



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

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA  
PROMOÇÃO DO PROJECTO DE SAÚDE DO CLIENTE CRÍTICO

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 Daniela Cristina Pinto de Matos

PORTO, JUNHO DE 2010



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

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA  
PROMOÇÃO DO PROJECTO DE SAÚDE DO CLIENTE CRÍTICO

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 Daniela Cristina Pinto de Matos

Sob orientação de Professora Maria Lúcia da Rocha

PORTO, JUNHO DE 2010

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Filipe, pelo seu Amor, que me sustenta e é a minha base;*

*Aos meus pais pelo incentivo;*

*Ao meu sogro pela ajuda;*

*Ao Jorge e à Virgínia pelo estímulo final;*

*Aos meus Amigos da Cirurgia 2 pelas trocas e pela paciência com o meu mau humor;*

*Aos meus Amigos pelo tempo que não estive com eles;*

*À Professora Lúcia pela persistência;*

*A Deus, que me acompanha sempre.*

## **RESUMO**

O presente Relatório ilustra o percurso realizado durante o Estágio do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem, e possui integridade referencial para a conclusão da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Enquadra-se na Unidade Curricular Relatório, constituindo um testemunho escrito crítico e reflexivo das actividades desenvolvidas para adquirir e expandir competências específicas naquela área.

O Estágio constituiu-se de um total de 750 horas divididas em três Módulos para que as competências desenvolvidas tivessem o contributo de realidades distintas, tais como os serviços de Cirurgia (Unidade 2) e de Urgência do Hospital de Santo António, enquadrados no Centro Hospitalar do Porto, e a Unidade de Cuidados Especiais/Queimados do Hospital da Prelada.

O principal objectivo deste documento é descrever as actividades desenvolvidas em cada módulo de Estágio e demonstrar a aquisição de competências específicas na área de Enfermagem médico-cirúrgica. Para lhe dar resposta o Relatório divide-se em duas partes distintas. Na primeira descreve-se o processo de desenvolvimento de competências, através da exposição das actividades realizadas e da sua integração no Projecto de Estágio traçado inicialmente. Na segunda parte comprova-se a capacidade reflexiva através da apresentação de uma perspectiva inovadora sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: será o profissional que não intervém apenas para remediar as situações críticas mas, acima de tudo, para as prevenir. Por outro lado evoca o plano de saúde do cliente crítico como um referencial ético-deontológico. O documento culmina com a apresentação de indicadores em saúde sensíveis aos cuidados do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

Todo o documento é transversalmente acompanhado de reflexão crítica e da demonstração da capacidade de integrar conhecimentos na prática e adequar comportamentos rumo à excelência como enfermeira especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

## **ABSTRACT**

The present Report illustrates the path taken along the Probation of the second Master Degree in Nursing, and has referential integrity for the conclusion of the Specialization in medical-surgical Nursing. It fits in the Curricular Unit Report, and it constitutes a critical and reflective written testimony of the developed activities to acquire and to expand specific abilities in that area.

The Probation consisted of a total of 750 hours divided in three Modules so that the developed abilities had contributions of distinct realities, such as the services of Surgery (Unit 2) and Emergency of the Hospital of Santo António, included in the Centro Hospitalar do Porto, and the Unit of Special Care/Burns of the Hospital of Prelada.

The main goal of this document is to describe the activities developed in each module of Probation and demonstrate the acquisition of specific abilities in the area of medical-surgical Nursing. In order to achieve it this Report is divided in two distinct parts. In the first one it is described the process of development of abilities, through the exposition of the developed activities and its integration in the Project of Probation traced initially. In the second part it is proven the reflective capacity through the presentation of an innovative perspective on the role of the nurse specialist in medical-surgical Nursing: it will be the professional who not only steps in to attenuate the critical situations but, above all, to prevent them. On the other hand it evokes the plan of health of the critical patient as an ethical-deontological referential. The document culminates with the presentation of health indicators sensitive to the care of the nurse specialist in medical-surgical Nursing.

The entire document is transversally supplemented with critical reflections and the demonstration of the capacity to integrate knowledge in practices and to adjust behaviors up to the excellence as nurse specialist in medical-surgical Nursing.

## ÍNDICE

0. Introdução .....	1
1. Módulo III (Opcional): Serviço de Cirurgia, Unidade 2 .....	5
ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	5
2. Módulo I: Serviço de Urgência .....	20
ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	21
3. Módulo II: Serviço de Cuidados Intensivos .....	30
ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	31
4. O Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: contribuições para o projecto de saúde do cliente crítico .....	40
5. Indicadores de Qualidade dos cuidados.....	49
6. Conclusões.....	54
Referências bibliográficas .....	58
ANEXOS .....	
Anexo A - Plano de Formação para assistentes Operacionais 2009.....	
Anexo B - Proposta de guideline: preparação respiratória do cliente no pré-operatório de cirurgia pulmonar .....	
Anexo C - Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do EEEMC.....	
Anexo D – Guia informativo do doente queimado e da família.....	
Anexo E – Formação em serviço – Índice BIS: aplicação e uso.....	

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**CHP** – Centro Hospitalar do Porto

**UCE** – Unidade de Cuidados Especiais

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EEMC** – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**HSA** – Hospital de Santo António

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNCI** – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**STM** – Sistema de Triagem de Manchester

**CIPE/ICNP** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/ International Classification for Nursing Practice

**EEG** – Electroencefalograma

**ICN** – International Council of Nurses

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

## **0. INTRODUÇÃO**

O Relatório seguinte enquadra-se na Unidade Curricular com o mesmo nome, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem. Consta da descrição e reflexão crítica das actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências específicas. Tem como finalidade permitir a obtenção do Grau de Mestre com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Estágio compõe-se do tempo para, em contexto prático, aplicar e desenvolver os conhecimentos teóricos. Pretende o desenvolvimento de competências pessoais, metodológicas, cognitivas, de adaptação, relacionais, educativas, pedagógicas, de organização, de desenvolvimento pessoal, clínicas, psicossociais e ético-deontológicas. Por outro lado, é o momento de reflectir de forma crítica no contraste da realidade com os conhecimentos adquiridos, construindo uma figura própria de desempenho face à actividade profissional do enfermeiro especialista.

Actualmente o ensino não é unidireccional; os conhecimentos não são transmitidos como se os alunos se tratassem de uma tábua rasa onde os mesmos se inscrevem. Espera-se que tenham um papel activo e pró-activo. Fazendo uso da minha experiência, de vida e de profissão, desenvolvi de forma activa e participativa a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências, a progressão autónoma no aprofundamento da profissão e da disciplina. Esse crescimento foi orientado pelos conhecimentos científicos recentes e relevantes, bem como por profissionais de reconhecida qualidade na sua prática de enfermagem especializada. Desenvolvi, assim, um espírito crítico fundamentado que me permitiu adquirir as competências específicas preconizadas e construir um perfil próprio como enfermeira especialista. Desta forma pretendo apresentar uma resposta adequada às exigências actuais no domínio da saúde e da procura de cuidados de enfermagem de qualidade.

O Estágio foi dividido em três módulos, um dos quais opcional. A sua duração total de 750 horas foi dividida pelos serviços de Cirurgia Geral, Unidade 2, e Urgência do CHP, bem como pela UCE, do Hospital da Prelada. As experiências recolhidas em diferentes

locais permitem aumentar as oportunidades de aprendizagem e o leque de conhecimentos adquiridos, pelo que constituiu uma mais-valia.

O Serviço de Cirurgia, Unidade 2, foi escolhido para desenvolver o Módulo Opcional dado que é o local onde exerço a minha actividade profissional. Procurei aprofundar o papel do EEEMC num internamento onde aquele profissional tem de desenvolver as suas competências clínicas de avaliação sem recorrer a mecanismos invasivos de monitorização. É um local onde a família e o cliente exigem um atendimento especializado na preparação do pré e pós-operatório, onde a preparação do regresso a casa assume primordial importância.

O Módulo no Serviço de Urgência é de carácter obrigatório dado que, por eleição, este é o serviço que recebe o cliente crítico e onde os enfermeiros devem estar preparados para detectar precocemente sinais de complicações, actuando de forma técnica adequada e eficiente, sem descurar a humanização do cuidado. Por outro lado a necessidade de cuidados especializados e diferenciados prende-se com o número de clientes e o tempo, que são inversamente proporcionais, o que exige dos profissionais um elevado grau de adequação das intervenções implementadas.

A Unidade de Cuidados Especiais/Queimados assume um papel fundamental no desenvolvimento do meu percurso pessoal rumo à especialização, dado que se trata do atendimento em internamento prolongado de clientes sujeitos a um trauma grave, e famílias com inúmeras necessidades em cuidados de enfermagem, essencialmente ao nível da facilitação das transições vividas pelo impacto da queimadura no seu ente querido. As competências técnicas, de organização e de comunicação são também mobilizadas neste serviço onde o cliente é verdadeiramente crítico e a sua evolução muito reservada.

O documento encontra-se organizado de forma a ilustrar o caminho por mim realizado na persecução dos objectivos profissionais, académicos e pessoais. Tem como objectivo principal demonstrar a aquisição de competências específicas no domínio da EMC através da reflexão face às actividades desenvolvidas, no que diz respeito à sua pertinência, ao seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências. Reflecte-se face às condicionantes inerentes a cada campo de actividade enquanto aluna

e sob a forma como essas condicionantes foram ultrapassadas e integradas como oportunidades de aprendizagem. Pretende também identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados e que resposta foi apresentada.

Todo o documento é transversalmente acompanhado pela reflexão crítica e demonstra a capacidade de integrar os conhecimentos na prática e adequar comportamentos. As 750 horas de Estágio permitiram compreender que ainda há um caminho a ser desenvolvido para elucidar de que forma o EEEMC pode contribuir para o cumprimento e desenvolvimento do projecto de saúde do cliente crítico, bem como qual a metodologia de trabalho que melhor lhe permite desempenhar estas funções.

Foi seguida uma metodologia descritiva e analítica face à exposição em linhas gerais das actividades desenvolvidas, confrontando o projecto de estágio inicialmente traçado com o caminho realizado. Optei por esta metodologia dado que permite espelhar e ilustrar o meu crescimento e a aquisição de competências fruto da reflexão da e na prática. Com suporte da pesquisa bibliográfica, vivência pessoal e dos contributos do percurso académico complementei o caminho percorrido.

O Relatório está organizado em capítulos, cinco no total, que foram delineados de forma a reflectir as actividades desenvolvidas em cada Módulo e como contribuíram para a aquisição das competências preconizadas, bem como se corresponderam ao projecto traçado. Os três primeiros capítulos são dedicados a esta temática.

Dediquei um capítulo à análise do papel do enfermeiro especialista como enfermeiro de referência e como promotor do projecto de saúde do cliente crítico. Considerei importante descrever a forma como a prática me fez reflectir e me suscitou um pensamento pessoal, sustentado cientificamente, revelando assim competência crítica e capacidade construtiva face à realidade. As preocupações éticas são manifestadas transversalmente. Devem sempre nortear a actividade profissional especializada (ou não), dado que a base da Enfermagem é a relação com o outro e a que o enfermeiro não pode deixar de atentar no seu desempenho, demonstrando que respeita o código deontológico e, conseqüentemente, a dignidade da pessoa, zelando para que todos os elementos na equipa de saúde o façam também.

