendizagem, daí que o papel dos tutores seja muito importante como potencial facilitador (ou não) da aquisição de capacidades que se desenvolvam progressivamente em competências. Considerámos, por isso, muito importante a relação estabelecida com a equipa multidisciplinar, na medida em que os cuidados de saúde devem ser analisados numa perspetiva transdisciplinar da equipa e não numa visão particular de cada um dos seus grupos profissionais.

As pessoas assistidas quer no SU quer na UCI, pela sua situação por vezes instável, tornam imprevisível a necessidade de atuação dos enfermeiros e exigem da nossa parte um reconhecimento rápido da situação e uma tomada de decisão que implica por vezes alteração do plano de trabalho. Ao longo do nosso percurso profissional e académico procurámos manter a prática atualizada, através de exaustivas pesquisas científicas que evidenciem as práticas mais atuais e cientificamente reconhecidas, com o intuito de apoiar a tomada de decisão. Para tal, procurámos ainda adquirir conhecimentos sobre o estado clínico do doente, o seu ambiente, circunstâncias e preferências, ou seja, procurámos prestar cuidados individualizados, reconhecendo a importância das nossas decisões nos resultados do doente. Apesar de o período de estágio ser curto para implementar mudanças, a sensibilização e discussão entre os vários profissionais de saúde constituíram, certamente, a base para a mudança.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados exige o desenvolvimento de competências comuns e específicas a cada especialidade propostas pela OE. Tendo isso em conta, a estrutura deste documento terá como fio condutor a sistematização/identificação das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em

pessoa em situação crítica adquiridas durante os módulos de estágio, pois considerámos estas competências como a base do conhecimento profissional que procurámos construir ao longo da vida, numa procura permanente de atualização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Descreveremos a forma como foram desenvolvidas as atividades e referiremos situações ou procedimentos experienciados/adotados ao longo do estágio que permitiram comprovar a aquisição das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Adotámos esta metodologia por nos parecer mais produtiva, atendendo ao limite de páginas estabelecido, e por permitir aferir mais eficazmente o alcance das competências propostas pela OE. Assim, o nosso trabalho foi estruturado em dois capítulos sobre a nossa experiência: o primeiro sobre as competências gerais adquiridas e o segundo sobre as competências específicas da EEMC, constituindo ambos um balanço crítico-reflexivo sobre o nosso desenvolvimento profissional.

Com a realização deste Relatório pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Demonstrar capacidade de diagnosticar situações/problema e comunicar as estratégias implementadas ou sugeridas para a sua resolução;
- Refletir criticamente sobre a prática de cuidados desenvolvida e observada;
- Obter o grau de Mestre em Enfermagem com EEMC após defesa pública do presente Relatório.

A metodologia adotada na realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas durante o estágio, assim como através da análise crítico-reflexiva de possíveis constrangimentos e situações/problema detetados, referindo as estratégias sugeridas e respetiva implementação e a identificação das competências adquiridas ou desenvolvidas durante o estágio. Para concluir apresentaremos os contributos que este percurso de ensino/aprendizagem nos deixou, com a perspetiva de dar resposta aos desafios que, certamente, se vão apresentar num futuro próximo.

Para a realização deste Relatório baseámo-nos em consultas bibliográficas e na reflexão sobre as vivências e sobre as experiências mais significativas, procurando fundamentar com base na evidência científica, com o intuito de que reflita o que foi o nosso estágio e o seu contributo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

## **1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A profissão de enfermagem é dirigida a pessoas e assenta todos os seus princípios no pressuposto do bem cuidar. É definida pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996) como sendo a profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que está integrado, a fim de que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Sendo uma profissão de pessoas para pessoas, além dos conhecimentos técnicos e científicos deve assentar também na vertente humanizadora e na personalização dos cuidados. Assim, na assistência ao doente crítico durante o estágio procurámos pôr em prática não só os conhecimentos técnico-científicos permanentemente atualizados, mas também toda a dedicação e apoio emocional segundo uma perspetiva holística.

Neste capítulo abordaremos individualmente cada uma das competências comuns do enfermeiro especialista, explicitando se foram adquiridas/desenvolvidas, especificando em que local e momento de estágio e descrevendo as atividades implementadas/sugeridas/desenvolvidas para o efeito, e refletiremos sobre os constrangimentos que dificultaram o pleno desenvolvimento de alguma competência.

### **Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**

A profissão de enfermagem está centrada no cuidar humano, pelo que considerámos fundamental abordar algumas questões éticas e deontológicas inerentes ao desempenho da nossa atividade profissional assumindo um papel crucial no respeito, defesa e promoção dos direitos das pessoas de quem cuidamos. Como refere Sousa (2008, p.9) *“o nosso agir ético centra-se no cuidado ao outro, respondendo às suas necessidades tendo em vista a sua máxima independência, no respeito pela sua dignidade e ajudando na prossecução dos seus projectos de saúde”*. Ao longo do estágio, assim como durante a nossa atividade profissional, regemos as nossas intervenções pelo quadro de valores e princípios profissionais, respeitando e beneficiando o doente como pessoa, fundamentámos as nossas decisões e atuámos de acordo com os princípios constantes no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e procurámos envolver o doente/família

no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, assim como as crenças e valores.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos vieram preservar e prolongar a vida de muitas pessoas em situação crítica, mas também levantar inúmeros problemas éticos e legais. Na UCI, o estado clínico dos doentes impossibilita-os por vezes, de participar na decisão do que é melhor para si, tendo de ser nós, profissionais, a decidir o que é melhor para o doente, condicionados pela nossa própria individualidade, o que provoca em nós dilemas éticos pois tanto os doentes como os profissionais são pessoas com valores, crenças e direitos pessoais. No entanto, tomámos essas decisões tendo presente o doente na sua globalidade, o que exigiu de nós um conjunto de habilidades que nos permitiram respeitar a autonomia e atender aos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as suas crenças e valores, fundamentando todas as decisões nos princípios éticos. As tomadas de decisão foram sempre em equipa, de forma a promover a dignidade do doente. Com os doentes conscientes tivemos o cuidado de incentivar à sua autonomia, informando-os adequadamente e solicitando o seu consentimento para as nossas intervenções permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando o respeito pelos seus direitos.

As UCI's são dotadas de grande tecnologia, o que exige dos enfermeiros aquisição de competências técnicas que devem ser usadas de forma benéfica para o doente, pelo que aos profissionais destes serviços estão frequentemente associadas características de desvalorização dos aspectos humanos e individuais dos doentes em prol dos aspectos técnicos. Este tecnicismo que lhes é atribuído foi desmistificado durante a nossa passagem pelo SMI, pois assistimos a cuidados individualizados em que o respeito pelos direitos e dignidade, a par da relação empática criada com os doentes e família, nos permitiu comprovar que as competências técnicas exigidas aos profissionais deste serviço não inviabilizam a prestação de cuidados humanizados.

O agir eticamente pressupõe o respeito pela dignidade, o reconhecimento dos valores e sentimentos morais e religiosos de cada pessoa. E foi respeitando todos estes aspectos que conseguimos planear e implementar eficazmente os cuidados ao doente de forma personalizada e segura. Durante o estágio foi possível observarmos e vivenciarmos cuidados baseados num compromisso ético, através do acompanhamento de um doente em fase terminal que foi admitido no SU, a quem foi permitida a presença da família e transferência do doente para uma sala mais calma, onde pudesse usufruir de alguma privacidade e também do conforto e carinho dos seus familiares. O

envolvimento da família no processo de tomada de decisão clínica foi outro fator observado/presenciado. No SMI também vivenciámos outra situação em que se contactou o familiar para comunicar que o doente tinha entrado em fase agónica e autorizar a sua presença junto do doente, possibilitando-lhe morrer com dignidade, rodeado de carinho e atenção. A solicitação da presença do capelão pela família foi rapidamente satisfeita pelos profissionais da Unidade, possibilitando dessa forma o conforto espiritual. No SMI, o cuidar de forma individualizada, atendendo às crenças e cultura de cada indivíduo/família foi também observado quando a equipa de saúde permitiu à esposa de um doente deixar próximo deste uma imagem religiosa. Assistimos ao respeito dos profissionais pelas convicções culturais, físicas e religiosas, o que consideramos fundamental na prática de cuidados.

Perante as características dos doentes assistidos no SMI e SU constatámos que estes nem sempre detêm conhecimentos/capacidades que lhes permitam tomar decisões, por vezes por não compreenderem a informação, por isso, durante o estágio, procurámos estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adaptada a cada pessoa e disponibilizámo-nos para esclarecer dúvidas ou complementar a informação adquirida disponibilizando tempo para que interiorizassem a informação e formulassem as questões necessárias, o que nos pareceu gerar um clima de confiança entre profissionais/doente/família de forma a facilitar o processo de tomada de decisão. Na parceria enfermeiro/doente procurámos, sempre que o estado do doente o permitiu, obter consentimento para as intervenções de enfermagem, explicando previamente ao doente o que íamos fazer, como e porquê e certificámo-nos de que essa informação foi apreendida pelo doente mostrando também respeito e defesa da sua vontade, ao mesmo tempo que pomos em prática o Artigo 84.º do CDE que se refere ao dever de informar o indivíduo relativamente aos cuidados de enfermagem a prestar, assim como respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.

A aquisição de novos conhecimentos a nível axiológico e deontológico, sobre ética profissional e a frequência da cadeira de Ética, levou-nos a aumentar o sentido de responsabilidade, o que demonstra maior consciencialização sobre os aspetos que temos de vigiar no doente, executarmos bem as técnicas e não causarmos dano, contribuindo para o nosso desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento de uma consciência ética do cuidar humano, ou seja, do que devemos fazer para proteger o doente. Este sentido de responsabilidade fez com que nos preocupássemos com o que fazíamos e a

melhor forma de o fazer, o que nos levou a procurar conhecimentos, quer através da consulta bibliográfica, quer através de informação junto dos tutores.

Ao longo deste estágio desenvolvemos uma prática profissional e ética ao executarmos e constataremos cuidados de enfermagem segundo uma metodologia específica, havendo um envolvimento da nossa parte e de toda a equipa no respeito irrepreensível por todas as dimensões do doente: física, espiritual, social e cultural; crenças, valores e história de vida. Conseguimos estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família e atendemos aos princípios éticos e direitos humanos, agindo em conformidade e respeitámos ainda a ética e deontologia de enfermagem, o que nos permitiu atingir esta competência na globalidade.

### **Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

Como enfermeira, no exercício da nossa atividade profissional, temos o dever ético de facultar ao utente a informação possível sobre todas as intervenções de enfermagem que a ele digam respeito, no sentido de obter o seu consentimento esclarecido e livre. Este dever ético está expresso no REPE e tivemos-lo presente durante a nossa atividade profissional e académica. A necessidade de proteger os direitos humanos é universal, cabendo aos enfermeiros obrigações especiais, sobretudo no respeito pela dignidade humana que implica o conhecimento dos direitos dos doentes, assim como dos princípios éticos para poder pô-los em prática.

Verificámos que os doentes manifestam as suas preocupações, ansiedades, medos e interrogações aos enfermeiros, esperando reciprocidade como consequência da relação de confiança e partilha entre ambos, cabendo-nos assumir uma posição de tomada de decisão, promovendo o bem-estar em defesa dos direitos e interesses dos doentes. Assim, no exercício das nossas funções adotámos uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos interesses e direitos dos cidadãos legalmente protegidos, tendo sempre presente o respeito pelo direito à autodeterminação, expresso no CDE, e ainda no 12.º Artigo do REPE que refere a obrigatoriedade de os enfermeiros esclarecerem os utentes e seus familiares sobre os cuidados que prestam, a sua finalidade e consequências. Assim, na comunicação com o doente/família, procurámos usar uma linguagem compreensível por estes, tendo em consideração o seu nível de conhecimento técnico e científico, demos explicações de forma simples e clara, questionámos sobre a compreensão da informação e demos oportunidade de colocarem

questões, criando um ambiente de abertura e empatia. Constatámos que, por vezes, as múltiplas atividades a desenvolver levam os profissionais de saúde a ter pressa e, por isso, não informam adequadamente o doente/família, pois este processo é moroso e por vezes complexo, dependendo do grau de conhecimentos doente/família e do seu estado emocional. A comunicação com o doente/família é um vetor fundamental da prática profissional, bem como a manutenção da privacidade, a salvaguarda do segredo profissional que visa respeitar e defender o direito dos doentes à confidencialidade das informações, garantindo desta forma a sua confiança nos profissionais de saúde.

A busca incessante de conhecimentos atualizados tem servido para fundamentar a nossa tomada de decisão, o que nos exige cada vez mais responsabilidades, pois a adaptação da informação fornecida à singularidade de cada situação leva-nos a analisar questões complexas às quais só conseguimos responder após conhecimento individualizado do doente, família e de nós próprios. É fundamental que estejamos preparados para dar resposta às necessidades dos doentes/família/comunidade, proporcionando-lhes cuidados personalizados e de qualidade. O profissional deve recorrer ao seu alargado leque de conhecimentos para escolher o que melhor se adequa à situação (Sá-Chaves, 2000). Os doentes, além de reconhecerem competências técnico-científicas, valorizam a componente humana da relação que estabelecemos com eles.

O SU e UCI são serviços com características muito específicas: os doentes são pouco homogéneos, quer nas características sociais, quer ao nível das patologias e até no grau de conhecimentos que possuem. Por essa razão, ao prestarmos cuidados a estes doentes temos de possuir diversidade de conhecimentos quer a nível de processos de doença e patologias, quer a nível de doentes. A imprevisibilidade com que nos deparámos nestes serviços foi enriquecedora sob o ponto de vista da prática de cuidados. Durante a nossa atividade profissional assim como durante o estágio, demonstrámos ser detentores das competências científicas, técnicas e humanas necessárias ao desempenho das nossas atividades e procurámos ter um papel mais ativo, fazendo uma adequada avaliação prévia da situação do doente para elaborar um diagnóstico correto e fazer planeamento ainda que mental das intervenções e executar os tratamentos que considerámos pertinentes. O enfermeiro que se desenvolve profissionalmente em áreas consideradas críticas deve possuir formação técnico-científica e humana adequada à prestação de cuidados ao doente crítico (Antunes, 2009). As intervenções de enfermagem no SU têm subjacente um cariz de imprevisibilidade, quer perante as necessidades evidenciadas pelos doentes, quer pela sua variável afluência, condicionada por um número fixo de

profissionais e pelo mesmo espaço físico. Apesar das dificuldades, os enfermeiros praticam os cuidados possíveis, embora nem sempre sejam os desejados.

Constatámos que no SU as atividades de enfermagem eram essencialmente interdependentes, baseando-se nas prescrições médicas, como administração de terapêutica, oxigenoterapia, aerossolterapia, colheita de espécimes para análises, entre outras. O número de enfermeiros não era otimizado pelas necessidades apresentadas pelos doentes, mas de forma a dar resposta às tarefas a executar, o que não possibilitava cuidados individualizados ao doente/família e comprometia a qualidade dos cuidados.

No SMI era frequente os doentes estarem despídos, protegidos apenas por um lençol, quando levantámos esta questão foi-nos referido que tem como objetivo facilitar a vigilância e permitir mais facilmente a manipulação do corpo, principalmente em situações de emergência. Esta prática parece revelar o desrespeito pela privacidade e intimidade e potenciar sentimentos de insegurança e desconforto quer nos doentes, quer nos familiares, procurámos, por isso, refletir sobre ela com os profissionais do serviço e apesar de não ter sido abolida, notámos que houve sensibilização dos enfermeiros que passaram a ter mais cuidado, desnudando o doente só o tempo e área estritamente necessárias à execução dos procedimentos.

Existem alguns conceitos sobre os quais importa refletir: passagem de turno e continuidade dos cuidados, direito à privacidade e confidencialidade e proteção da intimidade e da vida privada. Assim, a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermagem, tendo como objetivo assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados pela transmissão verbal da informação, que é um complemento da informação escrita. A continuidade dos cuidados está referenciada no Código Deontológico, sendo de salientar a estreita relação entre os registos e a qualidade dos cuidados. Nos Estatutos da OE é referido o dever de o enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados através do registo fiel das observações e intervenções que realiza. Tendo em conta que o enfermeiro está em contacto constante com o doente, torna-se imprescindível refletirmos sobre a forma de resguardar os seus direitos como o direito à privacidade e confidencialidade. Os deveres dos profissionais decorrem da proteção dos direitos dos doentes e o respeito pelo direito à privacidade implica o dever de os enfermeiros praticarem qualquer ato no respeito pela intimidade da pessoa consagrado no CDE. Ainda dentro da possível violação de privacidade, é frequente no SMI encontrar as folhas de registo diário de enfermagem fixas num suporte aos pés da cama dos doentes a que um familiar ou mesmo visita de outro doente

pode ter acesso. Cabe a cada profissional tentar manter a máxima privacidade na informação escrita e também verbal. Tanto no SMI como no SU havia passagem de turno junto dos doentes, o que para os profissionais apresentava a vantagem de observar o doente *in loco*, de forma mais personalizada. No entanto, os condicionalismos físicos destes serviços, mesmo quando adotadas todas as medidas adequadas, como tom de voz baixo, é difícil conseguir que um doente acordado não ouça, o que em alguns casos pode traduzir-se em quadros de ansiedade/medo, afetando-o psicologicamente por má interpretação e ainda por violação da sua privacidade quando os doentes das camas vizinhas ouçam informação a seu respeito.

Notámos que a passagem de turno realizada pelos enfermeiros no SU, exceto no setor de OBS, estava essencialmente focalizada na doença e não na pessoa, reduzindo-a quase exclusivamente à sua componente fisiológica. Abordámos esta problemática com a equipa, que não reconheceu o problema pois estava satisfeita com a forma e quantidade de informação transmitida, justificando com a imprevisibilidade do serviço e a complexidade das atividades a realizar, aliadas (por vezes) ao número insuficiente de enfermeiros, pelo que, não tendo tempo para os registos escritos, apenas validavam as intervenções prescritas pelo médico. Desta forma, a passagem de turno não refletia a totalidade dos cuidados prestados, originando a quebra da sua continuidade. Durante o estágio tivemos oportunidade de participar de forma ativa nas passagens de turno, tivemos presentes aspetos como a proximidade dos doentes pelo que adequámos, então, o tom de voz de forma a evitar que os outros doentes ouvissem, evitando a violação da privacidade de informação, mantendo o respeito pelo doente e o sigilo profissional a que somos obrigados e ainda utilizámos o privilégio terapêutico, tendo presente o dever da confidencialidade da informação clínica, sob pena de procedimento disciplinar ou legal.

Participámos no acolhimento aos familiares no SMI; antes da visita era entregue aos familiares um folheto de acolhimento (Anexo III), onde consta informação sobre equipamentos, horário de visitas, contacto telefónico, entre outra. Informámos acerca do estado de saúde do doente, em linguagem acessível, preparando a família antes da visita para o que vai encontrar, no sentido de amenizar as situações. Esta preparação é feita na biblioteca do serviço, num ambiente calmo que proporciona privacidade para permitir o expressar de sentimentos e a escuta ativa. O acolhimento é feito habitualmente pelo médico de serviço e o enfermeiro responsável pelo doente. É explicada à família a impossibilidade de o doente falar e a necessidade e funcionalidade do equipamento que rodeia o doente. Se for percecionado que a família não está preparada para a visita, ou

esta não é benéfica naquele momento, é gerida a situação de forma a proporcionar o melhor para o doente/família. Incentivámos a família à comunicação com o doente (verbal e não verbal), lembrando o familiar para não verbalizar assuntos penosos para o doente. Acompanhámos os familiares junto do doente e fornecemos explicações sobre equipamento de protecção e outras medidas de prevenção de infeção como a lavagem das mãos à entrada e saída da Unidade. Por questões de estrutura física e procedimentos técnicos, nem sempre é possível o familiar permanecer junto do doente durante alguns procedimentos, pelo que constatámos que não estão criadas todas as condições para os cuidados humanizados. Após a visita, no sentido de perceber o grau de satisfação dos familiares sobre a forma como foram acolhidos, é solicitado o preenchimento de um inquérito, cujos dados são posteriormente tratados por uma equipa do serviço e têm servido para implementar mudanças com a finalidade de prestar cada vez mais e melhores cuidados. Por vezes, os familiares solicitam visita do doente fora do horário de visita, esta situação é colocada ao enfermeiro responsável que, após análise da situação e se considerar benéfico para o doente/família, autoriza, o que demonstra a capacidade de humanização da UCI, apesar de todas as condicionantes.

Através da pesquisa bibliográfica mantivemos de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento para poder responder às solicitações do doente, demonstrando capacidade de gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada.

O zelarmos e defendermos os direitos do doente, envolvendo-os na tomada de decisão, procurando prestar serviços de qualidade, atempados e humanizados, permitiu-nos desenvolver amplamente esta competência.

### **Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**

Na reunião de acolhimento ao HPH, no início do 2.º Módulo de estágio, a enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) manifestou preocupação pela dificuldade de implementação de “alterações” recentemente introduzidas no hospital relativamente à triagem de resíduos, que se prendiam essencialmente com a reciclagem de frascos de plástico e de vidro vazios e colocação das embalagens vazias de medicação em saco preto (Grupo I/II).

No SMI, tivemos oportunidade de constatar que ainda não estavam, de facto, assimiladas algumas dessas “alterações” na triagem de resíduos e que não era feita a

triagem nas unidades dos doentes. Detetada esta situação/problema, e sendo nós especialmente sensíveis no que a esta temática diz respeito, sugerimos ao enfermeiro chefe abordá-la, o que foi muito bem aceite, por ser uma necessidade efetivamente diagnosticada no serviço. Procurámos envolver os enfermeiros “elos de ligação da CCI” na escolha do método mais eficaz para implementar essas práticas no serviço e em parceria; decidimos não fazer formação formal por não ser do agrado dos profissionais em geral e porque já havia sido feita pela CCI (de carácter obrigatório) a todos os profissionais. Os enfermeiros “elos de ligação” consideraram que não se tratava de um problema de falta de formação/informação mas, antes, falta de sensibilização. Acordámos abordar o assunto de forma informal, sempre que oportuno, aproveitando para corrigir situações pontuais e afixar cartazes na zona do balcão da Unidade para sensibilizar e informar sobre as “alterações” propostas pela CCI da Instituição (Anexo IV). A temática foi abordada (informalmente) com vários profissionais do serviço, procurando desta forma envolvê-los nas tomadas de decisão.

Para fazermos o diagnóstico da situação, fizemos uma auditoria à triagem de resíduos a 25/10/10, às 18h (período de preparação e administração de fármacos), onde foram auditados todos os sacos e contentores de resíduos da Unidade. Esta auditoria permitiu-nos identificar também problemas a nível do transporte, acondicionamento e armazenamento interno dos resíduos: sacos de resíduos encerrados com nó e transportados das unidades do doente até à entrada da sala de despejos em “braços”, eram colocados no chão e posteriormente depositados em contentores que transportavam todo o tipo de resíduos até ao exterior e só aí eram colocados nas respectivas *biobox*'s. Estes contentores estavam demasiado cheios pelo que permaneciam abertos, o que nos permitiu constatar que as recomendações da CCI quanto à separação dos sacos por tipo de resíduos nos respetivos contentores de armazenamento não estavam a ser cumpridas. As não conformidades detetadas a nível da triagem, prendiam-se essencialmente com as “alterações” implementadas recentemente pela CCI; a nível do acondicionamento, com o facto de o local de armazenamento dos resíduos estar em obras de beneficiação e, a nível do transporte, com a inexistência no SMI de um carro próprio para o efeito. O registo destas não conformidades (Anexo V) ficou anexo às capas de horário dos enfermeiros e assistentes operacionais (AO) para facilitar a sua consulta. O facto de não existir um carro para a recolha dos sacos de resíduos das unidades até à zona de armazenamento foi comunicado ao enfermeiro chefe do serviço que, em colaboração com Enfermeira da

CCI, providenciou um carro de metal, rodado e com tampa para o efeito. Durante a passagem de turno demos a conhecer aos profissionais presentes no serviço os resultados da auditoria e os encaminhamentos corretos e, em conjunto, procurámos encontrar estratégias para ultrapassar estas inconformidades. Como estávamos na zona do balcão da unidade em frente aos cartazes afixados, procurámos exemplificar pelas imagens, insistindo sempre nas áreas mais críticas: frascos de medicação vazios são colocados em saco preto; frascos ou seringas com medicação para rejeitar vão para saco vermelho. Nos turnos seguintes à auditoria, comunicámos o resultado da mesma, dando especial ênfase aos aspetos que na auditoria tinham sido identificados como problemáticos (frascos de medicação vazios e a reciclagem de papel, vidro e plástico) e solicitámos a colaboração dos enfermeiros e AO na divulgação e implementação dessas alterações. Durante este projeto contámos com a participação ativa de todos os profissionais do serviço, nomeadamente os enfermeiros “elos de ligação” da CCI.

A limpeza do serviço e recolha dos resíduos era feita por uma funcionária pertencente a uma empresa subcontratada. Como algumas das lacunas identificadas estavam diretamente relacionadas com o seu desempenho, abordámo-la individualmente e ela demonstrou possuir conhecimento dos procedimentos corretos relativamente ao transporte e acondicionamento de resíduos. Procurámos, então, perceber porque não procedia corretamente uma vez que detinha conhecimentos para tal e a justificação foi que quando começou a fazer a recolha dos resíduos se esqueceu de levar os atilhos para fechar os sacos e colocou-os no chão para lhes colocar os atilhos antes de os depositar no contentor de armazenamento/transporte. A mesma funcionária ao efetuar a remoção dos sacos de resíduos só usava luvas, no entanto, foi informada que é recomendável, por razões de higiene e protecção individual, usar também avental e máscara. Foi informada ainda de que os procedimentos observados acarretam riscos de infeção e acidentes para quem manipula os resíduos e que a recolha de resíduos deve ser feita no local de produção para minimizar o risco de contaminação dos trabalhadores. Aproveitou-se o momento para fazer um breve ensino sobre o manuseamento dos sacos: retirados de fora para dentro dos contentores e encerrá-los com os atilhos identificativos do serviço, colocar um saco limpo no contentor. Ao transportar o saco para a zona de acondicionamento não arrastar pelo chão ou encostar ao corpo (preferencialmente deve usar um carro metálico lavável). As atividades descritas levaram a mudança de comportamentos que tem por base o Despacho n.º 242/96, que no ponto 9.2 refere *“sensibilização e formação do pessoal em geral, e daquele afecto ao sector em*

*particular, nomeadamente nos aspectos relacionados com a protecção individual e correctos procedimentos*”. Perante as inconformidades detetadas, para uniformizar os critérios a avaliar e monitorizar a eficácia das intervenções, sentimos necessidade de elaborar uma grelha de auditorias para a triagem de resíduos (Anexo VI).

No dia 15/11/10, às 12h fez-se nova auditoria e preencheu-se respetiva grelha de observação. Foi escolhido este horário por ser o período pós-higiene dos doentes e de preparação de terapêutica. Assim, chegámos aos resultados inscritos no Anexo VII.

Com base nos resultados das auditorias realizadas, elaborámos um conjunto de boas práticas na triagem de resíduos, práticas essas conducentes à correta triagem de resíduos produzidos no serviço e divulgámo-las em forma de “panfleto” que foi entregue aos profissionais do serviço, com vista a corrigir as lacunas detetadas, divulgar informações pertinentes e dar a conhecer os objetivos do serviço relativamente a esta temática, procurando motivá-los a aderir à correta triagem de resíduos (Anexo VIII).