Culmina com a exploração de indicadores de qualidade, factor indispensável para que a Enfermagem se afirme como uma profissão autónoma e como uma ciência, pois apenas com qualidade se pode corresponder às expectativas do cliente.

## 1. MÓDULO III (OPCIONAL): SERVIÇO DE CIRURGIA, UNIDADE 2

A Unidade de Cirurgia 2 integra o Serviço de Cirurgia do HSA. É constituída por 25 unidades destinadas ao internamento programado de clientes referenciados pela Consulta Externa, mas recebe também clientes do Serviço de Urgência.

Os clientes apresentam, maioritariamente, patologias do foro oncológico e são cada vez mais idosos. A equipa multidisciplinar encontra-se perante um cliente e uma família fragilizados, em que a tendência para a ocorrência de complicações pós-operatórias é crescente. Frequentemente são cuidados clientes em final de vida.

Os factores de risco presentes podem implicar uma articulação com o serviço de cuidados intensivos, para onde o cliente pode ser orientado após a cirurgia. No seu regresso à enfermaria o cliente apresenta, normalmente, necessidades em cuidados de enfermagem muito específicas, sensíveis aos cuidados especializados. É um serviço onde as situações críticas surgem de forma inesperada, implicando a mobilização rápida de conhecimentos e técnicas específicas.

Exerço a minha actividade profissional como enfermeira generalista nesta Unidade, factor que influenciou a sua selecção como campo de estágio para o Módulo Opcional.

### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o REPE “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de Enfermagem”<sup>1</sup>. Por outro lado, “ao enfermeiro especialista compete executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro (nível I) e de enfermeiro graduado, e ainda o seguinte (... )”<sup>2</sup>. Neste sentido

---

<sup>1</sup> REPE, DL n.º 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo DL n.º 104/98 de 21 de Abril.

<sup>2</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro.

ao longo do Estágio participei nos cuidados directos aos clientes internados, cumprindo os planos de cuidados, para os quais contribuí.

A prestação de cuidados foi complementada com a partilha de opinião sobre as intervenções de enfermagem implementadas e dos seus potenciais ou reais ganhos em saúde. Foram realizadas técnicas simples, como execução de tratamento de feridas, dar banho no leito, otimizar drenos, inserir catéter venoso periférico, entre outras tantas de complexidade similar. Cada uma delas foi importante para melhorar o meu desempenho técnico, dado que também se espera do EEEMC que seja exímio executor. Considero interessante apresentar o que fiz de específico, de diferente da minha actividade profissional diária; isto é, para além de cumprir o que se espera de um enfermeiro de nível I, que contributos foram proporcionados no sentido de *“prestar os cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente junto do utente em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui.”*<sup>3</sup>

Seguindo o Processo de Enfermagem compete-me, em primeiro lugar, avaliar as necessidades do serviço em cuidados de enfermagem especializados e, após, pesquisar e sugerir soluções, implementando aquelas que, sendo exequíveis, poderão dar resposta aos meus objectivos pessoais, bem como ao projecto de estágio previamente traçado.

Da minha avaliação constatei que o enfermeiro especialista não regista no plano de cuidados dos clientes as intervenções por ele implementadas. Esta realidade deve-se à falta de resposta originada pela ausência de padronização do SAPE no domínio dos diagnósticos e intervenções inerentes à actividade do enfermeiro especialista. Gera-se assim uma quebra na continuidade de cuidados e uma lacuna na documentação dos ganhos de saúde sensíveis aos seus cuidados.

As cirurgias são eventos que exigem ao cliente uma adaptação. *“Qualquer procedimento cirúrgico é precedido por algum tipo de reacção emocional pelo paciente, seja ela óbvia, ou oculta, normal ou anormal. A angústia psicológica influencia directamente o funcionamento do corpo.”*<sup>4</sup> Há um processo de transição que

---

<sup>3</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alínea a)

<sup>4</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Vol. I, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 309.

nem sempre os clientes são capazes de realizar de forma eficaz. Observei que tal surge principalmente ao nível de cirurgias por motivos oncológicos ou em que o pós-operatório implica uma alteração da qualidade de vida.

As competências do EEEMC permitem-lhe identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio da resposta humana às transições e intervir adequadamente. Observei que tal não é realizado de forma sistemática, embora sejam reconhecidas as necessidades em cuidados nesta área.

O processo de preparação da alta de um cliente começa na sua admissão ao serviço *“Para preparar a alta hospitalar precoce e a possível necessidade de acompanhamento no lar, o planeamento da alta começa com o internamento do paciente”*<sup>5</sup>. Quando se trata de uma cirurgia considero, com base no que observei, que este processo se deveria iniciar nas consultas pré-operatórias. A realidade observada é que muitos clientes chegam ao internamento com escassa ou nenhuma informação sobre como se vão desenrolar os dias seguintes, incluindo a cirurgia. Esta situação cria ansiedade, insegurança, emoções negativas que irão condicionar a transição para o novo status de saúde. As informações fornecidas pelos profissionais de saúde são menos assimiladas e a preparação para a cirurgia pode ficar comprometida. Todas as condicionantes referidas confluem para que o cliente não tenha reunidas condições fundamentais quando abandona o hospital, e *“um inadequado planeamento da alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o autocuidado e readmissões subsequentes por insuficiente educação do paciente.”*<sup>6</sup>

Verifiquei que a preparação pré operatória não obedece a um protocolo no que concerne ao ensino e à preparação respiratória; é deixado ao critério de cada enfermeiro (e muitas vezes ao tempo disponível) que tipo de informação recebe e que tipo de exercícios faz um cliente antes da cirurgia. Uma organização sistemática deste processo poderia representar ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da redução do tempo de internamento *“O valor da instrução pré-operatória tem sido reconhecido. Cada*

---

<sup>5</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Vol. I, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 17.

<sup>6</sup> GONÇALVES, Deolinda Maria da Silva Afonso. 2008. *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde]*. Universidade Aberta. Lisboa. Pág. 80.

*paciente é ensinado individualmente, observando-se suas preocupações ou necessidades particulares, de modo a que o programa de instrução baseado nas necessidades da pessoa possa ser planeado e implementado.*”<sup>7</sup>

Após esta avaliação de necessidades do serviço, tracei os meus objectivos específicos (referenciados a **negrito**) no sentido de lhes dar resposta, bem como ao Projecto de estágio inicialmente traçado.

Para **aprofundar conhecimentos na área de gestão do serviço** comecei por perceber, a nível de espaço e material, o que poderia reorganizar para os enfermeiros desempenharem melhor as suas funções e, ao mesmo tempo, reduzir os custos, dado que o enfermeiro especialista deve “*colaborar na determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados*” e “*emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade.*”<sup>8</sup> Foram assim reorganizadas as salas de enfermagem. Foi verificado o material clínico e farmacológico ao nível da quantidade, qualidade e localização. Constituiu-se uma nova lista de material e uma nova organização do espaço, no sentido de manter de fácil acesso a quantidade de material suficiente para situações de emergência. As condições de conservação do material foram respeitadas (por exemplo, alguns medicamentos são fotossensíveis) e o espaço foi otimizado de forma a garantir a segurança do cliente e dos profissionais de saúde, bem como mais espaço de trabalho e, assim, maior facilidade de limpeza e manutenção.

Ainda na área da gestão dediquei alguns turnos a acompanhar a enfermeira chefe no sentido de entender de que forma o enfermeiro especialista a pode assistir. Observei a organização do plano de trabalho, a elaboração de um horário mensal, o planeamento de reuniões de Departamento, a resposta a pedidos da Direcção Hospitalar, o acompanhamento do trabalho de alguns enfermeiros em comissões específicas (Controlo de Infecção e Sistemas de Informação), desenvolvendo assim competências de gestão e de liderança.

---

<sup>7</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Vol. I, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 312.

<sup>8</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelo DL n.º 412/98 e DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alíneas f) e e).

No momento do estágio verificava-se uma inadequada relação entre o número de enfermeiros nos cuidados e o número necessário, pelo que pude observar a fundamentação da necessidade de mais enfermeiros. Contribuí dando a conhecer o documento “*Dotações seguras salvam vidas*”<sup>9</sup>. Este documento fundamenta que a segurança do cliente está directamente relacionada com o rácio enfermeiro-cliente. Inclui alguns exemplos de rácios considerados correctos; num Serviço de Cirurgia Geral, na Austrália, o rácio enfermeiro-cliente é de 1:4 no turno da manhã e contempla ainda a figura do enfermeiro responsável. Na Unidade de Cirurgia 2, no turno da manhã, o rácio é de 1:6 e de 1:7, e contempla a figura do enfermeiro responsável; logo, a dotação, de acordo com os referidos standards, não é segura. Demonstrei que “*tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área de EEMC*”.

O equilíbrio entre os recursos para providenciar o melhor cuidado ao cliente internado e os seus custos financeiros é o objectivo da gestão. Se a competência de gestão do serviço é da exclusividade da enfermeira chefe, a gestão dos cuidados é da exclusividade do EEMC. Este deve “*Responsabilizar-se pela área de enfermagem nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade, e à consecução das intervenções de enfermagem deles recorrentes.*”<sup>10</sup> Este profissional deve ser o pivô entre os elementos da equipa que cuidam o cliente, garantindo que todas as intervenções são adequadas à sua situação em particular, evitando assim a duplicação de intervenções, a ausência das mesmas ou até que diagnósticos importantes sejam ignorados. Percebi, assim, **qual o papel do enfermeiro especialista no serviço de Cirurgia Unidade 2**. Desenvolvi competências na área da gestão de cuidados ao acompanhá-lo na visita médica, no contacto com outros elementos da equipa (assistente social, fisioterapeuta, médicos da consulta de dor aguda), bem como na cooperação com os enfermeiros generalistas nas suas funções, ou então na distribuição dos recursos humanos em função das necessidades detectadas no turno. É este enfermeiro que avalia os clientes provenientes do Serviço de Urgência e das Unidades de Cuidados Intensivos, identificando as situações de risco e implementando medidas preventivas.

---

<sup>9</sup> Cf. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006. *Dotações seguras salvam vidas – instrumentos de informação e acção*. Edição portuguesa por Ordem dos Enfermeiros, Abril de 2006.

<sup>10</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alínea d).

No serviço decorre um projecto de investigação no domínio das necessidades em enfermagem manifestadas pela mulher submetida a cirurgia da mama. O enfermeiro especialista deve “*Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem visando a melhoria dos cuidados em enfermagem.*”<sup>11</sup> Colaborei realizando algumas entrevistas a mulheres internadas no serviço, e oferecendo opiniões sustentadas sobre qual a melhor forma de tratar os dados. Deste modo “*participei e promovi a investigação em serviço na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica*”, de acordo com o Projecto inicialmente traçado.

Dado que uma das funções legais do enfermeiro especialista é “*Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e de outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro chefe o respectivo plano anual de actividades*”<sup>12</sup> foi meu propósito **participar na formação em serviço.**

A Formação na Unidade de Cirurgia 2 divide-se em grupos: para enfermeiros e para assistentes operacionais, considerando que as necessidades são diferentes. Tem como método a observação do quotidiano (identificando áreas de melhoria), a avaliação da formação do ano anterior, identificando-se áreas problemáticas, e respondendo às solicitações dos profissionais. Colaborei na elaboração do plano de formação do serviço direccionado às assistentes operacionais (Anexo A). Esta contribuição foi também uma oportunidade de reflectir no papel do enfermeiro especialista na delegação de funções e na preparação dos profissionais que as vão cumprir.

A OE emitiu uma tomada de posição sobre a delegação de funções por parte dos enfermeiros. Segundo o código deontológico, o “*enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega*”<sup>13</sup> e deve “*assegurar a qualidade e a continuidade das actividades que delegar*”<sup>14</sup>. Por outro lado, o REPE refere que “*os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar*”<sup>15</sup>. Deste

---

<sup>11</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alínea j).

<sup>12</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alínea g).

<sup>13</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007. *Delegação: tomada de posição. Parecer n.º 136/2007. Pág. 1.*

<sup>14</sup> *Ibidem. Pág. 1.*

<sup>15</sup> REPE, DL n.º 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo DL n.º 104/98 de 21 de Abril, artigo 10º.

ponto de vista percebe-se porque assume particular importância a formação das assistentes operacionais. É importante formar para executar tarefas mas, ainda assim, “*delega-se a prestação de tarefas em pessoal preparado para assistir – e não para substituir – o enfermeiro*”,<sup>16</sup> pelo que este deve sempre supervisionar as tarefas que delega.

Era, inicialmente, objectivo realizar acções de formação sobre o controlo de infecção aos diferentes grupos profissionais. Todavia, revelou-se não oportuno dado que se encontra em curso um programa hospitalar de sensibilização e mudança na área da infecção associada aos cuidados de saúde. Esta é uma área sensível aos cuidados do EEEMC, nomeadamente ao nível da prevenção. É este profissional que deve constituir um exemplo e fonte de informação para a equipa.

Para **participar activamente nas medidas de prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde** colaborei na execução do programa referido. Numa primeira etapa a colaboração foi ao nível dos inquéritos de observação. Esta fase pretende fazer o diagnóstico de situação acerca das atitudes dos profissionais perante as oportunidades de combater a infecção associada aos cuidados de saúde. A minha participação constou do preenchimento de inquéritos de observação a todos os profissionais de saúde do serviço. Demonstrou-se que a lavagem das mãos, acto simples e que constitui a melhor forma de diminuir a prevalência das infecções cruzadas, se encontra frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde, bem como pelos alunos presentes em contexto hospitalar. O PNCI revela que “*30 a 40% das infecções provocadas por agentes resistentes a nível hospitalar são resultado da infecção cruzada, tendo como veículo as mãos dos profissionais de saúde*”<sup>17</sup>. Da observação constatou-se que o soluto alcoólico de secagem rápida para higienizar as mãos, que estava disponível na entrada de cada enfermaria, não era utilizado tão frequentemente quanto o desejado. Neste sentido colaborei na colocação de solutos alcoolizados em todas as unidades individuais dos clientes, num suporte pendurado na base da cama, de fácil acesso. Empiricamente posso afirmar que a higienização das mãos aumentou dado que o recurso se encontrava

---

<sup>16</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007. *Delegação: tomada de posição. Parecer n.º 136/2007. Pág. 1.*

<sup>17</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007. *Programa Nacional de Prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. Lisboa. Pág. 6.*

facilmente acessível, tendo sido uma forma eficaz de formação em ambiente informal. Foram igualmente incentivados os familiares a higienizar as mãos (pelo menos) antes e depois da visita ao cliente internado.

Faz parte de **prestar cuidados específicos à pessoa no pré-operatório** o ensino sobre a preparação da pele. Verifiquei que os clientes aquando do banho prévio à cirurgia cometiam alguns erros, nomeadamente ao nível do soluto utilizado e da aplicação de cremes e desodorizantes após o mesmo. Com base nas orientações da OMS para uma maior segurança na cirurgia foram alterados e corrigidos estes hábitos.<sup>18</sup>

Foram ainda prestados outros cuidados, tais como preparação respiratória, ensino sobre procedimentos do quotidiano hospitalar, dado que estudos “*evidenciaram a falta de comunicação efectiva devido às barreiras existentes, impedindo um relacionamento terapêutico adequado e, frente a isso, os pacientes permanecem ansiosos e deprimidos durante toda a internação por falta de orientação quanto à cirurgia e ausência de apoio por parte da equipa de saúde.*”<sup>19</sup>.

A cada cliente ofereci oportunidade de esclarecimento de dúvidas, no sentido de diminuir a ansiedade, **promovi o envolvimento da família** pedindo ao cliente para identificar a pessoa significativa e fazendo dela, com a sua permissão, um parceiro nos cuidados. Consegui assim identificar **necessidades da pessoa e da família no pré-operatório**: conhecimento sobre a cirurgia em si, sobre o ambiente hospitalar e sobre o pós-operatório imediato. Considero existir aqui uma oportunidade de melhoria, no sentido da sistematização da informação fornecida e complementada através de folhetos informativos. Dada a limitação no tempo não encetei este trabalho. É uma área importante dado que “*O estado emocional do indivíduo no pré-operatório actua directamente sobre as suas reacções, tanto no trans como no pós-operatório.*”<sup>20</sup>

**Prestei cuidados específicos à pessoa no pós-operatório** não apenas no que concerne ao estado físico (monitorização e prevenção de complicações) mas também no que

---

<sup>18</sup> Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008. *WHO guidelines for patient safe surgery*. United States of America. First edition. Págs. 80 a 86.

<sup>19</sup> SILVA, Waldine Vieira e NAKATA, Sumie. 2005. *Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos*. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 58. N.º 6, Pág.673

<sup>20</sup> BARBOSA, Vanessa Cristina e RADOMILE, Dra. Maria Eugénia Scatena. 2006. *Ansiedade pré-operatória no Hospital Geral*. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Ano 2. N.º3 Pág. 45.

concerne ao estado emocional. Simples procedimentos como o jejum ou o repouso no leito podem ser considerados um indicador de que algo não correu bem. É fundamental a redução da ansiedade para que o cliente mantenha uma adesão ao regime terapêutico e possa recuperar mais rapidamente. Tal como afirma MARCOLINO<sup>21</sup> o uso de escalas que avaliam o grau de ansiedade do cliente pode permitir a implementação de intervenções direccionadas, permitindo uma redução mais eficaz da carga negativa da mesma.

De todos os tipos de cirurgia realizados neste serviço escolhi dois para **aprofundar conhecimentos: a cirurgia da mama e a cirurgia pulmonar**. Considero, baseada na observação dos clientes internados, que estas cirurgias apresentam maior taxa de ansiedade pré e pós operatória, bem como maiores alterações no quotidiano. ALVES et al<sup>22</sup> descreveu esta realidade para a mulher submetida a cirurgia da mama.

Relativamente às necessidades em cuidados de enfermagem da mulher submetida a cirurgia da mama, para além dos procedimentos técnicos pré e pós operatórios, incidi no domínio da gestão do regime terapêutico, da gestão das emoções, do autocuidado e da imagem corporal, uma vez que *“algumas mulheres consideram que a experiência do cancro da mama tem mais impacto a nível emocional e espiritual que a nível físico.”*<sup>23</sup>

O ensino sistemático e o acompanhamento da mulher pelo EEEMC promovem uma diminuição da taxa de complicações pós operatórias, assim como uma maior qualidade nos cuidados. Ao abordar a cliente de forma holística são antecipados os problemas emocionais e oferecidas desde cedo estratégias de coping para minimizar o sofrimento, até porque *“o acompanhamento por uma enfermeira especialista, nomeadamente no suporte emocional, poderá prevenir a morbilidade psiquiátrica, auxiliando a desenvolver mecanismos de coping relativamente à doença”*<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup>Cf. MARCOLINO, José Álvaro et al. 2007. *Escala Hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório*. Revista Brasileira de Anestesiologia. Volume 57, N.º1.

<sup>22</sup> Cf. ALVES, Maria Luíza Melo et al. 2007. *Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias da mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de cancro e a serem submetidos a procedimentos estéticos*. Revista Brasileira de Anestesiologia. Volume 57, N.º2.

<sup>23</sup> NUNES, Anabela Maria Paiva Vale Leitão. 2008. *Ajustamento psicossocial da mulher com carcinoma da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. [Dissertação de Mestrado em Oncologia.] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Pág. 77.

<sup>24</sup> *Ibidem*. Pág. 77.

As competências clínicas, técnicas e de metodologia permitem a prevenção de situações de crise ou risco que, pessoalmente, acredito ser uma das mais importantes funções do enfermeiro especialista numa enfermaria cirúrgica.

*“O linfedema do membro superior é a complicação mais frequente da mastectomia. A sua elevada prevalência e a gravidade das suas sequelas tornam imperiosa a optimização da intervenção terapêutica”*<sup>25</sup>, o que apoia a necessidade da sistematização do acompanhamento da mulher durante o internamento, para que à data da alta a mesma esteja munida dos conhecimentos base e dos exercícios que deve praticar em casa.

O cancro da mama, o internamento da mulher e a cirurgia em si são eventos que afectam toda a família e não apenas a própria *“O núcleo familiar, nomeadamente o cônjuge, não está preparado para enfrentar esta realidade nova do cancro da mama”*<sup>26</sup>, pelo que é fundamental envolver a família no seu tratamento, nomeadamente o cônjuge.

Os cônjuges apresentam vivências de *“medo, perda e solidão perante a realidade da mastectomia, associando sempre essa perda à morte da sua companheira.”*<sup>27</sup> Esta é uma realidade que deve ser trabalhada ainda no internamento, desmistificando falsas crenças e diminuindo situações de sofrimento que comprometem a qualidade de vida dos clientes.

Na área de atenção ao cliente submetido a cirurgia torácica foi concedido ênfase aos domínios da gestão do regime terapêutico, da gestão emocional e do coping. As complicações pós operatórias ao nível respiratório podem ser graves, pelo que após aprofundar os meus conhecimentos sugeri algumas alterações aos procedimentos no serviço. A manutenção de um ambiente seguro enquanto o cliente apresenta drenos torácicos é fundamental. Com base em CASTILHO et al<sup>28</sup> sugeri a colocação de material

---

<sup>25</sup> VIEIROS, Iolanda et al. 2007. *Complicações da mastectomia: linfedema do membro superior*. Acta Médica Portuguesa. Vol. 20: 335-340, Pág. 335.

<sup>26</sup> SILVA, Gabriela Maria Costa e. 2009. *As vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. (resumo).

<sup>27</sup> *Ibidem*. Resumo.

<sup>28</sup> Cf. CASTILHO, Amélia Filomena Oliveira Mendes et al. 2000. *Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas*. Revista Referência. N.º5.

de segurança junto do cliente, nomeadamente, pinça, gaze gorda, compressas e válvula unidireccional, devido risco de remoção acidental do dreno.

Constatei que a decisão de remoção de drenos torácicos obedece a critérios variáveis conforme o médico responsável pela enfermagem, bem como a técnica em si. Considerando que “*os procedimentos de inserção e remoção de drenos pleurais não são livres de complicações, podendo estas estar relacionadas com formação de hemotórax, pneumotórax hipertensivo e enfisema subcutâneo*”<sup>29</sup>, sugeri a implementação de um protocolo para a remoção do mesmo, que não desenvolvi por neste serviço ser considerado um acto médico.