Gostávamos também de ter informação sobre a quantidade de resíduos produzidos no SMI nos últimos três meses para se poder avaliar melhor o impacto destas medidas, no entanto, a instituição não disponibilizou essa informação. O preço/quilo de resíduos (Grupo III e IV) era outra informação que também gostaríamos de ter facultado aos profissionais do serviço, no entanto, também não foi possível obter essa informação.

A triagem cuidadosa dos resíduos, nas diferentes categorias, ajuda a minimizar a quantidade de resíduos perigosos, diminuindo a produção dos grupos III e IV, e valoriza os resíduos a reciclar. A triagem de resíduos é uma das principais etapas na sua gestão pois condiciona o funcionamento de todas as fases posteriores. No entanto, a triagem apenas funciona se os profissionais estiverem devidamente consciencializados da sua importância, dispuserem de equipamento apropriado, como sacos de cores diferentes para os contentores de recolha, instruções claras e treino adequado (Gonçalves, 2005).

É notória a crescente sensibilização dos profissionais relativamente à triagem de resíduos e à reciclagem. Esta motivação intrínseca, aliada à formação e à consequente consciencialização, conduzirão a mudanças mais efetivas de práticas e atitudes, constituindo fator de desenvolvimento pessoal, profissional e cívico, pois nenhum profissional se pode alhear destas questões que, de forma premente, se colocam hoje à humanidade e que exigem a assunção de um efetivo compromisso individual e coletivo.

Com este projeto, pudemos, assim, constatar necessidades ao nível da informação/sensibilização dos profissionais do serviço em questão e pudemos, igualmente, contextualizar a informação/formação, respondendo a necessidades reais e

efetivas do serviço no tocante a materiais (carro para transportar os resíduos) e motivar para o aperfeiçoamento do processo de triagem dos resíduos hospitalares neste serviço. A garantia dada verbalmente pelo chefe do serviço de que o processo iniciado por nós iria ter continuidade pois se revelava oportuno e útil representou, para nós, o reconhecimento do esforço por nós desenvolvido e a crença na sua utilidade.

No SU também se identificou a não triagem de resíduos, apesar de em todas as salas existirem dois contentores (um com saco preto e outro com saco branco), foi abordado o tema informalmente e os vários profissionais do serviço reconheceram que colocam os resíduos aleatoriamente. Sentindo alguma recetividade relativamente a este tema, sugerimos fazer uma formação, e fomos encaminhados pelos enfermeiros tutor, responsável pela formação em serviço e enfermeiro chefe para o enfermeiro que faz o elo de ligação com a CCI. Este enfermeiro revelou que é um tema que o preocupa e que já tinha pensado na necessidade de sensibilizar os vários profissionais do serviço para a correta triagem dos resíduos hospitalares. Após consenso entre o referido enfermeiro e o enfermeiro chefe foram efetuadas etiquetas de identificação para colar no tampo dos contentores, identificando o tipo de resíduos a colocar no respetivo contentor. Assim, para os contentores que têm saco branco - resíduos contaminados (letras vermelhas) e para os contentores que têm sacos pretos - resíduos tipo urbano (letras pretas).

Considerámos também importante fornecer alguma informação de forma objetiva e de fácil consulta e, como não houve recetividade quanto à realização de uma formação sobre a temática, elaborámos um Poster sobre triagem de Resíduos Hospitalares (RH) (Anexo IX). Para informação complementar existe no serviço a norma de separação e tratamento de resíduos hospitalares, elaborada em 2009 pela CCI da instituição.

Ao tomarmos a iniciativa de dinamizar as equipas de trabalho dos serviços no sentido de se fazer a correta triagem de resíduos hospitalares, após diagnóstico destas situações-problema, demonstrámos criatividade na interpretação/resolução de problemas e capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar. Demonstrámos, ainda, possuir conhecimentos sobre a temática e capacidade de reflexão sobre a prática observada de forma crítica, identificando oportunidades de melhoria, implementando-as e monitorizando-as, o que nos permitiu comprovar esta competência.

### **Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**

A complexidade dos cuidados de enfermagem nas UCI's e SU exige dos enfermeiros sólidos conhecimentos teóricos alicerçados pela prática fundamentada na

mais recente evidência científica. A atitude crítico-reflexiva que desenvolvemos face às diferentes intervenções permitiu-nos observar e constatar certas lacunas, nomeadamente em relação à prevenção de infecção associada a dispositivos intravasculares. Os cateteres venosos periféricos (CVP) no SU eram fixos com adesivo e a desinfeção da pele feita com algodão embebido em álcool. Questionámos os enfermeiros sobre estas práticas que justificaram com a prática instituída e os materiais disponibilizados. Apesar de já possuímos algum conhecimento prévio sobre esta temática, adquirido ao longo da nossa experiência profissional e também das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, atendendo à evolução técnico-científica e inovação de material, optámos por efetuar pesquisa bibliográfica sobre a temática, após o que abordámos o assunto com enfermeiro tutor, que também manifestou estar consciente de que esta não era uma boa prática, no entanto, como implicava maior consumo de material clínico, numa fase de contenção, não seria fácil mudar esta rotina. Tivemos também oportunidade de expor esta problemática ao enfermeiro chefe do serviço que referiu ter sido elaborada uma norma que se encontrava no Conselho de Administração para aprovação. Sugerimos então ir melhorando esta prática, sensibilizando todos os enfermeiros do serviço para a pertinência da mesma mas não foi aceite pelo facto de não disporem no serviço de material apropriado em número suficiente para a execução dessa técnica. Só após aprovação poderiam requisitar as quantidades de material necessárias e colocar em prática. No entanto, em conversas informais fomos abordando a temática com os colegas referindo que as recomendações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e do Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) são explícitas em relação à colocação e manutenção dos dispositivos intravasculares e nomeadamente quanto à colocação do CVP preconiza o uso de assepsia e pensos estéreis de preferência transparentes, uma vez que permitem visualização direta do local de inserção do cateter, são substituídos menos vezes e por isso menor manipulação do cateter. O penso deve ser substituído sempre que se encontre húmido, repassado ou deslocado ou sempre que seja necessário inspecionar o local de inserção. A substituição dos pensos deve ser feita seguindo as orientações do fabricante (habitualmente 3-7 dias, de acordo com as suas características). Se utilizada compressa estéril, deve ser substituída diariamente ou sempre que repassada. No entanto, constatámos ao longo do estágio neste serviço falta de sensibilização para esta problemática, resta-nos a esperança de que com a aprovação da norma para colocação/manutenção de CVP se assegure a assepsia deste procedimento. Outra questão pertinente prende-se com a probabilidade de quebra de

técnica asséptica na colocação de dispositivos intravasculares em situações de emergência, pelo que o CDC recomenda que se removam todos os cateteres colocados nestas circunstâncias e se insiram outros num local diferente, assim que a situação clínica do doente o permita, num período máximo de 48 horas.

No SU tivemos oportunidade de prestar cuidados em todas as áreas, e na área de Nebulizações e Macas o número de doentes era habitualmente grande e os enfermeiros aí alocados não tinham doentes atribuídos, utilizando o método de trabalho de tarefa e as suas intervenções eram quase exclusivamente interdependentes. Quando o médico efetuava uma prescrição no sistema informático de apoio à urgência “Alert”, aparecia um alarme visual no monitor do computador e qualquer um dos enfermeiros ao tomar conhecimento desta prescrição podia assumir a responsabilidade da sua execução. Quanto às intervenções autónomas, como posicionamento de doentes dependentes, eram feitas também por tarefa: o mesmo enfermeiro com colaboração de um AO posicionava todos os doentes e não era efetuado o registo dessa intervenção. Sugerimos que no espaço para escrita livre os enfermeiros fizessem a avaliação inicial, planeamento de intervenções, o registo da execução das intervenções planeadas e a avaliação do impacto das mesmas. No entanto, nesse espaço eram registadas as informações que constavam na avaliação inicial médica e a repetição do registo das intervenções interdependentes realizadas. As intervenções autónomas realizadas não eram habitualmente registadas (prevenção de úlceras de pressão e quedas; apoio ao doente e família;...) o que não permite a visibilidade e quantificação desse trabalho por eles realizado, assim como a construção de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta metodologia potencia a execução de um elevado número de intervenções num curto período de tempo, no entanto, a divisão do trabalho leva a que cada enfermeiro esteja mais afeto a tarefas do que a doentes, fragmentando os cuidados, não permitindo o atendimento continuado e individualizado, colocando em causa a qualidade do mesmo. Quando o doente não é visto como um todo, há dificuldade na identificação das suas necessidades. Este método não permite, em termos éticos e legais, identificar a responsabilidade final do doente, pelo que não nos parece ser uma estratégia de trabalho adequada, por dificultar a humanização dos cuidados de enfermagem, potenciar a probabilidade de erro e suas implicações legais inerentes a uma desresponsabilização pelos atos praticados. Apesar de no “Alert” ficar registado o enfermeiro que validou a intervenção, constatámos que por vezes não é o mesmo que executa essa mesma intervenção, o que traz implicações deontológicas quer para o enfermeiro que valida,

quer para o que executa. Promovemos, por isso, momentos de reflexão com os enfermeiros do serviço, o que permitiu intercâmbio de ideias e experiências que contribuíram para a sensibilização desta temática que esperamos sejam potenciadoras de mudança desta metodologia de trabalho, pois parece-nos possível desenvolver uma prática de cuidados menos fragmentada e mais personalizada no atendimento ao doente/família. Neste serviço, a execução de tarefas e o registo quase exclusivo das intervenções interdependentes de enfermagem, condicionada pela escassez de recursos humanos relativamente ao número de doentes a assistir, interferem na comunicação terapêutica com o doente/família. Constatámos, no entanto, que os enfermeiros se esforçam para prestar os melhores cuidados possíveis, aproveitando o tempo em que efetuam os procedimentos para comunicar com os doentes/família e fazer educação para a saúde, o que demonstra o reconhecimento da importância da comunicação mesmo nas situações mais urgentes. Apesar de termos planeado implementar instrumentos de registo que contribuíssem para a produção de indicadores para a saúde, a sua implementação não foi considerada pertinente, pelo que ficou a sugestão.

O reconhecimento destes problemas como condicionante da qualidade dos cuidados de enfermagem e a sensibilização e sugestão feitas na tentativa da sua resolução, tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, permitiu-nos gerir e interpretar a informação proveniente da nossa formação inicial, da experiência profissional e da formação pós-graduada, ao mesmo tempo que demonstrámos um nível aprofundado de conhecimentos na nossa área de especialização e consciência crítica perante os problemas da prática profissional, sugerindo a implementação de normas de boas práticas com o intuito de reduzir a taxa de infeção associada aos CVP e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que contribuiu para que tivéssemos consolidado também esta competência.

### **Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**

Ao longo do estágio, mobilizámos conhecimentos e desenvolvemos capacidades profissionais, transformando os conhecimentos em saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitiram a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

A enfermagem é considerada uma profissão de risco, expondo diariamente os profissionais a riscos de vária ordem: biológicos, químicos, ergonómicos e psicossociais que consequentemente contribuem para um grande número de acidentes de serviço e

doenças profissionais. As UCI's, sendo serviços complexos, onde domina a tecnologia, são os locais ideais para tratamento de doentes em estado crítico, no entanto, são simultaneamente um dos ambientes mais agressivos e stressantes dos hospitais. Durante o estágio, identificámos alguns riscos, nomeadamente aqueles a que os enfermeiros desses serviços estão sujeitos, e preocupámo-nos com a adoção de práticas seguras no desempenho de todas as atividades. Os enfermeiros do SMI contactam diariamente com material e doentes infetados com diferentes estirpes de microorganismos, tendo em conta os procedimentos invasivos a que estes doentes são submetidos, o risco biológico infeccioso é muito frequente. A mobilização frequente de doentes e equipamentos, assim como as deficientes condições de trabalho (espaço físico reduzido nas unidades e entre unidades do doente) constituem os riscos ergonómicos mais frequentes no serviço. O facto de conviverem diariamente com situações de alta complexidade (doenças graves, morte) expõe também esses enfermeiros a riscos psicológicos. A tomada de consciência de que estamos expostos a vários riscos e a utilização de equipamento de protecção adequado constituem as formas mais eficientes de gestão de risco.

A lavagem das mãos é considerada o procedimento mais importante na prevenção da infeção nosocomial, tendo em conta que as mãos são o principal veículo de transmissão exógena da infeção hospitalar. Constatámos que na UCI a lavagem das mãos e/ou troca de luvas não são sempre efetuadas entre procedimentos no mesmo doente. Este assunto foi abordado informalmente com enfermeiro tutor e do serviço e verificámos que não era por falta de formação/informação mas referiam falta de condições de trabalho. Na realidade não existiam lavatórios em todas as unidades e alguns estavam em áreas de difícil acesso (atrás do ventilador/monitor). Quanto às luvas, na UCI só nos doentes em isolamento havia luvas à entrada da unidade, para as restantes unidades, as luvas encontravam-se no balcão, o que implicava que os enfermeiros saíssem da unidade do doente entre procedimentos para colocar luvas limpas. Nas unidades dos doentes não havia espaço para luvas de vários tamanhos para a diversidade de profissionais, mas existia em todas as unidades um frasco de solução alcóolica com doseador fixo à cama do doente, que foi a solução possível no momento mas não a desejada ou ideal. No entanto, o contacto com o doente implica muitas vezes o contacto também com o antebraço, pois na prestação de cuidados os profissionais só usam bata nos doentes em isolamento e nos restantes usam avental, pareceu-nos, por isso pertinente sensibilizar e consciencializar os enfermeiros para a importância da lavagem também do antebraço, como forma de prevenção da infeção. A equipa

mostrou-se receptiva a esta prática e interiorizou-a como uma tentativa de melhoria das suas atitudes e condutas enquanto profissionais de saúde.

No decorrer do estágio no SMI desenvolvemos uma atitude crítico-reflexiva face aos procedimentos realizados relativamente à prestação de cuidados ao doente, no sentido da prevenção de infeção e constatámos que não havia muitas lacunas. Na prestação de cuidados de higiene na UCI todo o material é descartável (bacias, esponjas, lâminas, espátulas) e o sabão de banho e champô são transportados em copos descartáveis para que a embalagem dos produtos de higiene não entre na unidade do doente. Quanto à colocação, manutenção e manipulação de cateteres intravasculares existem protocolos instituídos e monitorizados pelo enfermeiro chefe do serviço. No entanto, relativamente à colocação de cateter venoso central (CVC) e cateter arterial (CA) foi sugerida a colocação de uma mesa para o efeito, uma vez que habitualmente colocavam o material na cama ao lado do doente, em cima do campo esterilizado correndo o risco de queda ou contaminação na cama por movimentos do doente. Esta medida foi bem aceite e implementada de imediato.

No SU era frequente os sacos coletores de urina estarem em cima das macas ou no chão, perante esta situação, colocámos ao tutor a questão da existência de suportes próprios para os sacos e, quando nos confirmou, começámos a utilizá-los e fomos lembrando os profissionais da sua existência e aos poucos foram-se introduzindo, ao mesmo tempo que se criavam no serviço momentos de reflexão sobre esta problemática. Nos turnos seguintes foi interessante constatar que progressivamente menos sacos de drenagem se encontravam sem suporte. As infeções do trato urinário (ITU) constituem a principal causa de infeção associada aos cuidados de saúde e apesar de não ter presenciado quebra de integridade do circuito durante o estágio, os estudos revelam que continua a ser preocupante. A extensa consulta bibliográfica feita nesta área, a partilha dessa informação (manter sistema de drenagem fechado; uso de saco coletor estéril e colocado abaixo do nível da bexiga para evitar refluxo; uso de sacos coletores com válvula anti-refluxo e não permitir o seu contacto com o chão; lavagem das mãos antes de qualquer manipulação do sistema de drenagem; taxas de infeção relacionadas com algaliação;...) com os profissionais do serviço e a implementação na prática dos resultados da investigação de forma refletida permitiu-nos demonstrar competências nessa área e adotar uma forma adequada de trabalhar em equipa, incorporando na prática resultados de investigação, tomando decisões fundamentadas atendendo à evidência científica acerca da prevenção das ITU associadas ao cateterismo vesical.

Os doentes internados em UCI estão grande parte incapacitados de realizar movimentos corporais, quer por défice sensorial, sedação ou outra causa, pelo que estão vulneráveis ao risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. A alternância de decúbitos é a medida mais evidente de prevenção de úlceras de pressão, uma vez que contribui para a redução da duração e intensidade da exposição da pele e dos tecidos adjacentes, sobre as proeminências ósseas às pressões externas. Os estudos de Rocha (2006) e Louro (2007) sugerem que o intervalo ideal de alternância de posicionamento dos doentes varia de 2 a 4 horas. No entanto, a evidência da nossa experiência profissional leva-nos a crer que o intervalo de posicionamento não pode ser definido de forma geral mas atendendo às características individuais de cada doente, assim como do seu estado clínico e das superfícies de apoio utilizadas. Por isso, ao longo do estágio implementámos um programa de posicionamento individualizado tendo em conta as particularidades de cada doente, baseando-nos na observação das características da pele. Com os doentes independentes nesta atividade apenas supervisionámos e incentivámos quando necessário. Tivemos também em conta o estado nutricional do doente, pois, os défices nutricionais predis põem o desenvolvimento de úlceras de pressão. A nossa experiência pessoal e profissional, aliadas à consulta bibliográfica cientificamente comprovada, levam-nos a afirmar que a quase totalidade das úlceras de pressão pode ser evitada, através de um conjunto de procedimentos adequados, identificando os doentes de maior risco e estabelecendo um plano individual de cuidados. Nos serviços onde estagiámos, foi notória a preocupação de todos os profissionais no sentido de prevenir o seu aparecimento, nomeadamente na utilização adequada de todos os recursos disponíveis, atendendo à individualidade dos doentes: posicionamento, massagem corporal, almofadas e pensos almofadados nas zonas de maior pressão. Era utilizada a Escala de *Braden* para avaliação de risco de úlcera de pressão. No entanto, apesar destas intervenções ocuparem um período significativo do horário de trabalho, além da carga de trabalho que acarretam no SU não eram registadas pelos enfermeiros e na UCI apenas se registava a hora dos decúbitos, o que impossibilita visibilidade da totalidade do trabalho por eles desenvolvido. Na UCI, sugerimos que esse registo fosse feito na área de observações e no SU no campo para escrita livre, no entanto, as nossas sugestões não foram implementadas por se sobrepor a prática ao registo, apesar da nossa sensibilização para a visibilidade e quantificação desse trabalho por eles realizado. Ao adotarmos medidas que previnem as úlceras de pressão estamos não só a reduzir os

custos dos serviços como a melhorar a qualidade dos serviços prestados e ainda a contribuir para a qualidade de vida dos doentes que dependem dos nossos cuidados.

Uma vez que no SU onde decorreu o estágio os doentes mais graves são transferidos para outros hospitais, entendemos que é uma lacuna a não existência da carta de transferência para o enfermeiro do Hospital recetor do doente, pela importância de transmissão de toda a informação e percepções relevantes, para a intervenção precoce em situações de risco identificadas ou percebidas, assim como a continuidade de cuidados. Sugerimos, por isso, a elaboração de notas de enfermagem com o resumo objetivo dos dados do doente e fazer cópia, para anexar ao processo médico, no entanto, essa sugestão não foi bem acolhida, alegadamente pela carga de trabalho dos enfermeiros ser excessiva. Mesmo assim, durante o período de estágio, criámos alguns momentos informais de reflexão no seio da equipa de enfermagem, com o intuito de sensibilizar os enfermeiros para a importância deste procedimento.

O ambiente hospitalar tem habitualmente um impacto negativo no doente, nomeadamente nas UCI's onde o ruído constante provocado pelos alarmes dos ventiladores, monitores e máquinas perfusoras constitui um fator importante na criação desses sentimentos no doente. Durante o segundo Módulo do estágio tivemos oportunidade de constatar os elevados níveis de ruído que se faziam durante o dia na UCI e, apesar de não possuímos aparelho adequado para medição precisa da intensidade do ruído, o som por vezes quase constante dos alarmes em doentes instáveis, a campainha, o telefone, o som dos diálogos dos profissionais, visitas e doentes constituíam uma variedade de estímulos incomodativos para qualquer pessoa. Além do ruído, existem outros fatores capazes de desestabilizar o ambiente na UCI, como a presença constante de estranhos (profissionais de saúde ou não); o toque físico frequente (nem sempre agradável e desejável) e a não explicação de todos os procedimentos, muitos deles dolorosos. O controlo dos fatores referidos, aliado ao envolvimento do doente e das pessoas significativas nos cuidados, associados a uma comunicação adequada, permitem manter uma relação empática com o doente e minimizar o impacto negativo das intervenções invasivas e diminuir o stress do mesmo. No SMI, o ritmo circadiano e o descanso dos doentes foram respeitados, os enfermeiros tinham sempre o cuidado de durante a noite diminuir a luminosidade, falar mais baixo e executar apenas os procedimentos necessários. Diminuíam um pouco o som dos alarmes, que pelo silêncio que se fazia na unidade eram facilmente audíveis e para quem

está a descansar são muito incomodativos. De dia descurava-se mais esta preocupação com o barulho, havendo por vezes ruído excessivo inerente aos profissionais de saúde.

Na UCI, a variedade e quantidade de medicação e o facto de a prescrição ser manuscrita podem levar a má interpretação por dificuldade de leitura e consequente erro, que deve ser analisado de forma a estabelecer medidas que diminuam a possibilidade e probabilidade de erro terapêutico. A medicação era transcrita para o sistema informático pelo enfermeiro do doente. O uso concomitante de vários medicamentos enquanto estratégia terapêutica, contribuem para os efeitos benéficos da terapia, no entanto, possibilitam a interferência de acções farmacológicas, de que podem resultar alterações dos efeitos desejados. Por esta razão, aprofundámos conhecimentos sobre farmacocinética e observámos diretamente o efeito dos mesmos e as repercussões hemodinâmicas no doente. A farmacologia, administração, apresentação, interação, incompatibilidades farmacológicas, estabilidade, cálculos de dosagem, diluição e cuidados relativos aos fármacos mais utilizados permitiu-nos desenvolver compreensão sobre farmacologia dando ênfase aos procedimentos de enfermagem na preparação, administração e vigilância da terapêutica. O erro acontece e errar é humano (Fragata, 2008), no entanto devemos fazer tudo para a sua deteção precoce e minimização das probabilidades de ocorrerem, conscientes das nossas responsabilidades.

Ao adquirir e mobilizar conhecimentos teórico-práticos para criar e manter um ambiente seguro, desenvolvendo atividades que favoreçam o bem-estar dos doentes e proporcionem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvemos competências na área da gestão da qualidade, levando à prossecução desta competência.

### **Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**

A reunião de passagem de turno no SMI é efectuada em dois tempos distintos: num primeiro tempo, o enfermeiro responsável por cada doente apresenta um “*briefing*” (uma síntese) para toda a equipa de enfermagem, onde refere os aspectos gerais do doente; num segundo tempo o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente no turno com base na folha de registos. A passagem de turno na saída de noite é feita junto dos doentes. Esta prática utilizada no SMI foi implementada com o intuito de envolver os doentes (sempre que possível) no seu processo de cuidados. No entanto, devido ao carácter pessoal e delicado das informações transmitidas, as vantagens e desvantagens deste método foram

alvo de discussão por parte dos vários profissionais. Algumas das vantagens apontadas para esta prática foram o conhecimento mútuo enfermeiro/doente, os doentes apercebem-se (quando o seu estado o permite) de que o enfermeiro dá a conhecer ao colega que o substitui o que se passou consigo durante o turno anterior; permite a visualização do doente, e de toda a unidade, assim como da monitorização e folhas de registo; o doente identifica o enfermeiro que lhe vai prestar cuidados no turno seguinte pode validar a informação ou pode até acrescentar algo que considere importante. No entanto, a confidencialidade pode ficar comprometida pela proximidade dos doentes e o facto de ser inter-profissionais, a linguagem utilizada é de natureza técnico-científica (adequada para profissionais e não para doentes). Durante o estágio constatámos que existe pouca interação entre os enfermeiros e os doentes durante essas passagens de turno, facto que atribuímos ao número significativo de doentes sedados, a passagem de turno que se faz junto dos doentes é às 8 horas da manhã e parte dos doentes ainda está a descansar e os enfermeiros falam baixo para impedir a quebra de sigilo da informação. Durante as passagens de turno pudemos refletir sobre as práticas e gerar mudanças de comportamentos e atitudes, foi por isso muito gratificante participar nestas reuniões.

A prestação de cuidados ao doente crítico exige do enfermeiro conhecimentos e informações sobre a evolução do estado clínico do doente, de forma a poder prestar cuidados individualizados e atempados. Foi nesta perspectiva que sentimos necessidade de realizar um estudo de caso de um doente internado na UCI com pneumonia adquirida na comunidade (Anexo X). Neste estudo realizámos o plano de cuidados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e através da elaboração de diagnósticos de enfermagem desenvolvemos conhecimentos que nos permitiram identificar e descrever o domínio da prática de enfermagem e centralizar o nosso cuidado na resposta do doente ao problema, prescrever intervenções de enfermagem específicas para o diagnóstico aumentando a eficácia do nosso cuidado. Para a deteção de problemas adotámos uma postura de constante colheita de dados através da exploração de diversas fontes de informação e observação. Considerámos desta forma ser possível prestar cuidados de enfermagem individualizados, indo de encontro às necessidades de cada doente. Através deste estudo de caso conseguimos identificar e planear cuidados de enfermagem e ainda prestar e avaliar cuidados de enfermagem ao doente em estado crítico, progredindo para uma intervenção autónoma, sistemática e crítica tendo subjacentes os contributos na investigação em enfermagem.

As UCIs são compostas por recursos humanos e tecnológicos altamente diferenciados dado que se encontram direcionadas para o tratamento de doentes graves. Durante o estágio no SMI utilizámos a observação e monitorização contínuas do doente para a atualização dos dados, a fim de reformular as intervenções a realizar a cada instante. Efetuámos os registos de enfermagem numa folha específica do serviço que permite uma visualização rápida das vigilâncias efetuadas. Os diferentes parâmetros de monitorização são registados a cores diferentes para facilitar a visualização. O registo dos sinais vitais e diurese é horário, o que demonstra o rigor na vigilância dos doentes. Os registos dos doentes são uma ferramenta indispensável para transmitir informação sobre o doente, permitindo a continuidade dos seus cuidados de saúde, nomeadamente a informação que resulta dos cuidados de enfermagem para a promoção da continuidade nos cuidados. Não podemos estar mais de acordo com o que refere Sousa (2006) sobre informação resultante dos cuidados de enfermagem ser partilhada por outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos, pois os enfermeiros são os profissionais que prestam 24h/dia cuidados aos doentes e os seus registos devem ser tidos em conta no processo de tomada de decisão. Assim, a continuidade dos cuidados depende diretamente da quantidade e qualidade da informação produzida pelos profissionais de enfermagem. No SMI o médico consultava os registos efetuados pelo enfermeiro e solicitava junto deste alguma informação adicional que pudesse ser relevante na sua tomada de decisão. Parece-nos que os enfermeiros têm de entender a imprescindibilidade dos seus registos, pois são essenciais não só para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados como permitem evidenciar que as suas intervenções estão em conformidade com as evidências científicas e permitem estudos e através deles a possibilidade de implementar melhorias.