A cirurgia torácica neste serviço surge como tratamento de patologia pulmonar oncológica. A preparação do cliente é importante para a sua recuperação precoce. “*Os efeitos depressivos dos opióides sobre a respiração, a diminuição da expansão pulmonar secundária à dor e a diminuição da mobilidade combinam-se para manter o paciente em risco de complicações respiratórias, particularmente a atelectasia e a pneumonia.*”<sup>30</sup> A melhor estratégia para diminuir este tipo de complicações é a preparação respiratória, que pode ser alcançada recorrendo ao uso da inspirometria de incentivo, ou inspiração máxima sustentada.

“*A inspirometria de incentivo é utilizada após a cirurgia, especialmente a torácica e a abdominal, para promover a expansão alveolar e prevenir ou tratar a atelectasia que maximiza a quantidade de ar inalado.*”<sup>31</sup> O espirómetro de incentivo é um equipamento que encoraja o cliente, por meio de um *feedback* visual, a manter uma inspiração máxima, sendo uma das estratégias mais utilizadas na Unidade de Cirurgia 2. A técnica de aplicação consiste em instruir o cliente a realizar um trabalho ventilatório, que se caracteriza por uma inspiração activa e forçada, sustentada por um intervalo de tempo.

---

<sup>29</sup> PARRA, Adrelisa V. et al. 2005. *Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca*. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 12 (2): 116-119, Pág. 116.

<sup>30</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume 1, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 350.

<sup>31</sup> *Ibidem*. Pág. 479.

O primeiro estudo mostrando os benefícios da inspiração máxima no pós-operatório foi realizado por Thoren, em 1954, como refere DIAS<sup>32</sup>, que ao analisar 343 pacientes em pós-operatório, mostrou incidência de 42% de atelectasias no grupo que não fez fisioterapia em relação a 27% no grupo que realizou fisioterapia. O sucesso da inspirometria de incentivo é bastante variável, uma vez que clientes fracos e com dispneia são incapazes de exercer esforço inspiratório suficiente para alcançar e sustentar volumes inspiratórios altos e, mesmo em clientes colaborantes e motivados, a capacidade de realizar o procedimento é comprometida pela dispneia, fraqueza muscular e dor. Assim sendo foi sugerido que a preparação respiratória para a cirurgia torácica se inicie no pré-operatório, altura em que o cliente não apresenta dor e tem maior propensão para a aprendizagem. Em anexo identifiquei algumas directrizes para este procedimento, que considero necessárias para harmonizar o cuidado (Anexo B).

A preparação pré-operatória dos clientes submetidos a cirurgia da mama e do pulmão e os ensinamentos pós-operatórios foram muitas vezes realizados por mim. Usei os conhecimentos que já possuía pelo facto de exercer funções neste serviço, aos quais acrescentei a reflexão com o enfermeiro especialista e a aprendizagem realizada, pelo que *“geri e interpretei de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência de vida e da formação pós graduada.”*

O EEEMC deve ser um impulsionador de mudança para que os cuidados atinjam a excelência. Assim sendo, pude **identificar aspectos da dinâmica do serviço onde o especialista pode intervir para melhorar.** A preparação pré-operatória é um desses aspectos, para a qual proponho um programa de instrução baseado nas necessidades de cada cliente. Por exemplo, para a preparação respiratória aconselho um programa baseado em exercícios respiratórios simples *“A enfermeira demonstra como realizar uma respiração lenta, profunda, e como exalar lentamente. Além de promover a respiração esses exercícios ajudam o paciente a relaxar”*<sup>33</sup> dado que se pretende que todos os clientes sejam capazes de apresentar uma óptima expansão pulmonar facilitadora da oxigenação sanguínea no pós-operatório.

<sup>32</sup>Cf. DIAS, C.M. et al. 2008. *Inspirometria de incentivo e breath stacking: repercussões sobre a capacidade inspiratória em indivíduos submetidos a cirurgia abdominal.* Revista brasileira de Fisioterapia. Vol. 12 (2) Págs. 94-99.

<sup>33</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.* Volume 1, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 312.

De forma a diminuir o tempo de internamento o cliente é admitido na véspera da cirurgia, o que deixa pouco tempo para a sua preparação física e psicológica. Dado que “A consulta de Enfermagem é, além de uma acção de ajuda, uma acção de aprendizado, na qual enfermeiro e paciente interagem, buscando solucionar problemas identificados por meio do diagnóstico de Enfermagem” com os objectivos de “possibilitar a redução da tensão, da desinformação e estimular o autocuidado, facilitando a reabilitação no pós-operatório e a melhor aceitação do tratamento”<sup>34</sup> sugiro a estruturação de uma consulta de Enfermagem pré-operatória.

“A visita médica pode ter efeitos negativos sobre os pacientes sendo vista de maneira ambígua e conflitiva.”<sup>35</sup> Se, por um lado, os clientes se sentem tratados por terem diariamente a presença de vários médicos que discutem o seu caso, por outro lado a falta de privacidade e a terminologia utilizada são perturbadoras. O papel do enfermeiro especialista ao longo da visita médica deve ser o de facilitar a expressão de sentimentos, sintomas e dúvidas por parte do cliente, garantir a sua privacidade, esclarecer a terminologia médica usada e envolvê-lo no debate do plano terapêutico, dado ser ele o centro dos cuidados, bem como colaborar na equipa multidisciplinar, dando ênfase a alterações importantes verificadas no estado do cliente.

Pude observar que não existe planeamento da alta; tanto o cliente como o enfermeiro são informados no dia em que a mesma ocorre. Considero ser aqui uma área de melhoria. O EEEMC deve garantir, fazendo uso das suas competências clínicas e de gestão, a preparação da alta logo desde a admissão do cliente. O planeamento da alta deve ser feito com base nas necessidades que se espera que o cliente venha a ter em casa, sendo realizado sempre em conjunto com prestador de cuidados. Este, que vai assumir com o cliente a sua reabilitação, deve ser preparado para suprir necessidades simples ou complexas desde o período pré-operatório. Caso não exista essa figura, o enfermeiro especialista deve garantir o suporte no domicílio, accionando os recursos da comunidade.

---

<sup>34</sup> MENDONÇA, Regiane de Souza et al. 2007. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. Revista brasileira de Cancerologia. 53 (4) Pág. 432.

<sup>35</sup> MARTINS, Luciana et al. 2003. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. Psicologia, saúde & doenças. 4 (1) Pág.69.

No Canadá a associação nacional de profissionais de planeamento de alta hospitalar garante uma gestão da alta eficiente; defende que sendo esta planeada de forma eficaz constitui uma forma valiosa de controlo dos custos.<sup>36</sup> O Sistema de Saúde Inglês emitiu um protocolo a ter em conta para a alta hospitalar. Este documento tem como filosofia o envolvimento do cliente na sua alta desde a admissão. É sempre informado do decorrer do seu processo de recuperação e são realizados ensinamentos periódicos e estruturados face às necessidades que se espera que venha a ter. São activados precocemente os recursos da comunidade<sup>37</sup>. Considero que constituem dois bons exemplos de como a organização da alta contribui para a melhoria dos cuidados. Na realidade observada acredito que o profissional mais habilitado para gerir e planear este procedimento é o EEEMC.

Os registos em enfermagem evoluíram ao longo do tempo, passando de uma necessidade de documentação legal da implementação de uma intervenção para a “criação de informação de consumo de tomada de decisão tendo em vista a continuidade dos cuidados”<sup>38</sup>. Dado que “a utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos”<sup>39</sup> considere importante estabelecer uma proposta de registo das intervenções do EEEMC. Esta proposta pretende também constituir um contributo para a melhoria da gestão de cuidados, pois permite a partilha com a equipa os cuidados planeados pelo enfermeiro especialista e os ganhos em saúde correspondentes (Anexo C).

Consequência do percurso percorrido ao longo deste módulo posso afirmar que desenvolvi e adquiri algumas das competências preconizadas, bem como a capacidade de diagnosticar, no âmbito da Enfermagem, entre situações similares. Pude desenvolver o Projecto de estágio, na procura da aquisição de competências orientadas para o projecto de saúde do cliente e não para o meu projecto de saúde para o cliente. Foram

---

<sup>36</sup> Cf. ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO DE ALTA HOSPITALAR – *Position statement: promoting best practice guidelines for safe and effective discharge planning.* 2009. Disponível em [http://www.adpco.ca/newsletters/Position%20Statement%20revised%20Oct\\_09.pdf](http://www.adpco.ca/newsletters/Position%20Statement%20revised%20Oct_09.pdf) consultado no dia 2 de Abril de 2010.

<sup>37</sup> Cf. NATIONAL HEALTH SYSTEM – *Protocol on patient discharge from hospital.* 2004. Disponível em <http://www.shb.scot.nhs.uk/documents/pphandbook/documents/PatientDischarge.pdf> consultado no dia 2 de Abril de 2010.

<sup>38</sup> SIMÕES, CMAR e SIMÕES, JFFL. 2007. *Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE segundo as necessidades humanas fundamentais.* Revista Referência II série, n.º4, Pág. 11.

<sup>39</sup> *Ibidem.* Pág. 11.

encontradas dificuldades: o número de horas, que se revelou escasso para a implementação de tantos projectos, bem como a exigência sentida por se tratar do meu campo de actividade profissional.

## 2. MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência do CHP situa-se no HSA. São observadas cerca de 380 pessoas por dia, maioritariamente provenientes das freguesias ocidentais da cidade do Porto e do Concelho de Gondomar, mas também do sul do Douro até Aveiro, e do eixo nordeste de Portugal (Amarante, Vila Real, Bragança). Existem 8 equipas de urgência, sendo cada uma constituída por cerca de 40 médicos. Dele fazem parte 90 enfermeiros (13 por turno), 60 assistentes operacionais (9 por turno) e 20 administrativos (2 por turno).

Esta unidade foi pioneira na implementação do STM, um método de avaliação da condição do cliente de forma a hierarquizar a observação por grau de gravidade. Após a triagem de prioridades cada cliente é identificado com uma pulseira de cor diferente que corresponde ao nível de gravidade, seguindo circuitos de encaminhamento para áreas predefinidas. Possui outras mais-valias, como o processo clínico electrónico e o acesso ao sistema após validação do profissional através da impressão digital.

Sendo o hospital um serviço de saúde de última linha, seria de esperar que a ele recorressem clientes com patologia grave ou em estado crítico. Todavia em Portugal as pessoas recorrem ao Hospital devido à *“existência a nível hospitalar de atendimento médico especializado coadjuvado de recursos igualmente especializados, muitas vezes inexistentes nos Centros de Saúde”, “difícil acesso às consultas com o médico de família aquando da instalação de situação de doença aguda no horário de funcionamento normal do centro de saúde”, e “a escassez de informação nos cidadãos relativa à existência de estruturas na comunidade que atendem cidadãos em situações agudas não urgentes, bem como a falta de informação”*<sup>40</sup>. Desta forma devemos

---

<sup>40</sup> DIOGO, Carla Silva. 2007. *Impacto da relação cidadão-sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. [Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão dos serviços de saúde]. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da empresa. Págs. 12 e 13.

entender que “*uma emergência é aquilo que o paciente e a família consideram como tal*”<sup>41</sup>.

Foi neste âmbito que foram traçados objectivos específicos para este Módulo, complementando os do projecto inicialmente traçado. Faz-se de seguida a descrição das actividades realizadas e as reflexões que permitiram adquirir as competências do EEEMC num Serviço de Urgência.

### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O Serviço de Urgência é um local onde existe uma grande prevalência de doença e/ou lesão emergente, definida como “*aquela onde é iminente ou está instalada a falência das funções vitais*” e situação de doença ou lesão urgente “*aquela onde existe risco de falência das funções vitais*”<sup>42</sup>. A OM define “*como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos de sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*”<sup>43</sup>.

Numa fase inicial comecei por conhecer as especificidades de cada área do Serviço de Urgência. Optei por desenvolver a minha actividade na área de pequena cirurgia por considerar que ali poderia expandir competências e que seria possível o desenvolvimento do projecto planeado. Por outro lado seria uma mais-valia para a minha actividade profissional enquanto enfermeira generalista, dado exercer funções numa Unidade de Cirurgia Geral. Os objectivos específicos traçados encontram-se a negrito e permitem-me esclarecer como adquiri competências ao longo do tempo.

Gostaria de salientar que se tornou muito claro para mim ao longo deste Módulo que, embora a intervenção interdependente seja importante, é o trabalho autónomo do enfermeiro baseado no pensamento científico do Processo de Enfermagem que o torna um dos profissionais mais importantes para a excelência do cuidado no Serviço de Urgência; “*Os pacientes no serviço de urgência apresentam ampla variedade de*

---

<sup>41</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume IV, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 1821.

<sup>42</sup> DIOGO, Carla Silva. 2007. *Impacto da relação cidadão-sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. [Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão dos serviços de saúde]. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da empresa. Pág. 12.

<sup>43</sup> ORDEM DOS MÉDICOS. 2008. *Transporte de doentes críticos – recomendações*. Pág. 9.

*problemas reais ou potenciais. A condição do doente pode mudar constantemente. O processo de enfermagem fornece uma estrutura lógica para resolver problemas nesse ambiente.*”<sup>44</sup>

A observação que fiz no Serviço de Urgência permitiu-me **compreender o papel do enfermeiro especialista**. Este enfermeiro, devido às competências que possui, desempenha muitas vezes a função de responsável de turno, fazendo gestão de cuidados e de recursos quando assume esse papel. Ao acompanhar o Tutor tive oportunidade de desenvolver competências nesse nível. Com ele elaborei planos de trabalho, requeri material, geri recursos humanos. Verifiquei material garantindo o seu melhor funcionamento, fiz revisão de stocks, organizei salas de trabalho e tomei disposições para garantir a segurança dos clientes que aguardavam observação. Com ele aprendi técnicas de gestão de conflitos, não só entre profissionais como entre clientes e profissionais. Desenvolvi assim competências de comunicação e de relação interpessoal.

Considero que a qualidade é o ponto fundamental à volta do qual o enfermeiro especialista centra a sua atenção quando desempenha o papel de responsável de turno, dado que os enfermeiros *“são os que apresentam, maior contacto com os utentes. Assim sendo, a informação por eles fornecida e a sua interacção com os doentes são pontos críticos na avaliação global apercebida dos cuidados”*<sup>45</sup>; deve existir, portanto, um enfermeiro capaz de, em cada turno, garantir as melhores condições para que os profissionais desempenhem as suas funções.

Nesta linha de pensamento posso **identificar áreas de potencial melhoramento na dinâmica de um serviço de urgência, sensíveis aos cuidados de enfermagem de um EEEMC**. Considero que aquela que é mais evidente é a dos registos de enfermagem. O sistema usado é o aplicativo informático Alert®, que permite ao enfermeiro tomar conhecimento das prescrições médicas e registar a sua implementação, tanto ao nível da medicação como das atitudes terapêuticas e monitorizações. Porém outros dados importantes recolhidos pelos enfermeiros ou diagnósticos de enfermagem para os quais

---

<sup>44</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume IV, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 1822.

<sup>45</sup> RODRIGUES, Rúben Carlos Ramos Pires. 2009. *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao Serviço de Urgência português*. [Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Pág. 55.

o enfermeiro especialista implementa intervenções autónomas, não têm lugar de registo na aplicação. Interpretando apenas o que é registado no Alert® conclui-se que o enfermeiro no serviço de urgência apenas cumpre prescrições médicas, o que não corresponde à verdade. A articulação com a família e com os recursos da comunidade, bem como a promoção do conforto do cliente não são registados.

Outra área de oportunidade de melhoria, e que seria da competência do enfermeiro especialista, é a preparação da alta. Deve garantir-se que o cliente sai informado sobre que regime terapêutico deve seguir em casa, bem como quais são os sinais de alerta e como agir se estes se manifestarem. A informação deveria ser sempre transmitida ao cliente e a uma pessoa significativa por ele identificada, de forma a existir apoio na adesão ao regime terapêutico estabelecido. Tive oportunidade de o fazer, recebendo feedback positivo, uma vez que os clientes se sentiram mais seguros pelo nível de informação recebido.

A família nem sempre é envolvida nos cuidados prestados no Serviço de Urgência. Os enfermeiros generalistas estão ocupados com os clientes em si, e o familiar acaba por ficar sem informação e sem apoio. Esta realidade é, para mim, mais preocupante no que concerne ao cliente idoso, que se sente sozinho num mundo desconhecido, despersonalizado, visto como uma ameaça, o que pode desencadear momentos isolados de confusão<sup>46</sup>. O elevado número de clientes e o curto tempo de contacto do enfermeiro com os mesmos dificulta (mas não deve impedir) o estabelecimento de uma relação terapêutica; tal agrava-se no idoso uma vez que tudo tem de ser muito rápido e o idoso demora a integrar a transição entre estados de saúde, o que frequentemente impede uma avaliação de enfermagem adequada. Por outro lado, o acompanhante do idoso nem sempre conhece a sua realidade, uma vez que o envelhecimento é cada vez mais isolado. Assim, a sua presença nem sempre é uma ajuda para a equipa identificar a história clínica do idoso, mas constitui uma forma de manter o cliente confortável, seguro e com a sensação de que não está sozinho.

---

<sup>46</sup> Cf. VAZ, Cecília Rodrigues de Oliveira Tavares. 2008. *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde]. Universidade Aberta, Lisboa.*

A morte no Serviço de Urgência acontece frequentemente e nem sempre estão garantidas as melhores condições de privacidade para o cliente e para a família. O apoio no processo de luto nem sempre é o mais apropriado dado que não existe o número adequado de profissionais. Considero que deveria ser criado um espaço para que a família se pudesse despedir do seu ente querido, na presença de um enfermeiro com competências na transição para um processo de luto eficaz.

Quando não desempenha as funções de responsável de turno, o enfermeiro especialista encontra-se destacado em áreas da urgência, como qualquer outro enfermeiro. A realidade do serviço de urgência é de constante mudança, o que exige competências clínicas, de raciocínio e de técnica exímias. O quadro clínico do cliente pode mudar literalmente de um momento para o outro. Não só o enfermeiro deve estar apto a identificar precocemente quais são as situações em que tal pode acontecer, como deve estar preparado para as resolver quando já estão instaladas. Considero claro que não podemos ter uma equipa de enfermagem no Serviço de Urgência constituída apenas por enfermeiros especialistas, mas é evidente a necessidade de, em cada área específica, estar presente pelo menos um que possa coordenar os recursos, gerir as prioridades no atendimento e intervir nas situações *“que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui.”*<sup>47</sup>

O EEEMC deve exercer funções de gestão de cuidados pois tem conhecimentos e competência para tal. As suas competências fazem com que seja o líder da equipa na área em que se encontra. Desenvolvi esta competência da liderança ao acompanhar o Tutor no desempenho das suas actividades. Considero que poderia ter sido mais eficiente se estivesse permanentemente com a mesma equipa e se o Módulo fosse mais prolongado no tempo.

Na prestação de cuidados desenvolvi competências de avaliação (interpretar sinais vitais correlacionando-os com o estado do cliente e com a sintomatologia apresentada), competências clínicas (interpretar sintomas e prevenir situações de falência orgânica),

---

<sup>47</sup> DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro, artigo 7º, ponto 3, alínea a)

competências de organização (usar os recursos disponíveis para prestar cuidados de enfermagem que garantiram a preservação da vida do cliente e o mais fácil tratamento da sua condição de doença aguda), bem como competências técnicas (em situações de risco de vida a simples inserção de sonda nasogástrica transforma-se numa técnica complexa), conseguindo assim **desenvolver competências de enfermeiro especialista na detecção de situações de potencial risco de vida**. As competências relacionais são estimuladas continuamente, não só porque há necessidade de articular com outros profissionais, mas também com a família (ansiosa e perturbada pelo clima de stress sentido no serviço de urgência) e principalmente com o alvo dos nossos cuidados, o cliente. Considero que **estas são as competências que o enfermeiro especialista em desenvolve mais neste contexto**: *“a enfermeira de urgência estabelece prioridades, monitoriza e avalia continuamente pacientes agudamente lesados, apoia e auxilia as famílias, supervisiona o pessoal de saúde e ensina os pacientes e famílias dentro de um ambiente de cuidado sob elevada pressão e tempo limitado”*<sup>48</sup>.

Dado ser um instrumento específico do Serviço de Urgência estabeleci como objectivo **aprofundar o conhecimento sobre o STM, sob o ponto de vista do enfermeiro especialista**. Consiste num instrumento informático de gestão de prioridades que através de vários fluxogramas procura identificar critérios de doença emergente ou urgente para que os clientes que os apresentam sejam observados em tempo útil. Este sistema foi criado e implementado na cidade inglesa que lhe dá o nome no ano de 1997. Em Portugal o seu início foi em 2000, tendo sido o HSA pioneiro no processo.

Constitui-se de 52 fluxogramas, baseados em queixas “principais” que o cliente possa apresentar. O profissional deve seleccionar o fluxograma e percorrê-lo até uma orientação final. As questões estão colocadas de forma a avaliar primeiro categorias de urgência mais elevadas. O profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, responde às questões apresentadas pelo programa, validando-as pela observação e interpelação clínicas ao cliente, obtendo no final uma cor correspondente ao grau de gravidade da situação de saúde. Existe, associado à cor, um tempo-alvo de atendimento, em que a observação do cliente deve ser realizada sem prejuízo de agravar o seu estado clínico.

---

<sup>48</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume IV, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 1822

O STM exige um profissional de saúde com preparação específica. É desempenhado por um enfermeiro, não necessariamente o EEEMC. Estudos referem que “*os enfermeiros reúnem as condições necessárias para a triagem dos cidadãos/utentes, dado serem detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental. Para além disso os enfermeiros têm uma visão da globalidade do Serviço e dos recursos nele existentes, bem como do cidadão/utente*”.<sup>49</sup>

Existe ampla discussão sobre que profissional deve ocupar a triagem, mas é também amplo o consenso que deve ser o enfermeiro pelos motivos acima descritos. Todavia, “*não são os doentes cujo estado crítico é visível que constituem o maior desafio para o enfermeiro da triagem. O verdadeiro desafio está em reconhecer pistas subtis de um problema grave que pode deteriorar-se rapidamente se não for tratado de imediato*”<sup>50</sup>

Embora o STM seja um fluxograma, muitas vezes a experiência do enfermeiro, ou a sua competência clínica, levam-no a responder de forma inequívoca às questões apresentadas pelo algoritmo, avaliando correctamente a situação. Por outro lado é este o primeiro profissional com quem o cliente entra em contacto; muitas vezes o mesmo está emocionalmente alterado e é exigido ao enfermeiro da triagem não só uma comunicação empática mas também terapêutica. Estas competências estão mais desenvolvidas no EEEMC, pelo que, com base no acima descrito, tenho como convicção que aquele profissional deveria ser a primeira opção para desempenhar a avaliação do cliente segundo o STM.