A comunicação no SU é por vezes afetada pelo número de doentes em relação aos profissionais e necessidade de informação destes e dos seus familiares/acompanhantes. O DL nº33/09, de 14 de julho, veio reforçar a presença de familiares e amigos dos doentes no SU, o que exige da nossa parte o prolongamento da informação aos familiares/acompanhantes, integrando-os no nosso plano de cuidados. No entanto, eles são simultaneamente fonte de informação sobre o doente, reconhecemo-los como parte integrante na equipa de trabalho. No SU a colheita de dados de enfermagem baseava-se essencialmente nas informações recolhidas aquando da triagem e na colheita de dados médica, ou através de registos de episódios anteriores de urgência ou internamento na instituição, não era habitual a conversa com doente/família. No estágio no SU

percecionámos ansiedade, angústia, receios e dúvidas da parte dos doentes e dos familiares, pelo que procurámos ter uma comunicação terapêutica eficaz com o objetivo de envolver o doente/família no processo de resolução do problema, transmitindo empatia, disponibilidade e compreensão.

No SMI era notória a valorização da comunicação com o doente/família, no entanto, considerámos lamentável a inexistência de mecanismos para o doente chamar o enfermeiro quando está capaz de comunicar. Nesta fase era muitas vezes utilizada a linguagem gestual. A adoção de uma comunicação efetiva com os doentes/família e profissionais de saúde permitiu-nos comunicar aspetos complexos e produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração as diferentes perspetivas com que nos deparámos. O reconhecimento da importância da informação para a continuidade da prestação de cuidados de qualidade, demonstrado pelas intervenções desenvolvidas ao longo do estágio, contribuiu para que atingíssemos esta competência.

### **Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**

Durante o período de estágio também tivemos oportunidade de desenvolver atividades na área de gestão, nomeadamente colaborar com os enfermeiros tutores, enquanto responsáveis de turno nessas atividades, que eram, além de prestar cuidados aos doentes que lhes eram atribuídos, coordenar e orientar a equipa de enfermagem e AO, nomeadamente alterar o plano de trabalho inicial sempre que se justificasse; assegurar a arrumação e controlo dos diversos materiais, equipamentos e fármacos, respeitando o conteúdo funcional e nível de competências; efetuar pedidos de alimentação; efetuar contagem de estupefacientes e verificar respetivos registos em requisição própria para evitar ruptura de stock; orientar e supervisionar os AO tanto na definição de prioridades como nas atividades relativas aos cuidados aos doentes; articular com o médico de serviço o planeamento de admissões e altas, assim como a possibilidade de realizar alguns procedimentos; registar ocorrências de avarias, empréstimo de material /equipamento; proceder à substituição de enfermeiros e AO por ausências imprevistas. No SU apesar de estar verbalmente definido as atribuições do enfermeiro responsável de turno, não estavam “escritas” pelo que foi sugerido pelo enfermeiro tutor e enfermeiro chefe que se redigissem (Anexo XI). Tivemos oportunidade de desenvolver todas estas funções nos dois locais de estágio.

Durante o estágio procurámos estar sempre atentos às áreas de intervenção autónomas dos enfermeiros: posicionamentos, cuidados de higiene, prevenção de quedas, medidas que diminuíssem o ruído e/ou a intensidade da luz; realização de pensos; avaliação/ monitorização contínua dos sinais vitais (...) e perante qualquer alteração informávamos o médico ou executávamos procedimentos autónomos ou interdependentes. Procurámos sempre que possível envolver a família nos cuidados aos doentes (molhar os lábios, administrar alimentação e hidratação sob supervisão, acompanhar ao WC). Na realização das intervenções autónomas de enfermagem tivemos presente uma tomada de decisão responsável, a formação contínua e a interdependência com os outros membros da equipa de saúde. Com a realização destas atividades desenvolvemos uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico, que foi o nosso foco de atenção, assim como o seu estado de saúde dando ênfase ao ambiente envolvente mas sempre numa perspetiva individualizada e humana dos cuidados. Demonstrámos disponibilidade de tempo para estar com o doente e tivemos em conta as necessidades por si manifestadas no estabelecimento do plano de cuidados.

No SMI existem normas e protocolos baseados nas mais recentes evidências científicas que orientam a atuação dos enfermeiros. Alguns desses documentos encontravam-se em reformulação, o que é positivo, por possibilitar a atualização dos procedimentos e por proporcionar uma prática de qualidade, promovendo práticas seguras e uniformes, que facilitam a obtenção de indicadores de saúde.

No SMI o plano de distribuição de trabalho é feito para o turno seguinte pelo enfermeiro responsável de turno, tendo em conta o “grau de dependência de cuidados de enfermagem” (GDC/E) e complexidade dos doentes, embora calculada de forma não cientificamente fundamentada, mas tendo em conta as necessidades verificadas no turno anterior. Normalmente, estão distribuídos para a prestação de cuidados seis enfermeiros por turno, mais a enfermeira especialista em reabilitação, nos turnos da manhã de segunda a sexta-feira. Entendemos que ao enfermeiro responsável de turno (apesar da entreajuda eficaz e eficiente que sempre se verificou entre os vários enfermeiros) deveriam ser atribuídos doentes com “menor grau de dependência de cuidados de enfermagem”, uma vez que tem outras atribuições. Notámos que na elaboração do plano de trabalho havia a preocupação de fazer rotatividade dos doentes com maior GDC/E de forma a evitar uma possível sobrecarga dos mesmos enfermeiros. No entanto, esta estratégia tem o inconveniente de não permitir um acompanhamento e conhecimento tão profundo entre enfermeiro/doente. Era notória a preocupação em ajustar a equipa de

enfermagem aos doentes, exemplo disso era o facto de apenas dois enfermeiros por equipa terem experiência em técnicas dialíticas e quando algum doente necessitava dessas técnicas era atribuído a um desses enfermeiros, sendo que em cada turno tinha de estar presente pelo menos um enfermeiro com experiência. Quando um doente necessitava de cuidados mais complexos, era atribuído ao enfermeiro perito nessa área.

Consideramos que os enfermeiros do SMI, apesar de terem instituído o método de trabalho individual, também praticam o método de trabalho em equipa, porque trabalham muito em cooperação, partilham dificuldades, dúvidas e assumem uma responsabilidade partilhada na interação com o doente/família. Durante os “*briefing`s*” nas passagens de turno todos discutem as necessidades de cada doente e sugerem formas de superá-las. Pensamos também que estas reuniões permitem a continuidade dos cuidados, uma vez que todos os enfermeiros conhecem todos os doentes, mesmo para substituir um colega durante a pausa para as refeições. Este método tem a vantagem de o planeamento dos cuidados ser feito em grupo, o que proporciona um melhor atendimento ao doente do que o método de trabalho individual, em que o planeamento é feito unicamente pelo enfermeiro do doente. Era frequente no serviço solicitarem opiniões dos colegas, principalmente dos mais “*experts*” em cada área.

No SU o plano de trabalho era efetuado previamente pelo enfermeiro chefe do serviço. A afluência variável e imprevisível de doentes a este serviço e os diferentes níveis de gravidade da sua situação levavam a que o enfermeiro responsável de turno tivesse de reformular o plano de trabalho com alguma regularidade, redistribuindo os recursos disponíveis, de forma a minorar o desfasamento entre as necessidades de cuidados dos doentes e o número de enfermeiros para prestar esses cuidados. Considerámos esta medida fundamental para otimizar a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros do SU devem possuir um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado para serem capazes de identificar corretamente as necessidades dos doentes, estabelecer prioridades e implementar tratamento adequado a cada situação. Ao longo do estágio no SU foi-nos possível constatar que as atividades de enfermagem eram essencialmente interdependentes e que o modelo adotado é o biomédico. Esta constatação levou-nos a refletir sobre a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros deste serviço. A participação do doente no seu processo de recuperação também é quase nula, pois o enfermeiro valoriza, de forma geral, mais os aspetos objetivos da patologia do que a subjetividade do doente, reconhecendo por vezes o doente pelo órgão doente ou pela

patologia, esquecendo as restantes dimensões do ser humano, indispensáveis para poder percecioná-lo como um todo. Quando abordámos estas questões, os colegas reconheceram a importância das intervenções autónomas e da envolvimento do doente/família no processo de tomada de decisão, mas alegaram falta de tempo e excessiva carga de trabalho para as colocarem já em prática. Estes momentos de reflexão poderão, no entanto, no futuro, vir a impulsionar a melhoria da prática.

A liderança eficaz potencia a qualidade dos cuidados prestados, promove a satisfação e o bem-estar da equipa liderada. Ao identificarmos as atividades do enfermeiro responsável de turno, refletindo de forma crítica sobre a forma como são postas em prática e colaborando na sua consecução, realizámos gestão de cuidados e demonstrámos um nível aprofundado de conhecimentos na nossa área de especialização, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família, inerentes a esta competência, pelo que considerámos tê-la atingido na globalidade.

### **Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade**

No início do estágio no SMI, consultámos e analisámos atentamente os protocolos/normas existentes no serviço, o que nos permitiu a aquisição e consolidação de conhecimentos na área dos CI para agir em conformidade. Na prestação de cuidados ao doente, tivemos sempre presentes os conhecimentos técnico-científicos adquiridos na fase teórica do curso (principalmente na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Módulo I - referentes à assistência de enfermagem ao doente crítico), durante o estágio (através da consulta bibliográfica na área dos cuidados de enfermagem específicos em CI) e ao longo do nosso percurso pessoal e profissional na assistência ao doente crítico.

A admissão na UCI faz-se através do SU, de outros serviços do hospital (incluindo BO) ou por transferência de outra unidade hospitalar, cabendo essa decisão apenas ao médico (que a deverá comunicar à equipa de enfermagem). A admissão na UCI obedece ao estabelecimento de três níveis de prioridade e a critérios de gravidade. Os níveis de prioridade são, por ordem de estabelecimento, os seguintes: doentes com necessidade de tratamento intensivo, com necessidade de vigilância intensiva e doentes com baixa probabilidade de recuperação. Ao longo do estágio pudemos constatar que no SMI, o médico residente, logo que aceitava a proposta de admissão de um doente, informava o enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável de serviço, do motivo e urgência da admissão, assim como dos cuidados específicos a ter com esse doente. Atendendo a essas especificidades, juntos definiam qual a melhor unidade para receber o doente.

Antes de este chegar ao serviço, verificávamos todo o equipamento a ser utilizado, material necessário e limpeza da unidade. Após instalar o doente na unidade pré-definida, instituíamos todos os cuidados de que necessitava, não descurando a importância do nosso papel no acolhimento, no sentido de ajudar o doente/família a ultrapassar sentimentos negativos que possam surgir e fornecer informações sobre questões que os preocupam e sobre aspectos do serviço que deve conhecer para se sentir seguro (Ferreira e Valério, 2003). Na UCI o ambiente e o estado clínico dos doentes causam receio a todos os que por lá passam, pelo que considerámos de extrema importância desenvolver a área da comunicação. Durante o estágio tivemos sempre o cuidado de responder às solicitações da família e doente, detetando as suas necessidades de informação e conhecimento, de forma a garantir o seu “*empowerment*”. No entanto, neste serviço a comunicação assume particular importância, quer pelo estado neurológico e sedação dos doentes e também pelo suporte ventilatório, normalmente invasivo, que dificulta comunicação, pelo que adotámos técnicas de comunicação adequadas a este tipo de doentes. Como já referimos, é habitual os profissionais do SMI fornecerem aos familiares um guia de acolhimento acerca do funcionamento da Unidade. Com a equipa multidisciplinar estabelecemos uma comunicação e interação eficazes e trabalhamos em equipa, respeitando a idiosincrasia, as ideias e formas de agir de cada um, conseguindo integrar-nos no método de trabalho implementado.

Procurámos exercer a nossa prática tendo por base evidências científicas atuais e das quais se pudessem observar resultados práticos, como o uso de medidas de isolamento aplicadas aos doentes no SMI que resultaram numa melhoria da qualidade através da diminuição da incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O uso de clorexidina nos cuidados orais como medida preventiva de pneumonia associada ao ventilador (PAV), a técnica assética de aspiração de secreções brônquicas, o posicionamento de doentes como forma de evitar úlceras de pressão e pé equino, aspiração de secreções como forma de otimizar ventilação, a realização de pensos com técnica assética, são medidas que resultam de estudos validados cientificamente, que aplicámos de forma adequada para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O toque dos alarmes do ventilador /monitor /máquinas perfusoras são na maioria dos casos interpretados pelos familiares como algo que não está bem, causando-lhes alguma ansiedade, tivemos, por isso, o cuidado de os esclarecer de forma a minimizar o desconforto causado pelo vasto equipamento existente na Unidade. O doente ventilado mecanicamente com um tubo orotraqueal está impossibilitado de efectuar a limpeza

fisiológica das suas vias aéreas, podendo incorrer desde o risco de limpeza ineficaz das vias aéreas ao risco de asfixia, para evitar que isso acontecesse procedemos à aspiração de secreções da cavidade oral e nasofaríngea antes de qualquer manipulação do tubo orotraqueal; mantivemos a cabeceira do leito elevada de 30-45° e a pressão do “cuff” entre 20-30cm H<sub>2</sub>O. Em doentes entubados há mais de 72h fizemos a aspiração subglótica das secreções usando sistema de aspiração aberto. Administrámos alimentação entérica por sonda orogástrica, o que contribuiu para a prevenção da PAV.

Durante o estágio no SMI tivemos oportunidade de acompanhar doentes ao BO e a exames complementares de diagnóstico. O transporte de um doente crítico envolve sempre alguns riscos mas justifica-se pela necessidade de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não realizáveis no serviço onde o doente se encontra (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 1997). A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico, mas a responsabilidade do transporte é partilhada entre os profissionais que efetivam esse transporte. O planeamento do transporte foi feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço e teve em consideração as características do doente a transportar; selecção da terapêutica e monitorização adequadas; previsão das possíveis complicações e contacto prévio com o serviço recetor para confirmar que a área para onde vai o doente está disponível para o receber. O transporte foi sempre feito pelo médico e enfermeiro responsáveis pelo doente. Tendo em conta que a qualidade da vigilância e terapêutica efetuadas durante o transporte não devem ser inferiores às que se fazem no serviço (Sociedade Portuguesa de CI, 1997), o equipamento que acompanhou o doente foi: monitor de transporte, ventilador portátil, bala de oxigénio e insuflador manual. O serviço tem uma “mala de transporte” com o material necessário à entubação e fármacos de emergência, que também acompanhou o doente. Todos os transportes decorreram sem intercorrências para os doentes e para os profissionais.

A assistência ao doente crítico no SU e UCI obriga-nos a situações imprevistas e complexas a que temos de dar resposta em tempo útil, o que pode ser gerador de *stress* nos profissionais que assistem estes doentes. No entanto, estivemos atentos aos sinais dos doentes e fizemos uso dos conhecimentos adquiridos durante a experiência profissional e durante a fase teórica do curso assim como pela pesquisa bibliográfica.

Ao adquirirmos e mobilizarmos conhecimentos teórico-práticos na área da assistência ao doente crítico e ao desenvolvermos reflexão crítica sobre as intervenções de enfermagem ao doente/família, de forma a prestarmos cuidados individualizados, conseguimos consolidar também esta competência.

## **Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**

A formação em serviço deverá ser encarada como um dos aspetos que mais contribui para a melhoria do desempenho de cada profissional e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Procura-se valorizar o saber, o saber fazer e o saber ser, num percurso de desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa prestadora de cuidados. Um plano de formação deverá responder às necessidades formativas verificadas em cada serviço, possuindo flexibilidade suficiente para poder ser reformulado, de acordo com as mudanças verificadas.

No desenrolar do estágio, desenvolvemos competências de supervisão clínica de pares, nomeadamente através da observação, orientação e discussão com colegas acerca das práticas desenvolvidas por todos, nomeadamente na passagem de turno, que sempre foi por nós considerada uma oportunidade para discussão e análise das práticas promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Consideramos também que essa supervisão se processou em ambos os sentidos, uma vez que também sobre nós foi efectuada supervisão, nomeadamente por parte dos enfermeiros tutores. Esta supervisão contribuiu decisivamente para o nosso desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento das competências enquanto futura enfermeira especialista. A supervisão promove a melhoria da assistência e contribui para aumentar o nível de confiança dos enfermeiros e diminuir os erros clínicos. Durante o estágio, procurámos ter uma prática reflexiva, ou seja, refletir sobre a acção e na acção, aprender fazendo e pensando. Consideramos a supervisão clínica fundamental e imprescindível em enfermagem, na medida em que permite apoiar e dar suporte aos profissionais, ao mesmo tempo que promove a segurança dos doentes.

No SU tivemos oportunidade de exercer supervisão sobre os AO, nomeadamente no banho e alimentação do doente. Ao observarmos alguns comportamentos relativamente à forma de alimentação dos doentes, foi questionado o profissional sobre as razões de tal procedimento, identificadas as lacunas de formação, foi feita formação informal no momento e disponibilizada colaboração para esclarecimento de qualquer dúvida. Foi feito aconselhamento sobre a melhor forma de alimentar o doente, com menor risco para ele e para o profissional, promovendo uma atitude de maior confiança e responsabilidade na qualidade e segurança dos cuidados. Obtivemos desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão sobre a prática.

O tempo médio de integração neste SU é de uma semana, tendo em conta que cerca de 40% dos enfermeiros do SU trabalha há menos de três anos, e que esse foi o seu primeiro emprego, manifestam que o período de integração é insuficiente, apesar de alguns deles terem efetuado estágio naquele serviço durante o curso. Porque também os enfermeiros são seres individuais com conhecimentos e ritmos próprios, entendemos que o período de integração deve ser individualizado, pelo que, após discussão deste assunto com enfermeiro tutor e enfermeiro chefe, elaborámos a seu pedido um plano de integração e acolhimento de novos enfermeiros no SU (Anexo XII). Ao longo do estágio procurámos promover momentos de reflexão sobre a prática dos cuidados, recordámos por exemplo a algaliação, existindo norma no serviço, elaborada pela CCI, não implementada e alguns enfermeiros nem tinham conhecimento da sua existência.

Procurámos desenvolver a nossa prática baseada em evidências científicas, que serviram para fundamentar a nossa tomada de decisão, para isso muito contribuiu a nossa formação contínua, no entanto, tivemos também o cuidado de alargar os nossos conhecimentos nas áreas de intervenção destes serviços. Assim, no SMI, devido à gravidade e instabilidade os doentes necessitam de um grande número de fármacos em perfusão contínua, pelo que quase todos possuíam CVC de triplo lúmen. Durante o estágio no SMI colaborámos com o médico na colocação de CVC, e aos doentes acordados fizemos uma breve explicação acerca do procedimento, com o objetivo de diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração durante a colocação. Esta cooperação é importante por se tratar de uma técnica asséptica, em que o posicionamento em *trandelenburg* não é muito confortável ou tolerável para muitos doentes. A monitorização da pressão venosa central (PVC) foi outra atividade por nós desenvolvida no SMI, tendo em conta a importância de que este parâmetro se reveste no despiste ou sinal precoce de hemorragia, de situações de vasodilatação ou controlo da eficácia da terapêutica diurética. Com o objetivo de prevenir complicações, avaliávamos a PVC todos os turnos, determinando o eixo flebostático que é muito importante na obtenção de medições exatas da PVC. A monitorização da pressão arterial (PA) direta exige também dos enfermeiros alguns conhecimentos e perícia que demonstrámos possuir ao colaborar com o médico na colocação de CA e na colheita de amostras de sangue, na monitorização contínua da sístole, diástole e pressão arterial média, o que facilita o reconhecimento mais precoce de respostas hemodinâmicas adversas e tendências desfavoráveis, permitindo-nos atuar no sentido de prevenir complicações. Nas UCI's, as técnicas dialíticas são utilizadas com alguma frequência. Durante o nosso estágio no

SMI, tivemos oportunidade de participar nos cuidados a uma doente sujeita a hemofiltração. Durante a fase teórica do curso tínhamos adquirido conhecimentos sobre esta técnica, no entanto, as explicações dadas pelo enfermeiro que executou a técnica, complementadas com a pesquisa bibliográfica que fizemos, contribuíram para que no dia seguinte pudessemos participar de forma mais ativa nesta técnica. A nossa principal preocupação foi reduzir as complicações infecciosas e as decorrentes da técnica.

Os doentes internados no SMI encontravam-se maioritariamente entubados em ventilação mecânica, o que requeria da nossa parte uma vigilância e despiste de complicações decorrentes da ventilação, assim como os cuidados inerentes ao doente ventilado mecanicamente. Registávamos os modos e parâmetros ventilatórios na folha de vigilância diária de enfermagem e na fase de desmame ventilatório demos especial atenção ao doente, no sentido de despistar sinais de cansaço respiratório e reduzir a ansiedade deste, explicando-lhe o que ia fazer e como podia colaborar. Após extubação estimulávamos o doente a tossir e a expelir as secreções e a mobilizar-se ou mobilizávamo-lo com frequência, hidratávamo-lo e se necessário aspirávamo-lo para que não houvesse acumulação de secreções. Nesta fase, a nossa presença junto do doente é muito importante para o ensinar a respirar e tranquilizá-lo. Após extubação o doente fica com suporte de oxigénio. Nesta fase efetuámos uma vigilância do estado hemodinâmico através da monitorização dos sinais vitais de forma a detetar precocemente sinais de cansaço respiratório: taquipneia, taquicardia, hipertensão, batimento das asas do nariz, utilização dos músculos acessórios da respiração. Efetuámos o registo da hora de extubação e das intercorrências na folha de registos.

A área da investigação vem descrita na carreira de enfermagem como competência do enfermeiro e do enfermeiro principal, incluindo o enfermeiro especialista. Este último, quer pela sua preparação, quer pela proximidade com a prática está de certa forma favorecido a implementar a investigação, pelo que esta deve ser uma área de investimento para ele. Pensámos que o facto de tomarmos consciência da importância da investigação para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados servirá de impulsionador para iniciarmos trabalhos nesta área a curto prazo. Desta forma demonstrámos possuir conhecimentos aprofundados na nossa área de especialização e incorporámos na prática resultados da investigação, mantendo de forma contínua e autónoma o nosso processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, o que nos permitiu prestar cuidados especializados na área da EEMC e adquirir esta competência.

## **2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Segundo a Carreira Especial de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 setembro), o enfermeiro principal, onde se insere o enfermeiro especialista, deve desempenhar todas as competências inerentes aos enfermeiros (gerais), acrescidas de outras tantas que lhe garantam o reconhecimento, nomeadamente a nível do saber, saber-fazer e saber-ser, na sua área de especialização. O enfermeiro com EEMC deve possuir algumas competências específicas, privilegiando intervenções tecnicamente mais diferenciadas e atividades cognitivas relacionadas com as suas áreas de intervenção. O enfermeiro especialista deve assumir-se como um líder, constituindo uma referência para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Na continuidade deste trabalho, transcreveremos as competências técnicas específicas do enfermeiro com EEMC e faremos a descrição das atividades realizadas e a análise crítico-reflexiva de situações/problema identificadas, referindo ainda as estratégias desenvolvidas durante o estágio para a sua resolução, no sentido de adquirirmos essas competências.

### **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

No doente crítico é imprescindível a monitorização das funções vitais no sentido de diagnosticarmos precocemente a sua instabilidade, assim como o risco de falência orgânica de forma a podermos planear a nossas intervenções. Em CI existem variadas técnicas (invasivas e não invasivas) de avaliar e correlacionar vários sinais fisiológicos. Os dados obtidos através da monitorização permitem-nos diagnosticar precocemente alterações a nível da função cardio-circulatória e ainda instituir o tratamento mais adequado, de forma a prevenir complicações. A monitorização hemodinâmica é utilizada para diagnóstico, terapêutica e até mesmo para estabelecer o prognóstico através dos dados obtidos. Ao identificarmos possíveis problemas, podemos estabelecer terapêutica adequada e imediata. Existe uma variedade de métodos de monitorização hemodinâmica e na UCI e SU tivemos oportunidade de utilizar monitorização não invasiva, como a pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória e eletrocardiograma, que é por nós mais frequentemente utilizada no serviço

onde exercemos funções. Relativamente à monitorização invasiva, no SMI eram utilizadas técnicas mais variadas e complexas do que no BO, pelo que sentimos necessidade de fazer consulta bibliográfica e dos protocolos do serviço no sentido de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos, não só quanto ao material necessário para colaborar com o médico na aplicação dessas técnicas, como também na manutenção adequada da monitorização, assim como na interpretação dos valores e prevenção de complicações. Conversámos com tutores sobre aspetos mais práticos no sentido de consolidar melhor os aspetos teóricos consultados.

Na UCI os métodos frequentemente utilizados para monitorização do doente são a PVC através da colocação de um CVC e a PA através da colocação de um CA. Menos utilizada, mas que tivemos oportunidade de ver utilizar num doente, foi a avaliação do PICCO2 (*Pulse Contour Cardiac Output*). Esta técnica é cada vez mais utilizada em detrimento do cateter *swan-ganz* por ser menos invasiva, apesar de mais dispendiosa. A PICCO2 permite determinar e controlar os parâmetros cardio-pulmonares e os parâmetros da circulação sanguínea. Para utilizar esta técnica é necessária a colocação de dois cateteres, um central (preferencialmente colocado na veia subclávia ou jugular) e outro arterial (preferencialmente na artéria femural). A avaliação de PICCO2 faz-se através de um aparelho que permite a medição contínua do débito cardíaco combinado com um supervisionamento do volume da pré-carga cardíaca e da água extra-vascular pulmonar sem recurso a um cateter arterial-pulmonar (*Swan-ganz*). A avaliação através do PICCO2 permite o controlo de uma série de parâmetros que nos transmitem a condição hemodinâmica do doente e orientam de forma racional as intervenções que se justificam. Este método permite a medição do débito cardíaco de forma precisa, sendo analisado de forma descontínua recorrendo à diluição transpulmonar ou de forma contínua através da análise do contorno do pulso arterial. A monitorização da resposta do débito cardíaco à expansão da volémia ou suporte inotrópico é uma ferramenta muito útil em CI quando o doente apresenta algum sinal de má perfusão tecidual. A termodiluição transpulmonar executa-se através da administração de forma rápida de um bólus de uma solução salina fria (8-14°C) pelo CVC (*Manecke, 2005*). Ao atingir o CA é detetada uma diferença térmica e conseqüentemente gerada uma curva de termodiluição, a que é aplicada uma fórmula matemática -*Stewart Hamilton Equation*, que possibilita o conhecimento de diversos parâmetros entre os quais: débito cardíaco transpulmonar, volume de sangue intratorácico, índice de volume global no final da diástole, volume de água pulmonar extra vascular e índice da função cardíaca. Através

do PICCO2 são determinados de forma contínua o débito cardíaco, a pressão arterial invasiva (sistólica, diastólica e média), frequência cardíaca, volume de ejeção, resistência vascular sistémica e índice de contratilidade ventricular esquerdo. Esta técnica tem indicação em doentes com necessidade de monitorização cardiovascular e circulatória e pode ser usada em UCI, Sala de Emergência (SE) ou BO, sempre que a relação risco/benefício o justifique. (*Shettino et al, 2005*). A sua utilização em doentes de CI está indicada nas seguintes situações: choque séptico, cardiogénico e hemorrágico; falência cardíaca, pancreatites; cirrose hepática descompensada; síndrome hepato-renal; grandes queimados; síndrome de dificuldade respiratória do adulto (ARDS) e traumatizados.

As principais vantagens da utilização do PICCO2 prendem-se essencialmente com o facto de ser menos invasivo do que outros métodos de monitorização hemodinâmica; a fiabilidade dos valores avaliados (mesmo quando o doente apresenta instabilidade cardíaca); não interferir com a utilização do desfibrilhador (apesar de poderem ocorrer erros de medição) e poder ser utilizado em crianças. No entanto, as principais desvantagens deste método de monitorização são o seu custo elevado; a perda de sensibilidade se o débito cardíaco for baixo e a obrigatoriedade de utilização por profissionais com formação específica.