Os turnos de observação que fiz a acompanhar o enfermeiro na triagem permitiram-me concluir que, empiricamente, existem dois fluxogramas mais percorridos: dor torácica e dor abdominal. Tal levou-me a reflectir sobre **o atendimento do EEEMC ao cliente com dor**. Embora existam escalas e sinais físicos que nos permitam avaliar a dor este ainda é um sintoma bastante inespecífico e subjectivo, tendo os profissionais de saúde de considerar que o cliente tem a dor que diz ter e agir em concordância. Por outro lado,

---

<sup>49</sup>DIOGO, Carla Silva. 2007. *Impacto da relação cidadão-sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. [Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão dos serviços de saúde]. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da empresa. Pág. 46.

<sup>50</sup> Handysides (1996) in GOMES, C.F.P. 2008. *Contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência: satisfação do utente*. [Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem]. Universidade Fernando Pessoa. Pág. 42.

há que investigar os casos em que seria de esperar que o cliente tivesse dor e este refere ausência deste sintoma. Considerando que *“a dor abdominal é uma queixa frequente sendo referida por mais de metade dos adultos quando questionados e, apesar de ser uma queixa habitualmente benigna, pode ser a manifestação de uma patologia grave a necessitar de uma intervenção urgente”*<sup>51</sup>, situação que ocorre também nos casos de dor torácica, é fundamental a competência clínica do enfermeiro que observa o cliente. Este deverá implementar uma avaliação física (para além de verbal) da dor, monitorizar o cliente e retirar dados dessa mesma monitorização, interpretando-os de forma a obter informação fidedigna. Após deve implementar intervenções não farmacológicas de alívio da dor, até se identificar correctamente a sua causa e, então, administrar analgésicos conforme prescrição médica, monitorizando de perto o seu efeito. A dor, para além de em si sem um factor negativo para o cliente, pode despoletar respostas sistémicas que agravem a situação. Com o Tutor aprendi a ser objectiva na avaliação da dor, a relacionar sinais vitais, verbalização e aspecto físico para poder perceber a evolução e os sinais de gravidade, intervindo em conformidade e transmitindo segurança ao cliente.

A minha experiência na área de pequena cirurgia permitiu-me desenvolver competências de raciocínio clínico e competências metodológicas, essencialmente no que diz respeito ao estabelecimento de prioridades no atendimento, bem como de organização. Executei procedimentos técnicos simples, ma igualmente intervenções mais complexas, tais como tratamento de feridas infectadas, colaboração em sutura de laceração da língua, colaboração no atendimento do cliente politraumatizado, transporte de clientes para a sala de emergência. Por outro lado, as competências de comunicação foram desenvolvidas devido ao trabalho realizado junto da família.

Considero que *“demonstrei uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e a família, especialmente na área de EEMC”*. Procurei junto dos familiares perceber que informações pretendiam dos profissionais de saúde e, dessa forma, controlar situações de ansiedade extrema.

---

<sup>51</sup> CASTELO, Luís Carlos Sá. 2009. *Abordagem ao doente com dor abdominal no Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António no ano de 2008: um estudo descritivo envolvendo 8004 doentes*. [Dissertação de Tese de Mestrado Integrado em Medicina]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Pág. 2.

Uma das situações mais complexas é a gestão de más notícias. Esta pode não necessariamente ser a morte, mas também a notícia de incapacidade, de agravamento de uma doença crónica, ou a notícia da necessidade de cirurgia ou internamento. Tive intervenções neste domínio, abordando *“questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e a família”*.

O atendimento ao cliente sujeito a trauma mereceu a minha atenção, uma vez que consoante a equipa médica e de enfermagem que estiverem de serviço, os procedimentos diferem. No sentido de harmonização, sugeri a criação de guidelines institucionais para orientações em situação de trauma, e dei a conhecer o manual da OM que encaminha nessa direcção os cuidados. É de salientar que o manual refere que *“a formação será determinante para a resposta adequada ao trauma, para a rentabilização da capacidade instalada e planificação correcta dos cuidados”*<sup>52</sup>, pelo que o EEEMC deve constar de uma equipa de trauma. Constatei que os clientes politraumatizados de maior gravidade são observados na sala de emergência, mas muitos outros casos menos graves à partida (quedas em altura, acidentes domésticos, acidentes de viação de menor gravidade) são observados na sala de pequena cirurgia, onde nem sempre está presente um EEEMC. Este é o profissional mais qualificado para agir nestes casos e evitar a referida disparidade de acção, dado que *“um dos maiores desafios no tratamento ao doente com trauma é a integração dos dados da lesão múltipla, a prioridade de procedimentos, a tomada de decisão e a monitorização contínua da evolução clínica do doente e da resposta à terapêutica.”*<sup>53</sup>

Considero que adquiri competências e a aprendizagem foi consistente, mas deixei poucos contributos no serviço em si. A aquisição e desenvolvimento de competências neste Módulo deu-se ao nível da prestação de cuidados e não teve incidência significativa ao nível da formação e da gestão de serviço. Estas duas últimas áreas foram trabalhadas no Módulo Opcional, pelo que em questões de projecto os objectivos foram cumpridos.

Considero terem sido obstáculos ao desenrolar do estágio as mudanças em curso ao nível das áreas de referenciação e a desadequação dos recursos humanos às

<sup>52</sup> ORDEM DOS MÉDICOS. 2009. *Normas de boa prática em trauma*. Grupo de Trabalho de Trauma. Pág. 10.

<sup>53</sup> *Ibidem*. Págs. 60 e 61.

necessidades efectivas. “*Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC*”. O Serviço de Urgência é vasto em situações imprevistas; desde clientes que perdem a consciência no corredor, a familiares que gritam de desespero pelo medo de perder o ente querido, a clientes que apresentam hemorragias de difícil controlo, bem como situações de abandono de idosos no corredor. Em todas estas situações têm de ser prestados pelo enfermeiro especialista intervenções de elevado grau de adequação, ou a vida do cliente poderá ser colocada em risco. Tive oportunidade de desenvolver esta competência com o Tutor, que me orientou no sentido de delinear prioridades e nas formas de desempenhar a técnica mais eficazmente.

Apesar do caos que muitas vezes parece estar instalado no Serviço de Urgência os profissionais apresentam competências metodológicas que lhes permitem prestar cuidados de excelência. Foi esta a competência que mais desenvolvi neste contexto.

### **3. MÓDULO II: SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

O Hospital da Prelada possui uma Unidade de Cuidados Intensivos que acolhe dois tipos de clientes com necessidades em cuidados de saúde: clientes que desenvolvem complicações pós operatórias e clientes com queimaduras graves, decorrendo daqui o seu nome: Unidade de Cuidados Especiais/Queimados. Os clientes são admitidos na Unidade através de referenciação pelo CODU do INEM ou através da Consulta Externa transferidos de outros hospitais. Os restantes constituem a população de clientes submetidos a cirurgia naquele hospital, para quem se espera (ou ocorre) um pós-operatório complexo. Apresenta uma equipa de 64 elementos, comum na sua totalidade ao Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva: 8 cirurgiões plásticos, 36 enfermeiros, 17 assistentes operacionais e 3 secretárias clínicas.

O rácio enfermeiro-cliente varia em função da gravidade do estado de saúde do cliente, sendo frequentemente de 1:1. No turno da manhã existe ainda a enfermeira responsável pelos cuidados de saúde aos clientes (e que, regra geral, é a enfermeira especialista), e a enfermeira responsável pelo serviço, que tem a função adequar os recursos materiais às necessidades dos cuidados.

A nível de instalações físicas, a UCE é constituída por 8 quartos individuais, equipados com um monitor individual para vigilância dos sinais vitais. Cada quarto apresenta uma antecâmara com casa de banho e armazenamento de material para o cliente. A Unidade está equipada com uma sala de balneoterapia onde se implementa esta técnica e onde também se executam os tratamentos das queimaduras mais extensas, ocasionalmente sob sedação. A sala de trabalho de enfermagem é ampla e contém não só material de trabalho mas também toda a medicação disponível no serviço. Existem dois locais onde se armazenam os materiais, estando separados conforme são ou não esterilizados.

A preocupação com o controlo de infecção é notória na organização do espaço. Os quartos são totalmente isolados do exterior. Possuem janelas duplas amplas, sendo que uma janela opaca pode ser aberta e os clientes podem ver (e ser vistos) pelos familiares, Daniela Matos \_\_\_\_\_ 30

sempre que a susceptibilidade à infecção interdita as visitas no interior. Na entrada de cada enfermaria existe um frasco de solução alcoólica para desinfecção das mãos e caixotes para lixo contaminado. Encontra-se disponível um soluto alcoólico de desinfecção dos colchões que é aplicado sempre que a cama é limpa. O lixo é recolhido em contentores de sacos brancos e depois transportado por um corredor que circunda toda a unidade, para que o ambiente no interior seja o menos contaminado possível. Material de protecção individual encontra-se em quantidade adequada e de fácil acesso (luvas, máscaras, batas e aventais). Todos os profissionais usam fardas adequadas que são trocadas diariamente.

A sala de enfermagem encontra-se separada das unidades dos clientes pelo balcão de atendimento. O ambiente da Unidade é controlado ao nível da temperatura; existem termóstatos que permitem controlar a temperatura no corredor e nos quartos.

De acordo com o projecto de estágio por mim elaborado, pretendia nesta Unidade de Cuidados Intensivos compreender o papel do enfermeiro especialista na contribuição para os ganhos em saúde do cliente queimado e conhecer uma realidade totalmente diferente daquela onde desempenho a minha actividade profissional. Organizei as minhas actividades por áreas, aprofundando a área da prestação de cuidados, da gestão de cuidados e da formação, explorando menos a área da gestão, por considerar que os objectivos nesta área já foram atingidos. Estabeleci alguns objectivos específicos para este Módulo, de forma a adquirir as competências definidas e a dar resposta aos objectivos gerais; encontram-se destacados a **negrito**.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Segundo a OE o mandato social dos enfermeiros é o de garantir “a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”<sup>54</sup> quer exista ou não algum factor que impeça a pessoa de o fazer de forma independente.

---

<sup>54</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem. Pág. 5.

Na Unidade de Queimados o cliente foi sujeito a um trauma – queimadura – e não pode, sozinho, perseguir o seu projecto de saúde. O enfermeiro satisfaz as necessidades fundamentais do cliente queimado e, quando este atinge um estado fisiológico que o permita, facilita a transição para o estado de saúde actual.

O enfermeiro especialista deve afirmar-se “*como um elemento chave na concepção/gestão/supervisão dos cuidados de maior complexidade*” sendo “*aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e para outros elementos da equipa de saúde.*”<sup>55</sup> Planeei, numa primeira fase, perceber os cuidados de enfermagem gerais a prestar a um cliente queimado internado na unidade e, após, enveredar para processos de pensamento mais complexos identificando assim oportunidades de melhoria no serviço e desenvolver competências específicas.