Durante o estágio no SMI tivemos oportunidade de prestar cuidados a uma doente com este tipo de monitorização (por choque séptico e cardiogénico), o que nos permitiu colaborar na avaliação do PICCO2, administrando SF frio de forma rápida através do CVC, mantendo vigilância de sinais e sintomas na doente. Das duas vezes que avaliámos não surgiram quaisquer complicações. Efetuámos também cuidados no sentido de prevenir infeção e manter permeabilidade do CVC e CA.

Aprofundámos também conhecimentos relativamente à avaliação da PVC. O valor da PVC reflete o valor das pressões na aurícula direita e proporciona informação sobre as alterações da pressão ventricular direita. Os valores que afetam a PVC são o volume de sangue em circulação, a função de bombeamento do lado direito e grau de vasoconstrição periférica (*Urden et al, 2008*), pelo que tem melhor utilização na monitorização do volume sanguíneo e adequabilidade do sangue venoso que regressa ao coração. Sendo que a PVC reflete a pressão nas grandes veias quando o sangue regressa ao lado direito do coração, um valor baixo pode ser indicador de um volume de sangue inadequado e haver necessidade de administrar volume. Por outro lado, um valor elevado de PVC reflete deficiência de bombeamento do lado esquerdo. Esta

diminuição da contractilidade cardíaca pode levar a deficiência congestiva do coração e a edema pulmonar. Os valores normais da PVC variam entre 2-8mmHg, no entanto, uma variação ou uma tendência da PVC fornece-nos dados mais importantes do que o valor numérico propriamente dito (Cintra, 2001).

Relativamente à cateterização arterial, colaborámos na preparação do material, no posicionamento do doente e na prevenção de risco de infeção e permeabilização/manutenção da mesma. A colheita de sangue para análises laboratoriais foi feita habitualmente através do CA pelo que mantivemos cuidados na manipulação do cateter, assim como vigilância nas possíveis complicações.

A Pressão Intra Craneana (PIC) foi outro dos métodos de monitorização invasiva que tivemos oportunidade de aprofundar. No BO onde trabalhámos, colaborámos com o Neurocirurgião na colocação do cateter de PIC e executámos cuidados ao cateter, no entanto é sempre bom lembrar e colocar em prática esses conhecimentos, ao mesmo tempo que pudemos refletir e partilhar com os enfermeiros do serviço as diversas formas de executar determinados procedimentos. Sendo que os valores normais da PIC variam entre 0 e 15mmHg, valores de PIC acima do normal podem indicar diminuição da perfusão cerebral e levar a isquémia e conseqüentemente morte encefálica, daí a relevância da vigilância dos valores de PIC. Quando isso aconteceu, procurámos manter o doente o mais calmo possível para evitar que os valores de PIC aumentassem, por vezes foi necessário recorrer à sedação do doente e outras vezes à cirurgia para craneotomia descompressiva.

Ao aprofundar/adquirir conhecimentos na área da monitorização invasiva (PVC; PA; PICCO2 e PIC) e implementá-los na prática demonstrámos ser detentores de um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC, nomeadamente na área da monitorização invasiva e produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde detetados.

Na UCI utiliza-se a Escala de Coma de *Glasgow* para avaliar o nível de consciência dos doentes. Este método quantitativo pontua reações do doente em relação ao seu sistema percetivo e facilita a visualização da evolução do nível mental dos doentes. Durante o estágio tivemos várias oportunidades de avaliar o grau de consciência dos doentes de que cuidávamos, o que nos permitiu adequar formas de comunicação.

Nos doentes críticos é frequente recorrer-se à sedação de forma, por uma lado, a reduzir-lhes o medo, a ansiedade e a agitação e, por outro, para permitir a monitorização rigorosa dos seus parâmetros cárdio-respiratórios. No entanto, nem sempre os sedativos

são administrados nas doses adequadas, o que pode trazer riscos acrescidos para o doente, quer por deficiência ou excesso de sedativos. Os doentes excessivamente sedados permanecem mais tempo em ventilação mecânica e têm conseqüentemente risco acrescido de PAV e lesões pulmonares induzidas pela ventilação. Por outro lado, os doentes insuficientemente sedados podem apresentar agitação psicomotora que os pode levar a complicações de descarga adrenérgica como enfartes de miocárdio ou ainda potencializar o risco de exteriorização inadvertida de tubo endotraqueal, cateteres ou outros. No SMI a avaliação da agitação e eficácia da sedação são feitas através da Escala de *RAMSEY*. O principal objetivo do uso desta escala é o de permitir que os profissionais de saúde que cuidam do doente possam ajustar os níveis de sedação e controlar a agitação e o delírio, tendo sempre em conta o conforto do doente. A possibilidade de utilizar esta escala implementada no SMI proporcionou-nos a aquisição de alguma prática em áreas que não tínhamos executado até ao momento.

Sendo a dor o 5.º sinal vital, é nosso dever, como profissionais de saúde, proceder à sua avaliação, registo, monitorização e controlo. No serviço onde exercemos funções e no SMI onde realizámos estágio constatámos que a avaliação da dor não é uma prática corrente e, não avaliando, corremos o risco de que não seja tratada corretamente, o que conseqüentemente vai aumentar a ansiedade e sofrimento do doente, levando à diminuição da satisfação dos doentes e dos profissionais. Nomeadamente nas UCI's, vários estudos referem a dor como sendo subvalorizada pelos profissionais de saúde e supervalorizada pelos familiares dos doentes. No SU onde estagiámos, o sistema de priorização de doentes utilizado é a Triagem de *Manchester*. Este sistema classifica o doente num dos cinco níveis de gravidade identificados por um número, nome, cor e tempo alvo até à observação médica inicial. Este método permite identificar precocemente um doente grave, com fundamentos científicos, baseado na evidência e com elevado grau de objetividade que auxilia os profissionais (habitualmente enfermeiros) na tomada de decisão. No entanto, a importância que este sistema atribui à dor (subjéctiva) do doente constitui uma das principais críticas ao sistema, cujo objetivo é reconhecer a dor como critério legítimo de prioridade e implementar o uso de estratégias analgésicas na sala de triagem. Os doentes podem ser retriados após alívio da dor para uma prioridade mais baixa.

A dor, por ser uma experiência complexa e subjéctiva, torna-se difícil a sua avaliação e quantificação, especialmente nos doentes em que o estado de consciência se encontra diminuído, como em grande parte dos doentes do SMI. A avaliação da dor nestes

doentes requer, além de perícia e treino dos profissionais, instrumentos de avaliação adequados, pelo que efetuámos pesquisa bibliográfica no sentido de aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação da dor existentes e qual o que melhor se adequa aos doentes críticos, sedados ou ventilados. A pesquisa efetuada permitiu-nos concluir que uma das escalas que melhor se adequa a doentes críticos, sedados ou ventilados é a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale-BPS*). Uma das vantagens desta escala é o facto de não implicar qualquer verbalização por parte do doente. A avaliação é efetuada pelo profissional de saúde através da análise de itens observáveis (expressão facial, movimento dos membros superiores, adaptação à ventilação mecânica). O *score* varia de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima) pontos. Algumas alterações fisiológicas, nomeadamente o aumento da FC e TA são também indicadores de dor, pelo que a monitorização destes dois parâmetros se revela indispensável nos doentes com dificuldade de expressão verbal. Outra vantagem associada a esta escala é o facto de ter um reduzido número de itens a avaliar e a sua objetividade tornar fácil e rápida a sua aplicação. No entanto, esta escala não permite avaliar a dor a doentes tetraplégicos, bloqueadores neuromusculares ou com queimaduras da face. Após discussão das vantagens e desvantagens desta escala com tutor e enfermeiros do SMI foi sugerida a sua aplicação e implementação no serviço, no entanto, o sistema de registos estava a ser reformulado para o sistema informático e houve recetividade relativamente à sua implementação na nova folha de registos. Todos reconhecemos que algumas intervenções de enfermagem são dolorosas (aspiração de secreções endotraqueais, posicionamentos, pensos; entre outras) pelo que deve ser administrada analgesia antes destes procedimentos, no entanto, por vezes constatámos que eram administrados bólus de sedativos antes destes procedimentos, em vez de analgesia. Conscientes da importância da avaliação e registo da dor, no sentido de podermos respetivamente fazer o diagnóstico do problema e avaliar a qualidade das nossas intervenções, passámos a avaliar a dor uma vez por turno através da escala BPS e registávamos o seu valor no quadro de monitorização da folha de registos de enfermagem. Este procedimento já era efetuado por alguns enfermeiros do SMI.

A dor é habitualmente tratada com intervenções farmacológicas, no entanto existem métodos adjuvantes e alternativos para reduzir o uso de fármacos e diminuir os seus efeitos colaterais, que eventualmente comprometam o estado fisiológico do doente. As intervenções não farmacológicas (comportamentais e ambientais) devem ser usadas nas dores ligeiras. Durante o estágio implementámos medidas para prevenção da dor, que

passaram pelo controlo da incidência da luz forte sobre o doente, diminuição do ruído e racionalização da manipulação, de modo a salvaguardar períodos de sono e repouso. É indiscutível o benefício comprovado das intervenções não farmacológicas no combate da dor, principalmente quando associadas a diversas medidas em simultâneo. Na verdade, o recurso a medidas farmacológicas sem as decorrentes alterações ambientais, sem uma adequada planificação dos cuidados leva ao comprometimento da eficácia analgésica. A finalidade das intervenções não farmacológicas é prevenir, controlar ou reduzir a intensidade de um processo doloroso leve.

A utilização da música, massagem terapêutica, aplicação de calor/frio, relaxamento, como formas terapêuticas são abordagens que remontam à antiguidade. O uso da música para melhorar o funcionamento físico, psicológico e intelectual ou social das pessoas que têm problemas de saúde é considerado uma intervenção não farmacológica no combate à dor. A mudança de decúbito com o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar foi utilizada como método adjuvante em casos de dor moderada a intensa, principalmente quando a dor era provocada pela permanência prolongada numa mesma posição. As intervenções não farmacológicas constituem as medidas autónomas levadas a cabo pelos enfermeiros que têm como objetivo prevenir e controlar a dor nos doentes.

No decorrer do estágio no SMI, refletimos com frequência acerca da problemática da comunicação com os doentes internados neste serviço, porque frequentemente têm alterações do estado de consciência ou, ainda que conscientes, estão impossibilitados de comunicar de forma verbal, devido à entubação endotraqueal ou traqueostomia, o que nos levou a desenvolver outras técnicas de comunicação. No contexto de CI, compreendemos a importância do olhar, do toque, do momento em silêncio partilhado, na certeza de que não é necessário obter uma resposta para comunicar como pedir licença para um dado procedimento ou preservar a sua privacidade e intimidade.

No SMI os registos de enfermagem são realizados numa folha específica, efetuámos registos horários dos parâmetros vitais do doente e interpretámos os dados de que dispunhamos, tendo em conta uma visão holística do doente para antecipar e prevenir situações de risco. Os dados por nós registados pela vigilância e monitorização constante, são posteriormente utilizados por outros profissionais (essencialmente médicos, nutricionista) para tomarem atitudes terapêuticas. A folha de registos de enfermagem era bastante completa, permitindo-nos fazer a monitorização, vigilância e avaliação do doente (Anexo XIII).

Pensamos que atualmente (provavelmente devido à crise económico-financeira), a tentativa de redução de custos nos serviços leva à procura de redução do tempo de internamento o que conduz à prestação de cuidados de enfermagem a doentes com índices de gravidade elevados, num período de tempo mais curto e conseqüentemente sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais, o que pode comprometer a segurança do doente e conduzir à diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Por essa razão nem sempre se consegue dar resposta em tempo útil a todas as necessidades dos doentes, o que pode provocar insatisfação ou redução da satisfação por parte destes. Recordamos que no SMI num período de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros pela quantidade de cuidados de enfermagem exigida pelos doentes internados houve uma auto-extubação precoce num doente que estava em isolamento. Esse ato não só pôs em causa a segurança do doente como a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. O facto de se manter o rácio enfermeiro/doente independentemente da carga de trabalho pode levar a este tipo de situações. No entanto, é fundamental que o enfermeiro saiba estabelecer prioridades e não subestime a monitorização do grau de sedação e analgesia nestes doentes. Nos serviços onde estagiámos, como onde exercemos a nossa atividade profissional, são atribuídas ao enfermeiro responsável de turno as mesmas tarefas que aos restantes enfermeiros e ainda acrescidas as atividades específicas inerentes ao cargo, o que por vezes não possibilitava uma adequada avaliação e supervisão da equipa e que em determinadas circunstâncias pode representar obstáculo ao bom desempenho do enfermeiro e situação clínica do doente.

No nosso país, os instrumentos utilizados para avaliar a carga de trabalho de enfermagem atribuída ao doente são o *Therapeutic Intervention Scoring System-Tiss 28* e o Sistema da Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). O *Tiss 28* é o único instrumento validado de forma multicêntrica. O maior número de pontuação corresponde a uma maior gravidade do doente, um maior número de intervenções terapêuticas e conseqüentemente maior carga de trabalho de enfermagem. O *Tiss 28* é composto por sete categorias que incluem: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte neurológico, suporte metabólico, suporte renal e intervenções específicas, cada uma é composta por intervenções terapêuticas específicas e os *scores* de cada intervenção têm uma variação de um a oito pontos. Tem uma aplicação retrospectiva, uma vez que utiliza dados referentes às últimas 24 horas. No SMI o registo é feito em suporte informático no turno da noite. O *score* do *Tiss* pode ser transformado em horas, uma vez que cada ponto de *Tiss 28* corresponde a 10,6 minutos

de tempo de enfermagem em prestação direta de cuidados de enfermagem ao doente, podendo desta forma mensurar a carga de trabalho de enfermagem. No entanto algumas atividades ainda não são mensuráveis e questiona-se por isso a sua aplicação. Sabe-se que um enfermeiro treinado pode realizar o equivalente a 40-50 pontos de *Tiss* num dia de trabalho/turno (Matos, 2000). O *Tiss 28*, apesar de permitir medir a carga de trabalho, evidenciando a gravidade do doente, tem fácil e rápida aplicabilidade e necessita de poucos recursos para implementação. No entanto, demonstra pouca sensibilidade para as atividades autónomas de enfermagem, não é sensível a picos de carga de trabalho e é retrospectivo. (Garcia, P. *et al*, 2005). No SMI uma das atividades que planeámos desenvolver foi calcular o número de enfermeiros necessários para o serviço de acordo com a carga de trabalho de enfermagem face à gravidade e prognóstico dos doentes, através do *Tiss 28*, que avalia sobretudo a utilização de recursos e de suporte terapêutico das UCI. O *score* do *Tiss 28* aumenta com o número de intervenções de enfermagem, o que implica que um doente mais grave gera um *Tiss* superior. Este cálculo refere-se sempre às 24 horas anteriores, o que implicaria uma dotação do pessoal de enfermagem de acordo com a gravidade dos doentes e não estanque como é habitual. No entanto, esta atividade proposta não foi aceite por motivos que nos são alheios.

Ao longo da extensa consulta bibliográfica efetuada foram encontrados diversos artigos que descrevem a relação direta entre maior número de enfermeiros e de competências, menor incidência de erros de medicação e úlceras de pressão, bem como maior satisfação para utentes e profissionais. Ainda relativamente à relação entre o número de enfermeiros e a mortalidade se constatou que o menor número de enfermeiros no turno da noite e com menos competências leva ao aumento da taxa de mortalidade e complicações nos doentes no pós-operatório. Daí ser possível constatar que uma inadequada dotação dos enfermeiros nos serviços pode pôr em causa a segurança dos doentes e conseqüente qualidade dos cuidados prestados.

Em relação à transmissão de más notícias, nomeadamente o falecimento de um familiar, sempre o fizemos observando certos princípios que consideramos serem os mais corretos: conduzimos a família a um local privado e tranquilo; após a transmissão do falecimento, demos algum tempo para “assimilar” a situação, perguntando depois se desejavam ver o corpo (e providenciando isso, quando era desejado); confortámos a família, utilizando um tom de voz baixo e calmo, promovendo o toque, quando achámos adequado, e fornecendo as informações solicitadas, aguardando perguntas que nos eram

feitas, tendo em conta que, na maioria das situações, a família já tinha compreendido a situação ocorrida. Procurámos que também os familiares fossem objeto dos nossos cuidados, dando-lhes oportunidade de se expressar, de forma a identificarmos as necessidades sentidas para podermos ajudá-los a restabelecer-se. Durante a nossa atividade profissional como no estágio, valorizámos as relações humanas que estabelecemos com os doentes/família e procurámos cuidar de forma personalizada, como alguém disse: “não existem doenças, existem doentes”, pelo que tentámos atender à subjetividade e particularidade de cada pessoa.

Ao longo do estágio e durante a prestação de cuidados ao doente crítico adotámos estratégias de comunicação adequadas com o doente crítico/família, mobilizámos conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil e de forma holística ao doente/família e demonstrámos um nível aprofundado de conhecimentos na nossa área de especialização, produzimos um discurso pessoal fundamentado, atendendo às diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados, desenvolvemos uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente/família; e refletimos na e sobre a prática de forma crítica, o que nos permitiu atingir globalmente esta competência.

**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

A prevenção da transmissão de infeção efetua-se de modo a interromper o ciclo de transmissão de infeção, nomeadamente através de medidas de isolamento, utilização de materiais descartáveis, utilização de técnica asséptica nos procedimentos que assim o exijam e através de uma correta higienização das mãos. As medidas de isolamento dividem-se em básicas e dependentes da via de transmissão (via aérea, gotículas e contacto direto ou indireto). Nas medidas de isolamento básicas incluem-se todas as medidas a implementar em todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, quando se prevê o contacto com sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. Incluem lavagem ou higienização das mãos; uso de equipamento de protecção individual (EPI), que inclui luvas, bata ou avental e máscaras, óculos ou máscara com viseira; controlo ambiental, que inclui a higienização de superfícies e manuseamento e processamento de equipamento. O manuseamento de têxteis e roupas, a colocação de doentes; a saúde e segurança dos profissionais, que inclui a vacinação e a prevenção de acidentes com

corto-perfurantes; higiene respiratória/etiqueta respiratória e práticas de injeção seguras, que consistem em recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração IV (Lino, 2009). As medidas dependentes da via de transmissão utilizam-se em doentes que necessitam de precauções específicas, para prevenir a transmissão de infeção e dependem da via de transmissão implicada, em adição às medidas de isolamento básicas.

No SMI existia um manual para higienização do serviço, que era rigorosamente cumprido pelos AO. Durante o acolhimento das visitas tivemos o cuidado de informar/educar sobre os cuidados a ter, tendo em conta as especificidades do doente a visitar. Assim, se estivesse em isolamento: colocavam bata, máscara e luvas (para além de lavarem previamente as mãos); as visitas para os restantes doentes apenas lavavam as mãos ao entrar e sair da Unidade. A lavagem das mãos constitui o recurso mais eficaz e económico de que os profissionais dispõem para prevenção da infeção hospitalar, no entanto, nem todas as unidades dos doentes possuem lavatório e as que o têm, alguns estão em local de difícil acesso, como já foi aqui referido. No SMI havia dispositivos de solução alcoólica para higienização das mãos em todas as unidades dos doentes. No SU havia um lavatório e dispositivo de solução alcoólica em todas as salas. Pudemos observar que nem sempre os doseadores eram lavados aquando da substituição dos frascos, pelo que fomos pontualmente alertando para essa necessidade como forma de prevenir a infeção.

O risco de infeção é enorme dentro de um hospital, nomeadamente nas UCI's, no SMI, são necessárias mudanças arquitetónicas como a presença de lavatórios em todas as unidades, assim como contentores de resíduos acionados por pedal mas funcionantes, substituição das tradicionais cortinas por outras mais facilmente laváveis e que permitam a sua higienização diária. No entanto, algumas destas alterações estão condicionadas pelo espaço físico inadequado e insuficiente.

A orofaringe representa um bom meio de colonização e muitas das pneumonias nosocomiais são adquiridas através de microorganismos residentes nesta (Brum, 2004). A eficácia do uso da clorexidina nos cuidados orais ao doente como prevenção das PAV tem sido alvo de vários estudos. A clorexidina parece diminuir a colonização, podendo reduzir a incidência desta infeção. No SMI a clorexidina era utilizada na higiene oral de todos os doentes, esta prática foi implementada com base na evidência científica.

O trato gastrointestinal também representa uma importante causa de PAV, a estase gástrica permite a proliferação de bactérias, mas o manuseamento do trato gástrico com

sondas aumenta o risco porque favorece o aparecimento de biofilme em volta da sonda naso ou orogástrica. A nutrição é outro factor importante, daí que a alimentação artificial (de preferência entérica) deva ser iniciada logo que possível, de forma a manter a funcionalidade do tubo digestivo e conseqüentemente diminuir a possibilidade de translocação bacteriana. O posicionamento, sendo uma medida simples, interfere com a prevalência de infecção e o decúbito dorsal favorece a acumulação e passagem de secreções contaminadas à volta do tubo, daí a importância de elevar a cabeceira 30 a 45°, se não houver contra-indicação (*Brum, 2004*). Segundo este mesmo autor na aspiração de secreções devemos respeitar a assepsia de forma a não aumentar o risco de colonização. Os circuitos do ventilador foram substituídos conforme protocolo instituído no serviço. Tendo em conta que a entubação prolongada constitui um fator primordial na aquisição da PAV, têm sido estudados tubos traqueais (*Tamar, 2009*) com prata impregnada de forma a reduzir a produção de biofilme em volta do tubo, no entanto, não há evidência científica desta hipótese.

Ao longo do estágio constatámos o uso cada vez mais frequente e precoce da ventilação não invasiva, que não comprometendo as barreiras naturais, também não representa um meio de colonização nem uma porta de entrada. Estas medidas favorecem a redução das IACS e simultaneamente proporciona cuidados de enfermagem de qualidade e menores custos para doente /instituição.

Todas as atividades de enfermagem se repercutem nos doentes, e porque valorizámos a saúde e segurança destes e tendo em conta a relação cuidados de enfermagem/medidas preventivas não farmacológicas e as IACS, procurámos reduzir as IACS entre as quais a PAV com vista a diminuir a prevalência de PAV nos doentes críticos. Para tal fizemos pesquisa bibliográfica sobre a temática, adquirimos conhecimentos que aplicamos na prestação de cuidados ao doente crítico e família, numa visão holística, tendo em conta as suas necessidades humanas básicas, entre as quais o sono, segurança, padrão nutricional e gestão da dor, por vezes subvalorizada nestes doentes. Procurámos promover o desenvolvimento dos profissionais dos serviços onde estagiámos, o que levou a mudança de atitudes e atuámos preventivamente tendo por isso um papel crucial na prevenção destas infeções e conseqüente redução dos custos associados ao seu tratamento.

No SU há risco elevado de trocar material utilizado em procedimentos pela proximidade entre os doentes (máscaras O2 e nebulizadores) pelo que colocávamos uma etiqueta de identificação do doente na máscara. Não havia protocolo implementado para

substituição de humidificadores, eram substituídos quando vazios. As macas eram habitualmente desinfetadas com álcool pelos AO, no entanto, a sua rotatividade e escassez não permitiam que esse procedimento fosse sempre realizado entre doentes. Adotámos uma postura reflexiva e auto-crítica relativamente ao cumprimento das regras de segurança e controlo de infeção e identificámos necessidades formativas que fomos fazendo de forma informal por não haver sido autorizada de outra forma.

Ao refletirmos de forma crítica na e sobre a prática e incorporarmos na prática os resultados da investigação, demonstrámos além de um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização, nomeadamente o Plano Nacional de Controlo de Infeção e as diretivas da CCI e consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e família, o que nos permitiu atingir amplamente esta competência, conforme já explicitámos também ao longo do primeiro capítulo, visto que as competências de ambas as áreas são complementares e interdependentes, razão pela qual nos abstermos de as repetir neste momento por economia de texto.

### 3 – CONCLUSÃO

A enfermagem, como qualquer ciência, não é estática, a evolução do seu domínio técnico-científico é permanente, pelo que a formação tem de ser contínua, num paradigma de formação ao longo da vida e de reflexão sobre a ação. Os enfermeiros, para prestarem cuidados ao doente crítico, necessitam possuir múltiplos conhecimentos e estar preparados para procedimentos complexos e para atuar de imediato, tomando a decisão mais correta e apropriada à situação individual do doente/família, o que só é possível se mantiverem formação contínua exigente e abrangente (de preferência adequada às suas reais necessidades formativas, o que exige uma constante avaliação individual e coletiva), predisposição incondicional para a aprendizagem e abertura à inovação e conseqüente mudança de práticas de acordo com as patologias, o estado da arte, os contextos, os recursos disponíveis e a idiosincrasia de cada doente/família.

A realização deste Relatório serviu para, uma vez mais, refletirmos sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências na área da EEMC. Após uma prática que se pretende reflexiva, é fundamental que se reflita sobre essa prática e o seu contributo para o nosso processo de desenvolvimento a vários níveis, nomeadamente pessoal e profissional. Referimos anteriormente as evidências de que esse estágio nos permitiu adquirir e desenvolver competências no âmbito da EEMC, que complementam as já adquiridas pela nossa experiência profissional, no BO do SU, conforme creditação concedida pela Universidade Católica Portuguesa. Este relatório surge, assim, como o corolário das competências adquiridas/desenvolvidas durante este percurso de formação realizado.

A aquisição de competências ao longo deste percurso formativo, assim como o aperfeiçoamento de outras já adquiridas na área da assistência ao doente crítico, foi conseguida através do desenvolvimento de atividades e reflexão crítica sobre essas mesmas atividades, da interação e troca de informação e experiências com os colegas e outros profissionais de saúde, da investigação apurada, para conseguir responder às questões que se nos colocavam e para encontrar as melhores soluções em cada contexto. Ao longo deste Relatório descrevemos algumas das atividades desenvolvidas no período de estágio, fizemos reflexões críticas sobre a prática e as suas repercussões ao nível da construção do saber profissional, sobre as aprendizagens teóricas feitas durante o curso

e em formações anteriores ou no âmbito da pesquisa bibliográfica, assim como dos conhecimentos adquiridos na nossa experiência profissional.

Como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, entendemos possuir hoje um conhecimento mais profundo sobre a pessoa em estado crítico e ser capaz de responder mais eficazmente e com segurança às suas necessidades ao longo do ciclo vital. As competências que adquirimos também a nível ético, deontológico e relacional permitir-nos-ão desenvolver intervenções ao doente crítico/família/comunidade com humanismo, a par da competência técnico-científica.

Esperamos que a leitura deste Relatório seja elucidativa quanto à aquisição de competências éticas, relacionais, sociais, profissionais e técnico-científicas ao longo deste percurso formativo. A constante reflexão sobre a prática e a utilização de conhecimentos teóricos permitiu-nos várias experiências de aprendizagem enriquecedoras que contribuíram de forma muito significativa para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, num paradigma de constante aprendizagem, evolução e melhoria ao nível da qualidade dos cuidados prestados aos utentes/família/comunidade visando a excelência nos cuidados de enfermagem. Procurámos também, nos serviços onde realizámos o estágio, contribuir de forma positiva para a atualização dos colegas, a mudança de práticas menos adequadas e a melhoria do funcionamento dos serviços, dando algumas sugestões para que pudesse haver uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Nesta interação entre múltiplas experiências e mundividências, houve, naturalmente, reciprocidade no ensino e na aprendizagem, com a qual todos crescemos profissionalmente e nos enriquecemos. Apesar de algumas adversidades ou dificuldades que possam ter surgido (e cuja superação nos torna mais fortes), o período de estágio decorreu com êxito e revelou-se altamente formativo a diversos níveis. Para isso muito contribuiu o nosso autodidatismo para aquisição de conhecimentos que complementassem os veiculados nas aulas do curso, numa intensiva pesquisa bibliográfica ou na interação com outros profissionais. Numa análise retrospectiva e crítica, consideramos ter atingido os objetivos deste percurso formativo e deste Relatório e reconhecemos a sua importância no (re)equacionar da nossa ação, do nosso saber, saber-fazer, saber-estar e saber-ser.

Terminado este percurso, que teve implicações na nossa prática e na daqueles que conosco interagiram, pela reciprocidade destas situações, pretendemos continuar o nosso desenvolvimento como enfermeiro especialista detentor de competências

reconhecidas para o exercício de uma prática especializada. Assim, sentimo-nos mais habilitados para interpretar e resolver situações-problema, profissionalmente mais seguros, fundamentando de forma mais adequada as nossas opções e atitudes, mais conscientes da complexidade da nossa atuação e dos seus impactos, mais preparados para o exercício da enfermagem em doentes em estado crítico. Sentimo-nos mais úteis ao serviço onde exercemos a nossa atividade, ao doente e à comunidade e, portanto, mais enriquecidos e realizados. Sentimo-nos preparados para dar um melhor contributo no nosso serviço e para liderar equipas de prestação de cuidados especializados ou para supervisionar a prática de enfermagem e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas em formação, para realizar uma adequada gestão de cuidados nesta área de especialização, bem como para promover a formação em serviço, visando aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes/família/comunidade. Este percurso formativo terá necessariamente impacto na nossa atividade futura pois ele constituiu um importante fator de desenvolvimento pessoal, humano e profissional.

A metodologia utilizada para a elaboração deste Relatório foi basicamente descritiva e analítica, conforme preconizado, apresentando as experiências e aprendizagens efetuadas ou vivenciadas e refletindo sobre os seus impactos no nosso percurso formativo, salientando dificuldades, constrangimentos, alterações de rotinas ou comportamentos e resultados obtidos com a aplicação das nossas propostas. Ao longo do estágio e da nossa atividade profissional respeitámos o doente como um ser individual, considerando os seus direitos e opções terapêuticas, tornando-o participante nas decisões sobre os cuidados de saúde, o que nos permitiu prestar cuidados humanizados. Atualmente fala-se muito em cuidados humanizados, sentimos necessidade de refletir sobre como cuidamos e como podemos cuidar de forma mais humana, pelo que abordámos questões complexas de modo sistemático, relacionadas com o doente e família, especialmente na área de enfermagem médico-cirúrgica e recorreremos a pesquisa acerca deste tema para alicerçar uma análise ético-legal.

Ao longo do percurso descrito identificámos alguns problemas, uns foram aparentemente resolvidos, noutros casos foram deixadas sugestões, trabalhamos em parceria com os enfermeiros tutores, prestando cuidados numa perspectiva especializada, atentos ao doente crítico e família, e colaborámos na superação das necessidades formativas da equipa de enfermagem. Pudemos implementar na prática conhecimentos baseados em evidência científica, com fundamentação e autonomia.

Pensamos ter contribuído para que os enfermeiros questionassem alguns aspetos da sua prática e refletissem sobre eles, no sentido de uma mudança de alguns comportamentos.

Durante o estágio analisámos regularmente o trabalho efetuado, reconhecemos falhas que requeriam mudanças de atitudes, tanto nossas como dos profissionais com quem desempenhámos funções, e comunicámos deficiências que prejudicavam a qualidade dos cuidados aos enfermeiros tutores. No decorrer do estágio constatámos alguns procedimentos desajustados, tendo em conta o aprendido durante o curso e o que lemos, pelo que discutimos informalmente esses aspetos com os enfermeiros tutores e os enfermeiros dos serviços onde estagiámos. Estes procedimentos estavam relacionados com áreas como: controlo de infeção, registos de enfermagem, integração de novos profissionais e triagem de resíduos, entre outros. Na tentativa de colmatar estas lacunas, realizámos auditorias, panfletos, guias de acolhimento e integração e tivemos conversas informais com enfermeiros e AO sobre as práticas e o preconizado. Pudemos ainda partilhar com os enfermeiros destes serviços a nossa experiência e conhecimentos adquiridos com a prática no HSJ. Estamos cientes de que muitas das sugestões sobre as práticas descritas ao longo do Relatório não foram implementadas de imediato, no entanto, alguns profissionais ficaram certamente a refletir sobre elas, esperamos que sejam eles futuramente os impulsionadores de uma mudança no comportamento da equipa pois a nossa experiência diz-nos que os enfermeiros aceitam melhor as críticas ou sugestões vindas da própria equipa do que de um elemento exterior. Nesta situação, o papel do enfermeiro especialista inserido numa equipa como supervisor e gestor de cuidados é fundamental na identificação de necessidades formativas e apresentação de soluções encontradas aos pares, levando à mudança de comportamentos. O facto de sentirmos que alguns dos nossos projetos foram acolhidos nos serviços motivou-nos a colaborar ainda mais, por sentirmos que o resultado/esforço do nosso trabalho contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação em enfermagem é fundamental, não só no relacionamento com a equipa multidisciplinar como com o doente e família. Durante o estágio desenvolvemos e aplicámos técnicas de comunicação no relacionamento com os doentes e familiares, informando e respeitando-os. Procurámos estabelecer uma escuta ativa, ouvindo, descodificando, interpretando de forma a estabelecer uma relação empática fundada no respeito mútuo e no superior reconhecimento da dignidade humana, quer no âmbito da equipa multidisciplinar, quer com o doente e família.

Em suma, o percurso efetuado para a obtenção da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi muito profícuo nas suas múltiplas vertentes, inerentes à obtenção do grau de Mestre neste domínio de especialização. Ele constituiu mais uma importante etapa do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, que pretendemos contínuo e motivado pela avaliação das nossas necessidades formativas, visando a melhoria do nosso desempenho e da qualidade dos cuidados prestados no exercício das nossas funções para uma plena realização profissional. Este percurso não poderá, porém, esgotar-se na apresentação deste Relatório, porquanto terá desencadeado outras motivações e suscitado outras questões que nos exigirão o prosseguimento do estudo e da investigação, um maior envolvimento e participação mais segura e efetiva na gestão de cuidados e no desenho de projetos a implementar no nosso local de trabalho que reforcem a excelência da resposta e a satisfação das necessidades dos doentes e famílias que em nós depositam a sua confiança, que teremos de saber merecer; por nós e por eles, porque a felicidade e a realização exigem esta interdependência e complementaridade.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Antunes, C. 2009.** Enfermagem em Emergência, Competências Reconhecidas. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Emergência Pré-Hospitalar. [Online] [Citação: 9 de Maio de 2010.] <http://www.apeeeph.com>.

**Brum, G. 2004.** Pneumonia Nosocomial no Doente Ventilado, Alguns Aspectos da Fisiopatologia. Revista Portuguesa de Patologia, nº 59-61.

**Cintra, E., Nishide, V. e Nunes, W. 2001.** Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. Belo Horizonte : Editora Atheneu.

**Direcção-Geral da Saúde. 2008.** Avaliação do risco para a úlcera de pressão - Escala de risco de Braden. saudinha.com Recursos de Saúde. [Online] 2008. [Citação: 16 de Setembro de 2010.] [http://www.saudinha.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2008/circular\\_informativa\\_35\\_2008\\_dgs.pdf](http://www.saudinha.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2008/circular_informativa_35_2008_dgs.pdf).

**Ferreira, C. e Valério, A. 2003.** Acolhimento do doente num serviço de internamento. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. 2003. pp. 3-14.

**Fragata, J. e Martins, L. 2008.** O erro em Medicina. Coimbra: Almedina.

**Garcia, P. et al. 2005.** Intervenções Terapêuticas em Unidades de Terapia Intensiva: Análise 2º o Therapeutic Intervention Scoring System. s.l. : Revista Brasileira de Enfermagem.

**Gonçalves, M. 2005.** Gestão de resíduos hospitalares: conhecimentos, opções e percepções dos profissionais de saúde. Dissertação de Doutoramento em Engenharia do Ambiente. Lisboa : Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade Nova de Lisboa, 2005.

**Trindade, et al. 2010.** Úlceras de pressão em Pediatria: realidade de uma UCI. Sinais Vitais. 89, Março de 2010, pp. 12-17.

**Lino, Alexandrina. 2009.** Precauções Padrão ou Universais. Apontamentos das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I - Módulo III - Infecção hospitalar, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

**Louro, M., et al. 2007.** Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 3ª, 2007, Vol. IX.

**Manecke, G. 2005.** Edwards Sensor TloTrac e Monitor Vigileo: medida do débito cardíaco fácil, precisa e confiável usando onda de pulso arterial. Edwards Critical Care. [Online] 2005. [Citação: 12 de Setembro de 2010.] <http://www.edwardscriticalcare.com.br/estudos/ArtFloTracVigileo-Manecke-trad.pdf>.

**Margato, C. 2001.** Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera de pressão. [Online] 2001. [Citação: 10 de Setembro de 2010.] [http://www.ice-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden..pdf](http://www.ice-mac.org/pdf/escala_de_braden..pdf)

**Matos, R. 2000.** Avaliação dos custos. In Moreno, Gestão e organização em Medicina Intensiva. Lisboa : Permanter Portugal, 2000. pp. 125-138.

**Ministério da Saúde-1996.** Classificação dos Resíduos Hospitalares. Despacho nº 242/96 de 5/7/96

**Ministério da Saúde - . 2003** Direcção de Serviços de Planeamento. Precauções Padrão ou Universais. Apontamentos das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I - Módulo III - Infecção hospitalar, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, d'O Instituto de. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. p. 72. ISBN: 972-675-097-0.

**Ministério da Saúde -. 2003.** Direcção de Serviços de planeamento de Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.

**Ministério da Saúde -. 2003.** A dor como 5º sinal vital –registro sistemático da intensidade da dor. Circular normativa nº9/dgcg. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.

**Ministério da Saúde -. 2006.** Recomendações para Prevenção de Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. Direcção-Geral da Saúde. [Online] Ministério da Saúde, 2006. [Citação: 11 de Maio de 2010.] <http://www.dgs.pt>.

**Ministério da Saúde-. 2007.** Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa : Ministério da Saúde, 2007.

**Ministério da Saúde. 2008.** Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de Operacionalização. [Citação: 26 de Abril de 2010.] em <http://www.dgs.pt>.

**Ministério da Saúde. 2009.** Regime da Carreira Especial de Enfermagem. Decreto-Lei nº 248/09 de 22 de Setembro. 2009.

**Ordem dos Enfermeiros. 1996.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros .Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Ordem dos Enfermeiros. [Online] 1996. [Citação: 12 de Maio de 2010.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168&version=1>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2002.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Divulgar Ordem dos Enfermeiros. 2002.

**Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2007.** Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. s.l. : Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2007. p. 45.

**Pedroto, I. 2008.** Indicadores de qualidade para a melhoria dos cuidados de saúde. [Online] 2008. [Citação: 16 de Maio de 2010.] <http://www.ipq.pt/backfiles/isabelpedroto.pdf>

**Rocha, M., et al. 2006.** Feridas uma arte secular: avanços tecnológicos no tratamento de feridas. 2<sup>a</sup>. Coimbra: Minerva Coimbra, 2006.

**Sá-Chaves, I. 2000.** Portfólios reflexivos. Estratégia de formação e supervisão. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2000.

**Schettino, G. et al. 2005.** Métodos Alternativos de Monitorização do Débito Cardíaco e da Volémia. Scientific Electronic Library Online. Scielo Brasil. [Online] 2005. [Citação: 12 de Setembro de 2010.]

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a13v18n1.pdf>.

**Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 1997.** Guia para o Transporte de Doentes Críticos. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. [Online] 1997. [Citação: 12 de Setembro de 2009.] <http://www.spci.org>.

**Sousa, P. 2006.** Sistema de partilha de informação em enfermagem entre contextos de cuidados de saúde – um modelo explicativo. (1ªEd.) Coimbra. Formasau.

**Sousa, M. 2008.** Alocução de honra- enfermagem e direitos humanos. Revista Ordem dos Enfermeiros. 31, 2008, pp. 9-10.

**Tamar, F., et al. 2009.** Protection against Ventilator- Associated Pneumonia by Sylver Coated Endotracheal Tubes: na Unresolved Issue. Critical Care. Consultado a 12 Setembro de 2010 em [http:// enfermagem-Intensiva.com](http://enfermagem-Intensiva.com)

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Caracterização do Serviço de Urgência**

## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **Estrutura física:**

O Serviço é constituído por 5 áreas distintas: Triagem; Nebulizações, Macas; OBS (com 1 quarto para isolamento) e Trauma. Existem 3 gabinetes médicos para consulta geral, 1 Sala RX e 1 Sala de Procedimentos. Tem ainda 1 sala de medicação e outra para stock de material clínico. Tem Unidade de Cuidados intermédios, completamente equipada, mas que não está em funcionamento; o gabinete do chefe e do chefe de equipa, 1 sala de coordenação (habitualmente utilizada para falar com a família) e 1 pequena copa.

A estrutura física integra ainda 1 sala de espera, 1 sala sujos, WC para utentes e profissionais, 1 sala para administrativos.

O acesso ao serviço pelo interior do Hospital dispõe de 1 sistema de segurança, que permite a abertura da porta mediante marcação de código de acesso, ou se a abertura da porta for efectuada a partir do interior, após identificação por intercomunicador da pessoa que pretende entrar. Para sair, existe 1 botão no interior que deve ser accionado.

### **Recursos Humanos e Materiais**

Pela consulta do horário do pessoal de enfermagem pudemos constatar que o serviço dispõe de 39 profissionais de enfermagem que trabalham em horário rotativo (roulement), mais o enfermeiro chefe. Dispõe ainda, de 13 Assistentes Operacionais. Os Clínicos organizam-se em equipas que se distribuem pelos vários dias da semana. O serviço conta ainda com alguns técnicos de radiologia.

O enfermeiro responsável de turno é, habitualmente, o enfermeiro de serviço mais antigo na carreira profissional.

Através de consultas informais aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais, fomos apercebendo de como funcionava a administração de recursos materiais e medicação. A reposição de material clínico é feita às 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>o</sup> feira, pelo sistema de reposição automática, por níveis. Os níveis foram previamente calculados em função das taxas de utilização e frequência do processo de reposição. Assim, nesses dias, um funcionário do armazém desloca-se ao SU durante o turno da manhã e faz o inventário do que está disponível no armário. Regressa ao armazém, reúne o material necessário para repor níveis de stock, transporta-o ao serviço e coloca-o nos respectivos lugares, atendendo ao prazo de validade.

A medicação é repostada diariamente pela farmácia (excepto domingos e feriados), também por sistema de reposição automática, mas por troca de carros. Este sistema é idêntico ao anterior, são acordados os níveis de reposição e a periodicidade de reabastecimento, o que varia é a existência de carros com prateleiras e gavetas, que são abastecidos e levados ao serviço no horário estabelecido, substituindo-o pelo que lá está.

Apesar de ser uma Urgência Médico-Cirúrgica, não possui algumas especialidades médicas como: Neurocirurgia (os utentes politraumatizados graves são encaminhados para outros hospitais).

Existem algumas especialidades médicas que prestam SU nos seus próprios serviços, como Oftalmologia, ORL e Obstetrícia. Os utentes que são triados para essas especialidades são identificados com um colante onde tem escrito o nome da respectiva especialidade e, se forem autónomos são encaminhados para o respectivo serviço, se não forem, o Assistente Operacional acompanha-os e/ou transporta-os ao respectivo serviço.

De salientar ainda, que as especialidades de OFT e ORL só estão asseguradas de manhã, e não todos os dias, pelo que se um utente recorrer ao SU a partir das 14h e necessitar ser observado por essas especialidades, é encaminhado para outro hospital para ser observado pela respectiva especialidade, após o que regressam ao SU deste hospital, com orientações a seguir.

## **ANEXO II**

### **Caracterização da UCI**

## CARACTERIZAÇÃO DA UCI

O Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano situa-se no piso zero, próximo do Serviço de Urgência.

Trata-se de uma unidade fechada, autónoma, de nível III, polivalente com interface à Urgência / Emergência, em funcionamento desde Dezembro de 1999.

Uma unidade de cuidados intensivos de nível III corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos e devem ter preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento, 2003).

Pelo seu carácter (polivalente e multidisciplinar), admite doentes médicos e cirúrgicos, politraumatizados e neurocirúrgicos provenientes da sua área de influência, recebendo também doentes de outros hospitais de fora da área, com indicação para cuidados intensivos, por falta de vaga nesses hospitais. A partir de 1 de Janeiro de 2011, deixa de ter a valência de Neurocirurgia.

Utiliza os índices de Gravidade SAPS II (*New Simplified Acute Physiology Score* - índice de gravidade mais utilizado nas unidades de cuidados intensivos europeias, variando entre 0 e 163 -quanto mais elevado, maior a probabilidade de morte - calculado a partir de 17 variáveis - idade, estado de saúde prévio, etc - que são colectadas até 24h após o internamento de um doente) e APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* - habitualmente aplicado nas primeiras 24 horas de internamento, utilizando 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, pontuadas de zero a quatro, conforme o grau de desvio da normalidade apresentado. Além disso, pontos são atribuídos à idade, presença de doença crónica e variáveis fisiológicas, cuja soma fornece uma pontuação final que permite calcular o risco de óbito para o paciente).

A sua estrutura física divide-se em três zonas distintas: zona de trabalho, zona de apoio ao serviço e zona de acesso ao serviço. A zona de trabalho é constituída por doze unidades de doentes, distribuídas numa área comum e separadas por cortinas, das quais sete são quartos de isolamento (duas com antecâmara e variação de pressão, duas com

pressão negativa e três de isolamento físico); um balcão de trabalho; uma sala de sujos e uma copa para preparação das refeições dos doentes. Na zona de apoio ao serviço temos um gabinete para o enfermeiro chefe; um gabinete para o director de serviço; um gabinete de enfermagem; três gabinetes médicos; armários para stocks de soros e medicação; uma arrecadação de equipamentos e material clínico; uma sala denominada laboratório onde está o aparelho de gasimetrias; um quarto para repouso com casa de banho e uma copa para o pessoal de serviço. Da zona de acesso ao serviço fazem parte: o vestiário feminino com duas casas de banho e dois chuveiros; vestiário masculino com uma casa de banho e um chuveiro; sala de espera com casa de banho; secretariado e uma sala de reuniões. A porta de acesso encontra-se codificada, sendo necessário para entrar no serviço passar o cartão de identificação do profissional ou tocar a campainha existente para o efeito.

Os recursos humanos deste serviço assentam essencialmente em quatro categorias profissionais: Enfermeiros; Médicos; Assistentes Operacionais e Administrativa. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, uma enfermeira especialista em reabilitação e trinta enfermeiros graduados, dos quais cinco possuem especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma possui Mestrado em Ciências de Enfermagem. Com o intuito de aumentar a eficácia dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro chefe procura, dentro dos possíveis manter equipas fixas, sendo no total cinco equipas de seis elementos cada. As equipas encontram-se hierarquizadas com um responsável de equipa e um sub-responsável, cabendo a estes dois elementos a tomada de decisões nos turnos de ausência do enfermeiro chefe do serviço. Nos períodos de ausência mais prolongados, o mesmo é substituído na gestão do serviço pela enfermeira especialista de reabilitação. Cabe a estes elementos A equipa médica é constituída pela Directora do serviço (Anestesista); dois médicos Anestesistas; um médico Pneumologista e seis médicos de Medicina Interna. A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por dezasseis elementos, que são normalmente distribuídos três para os turnos da manhã e dois para os turnos da tarde e noite. O serviço Administrativo é constituída por um elemento e o período de funcionamento é das 8,30 às 16,30 horas.

O método de distribuição de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o método individual, que consiste na atribuição de dois doentes a cada enfermeiro, que assume a responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando esses mesmos cuidados. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento por parte dos

enfermeiros, e garante continuidade e qualidade nos cuidados prestados, criando maior satisfação para o cliente e para os profissionais. O plano de distribuição de trabalho é feito para o turno seguinte pelo enfermeiro responsável de turno, tendo em conta o grau de dependência e complexidade dos doentes. Normalmente, estão distribuídos para a prestação de cuidados seis enfermeiros por turno, mais a Enfermeira Especialista em Reabilitação, nos turnos da manhã de segunda a sexta-feira.

As reuniões de passagem de turno são efectuadas no final de cada turno e têm a duração aproximada de meia hora. Este período de tempo é incluído nos turnos, havendo uma sobreposição de trinta minutos entre a entrada de um turno e a saída de outro. A passagem de turno é feita em dois tempos distintos: num primeiro tempo, o Enfermeiro responsável por cada doente apresenta um “briefing” para toda a equipa de enfermagem do turno seguinte, onde refere os aspectos gerais do doente; num segundo tempo o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente no turno com base na folha de registos.

O período de visitas decorre entre as 11 e as 19:30 (2 pessoas, entrando uma de cada vez).

## **ANEXO III**

### **Folheto de Acolhimento na UCI**

- Bebidas, alimentos, flores ou presentes, trazidos do exterior podem ser prejudiciais ao doente, pelo que não são permitidos.

- Não tenha medo de chegar perto e de tocar no seu familiar pois para ele isso é muito importante. Converse com ele em tom moderado para não perturbar os outros doentes; mesmo que ele não responda poderá estar a ouvi-lo, mas não consegue falar. Se tiver dificuldade em perceber o que o seu familiar lhe tenta dizer, não fique preocupado e peça ajuda ao enfermeiro. Aquilo que o doente mais aprecia é a sua presença junto dele e o carinho que nessa visita lhe transmite.

- Também existimos para ajudar a família, não hesite em recorrer aos profissionais para esclarecer qualquer dúvida.

- Utilize este espaço para anotar dúvidas que pretende esclarecer na próxima visita.

---



---



---



---

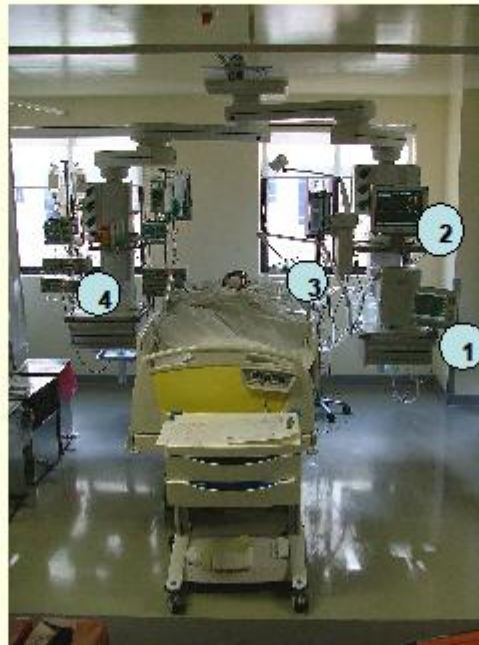


---



---

### A unidade do doente



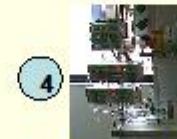
Ventilador



Monitor



Tubo traqueal



Máquinas perfusoras



SERVIÇO DE  
MEDICINA INTENSIVA

# SMI

Director do Serviço  
Dr. Rui Araújo

Enfermeira Chefe do Serviço  
Enf. Amélia Ferreira

SMI: 229391182

Rede Geral: 229391000

Revisto em Setembro 2011

## O que é o SMI? Onde está localizado?

- No Serviço de Medicina Intensiva - SMI são internadas pessoas que necessitam de cuidados especiais. Vai encontrar o seu familiar rodeado de diversos aparelhos que nos permitem saber o que se passa com o seu organismo e ajudar alguns órgãos a funcionar melhor.
- O SMI situa-se no piso -1, junto à Urgência.
- Durante as 24 horas, há diversas observações médicas e são prestados inúmeros cuidados de enfermagem.
- São necessários com frequência exames complementares de diagnóstico (análises, Rx, TAC's, ...).

## Equipa de saúde

- A equipa de saúde é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistente técnica.
- Dentro do serviço pode dirigir-se a qualquer profissional que será encaminhado à pessoa certa para responder às suas necessidades.

## Informações

- Os familiares do doente merecem-nos todo o respeito e carinho, pelo que é nosso objectivo mantê-los permanentemente informados sobre a evolução clínica do seu familiar e permitir-lhes o acesso tão fácil e tão frequente quanto seja possível.
- A fim de coordenar as necessidades de informação e apoio, com as funções dos médicos e enfermeiros, combine com a restante família qual a pessoa que servirá de elo de ligação com os profissionais de saúde. Diariamente, o médico estará à sua disposição para lhe dar todas as informações pessoalmente.
- Na primeira visita deixe o contacto telefónico preferencial. A qualquer momento pode ser necessária a realização de actos médicos ou cirúrgicos e gostaríamos de o manter informado. Por outro lado, se o seu familiar for transferido iremos contactá-lo.
- A confidencialidade das informações impedem-nos de as dar por telefone, pelo que solicitamos a sua compreensão.

## Visitas

- Neste serviço, o **horário de visitas é das 11:00 horas até às 19:30 horas.**
- Ao chegar ao SMI, deverá dirigir-se ao secretariado, identificar-se e informar qual o doente que pretende visitar. Depois das 16 horas, aos fins-de-semana e feriados, deverá utilizar a campainha e intercomunicador que existem à entrada do serviço.
- Compreenda se tiver de esperar algum tempo. Durante a realização de exames ou tratamentos ao seu familiar ou a outro doente, poderá não ser possível a sua presença dentro do serviço. E como já referimos estas situações podem ocorrer a qualquer hora do dia.
- Na maioria dos casos, a sua visita deverá ser curta, sendo inconveniente a permanência de mais de uma pessoa junto dele. Coordene a visita com as outras pessoas da sua família. Um grande número de visitas diário pode ser prejudicial. Siga as orientações do enfermeiro responsável pelo seu familiar relativamente ao que deve ou não fazer dentro do serviço.
- Durante a sua visita, poderá ser necessário o uso de bata e luvas de protecção. Antes de entrar no serviço e **após a visita, deverá lavar as mãos** no lavatório que lhe será indicado por um profissional de saúde.

## **ANEXO IV**

### **Alterações Propostas pela CCI**



## TRIAGEM DE RESÍDUOS NA ULS MATOSINHOS

FORMAÇÃO

21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO



## LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

### Despacho 242/96 de 13 de Agosto

- Classificação de resíduos hospitalares (RH)
- Triagem e acondicionamento (cores dos sacos)
- Armazenagem e transporte (contentorização e circuitos)
- Tipo de tratamento
- Formação do pessoal
- Procedimentos e protecção individual

21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO

2

OS RESÍDUOS PRODUZIDOS EM UNIDADES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, INCLUINDO AS ACTIVIDADES MÉDICAS AS DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA, EM SERES HUMANOS OU EM ANIMAIS E AINDA EM ACTIVIDADES DA INVESTIGAÇÃO RELACIONADAS.