Procurei informação específica sobre o tema que menos domino: técnicas invasivas de suporte de vida e conceitos básicos do cuidado ao cliente queimado. Desta forma identifiquei como objectivos específicos para este módulo de estágio aprofundar conhecimentos sobre os **cuidados de enfermagem ao cliente queimado, sobre monitorização invasiva, sobre ventilação mecânica e sobre hemodiafiltração**. Optei por estes temas por considerar que seriam essenciais para me integrar na dinâmica da prestação de cuidados, dado que o *timing* das intervenções de enfermagem é condicionado pela estabilidade fisiológica do cliente, sendo os dados fornecidos através dos meios referidos anteriormente.

É exigido ao enfermeiro generalista que “*tenha um alto nível de conhecimento sobre as alterações fisiológicas que acontecem depois de uma queimadura, bem como habilidades experientes de avaliação para detectar alterações subtis na condição do paciente*”<sup>56</sup> para prestar cuidados de enfermagem numa Unidade de Queimados. Quais serão, então, as áreas de intervenção do EEEMC nesta Unidade?

---

<sup>55</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema*. Assembleia Geral, Pág. 8.

<sup>56</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume III, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 1435

Para **compreender o papel do enfermeiro especialista** acompanhei a Tutora. Para além de prestar cuidados, é da sua competência geri-los. Esta actividade consiste em dar apoio aos restantes enfermeiros. Deve perceber quais os clientes com necessidades mais complexas em cuidados de Enfermagem, prever e prevenir as complicações. Deve acompanhar o médico na visita médica e fornecer-lhe informação importante para tomar decisões correctas. As questões éticas e deontológicas norteiam a sua prática.

Em todas estas áreas desenvolvi competências pelo facto de, aquando do acompanhamento da enfermeira especialista, a ter questionado e ter sido questionada, e assim tido a oportunidade de reflectir sobre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem subjacentes.

Pude **identificar aspectos da dinâmica do serviço onde o especialista pode intervir para melhorar.** Um dos aspectos principais é a questão dos registos de enfermagem. O suporte usado, em papel, consta de folhas que, maioritariamente, são usadas para registo de sinais vitais, que são monitorizados (quase sempre) de hora em hora. Segue-se um espaço onde os enfermeiros descrevem, em texto livre, as intervenções que implementaram ao longo do seu turno, e os resultados das mesmas. Porém, os enfermeiros colhem muitos dados clínicos sobre os clientes que, se não forem registados numa matriz organizada, se podem perder. Para além dos dados sobre a componente humana do cliente (emoções, autocuidado, aprendizagem de habilidades), “*as enfermeiras de cuidados intensivos processam ainda um conjunto de dados sob a forma de parâmetros fisiológicos*”<sup>57</sup>.

Ao analisar os registos não é facilmente visível que diagnósticos de enfermagem estão na base das intervenções implementadas ou quais os seus resultados. Nos registos não vi sistematizada a preparação da alta, o envolvimento da família nos cuidados, os ensinamentos sobre os cuidados a ter durante a visita, o estado emocional do cliente e as dificuldades no Autocuidado. Por outro lado a opinião clínica do enfermeiro especialista, a tomada de decisão em equipa face a um diagnóstico de enfermagem, as intervenções autónomas do enfermeiro especialista, não se encontram documentadas. “*A utilização de registos organizados reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo*

---

<sup>57</sup> THELAN, LYNNE A. et al. 1994. *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenções*. 2ª Edição. Traduzida por Silva et al para Lusodidacta. Pág. 5

para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados, como de quem os recebe.”<sup>58</sup> Nos processos de reflexão que desenvolvi com a Tutora em que este aspecto foi abordado sugeri a utilização do Processo de Enfermagem com recurso à CIPE. Desta forma, usando uma linguagem classificada e comum, seriam harmonizados os registos e visíveis os ganhos em saúde.

Outra oportunidade de melhoria seria a sistematização da alta, uma vez que as intervenções de enfermagem no domínio da educação para a saúde, no desenvolvimento da aprendizagem de capacidades por parte do cliente são deixados ao critério de cada enfermeiro e, muitas vezes, o ensino é repetitivo e desajustado às necessidades do cliente: “*Pode não ser possível para a enfermeira responsável pelo cliente levar a cabo todos os procedimentos da alta, pelo que deve ser garantido que a equipa de enfermagem esteja informada das actividades para que alta decorra sem incidentes.*”<sup>59</sup>

A família e o seu envolvimento são outra importante oportunidade de melhoria, podendo mesmo interferir na alta do cliente. “*A antecipação das percepções dos familiares sobre os problemas de saúde dos pacientes é importante para melhorar o cuidado depois da alta hospitalar.*”<sup>60</sup> O mesmo estudo evidencia que, embora a família identifique alguns problemas que o cliente internado apresenta antes da alta, não os identifica todos; por outro lado as necessidades (dificuldade, preocupações) sentidas pelo cliente para a alta são diferentes daquelas sentidas pela família. Sendo que o objecto do cuidado de enfermagem não é apenas o cliente mas também tudo o que o envolve, nomeadamente a família, o enfermeiro tem de estar atento às suas necessidades. “*Os familiares apresentam muitas vezes diagnósticos de enfermagem sobreponíveis aos do próprio cliente internado*”<sup>61</sup>, e a percepção desses problemas pode interferir com a alta do cliente. Sugere-se uma forma de intervenção sob a forma de “*reuniões semanais com os familiares de pessoas que sofreram queimaduras, com o objectivo de preparar essas pessoas para assistir o seu parente após a alta hospitalar, o*

---

<sup>58</sup> SIMÕES, CMAR e SIMÕES, JFFL. 2007. *Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE segundo as necessidades humanas fundamentais*. Revista Referência II série, n.º4, Pág. 11.

<sup>59</sup> NATIONAL HEALTH SYSTEM – *Protocol on patient discharge from hospital*. 2004. Disponível em <http://www.shb.scot.nhs.uk/documents/pphandbook/documents/PatientDischarge.pdf> consultado no dia 2 de Abril de 2010. Pág. 6.

<sup>60</sup> GOYATÁ, S.L.T e ROSSI, L.A. 2009. *Diagnósticos de Enfermagem em pacientes queimados e percepção de seus familiares*. International Journal of Nursing terminologies and Classifications. Vol. 20, N. º1. Pág. 16

<sup>61</sup> ROSSI, Lúcia Aparecida et al. 2006. *Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras*. Revista da Escola Superior de Enfermagem. USP. 40(3) Pág. 357.

que permite discutir as suas necessidades.”<sup>62</sup> O EEEMC, porque tem competências clínicas e interpessoais acrescidas, é o profissional indicado para fazer os diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções mais adequadas para cada cliente e para cada família, antecipadamente. Assim, promove o coping e a transição para a nova situação de saúde, cumprindo o seu mandato social de ajudar o cliente a cumprir o seu projecto de saúde quando aquele não se encontra na posse de todas as suas faculdades para o fazer sozinho. Deixo a sugestão de criar um espaço para reunião com a família na Unidade de Queimados.

Como sugestão para **sistematizar a alta do cliente** e, ao mesmo tempo, **integrar a família nos cuidados** foi elaborado um guia informativo do doente queimado e da família (Anexo D) a entregar a ambos no início do internamento, sendo o *pretexto* para a interacção entre a família, o cliente e o enfermeiro, criando um ambiente propício à expressão de sentimentos, facilitando a identificação de problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem. É de salientar que este guia foi elaborado com base na pesquisa realizada e nas necessidades constatadas no local. A informação foi seleccionada com base nas indicações da enfermeira especialista e na opinião fundamentada da mesma sobre quais as necessidades dos clientes internados. Correspondeu-se às necessidades do serviço, contribuindo de acordo com o solicitado.

Focando, agora, a prestação de cuidados, gostaria de tomar em consideração algumas competências adquiridas. Considero que *demonstrei uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e tomei decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas e sociais* nos turnos em que, com a enfermeira especialista, prestei cuidados. Implementei técnicas simples, como optimização de catéter venoso central, aspiração de secreções através de tubo endotraqueal, optimização de ventilação assistida, optimização de máquina de hemodiafiltração. Deparei-me com técnicas que se revelaram novidade, tais como a balneoterapia e a sedação.

A balneoterapia é uma técnica utilizada com muita frequência nesta unidade, uma vez que o Autocuidado Higiene (Foco de Enfermagem, segundo a CIPE) se encontra

---

<sup>62</sup> *Ibidem*, pág. 357.

prejudicado em grau elevado. Isto é, embora o cliente apresente capacidades para tomar banho, não o pode fazer de forma autónoma, uma vez que corre risco de infecção devido à perda da integridade cutânea relacionada com a queimadura. Desta forma o banho executado através da técnica de balneoterapia age com dois sentidos: promover o conforto do cliente e promover a cicatrização da sua queimadura, uma vez que é durante o banho, com a ajuda de antissépticos, que se procede à descolonização da mesma.

MARTINHO<sup>63</sup> estudou a balneoterapia na Unidade de Queimados do Hospital de Coimbra, quanto à sua eficácia na diminuição do risco de infecção. Verificou que na balneoterapia existe descolonização da área queimada, mas também colonização. A colonização é influenciada pelo tempo de internamento dos clientes, mas não o é pelo tempo que dura a sessão. O anti-séptico mais eficaz para a descolonização é a iodopovidona, mas é aquele que apresenta maior taxa de insucesso na cicatrização.

Transpondo estes resultados para a Unidade de Queimados, proponho a realização de um estudo semelhante, que não levei a cabo por escassez de tempo. Existem alguns procedimentos que considero necessitem de mudança, de acordo com o explorado no estudo referido, nomeadamente o tempo que demora a sessão de balneoterapia e o anti-séptico usado (clorhexidina), bem como a preparação da sala.

A balneoterapia é, muitas vezes, fonte de dor e desconforto para o cliente. Os clientes submetidos a balneoterapia referiram muitas vezes dor durante e após a mesma. Foram administrados analgésicos na tentativa de prevenir a dor, pouco eficazes, segundo o que observei. O uso de sedação foi reservado para os clientes com queimaduras extensas, que mesmo em repouso apresentavam um controlo ineficaz da dor.

O uso de anestesia durante a balneoterapia tem vantagens explícitas: *“diminui a dor, possibilita o procedimento mais invasivo e o desbridamento mais agressivo, possibilita uma melhor desinfecção da área queimada, uma melhor avaliação da superfície corporal queimada e do grau de queimadura presente, diminui o trauma psicológico*<sup>64</sup>”. Deve, contudo, ser bem ponderado, dado que apresenta desvantagens: é necessária a colaboração de um anestesista, há a administração de anestésicos surgindo

---

<sup>63</sup> Cf. MARTINHO, A.M.P.R. 2008. *Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.

<sup>64</sup> *Ibidem*, Pág.69.

os respectivos efeitos secundários e sendo o cliente sujeito ao risco anestésico, há necessidade de jejum (quando a recuperação da pele necessita de uma nutrição adequada) e ocorre a dor pós anestésica. Para o processo de decisão deve contribuir a avaliação da dor realizada pelo enfermeiro, pelo que há todo o interesse em que esteja bem documentada no que concerne não só ao grau de dor mas também a que medidas são eficazes para a sua redução.

A dor e o seu controlo foram aspectos aprofundados na prestação de cuidados. Ela surge ou fica mais exacerbada aquando da prestação de cuidados tais como a balneoterapia, embora *“a dor é inevitável durante a recuperação de qualquer lesão por queimadura”*<sup>65</sup>. Não obstante, é objectivo da intervenção de enfermagem diminuir a dor tanto quanto possível.