### **Grupo I**

Resíduos equiparados a urbanos, que não irão ser sujeitos a reciclagem



### **Grupo II**

- o Talas de gesso sem vestígios de sangue
- o Ligaduras sem vestígios de sangue
- o Fraldas e resguardos sem vestígios de sangue
- o EPI dos serviços gerais
- o Embalagens vazias de medicamentos
- o Frascos de soro não contaminados com sangue com exceção dos do grupo IV



### **Grupo III**

- o Resíduos dos doentes que se encontram em isolamento
- o Resíduos provenientes :
  - √ Bloco operatório
  - √ Salas de tratamento
  - √ Unidades de hemodiálise





## CLASSIFICAÇÃO DOS RH:

### **Grupo III**

- Resíduos provenientes :
  - ✓ Salas de autópsia
  - ✓ Salas de anatomia patológica
  - ✓ Salas de patologia clínica
  - ✓ Todo o material de diálise
- Sistemas de soros e de administrar medicamentos com excepção dos do grupo IV



## CLASSIFICAÇÃO DOS RH:

### **Grupo III**

- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas (vazios)
- Material ortopédico (talas, gessos, ligaduras) com vestígios de sangue
- Fraldas e resguardos com vestígios de sangue ou contaminados



### Grupo IV

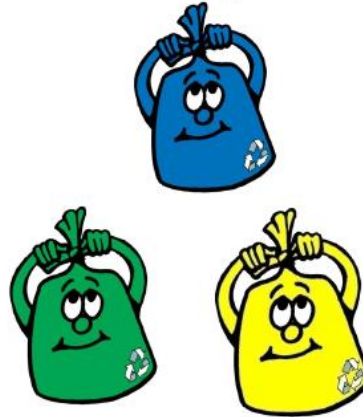
- Materiais cortos - perfurantes
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua preparação
- produtos químicos e fármacos rejeitados
- Peças anatómicas identificáveis



- No local de produção
- Diária, nos vários locais de produção
- Auditorias periódicas à triagem efectuada pelos Serviços



## Triagem selectiva dentro do Grupo I



- Identificar todos os sacos
- Nunca misturar conteúdos de sacos diferentes
- Substituir, sempre, o saco por outro do mesmo tamanho e cor
- A capacidade dos sacos não deve exceder os 75%
- O contentor rígido que transporta os resíduos deve estar sempre com a tampa fechada

- Proceder ao correcto encerramento dos sacos
- Retirar o excesso de ar do interior dos sacos ao encerrá-los
- Evitar inalar o ar expelido, dobrando a boca do saco para o lado oposto ao rosto. **(Atenção especial no HOSPITAL DE DIA - utilizar máscara e óculos).**

- No local de armazenamento, as **biobox's** com resíduos não devem contactar directamente com as limpas, de forma a evitar a sua contaminação.
- Aquando da recolha e colocação dos sacos no interior das **biobox's**, não **se deve "forçar" a sua entrada.**





## BOAS PRÁTICAS:

- Nunca colocar os sacos no chão
- Não arrastar os sacos pelo chão
- Não colocar sacos de cor diferente dentro uns dos outros



# ALTERAÇÕES



Alteração



**Grupo I/II**

**Embalagens vazias de medicamentos vazios ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum vão para GI/II**

**Disp. 242/96**

21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO

17



Alteração



**RECICLAR**

**Frascos de vidro vazios vão para reciclar.**

**Excepto os frascos de vidro da medicação (vazios) que vão para GI/II – saco preto.**

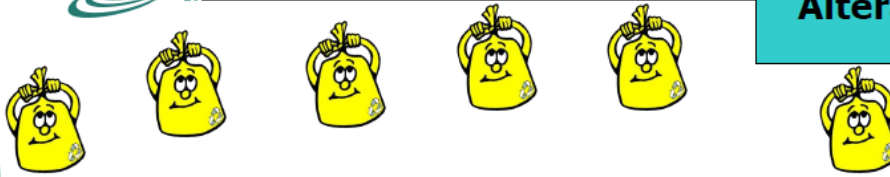
21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO

18



## Alteração



Todas as embalagens de plástico vão para reciclar – **SACO AMARELO**

**Esta recolha inicia-se a título experimental, pelo que é passível de ajuste posterior**

## EXCEPTO



As embalagens dos citostáticos e embalagens com conteúdo visível de medicação



## Alteração



GRUPO I / II Saco PRETO	GRUPO III Saco BRANCO	GRUPO IV Saco VERMELHO e Contentores AMARELOS
<p><b>Resíduos Equiparados a Urbanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel com gordura</li> <li>• Restos de Alimentos</li> <li>• Copos de Plástico</li> </ul> <p><b><u>E, desde que sem vestígios de sangue ou contaminação:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraldas</li> <li>• Talas engessadas</li> <li>• Frascos de soro</li> </ul>	<p><b>Resíduos com Risco de Contaminação Biológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resíduos de doentes infectados</li> <li>• Sistemas de soro</li> <li>• Seringas (sem fármacos)</li> <li>• Sacos colectores de fluidos orgânicos e seus sistemas</li> <li>• Fraldas contaminadas</li> <li>• Talas gessadas contaminadas</li> <li>• Material de pensos</li> </ul>	<p><b>Resíduos Hospitalares Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais cortantes e perfurantes</li> <li>• Produtos químicos</li> <li>• Fármacos rejeitados</li> <li>• Citostáticos e todo o material relacionado</li> </ul>

21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO

Papel e Cartão Saco AZUL	Plásticos e Metal Saco AMARELO	Vidros Saco VERDE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel de escritório ou de embalagem</li> <li>• Caixas de medicamentos</li> <li>• Cartão liso ou canelado <b>sem gordura.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garrafas</li> <li>• Sacos/ caixas de plástico</li> <li>• Aerossóis</li> <li>• Latas</li> <li>• Esferovite</li> </ul> <p><b>Não colocar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o talheres</li> <li>o pilhas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frascos de alimentação entérica</li> <li>• Garrafas, frascos e boiões de vidro</li> </ul> <p><b>Não colocar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o tampas</li> <li>o rolhas</li> <li>o espelhos</li> <li>o lâmpadas</li> <li>o copos</li> </ul>

21-06-2012

GRUPO GESTÃO DE RISCO

## **ANEXO V**

### **Não Conformidades Detectadas na Triagem de Resíduos na UCI**

## **NÃO CONFORMIDADES DETETADAS NA TRIAGEM DE RESÍDUOS**

**UCI- 25/10/10**

### **UNIDADE DO DOENTE**

**Saco Branco** - Saco *Fresubin*, invólucro do receptal, invólucros de: sondas de aspiração e compressas, resguardos descartáveis sem vestígios de sangue ou contaminação.

*Encaminhamento correcto*: Contentor com saco preto (grupo I/II)

### **ZONA COMUM (Corredor)**

**Saco Preto** – Caixas de luvas e de máscaras faciais, caixas de medicação.

*Encaminhamento correcto*: Contentor com Saco Azul (papel e cartão para reciclar)

**Saco Preto** -Frasco de *sterillium*

*Encaminhamento correcto*: Contentor com Saco Amarelo (Plástico para reciclar)

### **BALCÃO DA UNIDADE-**

**Saco Branco**- Frasco de soro e frascos de vidro de medicação vazios

*Encaminhamento correcto*: Frasco de soro e Frascos de vidro de medicação vazios em contentor com saco preto (Grupo I/II)

**Saco vermelho**- Frascos de vidro de medicação vazios

*Encaminhamento correcto*: contentor com saco preto (Grupo I/II)

**Saco Verde** – Frasco de vidro de medicação vazio

*Encaminhamento correcto*: contentor com saco preto (Grupo I/II)

## **SALA DE DESPEJO**

Não tem contentor (biobox) com saco vermelho - para colocação de contentores de agulhas

*Encaminhamento correcto*: contentor com saco vermelho (Grupo IV) na sala de despejo

### **Notas:**

- Sacos de resíduos incorrectamente fechados, transportados e acondicionados.
- Pedal de alguns contentores de resíduos avariado
- Identificação de alguns contentores de resíduos não coincide com cor do saco

correspondente

- Contentores amarelos - têm frascos de medicação vazios

## **ANEXO VI**

### **Grelha de Auditorias para Triagem de Resíduos**

**GRELHA PARA AUDITORIA DE TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

DATA:     /     /

HORA

<b>CRITÉRIO A AVALIAR</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>SACOS</b>			
Cumpe as normas relativas às cores dos sacos para recolha de resíduos?			
É feita correcta triagem dos resíduos?			
Encontram-se em locais adequados?			
Estão dentro de contentores próprios?			
Estão preenchidos até 2/3 da sua capacidade?			
Estão devidamente encerrados?			
O transporte é feito 2.º as normas?			
<b>CONTENTORES DO LIXO</b>			
Têm tampa?			
São accionados por pedal?			
Estão identificados quanto ao tipo de resíduos?			
São em n.º suficiente?			
Estão limpos?			
São adequados ao tipo de resíduos?			
<b>LOCAL DE ARMAZENAMENTO E ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS</b>			
É apropriado?			
Está devidamente assinalado?			
Com boas condições de higiene?			
Está dotado dos contentores adequados?			
Contentores de acondicionamento encontram-se devidamente fechados?			
<b>MATERIAL CORTO-PERFURANTE</b>			

Encontram-se em locais apropriados?			
O tamanho é adequado?			
Existem em n.º suficiente?			
Estão preenchidos até 2/3 da sua capacidade?			
Os contentores contêm apenas os resíduos a que se destinam?			
<b>RECICLAGEM</b>			
Papel/cartão			
Vidros			
Plásticos			
Pilhas			
Outros			

## **ANEXO VII**

### **Resultados da Auditoria à Triagem de Resíduos na UCI**

## **RESULTADOS DA AUDITORIA À TRIAGEM DE RESÍDUOS NA UCI**

**Quanto aos sacos-** Cumpre as normas relativamente às cores dos sacos para recolha de resíduos, saco preto para recolha de resíduos grupo I/II; saco branco para recolha de grupo III e saco vermelho para recolha de grupo IV.

A triagem de resíduos nem sempre é feita de forma correcta, tendo-se verificado em todas as unidades de doentes resíduos do grupo I/II (invólucros de material esterilizado, frascos de soro), em saco branco. Curiosamente não se verificou a presença de resíduos do grupo III em saco preto. Existe em cada unidade um contentor para resíduos grupo I/II (saco preto) e outro para resíduos grupo III (saco branco) e a cor dos sacos corresponde à identificação colocada no respectivo contentor. Em algumas unidades os sacos estavam demasiado cheios (acima do preconizado pela CCI). Todos os sacos estavam fechados com a braçadeira de plástico preconizada no serviço. O transporte dos sacos é feito por carro próprio para o armazenamento e os de grupo III e IV são colocados directamente nas biobox's, de forma a minimizar o risco de contaminação por acidente, derramamento ou exposição.

Continuámos a encontrar, embora em menor quantidade, frascos de vidro de medicação vazios em sacos brancos, frascos de soro com sistema introduzido em saco branco; fraldas, resguardos e esponjas de banho não contaminadas e sem sangue em saco branco e invólucros de material clínico esterilizado também em saco branco.

Os erros na separação nunca devem ser corrigidos *a posteriori*, pela remoção de resíduos dos recipientes ou pela mudança dos resíduos de saco. No caso de serem detectados erros na triagem de resíduos devem ser encaminhados de acordo com o destino dos resíduos de maior risco presentes. Foi isso o que fizemos e fornecemos este esclarecimento.

**Quanto aos contentores de resíduos** - Todos os contentores estão devidamente identificados quanto ao tipo de resíduos e são apropriados para o efeito. Têm tampa e são accionados por pedal, no entanto, o sistema de abertura de alguns contentores de resíduos está avariado, o que condiciona a triagem de resíduos na unidade do doente. Alguns profissionais referem que, por vezes, só utilizam o que abre com pedal ou, então, abrem manualmente o branco e mantêm-no aberto durante os procedimentos, colocando lá todos os resíduos produzidos. Foi solicitada a reparação do sistema de abertura dos contentores ao Sr. Enfermeiro chefe tendo este referido que já está pedida

substituição dos contentores pela CCI, no entanto não se perspectiva que seja para breve dada a conjuntura do país.

Existe em cada unidade um para resíduos grupo I/II e outro para resíduos grupo III e estão devidamente higienizados, são limpos diariamente no turno da manhã.

Junto dos lavatórios existe um contentor com saco preto.

No exterior (tampa dos contentores), além de identificação do tipo de resíduos, tem também algumas instruções sobre o tipo de resíduos a colocar.

#### **Quanto ao armazenamento:**

As obras só ficaram concluídas na penúltima semana de estágio, altura em que se transferiram para lá os contentores de resíduos.

A sala de armazenamento de resíduos está numa zona de acesso fácil ao exterior, de forma a facilitar a remoção dos resíduos, evitando contaminações.

O local de armazenamento é destinado exclusivamente a esse fim. Tem paredes e tecto laváveis, torneira, lavatório e cifão. Não está sinalizada. As dimensões da sala são adequadas à produção de resíduos e cumpre as normas de higienização.

A funcionária transporta os sacos no carro para o efeito desde a unidade do doente à sala de armazenamento e coloca-os directamente nas biobox's. Os contentores de armazenamento estão hermeticamente fechados, evitando desta forma o risco de derrame e libertação de cheiros desagradáveis. Existe um contentor para deposição de sacos com material reciclável.

**Quanto ao material corto-perfurante** - Existe um pequeno por unidade do doente e um grande no balcão da Unidade. Existem em número suficiente e no local apropriado, no entanto, os da unidade dos doentes como não estão fixos, por vezes caem ao chão. Este problema foi colocado aos enfermeiros “elos de ligação do risco” e sugerida a fixação dos contentores de forma a evitar a queda e os riscos consequentes da mesma, o que foi parcialmente solucionado, colocando nalgumas unidades uma base de apoio ao contentor, que o impede de cair. Não havia no hospital quantidade suficiente para todas as unidades, mas foram pedidos pela CCI.

O tamanho dos contentores é adequado aos resíduos produzidos e não estão cheios acima da sua capacidade. No seu conteúdo verificou-se que estavam indevidamente frascos de vidro de medicação vazios e lancetas de glicemia com recolha de perfurante.

Os contentores de corto-perfurantes devem ser fechados quando estiverem cheios em 2/3 da sua capacidade ou atingirem a marca colocada pelo fabricante. Todos os

resíduos corto-perfurantes devem ser depositados nestes contentores, independentemente de estarem ou não contaminados.

**Quanto à reciclagem**– é feita reciclagem de papel e cartão em todos os gabinetes médicos, enfermeiro chefe, sala de reuniões e administrativo e na zona do balcão da unidade. Nesta zona é feita também correta reciclagem de plástico e vidro. Na copa também se faz reciclagem de plástico.

Faz-se recolha seletiva de pilhas.

Os tinteiros, após utilização, são enviados ao Aprovisionamento para reciclar.

A triagem de resíduos com vista à reciclagem no sector de prestação de cuidados tão específico como a UCI pode parecer irrealista, por falta de espaço para vários ecopontos nas unidades dos doentes e a sua colocação no exterior aumentar o risco de infecção. No entanto, fora da unidade do doente (gabinetes médicos, sala de enfermagem e administrativos) devem estar equipados com contentores adequados aos diversos tipos de resíduos aí produzidos. Esta prática, para além de ambientalmente correcta, permite a minimização da quantidade de resíduos que necessita submeter-se a tratamentos específicos e respectivos impactos ambientais.

A reciclagem de todos os resíduos de plástico, papel e vidro (que não contenha medicação) deve ser feita em todas as áreas do Serviço, excepto na unidade do doente, porque não têm espaço para colocar mais contentores de resíduos e transportar esses resíduos para a zona comum traria certamente mais infecções cruzadas.

Ficou acordado com Enf. Chefe e Enf. CCI que da unidade do doente apenas saem os resíduos para colocar em saco vermelho: medicação para rejeitar. Existem no serviço dois contentores para o efeito, um na sala de despejos e outro no balcão da unidade.

Com base nos resultados das auditorias realizadas, elaborei um conjunto de boas práticas na triagem de resíduos, práticas essas conducentes à correcta triagem de resíduos produzidos no serviço e elaborei um “panfleto” que foi entregue aos profissionais do serviço, com vista a corrigir as lacunas mais frequentes na triagem de resíduos, divulgar informações pertinentes e dar a conhecer os objectivos, motivando-os para a adesão à correcta triagem de resíduos (Anexo IV).

A mudança de comportamentos tem por base o Despacho n.º 242/96, que no ponto 9.2 refere “sensibilização e formação do pessoal em geral e daquele afecto ao sector em particular, nomeadamente nos aspectos relacionados com a protecção individual e correctos procedimentos”.

Gostava também de ter fornecido informação sobre a quantidade de resíduos produzidos na Unidade nos últimos três meses para posteriormente se poder avaliar melhor o impacto destas medidas, no entanto, como a Engenheira responsável por este departamento estava de atestado não consegui obter essa informação. O preço /quilo de resíduos era outra informação que também gostava de ter facultado aos profissionais do serviço, no entanto, pelas mesmas razões também não foi possível obter essa informação. Fui informada pela enfermeira responsável pela CCI de que na instituição só pesam os resíduos de grupo III e IV porque são pagos ao quilo pelo hospital.

A triagem cuidadosa dos resíduos, nas diferentes categorias, ajuda a minimizar a quantidade de resíduos perigosos, diminuindo a produção dos grupos III e IV e valoriza os resíduos a reciclar. A triagem de resíduos é uma das principais etapas na gestão de resíduos, uma vez que condiciona o correcto funcionamento de todas as fases posteriores. No entanto, a triagem apenas funciona se os profissionais estiverem devidamente consciencializados da sua importância, dispuserem de equipamento apropriado, como sacos de cores diferentes para os contentores de recolha, instruções claras e treino adequado (Gonçalves, 2005).

O hospital tem circuito independente para sujios, quer a nível de elevadores, quer a nível de corredores.

No hospital Pedro Hispano existem circuitos próprios para os resíduos, designados por “circuito de sujios”, e circuitos completamente distintos para os outros materiais, “o circuito de limpos”, como é o caso do material clínico, produtos esterilizados, roupa lavada. Tive oportunidade de visitar todo o circuito de sujios com a enfermeira da CCI e está tudo em conformidade com o preconizado.

É notória a crescente sensibilização dos profissionais relativamente à triagem de resíduos e à reciclagem. Certamente esta motivação intrínseca, aliada à formação e à consequente consciencialização, conduzirão a mudanças mais efectivas de práticas e atitudes, constituindo factor de desenvolvimento pessoal, profissional e cívico, pois nenhum profissional se pode alhear destas questões que, cada vez de forma mais premente, se colocam à humanidade e que exigem a assunção dum efectivo compromisso individual e colectivo.

Com este projecto, pudemos, assim, constatar necessidades ao nível da informação/sensibilização dos enfermeiros do serviço em questão e pudemos, igualmente, contextualizar a informação/formação, responder a necessidades reais e efectivas do serviço no tocante a materiais (como o carro para transportar os resíduos),

motivar para o aperfeiçoamento do processo de triagem dos resíduos hospitalares neste serviço. A garantia dada verbalmente pelo responsável pelo serviço de que o processo iniciado por mim iria ter continuidade pois se revelava oportuno e útil representou, para mim, o reconhecimento do esforço por mim desenvolvido e a crença na sua utilidade.

## **ANEXO VIII**

### **Panfleto Sobre Boas Práticas na Triagem de Resíduos**

#### CURIOSIDADES

- 1- Por cada 20t de papel reciclado, poupa-se o corte de 15 a 20 árvores;
- 2- 10 garrafas de água podem dar origem a 1 par de calças de polyester;
- 3- A energia que se poupa ao reciclar 1 lata de metal dá para ver televisão durante 3h;
- 4- 1t de vidro velho, dá origem a 1t de vidro novo e por cada tonelada de vidro reciclado poupa-se 1,2t de matéria prima e 150l de petróleo;
- 5- Média nacional de produção de resíduos: 3 a 4 Kg/cama/ dia
- 6- Segundo a Comissão Europeia, cada pessoa produz 3,5t de resíduos sólidos/ano
- 7- Segundo a OMS, a degradação ambiental é responsável pela morte de 13 milhões de pessoas/ano
- 8- Se tivermos em conta o ditado popular "mais vale prevenir do que remediar", com pequenos gestos (triar, reciclar) contribuímos para um futuro melhor.

O FUTURO DO PLANETA ESTÁ NAS NOSSAS MÃOS!...



Realizado por: aluna de Especialidade  
Enfermagem Médico – Cirúrgica  
Aripina Tender

Novembro 2010

#### A PRODUÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES TEM AUMENTADO

Quer pelo aumento de prestação de cuidados de saúde junto da população, quer pelo aumento de utilização do material de uso único.

#### A GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES É FUNDAMENTAL

Para proteger o ambiente e a saúde pública e minimizar os efeitos adversos perante as gerações futuras.

"(...) A responsabilidade da gestão de resíduos é do produtor de resíduos(...)"  
Agência Portuguesa do Ambiente

#### NO SMI PRETENDEMOS COM A TRIAGEM CORRECTA DE RESÍDUOS:

- 1- Reduzir a quantidade de resíduos Grupo III e Grupo IV;
- 2- Aumentar a quantidade resíduos reciclados para minimizar o impacto ambiental e financeiro resultante da incorrecta triagem de resíduos.

E para isso contamos contigo...

#### BOAS PRÁTICAS NA TRIAGEM RESÍDUOS

##### No Balcão da Unidade:

- Recicla: papel, plástico e vidro
- Coloca seringas vazias -SACO BRANCO
- Coloca seringas/frascos com medicação para rejeitar SACO VERMELHO
- Frascos vazios de medicação -SACO PRETO
- Aglhas, ampolas de medicação e transferes CONTENTOR AMARELO

##### Na Unidade do doente

- Todos os resíduos são colocados nos sacos BRANCO ou PRETO, EXCEPTO frascos/seringas com medicação para rejeitar que são colocados em **saco vermelho** (balcão da Unidade/sala de despejos)
- Lancetas de glicemia- SACO BRANCO
  - Sistemas de soro- SACO BRANCO (cortar extremidade perfurante e colocar no contentor amarelo; alguns sistemas têm na parte posterior do doseador de gotas 1 encaixe para a extremidade perfurante)
  - Frascos de soro - SACO PRETO
  - Fraldas, resguardos e esponjas de banho não contaminados e sem sangue - SACO PRETO
  - EPI (luvas, máscaras, bata, avental)- SACO BRANCO

#### SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA

## TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



- Invólucros de material clínico: compressas, pensos, sondas aspiração, seringas, sistemas, (...) SACO PRETO

SE O DOENTE ESTIVER INFECTADO TODOS OS RESÍDUOS PRODUZIDOS NA SUA UNIDADE VÃO PARA SACO BRANCO

##### Zona comum

SACO AMARELO

Todas as embalagens de Plástico

##### SACO AZUL

- Caixas de luvas e máscaras
- Invólucros de material descartável
- Caixas de medicação



## **ANEXO IX**

### **Poster Sobre Triagem de Resíduos**

## TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES



### CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES

Decreto 242/96, de 05.07.96- Ministério da Saúde

#### RESÍDUOS HOSPITALARES

Resíduos resultantes das actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relações com seres humanos ou animais, em famílias, em actividades médico-legais, de ensino e em qualquer outra que envolvam procedimentos invasivos, tais como: acupunctura, piercings e tatuagens

(Alínea Z do art. 3º do D.L. nº178/2006, de 5 de Setembro)

#### TRIAGEM DE RESÍDUOS

Acto de separação de resíduos mediante processos manuais ou mecânicos, sem alteração das suas características, com vista à sua valorização ou a outras operações de gestão

#### RESÍDUOS NÃO CONTAMINADOS

**GRUPO I**-Resíduos equiparados a urbanos

Não apresentam exigências especiais para o seu tratamento

- Resíduos provenientes de serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários)
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (armazéns, oficinas, jardins)
- Embalagens e invólucros comuns ( papel, cartão, mangas mistas)
- Resíduos provenientes da hotelaria, resultante da confeção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no Grupo III

**GRUPO II**-Resíduos hospitalares não perigosos

Não estão sujeitos a tratamento específico, sendo equiparados a urbanos

- Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue (talas, gessos e ligaduras)
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue
- Material de protecção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, excepto o utilizado na recolha de resíduos
- Embalagens vazias de medicamento ou outros produtos de uso clínico ou comum, excepto os incluídos nos Grupos III e IV
- Frascos de soros não contaminados, excepto os do Grupo IV

#### RESÍDUOS CONTAMINADOS

**GRUPO III** –Resíduos hospitalares de risco biológico

Resíduos contaminados, sujeitos a tratamento eficaz para eliminação com resíduos urbanos

- Todos os resíduos provenientes dos quartos ou enfermarias de doentes infectados ou suspeitos e de salas de tratamento
- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados
- Sistemas utilizados na administração de soros e fármacos, excepto os do Grupo IV
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas
- Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue (talas, gessos e ligaduras gessadas)
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais, batas)

**GRUPO IV**-Resíduos hospitalares específicos

Resíduos de incineração obrigatória

- Materiais cortantes e perfurantes (agulhas, cateteres e todo o material invasivo)
- Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica
- Citosstáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração

#### ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS

Conteintorização e arrumo de resíduos produzidos, em sacos ou recipientes adequados à sua classificação

Os diferentes tipos de resíduos requerem diferentes formas de acondicionamento

GRUPO	COR DO SACO	CONTENTOR
I	PRETO	
II	PRETO	
III	BRANCO	
IV		AMARELO

## **ANEXO X**

### **Estudo da Caso**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ESTUDO DE CASO**  
**O DOENTE COM PNEUMONIA**

**Agripina Tender**

**Porto, Novembro de 2010**

## Índice

Pág.

INTRODUÇÃO .....	3
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	109
1.1– Etiologia .....	110
1.2 – Manifestações Clínicas.....	112
1.3 – Complicações.....	112
1.4 – Diagnóstico .....	113
1.4.1 – <i>Diagnóstico etiológico</i> .....	113
1.5 – Gravidade.....	<u>10</u>
1.6 – Terapêutica.....	<u>11</u>
2 –ESTUDO DE CASO .....	<u>13</u>
2.1 – Avaliação Inicial .....	<u>13</u>
2.2 – Apresentação do Plano de Cuidados Segundo a CIPE .....	<u>15</u>
2.3 – Terapêutica efectuada/ Implicações para a Prática de Enfermagem.....	<u>27</u>
3 – CONCLUSÃO .....	<u>32</u>
4– BIBLIOGRAFIA .....	<u>34</u>

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem evolui como ciência sempre que apoia a prática de cuidados nas actividades científicas que se desenvolvem em paralelo. Apesar de serem frequentemente vistas como distintas, a teoria e a prática cruzam-se e sobrepõem-se na prestação de cuidados de Enfermagem, nomeadamente através de uma prática de cuidados reflexiva, através da qual o enfermeiro é capaz de identificar o conhecimento relevante na prática, efectuar uma revisão sistemática desse conhecimento e compreendê-lo através da reflexão efectuada antes, durante ou depois da acção (Fernandez, 1998). É através desta reflexão crítica que o enfermeiro pode aperfeiçoar as suas capacidades e conhecimentos profissionais, para além de estar menos exposto aos constrangimentos de rotinas, rituais ou teorias estabelecidas, possibilitando também o crescimento profissional.

Ao longo da minha carreira profissional tenho constatado, que frequentemente privilegamos a acção em detrimento da reflexão durante a prestação de cuidados. Este trabalho surge assim, numa perspectiva de repensar a prática de cuidados, no caso específico de um doente com pneumonia. Este Estudo de Caso foi desenvolvido no decorrer do Módulo II do estágio de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. Nele será abordada a temática da pneumonia adquirida na comunidade, tendo em conta que é uma patologia com elevada incidência (representa cerca de 2,8% de todos os internamentos hospitalares) e que adquire um largo espectro de apresentações, que vão desde uma rápida melhoria até à morte num curto espaço de tempo (Morgado, et al., 2005). Este caso despertou particular interesse por se tratar de uma pneumonia complicada, havendo necessidade de colocar o doente em decúbito ventral, por hipoxémia persistente.

Com a elaboração deste trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a patologia do doente em questão;
- *Aprofundar conhecimentos acerca da actuação do enfermeiro perante o doente com pneumonia internado numa Unidade de Cuidados Intensivos;*
- *Desenvolver competências na utilização de linguagem da CIPE para elaborar o plano de cuidados ao doente.*

*Na realização do Estudo de Caso houve a preocupação de realizar uma ampla recolha de dados, de modo a que o trabalho final correspondesse a um retrato rigoroso do doente, bem como do seu estado clínico e necessidades específicas. Esta recolha de informação foi feita através do processo clínico e da observação e contacto directo com o doente/família.*

*Na primeira parte deste trabalho, será efectuado o enquadramento teórico sobre a patologia e tratamento farmacológico. Posteriormente será realizada uma descrição da colheita de dados do doente, seguida da apresentação do plano de cuidados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), onde serão identificados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções em função desses diagnósticos, reformulando o plano de cuidados sempre que necessário com vista a atingir os objectivos inicialmente propostos. Será ainda feita uma breve referência à terapêutica prescrita durante o internamento e suas implicações para a prática de enfermagem.*

*Concluir-se-á realizando uma apreciação do estudo desenvolvido, analisando os benefícios para a formação e as dificuldades sentidas.*

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pneumonia é uma infecção do parênquima pulmonar. Actualmente divide-se em três tipos, bastante diferentes entre si quanto à etiologia, aspectos epidemiológicos e clínicos, diagnóstico e intervenção terapêutica (Travis, et al., 2006):

- *Pneumonia adquirida na comunidade – adquirida em ambiente extra-hospitalar, por indivíduos sem distúrbios primários do sistema imunológico;*
- *Pneumonia nosocomial – infecção disseminada por microrganismo adquiridos em ambiente hospitalar, em indivíduos particularmente sensíveis;*
- *Pneumonia oportunista – que se desenvolve em indivíduos com comprometimento do sistema imunológico.*

*A pneumonia adquirida na comunidade pode apresentar uma forma pouco grave e com uma evolução benigna ou, pelo contrário, ser extremamente rápida e fatal, particularmente em idosos ou indivíduos com co-morbilidades várias (diabetes mellitus, doença cardiovascular ou neurológica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou doença estrutural pulmonar) (Morgado, et al., 2005).*

A pneumonia adquirida na comunidade constitui a principal causa de morte devido a infecção no mundo ocidental, com um número superior a 20 internamentos por ano, em cada mil habitantes, apesar da disponibilidade crescente de antimicrobianos e vacinas eficazes, para além de quimioprofilaxia antigripal. Tal ocorrência deve-se ao número crescente de indivíduos em risco de contrair a doença, tais como idosos ou pessoas com co-morbilidades múltiplas (Osuna, et al., 2006). Em Portugal, embora não exista um número exacto, estima-se uma incidência de 50000 a 100000 casos anualmente, número este com tendência para aumentar. A mortalidade situa-se entre 1 e 3%, aumentando para 6 a 24% em doentes hospitalizados e para 22 a 57% em Unidades de Cuidados Intensivos (Bial,2010).

## 1.1– Etiologia

O agente etiológico permanece desconhecido em 40 a 60% dos casos, ainda que se recorra a múltiplos meios de diagnóstico. Admite-se, contudo, que apenas um pequeno número de agentes seja responsável pela maioria dos casos da doença.

Nos doentes internados com pneumonia adquirida na comunidade os agentes patogénicos mais frequentes são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophilla* e *Chlamidia pneumoniae*.

O *Streptococcus pneumoniae* é o agente patogénico mais frequente, sendo responsável por 40 a 50% das pneumonias. Em segundo lugar, surge o *Haemophilus influenzae*, na ordem dos 15%, sendo particularmente importante em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica. Os microrganismos atípicos são responsáveis por 15 a 35% das pneumonias, incluindo-se neste grupo *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophilla* e *Chlamidia pneumoniae*, como os mais frequentemente encontrados. Em Portugal, verifica-se uma importância crescente de bactérias do tipo *Legionella*, associada a determinados factores de risco, tais como estadia recente em hotel, manutenção recente de canalizações, exposição a ar condicionado contaminado, insuficiência hepática ou renal, diabetes ou neoplasia metastizada. Por outro lado, os bacilos entéricos Gram-negativos, tais como *Escherichia Coli*, *Klebsiella*, *Proteus* e *Enterobacter* encontram-se, usualmente, associados a residentes em lares de terceira idade, outras co-morbilidades e tratamento recente com antibióticos. Casos mais graves de pneumonia, associados a *Pseudomonas aeruginosa*, são mais raros. Infecções virais, principalmente devidas a influenza, adenovírus, sincicial respiratório, para-influenza ou coronavírus, são comuns, atingindo uma percentagem de cerca de 12% da totalidade de pneumonias. Numa percentagem ainda significativa, entre 2 a 5%, encontra-se uma infecção polimicrobiana ou mista (bactéria e um agente atípico ou viral) (Morgado, et al., 2005). Existem também algumas relações causais úteis, que deverão ser identificadas, nomeadamente o contacto próximo com aves, em que uma pneumonia por *Chlamydia psittaci* é bastante provável ou contacto com gado ou gatas grávidas, em que o agente etiológico será, muito provavelmente, *Coxiella burnetti*.

Existe também uma importante relação entre factores específicos do hospedeiro e o provável agente etiológico. Desse modo, em doentes com história de alcoolismo, o agente será, geralmente, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* ou

anaeróbios (pneumonia de aspiração); em casos de alteração de estado de consciência, o agente será, provavelmente, anaeróbio (aspiração), assim como em casos de obstrução das vias aéreas por corpo estranho; em doentes fumadores ou com doença pulmonar obstrutiva crónica, o agente deverá ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Moraxella catarrhalis*; em caso de toxicodpendência endovenosa, o agente será, provavelmente, *Staphylococcus* ou anaeróbio (por aspiração); em doentes com HIV positivo, o agente deverá ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pneumocystis jirovecii* ou *Mycobacterium tuberculosis* e, finalmente, nos casos de doença pulmonar estrutural (fibrose quística ou bronquiectasias, por exemplo), encontra-se, habitualmente, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas cepacia* ou *Staphylococcus aureus*.

A incidência sazonal é também bastante importante, uma vez que a maioria das pneumonias ocorre nos meses frios: o *Streptococcus pneumoniae* é mais frequente nos meses de Inverno e início de Primavera, enquanto a *Legionella* é mais frequente no final do Verão e início do Outono (Paula, 2007).

A investigação etiológica não é recomendada, habitualmente, em doentes em ambulatório. Contudo, quando se trata de um doente internado, recomenda-se a realização de duas ou três hemoculturas sucessivas em locais diferentes, preferencialmente antes da instituição de antibioterapia e realização de toracocentese, quando se verifica a existência de derrame pleural. A análise bacteriológica de expectoração tem reduzido valor na determinação da etiologia da pneumonia, uma vez que os achados, frequentemente, em nada estão relacionados com a etiologia da doença, estando apenas indicada em doentes com suspeita de infecção por microrganismos com valor diagnóstico (*Mycobacterium tuberculosis*, *Legionella pneumophila* ou *Pneumocystis carinii*) ou na presença de co-morbilidades com maior propensão à resistência (Morgado, et al., 2005). É importante frisar que, mesmo em hospitais bastante especializados, o diagnóstico etiológico da pneumonia dificilmente ultrapassa os 40%.

## **1.2 – Manifestações Clínicas**

As manifestações clínicas da pneumonia são bastante variáveis, no entanto, a tosse produtiva é um sintoma presente na maioria dos doentes. A dispnéia, dor torácica pleurítica e expectoração são frequentemente encontradas, assim como hemoptises. Outras manifestações não respiratórias incluem: febre, calafrios, mal-estar geral, anorexia, artralgias, mialgias, cefaleias, dor abdominal e diarreia. Incontinência urinária ou confusão mental são sinais frequentes em doentes idosos (Paula, 2007). Nestes, os sinais e sintomas são, geralmente, discretos, podendo apenas verificar-se taquipneia associadas a alterações de consciência ou comportamento e descompensação de morbilidades prévias, como a insuficiência cardíaca.

Habitualmente, o quadro clássico de pneumonia aguda encontra-se associado a pneumonia pneumocócica. Trata-se de uma situação comumente associada aos meses frios, com início súbito, associado a febre elevada, calafrios e dor pleurítica, com tosse produtiva, ainda que não de imediato, imagem radiológica de condensação pulmonar e, em termos laboratoriais, verifica-se geralmente, leucocitose elevada, com neutrofilia. Em termos auscultatórios, verifica-se diminuição do murmúrio vesicular, com respiração soprada e ferveores, associada a uma redução da expansão torácica e submacicez à percussão (Paula, 2007).

A pneumonia por legionella está frequentemente associada a deterioração do estado mental, anormalidades renais e hepáticas e hiponatremia acentuada.

## **1.3 – Complicações**

Existem várias complicações das pneumonias, no entanto, o derrame pleural, representa a complicação mais frequente (cerca de 46% dos doentes internados), que, geralmente, se resolve através de antibioterapia. A evolução para empiema é relativamente comum (30% dos doentes com pneumonia), pelo que se opta, frequentemente, pela realização de toracocentese.

Os abscessos pulmonares são raros, surgindo, habitualmente, em doentes com história de alcoolismo, debilitados ou após aspiração, respondendo bem à antibioterapia, ainda que isso signifique um tratamento mais prolongado.

Uma outra complicação grave, ainda que rara, é a disseminação generalizada da infecção, originando um quadro de sépsis.

## **1.4 – Diagnóstico**

O diagnóstico de pneumonia baseia-se, essencialmente, na anamnese e exame objectivo, complementado com raio-X torácico (bastante útil no estabelecimento de diagnóstico e evolução) O RX de toráx confirma a existência e localização do infiltrado pulmonar e avalia a extensão da infecção pulmonar. No entanto, as radiografias de tórax podem estar normais quando o doente é incapaz de elaborar uma resposta inflamatória ou se encontra no estágio inicial de um processo infiltrativo.

A realização de ecografia poderá ser útil na investigação de derrame pouco visível através da radiografia convencional; por outro lado, a tomografia axial computadorizada reserva-se apenas a casos muito específicos.

Habitualmente, realiza-se também uma oximetria de pulso, gasimetria arterial, hemograma completo, bioquímica geral e determinação de (proteína c-reactiva) PCR.

### **1.4.1 – *Diagnóstico etiológico***

Habitualmente, este diagnóstico reserva-se aos doentes internados.

Em termos de exames microbiológicos, opta-se por realização de hemoculturas (duas ou três, em locais diferentes) e análise de líquido pleural, preferencialmente antes do início de antibioterapia; o isolamento de microrganismos nestes fluidos (geralmente estéreis) constitui diagnóstico.

A análise de expectoração apresenta uma alta inespecificidade, devido à presença de flora comensal que é, frequentemente isolada e que não está relacionada com o agente etiológico envolvido; para além disso, é importante ressaltar que muitos dos doentes não apresentam expectoração, pelo menos num quadro inicial.

As serologias são também reservadas para casos especiais, uma vez que só podem ser pedidas para microrganismos bastante específicos, baseando-se no aumento de quatro vezes ou mais do título inicial de anticorpos.

## 1.5 – Gravidade

Existem vários índices para predição de gravidade das pneumonias (como por exemplo, o PSI-20 – Pneumonia Severity Index – 20, que permite fazer uma predição da morbidade e mortalidade de doentes com pneumonia adquirida na comunidade, através da inclusão numa de cinco categorias, de acordo com a pontuação atribuída), baseando-se na soma de pontos atribuídos aos vários critérios. Serão esses critérios que irei, em seguida, expor (Paula, 2007):

- *Idade > 65 anos;*
- *Sexo;*
- *Co-morbilidades:*
  - ☞ *DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica);*
  - ☞ *Neoplasia;*
  - ☞ *Diabetes mellitus;*
  - ☞ *Insuficiência renal crónica;*
  - ☞ *Insuficiência cardíaca congestiva;*
  - ☞ *Doença hepática crónica; Alcoolismo crónico;*
  - ☞ *Desnutrição;*
  - ☞ *Esplenomegalia;*
  - ☞ *Doença cerebrovascular.*
- *Hospitalização no ano anterior;*
- *Toxicod dependência endovenosa;*
- *Achados no exame físico:*
  - ☞ *Taquipneia > 30 ciclos/minuto;*
  - ☞ *Pressão sistólica <90 mm Hg e/ou diastólica <60 mm Hg;*
  - ☞ *Frequência cardíaca > 125 bpm;*
  - ☞ *Febre > 40 °C ou hipotermia <35 °C;*
  - ☞ *Confusão mental ou alteração do estado de consciência;*
  - ☞ *Evidência de infecção extra-pulmonar.*
- *Achados laboratoriais:*
  - ☞ *Leucocitose > 30000/ml ou leucopenia < 4000/ml;*
  - ☞ *PaO<sub>2</sub> <60 mm Hg ou PaCO<sub>2</sub> > 50 mm Hg (em ar ambiente);*
  - ☞ *Creatinina sérica > 1,2 mg/dl ou ureia > 20 mg/dl;*

- ☞ *Hemoglobina <9g/dL ou hematócrito <30%;*
- ☞ *Acidose metabólica com pH <7,35;*
- ☞ *Coagulopatia.*
  - *Achados radiológicos:*
- ☞ *Cavitação;*
- ☞ *Envolvimento multi-lobar;*
- ☞ *Derrame pleural.*

## **1.6 – Terapêutica**

Tendo em conta dificuldade em identificar o agente etiológico envolvido e atendendo à rápida evolução que a doença pode ter, a instituição precoce de terapêutica é considerada essencial para um bom prognóstico. A terapêutica de suporte constitui, claro está, também uma importante parte do tratamento, definida de acordo com o quadro apresentado pelo doente e pode incluir medidas de correcção de alterações hidroelectrolíticas e metabólicas, nutricionais, hipoxémia, hiperpirexia, entre outras (Morgado, et al., 2005).

A antibioterapia empírica a iniciar deve sempre cobrir *Streptococcus pneumoniae* e os agentes atípicos, atendendo também ao local de tratamento (ambulatório, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos) e à presença de factores modificadores que condicionam o risco de infecção por microrganismos específicos (por exemplo um risco acrescido de infecção por *Streptococcus pneumoniae* resistente a antibióticos, nomeadamente à penicilina, em idosos; terapêutica com beta-lactâmicos nos três meses anteriores; alcoolismo; doença imunossupressora; corticoterapia; co-morbilidades médicas; risco acrescido de infecção por bacilos entéricos Gram-negativos em residentes em lares de terceira idade; co-morbilidades médicas e antibioterapia recente; risco acrescido de infecção por *Pseudomonas aeruginosa* nas situações de doença estrutural pulmonar; corticoterapia ou antibioterapia de largo espectro por um período superior a sete dias; malnutrição e DPOC grave) (Morgado, et al., 2005).

As correcções terapêuticas deverão ser efectuadas no período de 3 a 5 dias após início do tratamento, altura em que já se deverá ter uma resposta positiva, assim como os resultados dos exames bacteriológicos efectuados. Nos doentes internados, o início

de terapêutica é, geralmente, por via endovenosa, devendo efectuar-se a passagem para via oral (menor custo e duração do internamento, maior conforto para o doente, menor risco de complicações), assim que a resposta clínica o permita, atendendo a determinados critérios, tais como apirexia superior a 24 horas, frequência cardíaca inferior a 100 bpm, eupneia em repouso, hidratação normal, ausência ou melhoria da hipoxemia, ausência de bacteriemia, diminuição de leucocitose, tendência para normalização de PCR, via oral viável e ausência de infecção por *Legionella* spp, *Staphylococcus* e Gram-negativos (Morgado, et al., 2005).

A duração da terapêutica deve atender à presença de co-morbilidades, presença de bacteriemia, avaliação inicial e gravidade/evolução da doença e características específicas dos medicamentos, sendo, nos casos menos graves, de cerca de 7 a 10 dias. As pneumonias devidas a *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae* poderão justificar um tratamento entre 10 a 14 dias e os casos mais graves de pneumonia devido a *Legionella pneumophilla* poderão acarretar um tratamento até 21 dias.

## **2 – ESTUDO DE CASO**

Um estudo de caso “consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização (...) é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial ou único, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção”(Fortin, 1999).

### **2.1 – Avaliação Inicial**

A avaliação inicial é a primeira fase do Processo de Enfermagem (histórico, recolha de dados), a que se segue o diagnóstico (análise do problema), planeamento, implementação (execução) e avaliação, o que permite a organização eficiente dos processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e a prestação de cuidados individualizados e de qualidade.

De acordo com Fortin (1999) “os dados são elementos fundamentais na construção de um trabalho de investigação como o estudo de caso (...) são colhidos principalmente no decurso de entrevistas em profundidade, mas também por outros meios, tais como o diário, a observação directa e a observação participante”.

Nesta primeira fase, é feita a recolha sistemática de dados relacionados com o doente, através da observação directa e participante e da consulta do processo clínico do doente. Pretende-se que a apresentação destes dados contribua para a construção de um retrato fiel e rigoroso do doente como um ser holístico, em todas as suas dimensões.

O Sr. A.S. de 70 anos, é reformado de pintor da construção civil, foi admitido a 9/11/10 no Serviço de Medicina Intensiva com o diagnóstico de pneumonia por legionella.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pedro Hispano dia 4/11/10 por dispneia, tosse produtiva, anorexia e períodos de febre com cerca de duas semanas de evolução. Foi medicado para tratamento sintomático no domicílio. Por persistência da sintomatologia, recorreu novamente ao SU do hospital, onde foi medicado com Amoxicilina/ ácido clavulânico e regressou a casa.

No dia 9/11/10 recorre pela terceira vez ao SU do referido hospital, por agravamento franco de dispneia, com sinais de dificuldade respiratória. SPO2 de 91%. Foi colocado O2 por máscara de alta concentração.

Colheu sangue para hemoculturas, expectoração e antigénios urinários para pneumococo e legionella.

Iniciou Ceftriaxone e Azitromicina.

Gasimetria (máscara alta concentração): PH-7,43mmHg; PO2-57 mmHg; PCO2-28mmHg; Lactatos-1,6mmol/l; HCO3-20,6mmol/l; SPO2-92%.

Estudo analítico: leucocitose de 35000 com neutrofilia e PCR elevada (461mg/l), ligeira disfunção renal com creatinina-1,4mg/dl e ureia-124mg/dl.

RX tórax: infiltrado intersticial bilateral (total à direita e 2/3 à esquerda).

Ficou internado em OBS, por agravamento do seu estado, com aumento marcado de dificuldade respiratória, foi entubado, iniciou ventilação mecânica invasiva e foi proposta admissão no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

À chegada, o doente vinha entubado (TOTn°8-21 à comissura) em ventilação controlada por pressão, acompanhado por médico e enfermeiro, sedado e analgesiado com Midazolam e Fentanil respectivamente.

Apresentava pupilas isocóricas e reactivas.

SPO2-94%. Mobilidade torácica pouco ampla, simétrica.

Temperatura axilar = 38.2°C.

Peso aproximado = 90 kg.

Altura aproximada = 1.70cm.

Glicemia capilar = 109 mg/dl.

Trazia sonda de Foley nº 16- diurese nas últimas 4h- 37,5ml/h.

Apresentava boa perfusão periférica, pele íntegra, sem edemas, corado e hidratado.

Na admissão foi colocada sonda nasogástrica (16G) em drenagem, tendo iniciado alimentação entérica a 11 de Novembro. Ainda na admissão foram colocados cateter arterial (radial direita) e cateter venoso central de 3 vias (subclávia direita).

PA= 101/61mmHg; FC= 70b/min.; PV =6 mmHg; FR =18 c/min.

Conhecida positividade da antigenúria da legionella, foi alterada antibioterapia para Levofloxacina. Doente com sépsis com ponto de partida em Pneumonia Adquirida na Comunidade por legionella.

Mantém-se ventilado em VCPR com FiO2 (70%) e PEEP (12) e SPO2 de 94%. Foi necessário fazer períodos de “prone position”.

Sem antecedentes patológicos conhecidos, fumador (30 anos), hábitos etílicos ligeiros (0,5 a 1l/dia). Sem antecedentes cirúrgicos conhecidos. Viúvo (há 12 anos), vive sozinho (ar condicionado em casa), tem 5 filhos. Contacto telefónico e nome do familiar de referência (filho mais novo).

## **2.2 – Apresentação do Plano de Cuidados Segundo a CIPE**

O processo de enfermagem é o método utilizado pelos enfermeiros para a promoção do pensamento preciso e disciplinado. Trata-se de um método que possui cinco fases, que permitem a tomada de decisão clínica e resolução de problemas através do planeamento dos cuidados a prestar. As fases são (Urden, et al., 2008):

- *Colheita de dados – colheita da história clínica de enfermagem, realizada através de entrevista, observação e medição;*
- *Apreciação – identificação dos problemas reais e potenciais do doente, realizada através da revisão de dados, atribuição de um significado a estes dados, com base na teoria e investigação conhecidas e emissão de juízos;*
- *Planeamento – identificação de prioridades, objectivos a atingir e intervenções de enfermagem a implementar, através da análise das diferentes alternativas;*
- *Implementação – aplicação do que foi anteriormente planeado, através do uso de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados, incluindo também a própria organização dos cuidados de enfermagem;*
- *Avaliação – comparação entre resultados obtidos e esperado e eventual reformulação do plano de cuidados, efectuada através de uma apreciação e reapreciação contínua dos resultados alcançados e das alterações verificadas, comparando-o com os objectivos inicialmente propostos.*

Trata-se de um método de tomada de decisão clínica cíclico, uma vez que devido à sua reavaliação contínua “o processo de enfermagem incorpora um arco de feedback que mantém o controlo de qualidade dos outputs de tomada de decisão” (Urden, et al., 2008). Existem semelhanças entre o processo de enfermagem e os métodos de resolução de problemas, uma vez que ambos possuem uma forma sistemática e organizada de aproximação aos problemas, mas diferem entre si pelo facto de o processo de enfermagem ser contínuo e não algo episódico.

Neste capítulo será apresentado um plano de cuidados segundo a CIPE, o método científico utilizado foi o Processo de Enfermagem nas suas respectivas etapas. Numa primeira etapa foram identificados os dados para a identificação do diagnóstico de enfermagem, em seguida foi feita a identificação do diagnóstico de enfermagem, posteriormente foram planeados os objectivos dos cuidados e respectivas intervenções de enfermagem para dar resposta aos diagnósticos levantados; finalmente foi feita a avaliação dos cuidados prestados.

A elaboração deste plano foi efectuada no dia 9/11/10, no turno da tarde e actualizado no turno da manhã de 14/11/10. As intervenções de enfermagem basearam-se nas normas/protocolos implementados no serviço onde decorreu o estágio

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>I - Dados para identificar diagnóstico</b>	O doente vinha entubado, em ventilação controlada por pressão	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Ventilação alterada	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Minimizar riscos inerentes a ventilação invasiva	

9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Preparar dispositivos de ventilação;	9/11/10
		Testar dispositivos de ventilação;	9/11/10
9/11/10		Iniciar ventilação não invasiva;	9/11/10
		Optimizar dispositivos de ventilação invasiva-SH;	
9/11/10		Trocar dispositivos de ventilação invasiva (cachimbo e filtro- TM; traqueias-7/7 dias);	
		Aspirar secreções pelo tubo orotraqueal com técnica asséptica- SH;	
9/11/10		Aspirar secreções da traqueia, cavidade oral e nasofaríngea antes de qualquer manipulação de TOT -SH;	
		Monitorizar SPO2; FR; Ppico; Vm; PEEP- 1/1h e SH;	
9/11/10		Executar gasimetria arterial de 6/6h e sempre que se justifique;	
		Verificar pressão de cuff-1x/turno;	
9/11/10	Executar higiene oral-3/3h e SH (antes posicionamento)		
	Verificar permeabilidade da via aérea - SH;		
9/11/10	Vigiar cor da pele e membranas mucosas-SH;		
	Manter medidas de prevenção de contaminação;		
9/11/10	Manter cabeceira da cama elevada 30-45°;		
	Referir agravamento ao médico-SH;		

9/11/10		Registrar informações relevantes-SH.	
9/11/10			
9/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta permeabilidade da via aérea,	
14/11/10		Não apresenta PAV	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>II - Dados para identificar</b>	Doente internado no SMI em ventilação	

	<b>diagnóstico</b>	mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Alto risco de úlcera de pressão	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Manter pele íntegra; Prevenir úlceras de pressão	
9/11/10	<b>Intervenções de Enfermem</b>	Manter lençol da cama bem esticado-SH;	
9/11/10		Aliviar zonas de pressão através de almofadas-SH;	
9/11/10		Aplicar creme hidratante corporal-SH;	
9/11/10		Massajar zonas de maior pressão-SH;	
9/11/10		Executar técnica de posicionamento-3/3h e SH	
9/11/10		Observar cuidadosamente a pele em todos os posicionamentos- avaliar necessidade de posicionar mais frequentemente- 33h;	
9/11/10		Vigiar pavilhão auricular durante posicionamento-3/3h;	
9/11/10		Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden -SH	
9/11/10	Vigiar sinais de úlcera de pressão-SH		
9/11/10	<b>Actividades de</b>	Apresenta pele íntegra, sem sinais de úlcera	

14/11/10	<b>avaliação</b>	de pressão	
----------	------------------	------------	--

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>III- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Posicionar-se dependente em grau elevado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Evitar aparecimento de úlceras de pressão e promover ventilação e circulação eficazes	
9/11/10 9/11/10 14/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Executar técnica de posicionamento de 3/3 h e sempre que necessário;  Optimizar posicionamento tendo em conta a especificidade do doente-SH.	
14/11/10 14/11/10 14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta pele íntegra;  Circulação periférica conservada;  Comprometimento da ventilação quando posicionado em SLE	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>IV- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Dependência no auto-cuidado: higiene em grau elevado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Manter um padrão de higiene	
9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Dar banho na cama- regular temperatura da água- TM;	
9/11/10		Executar higiene oral, antes dos posicionamentos e SH;	
9/11/10		Vigiar membrana mucosa-SH;	
9/11/10		Lavar os olhos com solução salina-6/6h;	
14/11/10		Lavar cabelo de 2/2 dias-TM;	
14/11/10		Cortar unhas SH;	
		Cortar barba 2/2 dias -TM;	
		Manter privacidade do doente-SH;	
		Aplicar creme hidratante- SH.	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta higiene corporal conservada	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>V- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Risco de úlcera da córnea bilateral em grau elevado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Prevenção de úlcera da córnea	
9/11/10 9/11/10 9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Lavar olhos com solução salina -6/6h e SH; Optimizar humidificação dos olhos, aplicando lubrificante artificial nos olhos de 6/6h e SH; Manter pálpebra totalmente fechada-SH.	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Inexistência de área de córnea sem epitélio	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>VI- Dados para identificar</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e	

	<b>diagnóstico</b>	analgésico	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Expectorar ineficaz em grau elevado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Manter via aérea permeável	
9/11/10  9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<p>Vigiar secreções das cavidades: oral, nasofaríngea e traqueia-SH;</p> <p>Vigiar secreções do tubo orotraqueal-SH;</p> <p>Aspirar secreções das cavidades oral, nasofaríngeal e traqueia (procedimento)-SH;</p> <p>Aspirar secreções pelo tubo orotraqueal com técnica asséptica-SH;</p> <p>Executar cinesiterapia respiratória-TM (Enf Reabilitação);</p> <p>Vigiar características e quantidade das secreções-SH;</p>	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta permeabilidade da via aérea	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>VII- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgésico	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Alteração da membrana mucosa oral	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Manter membrana mucosa oral íntegra	
9/11/10 9/11/10 9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Lavar a boca com clorhexidina oral -3/3h e SH ;  Aspirar cavidade oral -SH.  Vigiar características da mucosa oral	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta integridade da mucosa oral	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>VIII- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgésico	

9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Dependência no auto-cuidado: alimentar-se em grau elevado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Assegurar que as necessidades alimentares da pessoa são satisfeitas	
9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Inserir SNG-TT;	9/11/10
		Optimizar SNG-SH;	
16/11/10		Drenar conteúdo gástrico através de SNG-SH;	11/11/10
11/11/10		Trocar SNG de 7/7dias-TM;	
11/11/10		Alimentar a pessoa através de SNG-SH;	
11/11/10		Vigiar conteúdo gástrico de 3/3h e agir mediante protocolo de alimentação entérica;	
9/11/10		Elevar cabeceira da cama a 30°-SH;	
		Monitorizar glicemia capilar de 4/4h;	
11/11/10	Trocar dispositivo de perfusão de 24/24h-TM.		
12/11/10			
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Tolera Nutrison Standart a 63ml/h por SNG	

		SH= Sem horário	
--	--	-----------------	--

Início		TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>IX- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgésico	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Risco de aspiração	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Prevenir risco de aspiração	
9/11/10 9/11/10 11/11/10 9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Optimizar pressão de “cuff” do tubo orotraqueal - 1x/turno e sempre que necessário;  Optimizar tubo traqueal-SH;  Optimizar SNG-SH;  Elevar cabeceira da cama a 30°-SH	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta conteúdo gástrico: reduzido  Sem aspiração de conteúdo gástrico	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>X- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgésico	

9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Risco de obstipação	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Que a pessoa consiga levar a cabo as actividades de eliminação	
9/11/10 9/11/10 14/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Vigiar eliminação intestinal-SH; Optimizar fralda-SH; Referir obstipação ao médico-SH.	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Não teve dejeções desde dia 12/11	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>XI- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Risco de pé equino	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Prevenir pé equino	
9/11/10 9/11/10 9/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Optimizar posicionamento - SH; Manter alinhamento adequado do pé; Monitorizar pressão sobre o pé de roupa de cama pesada;	

14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Apresenta ligeira flexão plantar dos pés	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>XII- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente internado no Serviço de Medicina Intensiva	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Risco de infecção elevado, associado a CVC, cateter arterial e cateter urinário	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Prevenir/minimizar o risco de infecção provocado pelos cateteres	
16/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Executar tratamento ao local de inserção do CVC e CA de 7/7 dias (IV3000) com técnica asséptica e SH;	
9/11/10		Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção dos cateteres -SH;	
9/11/10		Vigiar penso dos cateteres -SH;	
10/11/10		Trocar sistemas e perfusões 2º Protocolo nº1526.0;	
9/11/10		Optimizar CA, CVC-SH;	
9/11/10		Optimizar cateter urinário-SH;	
		Vigiar urina - características e débito urinário-1/1h-SH;	

9/11/10		Trocar cateter urinário 2º protocolo serviço;	
9/11/10		Monitorizar temperatura axilar de 6/6h;	
16/11/10		Registrar informação relevante-SH;	
9/11/10		Manter medidas de prevenção de contaminação -SH.	
9/11/10			
9/11/10			
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Ausência de infecção nos locais de inserção dos cateteres.	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>XIII- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente internado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Processo familiar alterado	
	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Diminuir ansiedade e medos dos familiares pela admissão do doente no SMI	

14/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Instruir familiares sobre normas do serviço: horário de visitas, lavagem das mãos -SH;	
14/11/10		Treinar os familiares para comunicação com doente crítico -SH;	
14/11/10		Instruir familiares sobre equipamento, alarmes do SMI-SH;	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Aparentemente o filho que visitou o doente nesse dia ficou mais tranquilo depois da conversa que tivemos com ele. Mantivemo-nos disponíveis para prestar qualquer informação adicional, no entanto ele só se dirigiu novamente a nós antes de sair para agradecer e despedir-se	

Início		SH= Sem horário TM= Turno da manhã TT= Turno da tarde	Termo
	<b>XIV- Dados para identificar diagnóstico</b>	Doente em ventilação mecânica, sedado e analgesiado	
9/11/10	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Comunicação alterada (TOT)	

14/11/10	<b>Objectivo dos cuidados</b>	Estimular a comunicação não verbal com familiar	
14/11/10  14/11/10	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Instruir família sobre alternativas à comunicação verbal -SH;  Optimizar a relação doente/família	
14/11/10	<b>Actividades de avaliação</b>	Monitorizamos comunicação não verbal com familiar	

### **2.3 – Terapêutica Efectuada/ Implicações para a Prática de Enfermagem**

A terapêutica efectuada durante o período em que foi realizado o estudo de caso foi:

- *Aminofilina 240 mg – via endovenosa – 12/12 horas – broncodilatador – indicado no tratamento de obstruções reversíveis das vias aéreas devido a doença pulmonar obstrutiva crónica ou asma.*

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de parâmetros hemodinâmicos, uma vez que pode causar taquicardia e arritmias (extrassístoles auriculares e ventriculares, taquicardia supraventricular e fibrilhação ventricular), aumento da frequência respiratória, vigilância de náuseas, vômitos, anorexia e cólicas, vigilância de convulsões e tremores.*

- *Cloreto de potássio 7,5% -80mEq – via endovenosa (distribuído nos soros) – indicado no tratamento ou prevenção da depleção de potássio em doentes incapazes de ingestão oral deste electrólito e tratamento de arritmias devidas a toxicidade digitalica.*

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de hipocaliémia (arritmias, fadiga, poliúria, polidipsia) e de hipercaliémia (fadiga, fraqueza muscular, parestesias, confusão, dispneia, arritmias - prolongamento do segmento ST, prolongamento do segmento QT, maior amplitude dos complexos QRS e abolição de ondas P), monitorização da função renal e vigilância de pulso e tensão arterial durante administração endovenosa.*

▪ ***Enoxaparina 40 mg*** – via subcutânea – uma vez/dia – heparina de baixo peso molecular - indicado na profilaxia e tratamento de distúrbios tromboembólicos, incluindo tromboembolismo venoso, embolia pulmonar, fibrilhação auricular com embolismo, coagulopatias e tromboembolismo arterial periférico.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de hemorragias (gengivorragias, epistáxis, equimoses, fezes tipo borra de café, hematúria, hipotensão), de reacções anafiláticas (exantema, urticária e arrepios), vigilância no local de punção do aparecimento de hematomas, equimose ou inflamação e vigilância de trombocitopenia.*

▪ ***Fentanil 0,05mg/ml*** – via endovenosa – perfusão contínua – analgésico narcótico de acção rápida, curta duração, elevada potência (100vezes maior do que a da morfina). A duração da analgesia depende da intensidade do estímulo doloroso. Causa depressão respiratória e euforia.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem vigilância de reacção anafilática (ter sempre naloxona, que é o antagonista), depressão respiratória, hipotensão, retenção urinária, náusea e vômito. Ter em atenção que doses altas causam rigidez muscular.*

▪ ***Furosemida 2 mg/ml*** – via endovenosa – perfusão contínua – indicado no controlo do edema secundário a insuficiência cardíaca congestiva, doença renal ou hepática, tratamento da hipertensão e da hipercalcemia;

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização de balanço hídrico, parâmetros hemodinâmicos, presença de edema, sinais de desidratação, mucosas secas, letargia, oligúria e a vigilância de sinais de anorexia, náuseas e vômitos, em doentes com administração concomitante de digitálicos (a hipocaliémia devido ao uso de diuréticos aumenta o risco de efeitos tóxicos de digitálicos).*

▪ **Insulina rápida 1 u/ml** – via endovenosa – perfusão contínua – indicado no tratamento da diabetes mellitus insulino-dependente ou no controlo da diabetes mellitus que apresenta uma resposta inadequada aos antidiabéticos orais; stress, gravidez ou infecção, causadores de um aumento temporário das necessidades de insulina.

As implicações para a prática de enfermagem incluem o despiste de sinais e sintomas de hipoglicemia (ansiedade, arrepios, diaforese, confusão, sonolência, polifagia, cefaleias, irritabilidade, náuseas, taquicardia, tremores, astenia) ou de hiperglicemia (sonolência, pele seca e ruborizada, hálito adoçado, poliúria, anorexia, astenia e polidipsia), avaliação regular do valor de glicemia capilar, com o consequente ajuste de dose.

▪ **Leite de magnésia 30ml** – S.N.G. – 8/8 horas – indicado no tratamento da obstipação, acção laxante, como no tratamento de situações resultantes do refluxo gastro-esofágico e da hiperacidez tais como: azia, enfartamento e indigestão.

As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de hipermagnesémia (fraqueza muscular, alterações electrocardiográficas, bradicárdia, hipotensão e sonolência, que podem progredir para paragem respiratória e bloqueio cardíaco) e vigiar sinais de desidratação (causada pelas perdas nas dejecções).

▪ **Levofloxacina 750 mg** – via endovenosa – uma vez/dia – indicada no tratamento de infecções das vias aéreas, pele e tecidos moles, osso e estruturas articulares causadas por microrganismos sensíveis.

As implicações para a prática de enfermagem incluem a colheita de espécimes para determinação de sensibilidade, monitorização de balanço hídrico (garantir aporte hídrico adequado para prevenção de cristalúria e vigilância de efeitos secundários (sinais e sintomas de pancitopenia e anafilaxia).

▪ **Metilprednisolona 40 mg** – via endovenosa – 12/12 horas – glucocorticoide de acção intermédia - indicado no tratamento de inflamações crónicas, doenças alérgicas, hematológicas, neoplásicas e auto-ímmunes.

As implicações para a prática de enfermagem incluem a detecção de sinais de insuficiência supra-renal (hipotensão, perda de peso, astenia, náuseas, vómitos, anorexia, letargia, confusão, agitação), monitorizar o balanço hídrico, despistando a

*presença de edemas ou aumento de peso consistente, avaliação do crescimento (nas crianças), avaliação de glicemia capilar (pode causar hiperglicemia), vigilância de características das fezes, despistando presença de sangue.*

- **Midazolam 5mg/ml** – via endovenosa – perfusão contínua – hipnótico sedativo (benzodiazepina). Está indicado para indução de sedação pré-operatória e amnésia pós-operatória. Contribui para a indução anestésica, provoca sedação do estado de consciência antes de procedimentos de diagnóstico ou radiológicos.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a observação do nível de sedação ou estado de consciência durante a administração e 2-6h após, monitorizar continuamente a pressão arterial, pulso e respiração durante a administração IV e ainda manter junto do doente oxigénio e equipamento de reanimação. Durante a administração, o enfermeiro deve monitorizar o local de injeção IV para impedir o extravasamento.*

- **Nutrison Standart** – S.N.G. – contínuo, de acordo com tolerância – nutrição entérica - indicado no tratamento dietético de patologias relacionadas com a malnutrição, sendo adequado como única fonte de alimentação.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância da tolerância alimentar e a vigilância de enfartamento, náuseas, diarreia e aspiração.*

- **Propofol 2%** - via endovenosa – perfusão contínua – anestésico geral, indicado na indução de anestesia geral e início e manutenção de sedação prolongada.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais de hipertensão intracraniana (contra-indicação à sua utilização), de hipotensão arterial e mioclonias.*

- **Ranitidina 50mg** – via endovenosa – uma vez/dia – Antagonista dos receptores H2 da histamina, anti-ulceroso indicado no tratamento e prevenção (prolongada) das úlceras duodenais ou úlceras gástricas benignas, controlo do refluxo gastro- esofágico, tratamento dos estados de hipersecreção gástrica;

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de dor epigástrica ou abdominal e hemorragia nas fezes, vômito ou aspirado*

*gástrico. Em doentes idosos ou muito graves devemos vigiar o aparecimento de confusão e referir ao médico.*

▪ **Soro glicosado** – indicado na hidratação e fornecimento de cloreto de sódio e glicose em estados de carência e manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico.

*As implicações para a prática de enfermagem incluem a avaliação do balanço hídrico, de sinais e sintomas de hiponatremia (cefaleias, taquicardia, astenia, secura das mucosas, náuseas, vômitos e câibras) e hipernatrémia (edemas, aumento de peso, hipertensão, taquicardia, febre, rubor cutâneo, alterações do estado de consciência) e dos valores de glicemia.*

### **3 – CONCLUSÃO**

Neste trabalho procurei expor um caso típico de um doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos e descrever os cuidados de enfermagem a prestar, no entanto, tive em conta a subjectividade com que cada doente/família vivenciam os seus processos de saúde/doença, o que confere a cada situação a sua singularidade. É essencial que o enfermeiro especialista (independentemente da sua área de actuação), contribua através do seu olhar “mais profundo” para a implementação de intervenções de enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.

Este estudo foi realizado através da consulta do processo clínico, da observação e do contacto directo com o doente e família, o que foi bastante gratificante para mim, na medida em que desenvolvi as minhas capacidades, adquiri conhecimentos e pude conhecer melhor a história do doente e desenvolver intervenções de enfermagem adequadas ao seu estado clínico e à sua patologia. O estabelecimento de uma relação empática com a doente/família que cuidamos permite-nos detectar as necessidades sentidas por eles e assim, adequar as nossas intervenções às suas necessidades proporcionando-lhes desta forma um cuidar humanizado.

Para a elaboração deste trabalho tive necessidade de investigar para adquirir conhecimentos sobre a CIPE e transpô-los para a prática, o que me proporcionou uma melhor compreensão desta classificação, possibilitando-me levantar diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa, tendo em conta as limitações ou incapacidades com que se depara. Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através das respostas às intervenções de enfermagem e evolução nos diagnósticos feitos pelos enfermeiros, é uma forma de demonstrar resultados da prática de enfermagem.

Quanto às dificuldades encontradas ao longo da realização deste Estudo de Caso prenderam-se essencialmente com o tempo, pois o período de estágio exigiu da minha parte imensa pesquisa e consulta bibliográfica e a conciliação do tempo de estágio, com o de pesquisa/consulta bibliográfica e o da actividade profissional foi por vezes difícil de gerir. O facto de ter consultado imensa bibliografia pertinente acerca da patologia, intervenções e cuidados, foi difícil sintetizar a informação mais importante. Apesar das dificuldades sentidas dei o meu melhor, e consegui depositar toda a dedicação na

elaboração deste estudo de caso. Considero que todas as dificuldades foram ultrapassadas e os objectivos foram atingidos.

Em suma, faço o balanço de uma experiência muito positiva e enriquecedora que me permitiu crescer a nível pessoal e profissional.

## 4- BIBLIOGRAFIA

**Bial.** Pneumonia adquirida na comunidade. *Website de Bial.* [Online] [Citação: 9 de Novembro de 2010.] [http://www.bial.com/pt/a\\_sua\\_saude.10/areas\\_terapeuticas\\_bial.13/antibioterapia\\_bial.46/pneumonia\\_bial.51.html](http://www.bial.com/pt/a_sua_saude.10/areas_terapeuticas_bial.13/antibioterapia_bial.46/pneumonia_bial.51.html).

**Carpenido, Lynda Juall. 2002.** *Diagnósticos de Enfermagem-Aplicação à Prática Clínica. 8ª Ed.* Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-948-7

**Conselho Internacional de Enfermeiras. 2002.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE - Versão Beta 2.* Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros e Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde. ISBN: 972-98149-5-3.

**Deglin, Judith e Vallerand, April. 2009.** Guia farmacológico para enfermeiros. 10ª Edição Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. ISBN: 978-972-8930-44-8.

**Esmond, Glenda. 2009.** Enfermagem das doenças respiratórias. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas. ISBN: 972-8383-91-6

**Fernandez, Elaine. 1998.** Só «fazer as observações»: a prática reflexiva na enfermagem. Julho/Agosto de 1998, Vol. 124, pp. 18-22.

**Fortin, Marie-Fabienne. 2009.** *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN:978-989-8075-18-5

**Goldenzwaig, Nelma. 2005.** Administração de medicamentos na Enfermagem. 5ª Ed.. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan S.A.

**Morgado, Manuel e Rolo, Sandra. 2005.** Pneumonia adquirida na comunidade no indivíduo imunocompetente. [ed.] J. A. Aranda Silva. *Boletim do CIM - Centro de Informação do Medicamento.* Março/Abril de 2005, pp. 3-4.

**Osuna, Alina, et al. 2006.** Pneumonia adquirida na comunidade e Pneumonia Severity Index 20 (PSI-20): um estudo de 262 doentes. [ed.] João Sequeira. *Medicina Interna - Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.* Julho/Setembro de 2006, Vol. 13, pp. 162-171.

**Paula, Filipe. 2007.** Pneumonia. *Website da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa.* [Online] 4 de Dezembro de 2007. [Citação: 10 de Novembro de 2010.] <http://www.aefml.pt/download/comissao2004/annotadas%205%20ano%200708/Medicina%20II/Medicina/Doenas%20Infecciosas/Aula%20Pneumonia.pdf>.

**Torres, Blancard. 2005.** Pneumologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.,

**Travis, William D., Beasley, Mary Beth e Rubin, Emanuel. 2006.** Sistema Respiratório: bases clinicopatológicas da medicina. 4ª Edição. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan S.A..

**Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M. e Lough, Mary E. 2008.** Prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Thelan's - Enfermagem de cuidados intensivos - Diagnóstico e*

*Intervenção*. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda..

**Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M. e Lough, Mary E. 2008.** Distúrbios pulmonares. *Thelan's Enfermagem de cuidados intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico Lda..

## **ANEXO XI**

### **Atribuições do Enfermeiro Responsável de Turno**

## **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO**

O presente documento consta da descrição das funções do Enfermeiro responsável de turno do Serviço de Urgência do CHMA- Famalicão e tem por objectivo esclarecer toda a equipa de Enfermagem, uniformizar atitudes e procedimentos no que se refere ao desempenho destas funções.

### **ACÇÕES A DESENVOLVER PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO:**

- *Substituir o Enfermeiro Responsável do Serviço na sua ausência e/ou impedimento;*
- *Respeitar e fazer respeitar as normas e os protocolos inerentes ao serviço/instituição;*
- *Providenciar para que em situações inesperadas, o serviço fique devidamente assegurado;*
- *Alterar se necessário o plano de trabalho de acordo com as faltas inesperadas ou trocas de turno de última hora;*
- *Promover um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa;*
- *Gerir conflitos, mantendo espírito de equipa, promovendo uma boa comunicação;*
- *Coordenar a equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais em conformidade com as necessidades de cada situação específica;*
- *Estabelecer prioridades e linhas de acção que promovam a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a eficácia do funcionamento do SU;*
- *Gerir recursos humanos e materiais;*
- *Supervisionar a saída de materiais/ equipamentos para outros serviços;*
- *Gerir os horários das refeições dos elementos da equipa;*
- *Delegar funções sempre que necessário;*
- *Acompanhar a integração dos elementos da equipa;*
- *Monitorização periódica da integração dos elementos, juntamente com o elemento integrador e o chefe de serviço;*
- *Registar avarias que ocorram durante o turno e se possível providenciar para que sejam resolvidas;*
- *Supervisionar a limpeza do serviço;*
- *Supervisão do trabalho dos Assistentes Operacionais;*

- *No final de cada turno fazer os registros relevantes na Agenda de ocorrências do serviço e transmitir ao colega responsável do turno seguinte informações relevantes para a continuidade dos cuidados.*

## **ANEXO XII**

### **Plano de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros no SU**

## PLANO DE INTEGRAÇÃO E ACOLHIMENTO

<b>PROGRAMA ESPECIFICO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>				
<b>Nome do Profissional a integrar:</b>				
Objectivo	Actividades programadas	Horizonte temporal	Validação	Avaliação
<b>Grupo Profissional – Enfermagem</b>				
Conhecer a estrutura física do serviço e os recursos humanos	Acolhimento pelo enfermeiro chefe ou seu substituto; Visita guiada ao serviço; Apresentação à equipa multiprofissional; apresentar senha de entrada no serviço.	1º dia		Observação/Entrevista
Identificar a história, objectivo, missão e área de influência da Instituição	Efectuar breve resenha histórica e remeter para o Manual de Integração, de forma a complementar a informação fornecida; Apresentar organograma do serviço; Apresentar o Plano de Actividades para o ano em curso; Facultar guia de integração na Instituição (se existir). Anexo I	1º dia		Entrevista
Conhecer o(s) seu(s) tutor (es) (Anexo 3) e informá-lo(s) das suas experiências, motivações, expectativas e potencialidades para o trabalho que vai desenvolver	Garantir a adequação ao seu percurso de desenvolvimento profissional.	2º dia		Entrevista
Utilização de fardamento e vestuário	Acompanhar ao vestiário e explicar programa de fardamento no serviço.	1º dia		Observação
Conhecer o horário do serviço e forma de controlo de assiduidade	Apresentar horário de serviço e orientar para senha de controlo biométrico.	1º dia		Entrevista
Identificar os fenómenos de doença mais frequentes no serviço	Consulta documental (dados de caracterização dos doentes); Fazer consulta bibliográfica sobre patologias, técnicas e procedimentos mais frequentes no serviço.	1ª semana		Entrevista/ Segurança que revela no desempenho

Identificar Normas, Procedimentos e projectos existentes no serviço/ Organização e aplicá-los na realização de procedimentos técnicos	Apresentar Manuais existentes: Risco de queda; Aspiração de secreções oro/ nasofaringe; Entubação traqueal; Aspiração secreções endotraqueal; Restrição da mobilidade em doentes agitados ou violentos; Regulamento de visitas e acompanhamento no SU; Referenciação do enfermeiro para transporte de doentes inter-hospitalar; Balanço hídrico; Avaliação e registo da intensidade da dor; Notas de transferência no Módulo SAPE; Registo de quedas; Avaliação de risco para úlceras de pressão 2º Braden; Cuidados de enfermagem ao doente com implantofix; Ventilação não invasiva. Normas da CCI: algaliação, utilização de luvas, higienização do ambiente hospitalar; resíduos hospitalares; higienização das mãos; isolamento; IACS. Entrevistas informais. Actua de acordo com as Norma e Procedimentos existentes no serviço.	1ª e 2ª semanas		Observação/ Entrevista Segurança que revela no desempenho
Observar enfermeiro tutor a fazer triagem	Observa fluxogramas disponíveis; Obtém informação sobre o circuito que o doente percorre desde a chegada ao serviço até ao seu atendimento.	2º dia		Observação/ Entrevista
Observar e manipular os diversos equipamentos e materiais existentes no serviço	Observa e experimenta funcionamento de monitores e máquina perfusoras; Avalia e regista sinais vitais e monitorizações; Conhece as funcionalidades dos diversos materiais. Interpreta correctamente os dados fornecidos pelos equipamentos.	3º dia		Observação/ Entrevista/ Segurança que revela no desempenho
Conhecer Plano de Trabalho diário	Apresentar plano de trabalho diário. Receber turno com tutor na área que lhe está atribuída no Plano de trabalho.	2º dia		Observação
Ter contacto com processo do doente e registos e participar na transferência	Aplicar sistema de informação SAPE para internamento e BO. Fazer nota de alta	2ª e 3ª semanas		Observação /Segurança que revela no desempenho

/internamento/alta de doentes				
Conhecer método de trabalho e compreender a importância do trabalho em equipa	Apresentar metodologia de trabalho adoptada no serviço. Estabelece relações profissionais socializantes. Entrevistas informais.	2º dia		Observação/ Entrevista
Conhecer a articulação com os diversos serviços da organização	Contactar previamente os Serviços onde os doentes são internados e transmitir ao colega a informação necessária para possibilitar a continuidade de cuidados; Apresentar diferentes serviços: Serviço Social, Farmácia, Diagnóstico e Tratamento, Instalações e Equipamentos, Aprovisionamento.	1ª e 2ª semanas		Observação/ Entrevista
Utilizar o sistema de aplicação informática Alert	Apresentar o sistema e previamente orientar para a atribuição de palavra passe e senha de acesso.	1ª semana		Observação/ Entrevista
Conhecer Atribuições do Enfermeiro Responsável de turno	Consultar documento: Atribuições do Enfermeiro Responsável de turno; Observar actuação do enfermeiro responsável de turno; Entrevistas informais.	1ª semana		Observação/ Entrevista
Integração nos vários sectores do serviço	Apresentar etapas de integração com a seguinte sequência: Triagem (observação), Nebulizações, Macas, OBS, Trauma e Emergência. Apresentar horário diurno (M e T) na 1ª semana, com um tutor e rollman com outro tutor, durante 2ª e 3ª semanas- na equipa de que vai fazer parte depois de integrado. Na última semana: efectuar horários alternados com os 2 integradores na(s) área(s) em que sentir mais dificuldade.	1ª 2ª e 3ª semanas		Observação/ Entrevista/ Segurança que revela no desempenho
Prestar cuidados de enfermagem aos doentes que recorrem ao SU	Aplicar metodologia científica do Processo de Enfermagem, Utilizar correctamente os instrumentos de registos do serviço, treino de registos. Preparar material para técnicas específicas: cateterização periférica;, CVC, ENG, aspiração de secreções; cateterização urinária, pensos, lavagem	1ª e 2ª semanas		Observação/ Entrevista/ Segurança que revela no desempenho

	gástrica e vesical, colheitas para análises laboratoriais, etc. Participar activamente na passagem de turno junto dos doentes.			
Participar nos procedimentos de organização do serviço	Conhecer procedimentos específicos em cada área de trabalho e pô-los em prática; Repor stocks em cada área. Manter serviço arrumado.	Até 3ª semana		Observação/ Entrevista/ Segurança que revela no desempenho
Conhecer os aspectos éticos e legais inerentes à profissão de enfermagem	Consulta documental ( Dec. Lei 437/91 e 412/98; REPE, Estatuto da Ordem e Código Deontológico.	Até 3º semana		Observação/Entrevista
Aplicar os princípios da relação de ajuda	Apresentar relação com utentes e família/ pessoa significativa, mostrando-se disponível, permitindo expressão de necessidades, acolher, ouvir, não julgar, não discriminar.	Até 2ª semana		Observação/ Entrevista

**Nota:**

A duração do período de integração deve ser validada individualmente e varia consoante as capacidades, competências e experiências adquiridas em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. O profissional integrado e autónomo é aquele que demonstra que está instruído em pormenor acerca das técnicas a executar e obteve o treino adequado para o desempenho das funções.

Tutores

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura) (Data)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura) (Data)

Chefe de Serviço

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura) (Data)

**ANEXO XIII**

**Folha de Registos de Enfermagem da UCI**





FOLHA DE REGISTRO DE EXERCÍCIOS  
SERVIÇOS CUIDADOS INTENSIVOS

Form fields for patient identification: NOME, NOME DO PAZIENTE, NOME DO RESPONSÁVEL, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RACIA, ALERGIA.

Form fields for caregiver identification: NOME, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RACIA, N.º CREA, N.º CRM.

Main grid table with columns for patient name, caregiver name, date, and time. Includes a legend for service types (e.g., 1 - SERVIÇO DE ENFERMAGEM) and a section for 'OBSERVAÇÕES' at the bottom.

OBSERVAÇÕES