Segundo a International Association for the Study of Pain, *“dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrito nos termos de tal dano.”*<sup>66</sup> É, portanto, uma sensação difícil de avaliar, subjectiva e de carácter absolutamente pessoal. Apresenta várias dimensões *“Cecily Saunders introduziu o conceito de dor total, constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual”*<sup>67</sup> Quando desenvolve intervenções sobre a dor, o enfermeiro tem de intervir sobre todos estes aspectos.

Considero existir necessidade do enfermeiro especialista participar no planeamento de intervenções e na avaliação da dor por ter mais conhecimentos sobre o tema e por estar mais desperto para a avaliação das outras componentes que não só a componente física. Por outro lado, o facto de se aceitar que um cliente com queimadura grave sente sempre dor pode levar o enfermeiro generalista a desvalorizar as queixas do cliente *“A dor, tanto da perspectiva de quem sente quanto de quem cuida, é uma experiência que resulta da cultura”*.<sup>68</sup> A dor pode também ser exacerbada por factores como a ansiedade, para os quais os analgésicos não são solução *“a ansiedade antecipada sobre*

---

<sup>65</sup> BRUNNER & SUDDARTH, 2000. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Volume III, 9ª edição. Guanabara Koogan. Pág. 1453.

<sup>66</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. *Cuidados paliativos oncológicos – controle da dor*. Instituto Nacional do Cancer. Rio de Janeiro. Pág. 15.

<sup>67</sup> *Ibidem*, Pág.15.

<sup>68</sup> ROSSI, Lídia Aparecida et al. 2000. *A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida*. Revista Latino-americana de enfermagem. Vol. 8 N.º 3. Pág. 19

*procedimentos, que podem ou não ser dolorosos, pode causar um aumento progressivo no grau de dor sentida pelo paciente e pode torná-los menos tolerantes à dor”<sup>69</sup>.*

Como forma de melhorar o controlo da dor nos clientes internados naquela Unidade implementei intervenções não farmacológicas de alívio da dor, segundo JONG<sup>70</sup>, no sentido de iniciar uma mudança. Foi implementada a massagem terapêutica, a técnica de imaginação guiada e técnica respiratória. Sugeri que *“programas educativos, relacionados com o tratamento da dor, sejam organizados para a equipa de profissionais, pacientes e familiares”<sup>71</sup>* vencendo assim o desafio do controlo da dor.

A dimensão dos diagnósticos de enfermagem associados à transição que o cliente faz para uma nova etapa da sua saúde deve ser prioritária. Aspectos como a auto-estima, a imagem corporal, a adesão ao regime terapêutico, a ansiedade, a qualidade de vida devem ser trabalhados ainda no internamento, promovendo a ponte para os cuidados no domicílio, dado que *“o tempo de queimado, o tipo de acompanhamento feito após o incidente e o apoio familiar recebido ...fazendo com que a pessoa reaprenda a gostar de si mesma.”<sup>72</sup>*

No domínio da formação o projecto de estágio implicava a realização de uma acção de formação para todos os profissionais do serviço. Embora existissem necessidades de formação em várias áreas que incluíam todos os profissionais do serviço (por exemplo o stress do cuidar em cuidados intensivos, elaboração de protocolos actualizados no tratamento de queimaduras, a comunicação com o cliente e com a família), por solicitação da enfermeira especialista, foi realizada uma acção de formação sobre o Índice Bispectral.

O Índice Bispectral é conhecido pela marca registada “BIS®” da empresa “Aspect Medical Systems Inc®”, sendo um parâmetro processado do EEG especificamente desenvolvido para avaliar a resposta do cliente aos analgésicos e sedativos, bem como

---

<sup>69</sup> *Ibidem. Pág. 18.*

<sup>70</sup> Cf. JONG, A.E.E. et al. 2007. *Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. Burns. Vol. 33, Págs. 811-827.*

<sup>71</sup> ROSSI, Lídia Aparecida et al. 2000. *A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Revista Latino-americana de enfermagem. Vol. 8 N.º 3. Pág. 25*

<sup>72</sup> SILVA, M.F. e SILVA, M.J.P. 2004. *A auto-estima e o não verbal dos pacientes com queimaduras. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 38 (2): 206-216. Pág. 215.*

avaliar a perda de consciência e a lembrança. Através de métodos estatísticos foram tratadas características do EEG e combinadas num número (BIS®) que pode variar entre 0 e 100, sendo que quanto maior o número mais consciente está o cliente. O BIS® pode ser alterado devido à interacção de mecanismos electrónicos presentes numa Unidade de Cuidados Intensivos, bem como pela má aplicação e manutenção do sensor, pelo que a formação incidiu sobre estes aspectos também.

A acção de formação decorreu no dia 25 de Janeiro de 2010, com a presença de toda a equipa de Enfermagem. Foram abordadas as bases teóricas do BIS® e incidiu-se sobre aspectos práticos da utilização do mesmo, como por exemplo, a importância da colocação correcta do sensor. Abriu-se depois a discussão sobre qual o impacto do uso daquele parâmetro na qualidade de vida dos clientes internados no serviço (Anexo E).

Com esta actividade *“comuniquei aspectos de âmbito profissional e académico, a enfermeiros”* e *“ formulei e analisei questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica”*, uma vez que entendi as necessidades em formação da Unidade, sugeri temáticas para as colmatar, fui capaz de respeitar a decisão da equipa e, na discussão informal no final da acção de formação, deixei sugestões para futuros momentos de discussão.

A principal dificuldade sentida neste Módulo foi o trabalho com a família. Mostrei *“consciência crítica para os problemas de prática profissional relacionados com o cliente e com a família”* ao incluir a família nos cuidados e ao enfrentar com ela os medos sobre o futuro do seu familiar. Numa Unidade de Cuidados Intensivos o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve assumir a responsabilidade de humanizar o cuidado e sistematizar o atendimento à família, que sofre com e como o cliente internado.

#### 4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O PROJECTO DE SAÚDE DO CLIENTE CRÍTICO

O ICN apresentou uma definição de Enfermagem aceite pela OE, referindo-a como o conjunto de “*cuidados autónomos e colaborativos*” (o que implica o desempenho do exercício profissional num contexto complexo onde participam outros profissionais de saúde), cujo alvo são “*peças de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou sãos.*”; da panóplia de cuidados de que se encontra dependente a saúde da pessoa, a Enfermagem centra-se na “*promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados aos enfermos, deficientes e pessoas moribundas.*”<sup>73</sup> Os cuidados de Enfermagem visam “*prioritariamente a ajuda às pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença que as afectam.*”<sup>74</sup> Está, portanto, na sua esfera de acção “*a defesa, a promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação na política de saúde e a gestão dos pacientes e dos sistemas de saúde, e a formação.*”<sup>75</sup>

Partilho da visão de PEREIRA<sup>76</sup> que se baseia em Meleis, a qual refere que a ciência de Enfermagem tem como alvo o estudo dos padrões das respostas humanas face aos desafios ou transições que cada ser humano vivencia. Uma transição é um resultado de uma mudança, seja ela qual for, na vida da pessoa, resultante de modificações naturais. Todavia provocam desequilíbrios que se reflectem no estado de saúde, nas expectativas, nos conhecimentos do cliente, da própria visão de si no contexto sociocultural. O enfermeiro actua neste desequilíbrio oferecendo terapêuticas de enfermagem que têm como objectivo facilitar essas transições. É esta a singularidade e a intencionalidade do cuidar em Enfermagem.

---

<sup>73</sup> Cf. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, *The ICN definition of Nursing*. 1975. in <http://www.icn.ch/definition.htm> consultado em 28 de Abril de 2010

<sup>74</sup> VIEIRA, Margarida. 2007. *Ser enfermeiro da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora. Lisboa. Pág. 87

<sup>75</sup> INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, *The ICN definition of Nursing*. 1975. in <http://www.icn.ch/definition.htm> consultado em 28 de Abril de 2010

<sup>76</sup> Cf. PEREIRA, Filipe Miguel Soares. 2009. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Resumo mínimo de dados de enfermagem*. [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Págs 34 a 50

No seio de uma equipa multidisciplinar torna-se necessário evidenciar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, para que fique claro qual a importância do enfermeiro para a saúde do cliente. Tal é igualmente verdade para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No estágio pude observar diferentes formas de exercer a função de enfermeiro especialista. Este trabalha em parceria com toda a equipa de saúde em prol do cliente, que é o centro dos cuidados, mas não consegui identificar que método era seguido. COSTA<sup>77</sup> descreve alguns modelos de prestação de cuidados: individuais, funcionais, em equipa e por enfermeiro de referência (tradução de *primary nursing*).

De todas as metodologias destaco os cuidados de enfermagem por método de enfermeiro de referência dado que a pesquisa realizada demonstra ser este o modelo que melhor permite obter autonomia (dos profissionais e daqueles que constituem o alvo dos seus cuidados), a humanização dos cuidados e o desenvolvimento da competência profissional, o que tem como consequência o aumento da qualidade dos cuidados e da satisfação do cliente.

Manthey citada por COSTA é a pioneira “*cada cliente está associado com um enfermeiro primário que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais, 24h por dia todo o internamento*”.<sup>78</sup> A principal característica deste modelo é a forma como o plano de cuidados depende da tomada de decisão do enfermeiro. O cliente é seguido por um profissional que conhece pormenorizadamente o seu projecto de saúde e as expectativas de recuperação. Desta forma o planeamento dos cuidados é personalizado. Por outro lado, o facto de ser um enfermeiro a gerir os cuidados promove uma descentralização da decisão e, ao mesmo tempo, uma responsabilização. Para agir como enfermeiro de referência há necessidade de tomar decisões sistematizadas, o que exige que o profissional aprofunde os seus conhecimentos e competências.

O centro dos cuidados é o cliente. Pretende-se que seja um interveniente activo, no sentido de cuidar de si, da promoção do autocuidado; o enfermeiro reconhece nele potencial de decisão e por isso respeita o seu projecto de saúde e contribui para a sua

---

<sup>77</sup> Cf. COSTA, José dos Santos. 1999. *Método e percepção do cuidar em Enfermagem*. [Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.

<sup>78</sup> *Ibidem*, Pág. 28.

melhoria. Para ser um enfermeiro de referência tem de possuir na sua prática capacidade de assumir responsabilidade, comunicar eficazmente, decidir adequadamente e com conhecimentos científicos para suportar a sua decisão.

CARMONA e LALUNA<sup>79</sup> fizeram pesquisa comparativa entre os diferentes modelos e o de enfermeiro de referência. A satisfação dos clientes sob o ponto de vista deste último é superior. É igualmente referido que esta metodologia diminui a ocorrência de erros. Referem ainda que o bem-estar dos clientes é maior numa unidade em que existe a figura do enfermeiro de referência, que o tempo de internamento é inferior, que os enfermeiros se sentem mais satisfeitos e o ambiente de equipa é mais saudável.

Estando documentados os benefícios deste método de prestação de cuidados considero que o EEEMC deveria desenvolver a sua actividade profissional assim regido. Esta metodologia de trabalho permite-lhe assegurar que todas as suas atribuições legais são cumpridas. Em Portugal, o MINISTÉRIO DA SAÚDE recomenda que se promova, relativamente à organização da equipa multidisciplinar no atendimento hospitalar ao cliente com VIH/sida “a existência de um enfermeiro de referência responsável por gerir toda a informação relativa a um determinado doente, desde a sua admissão até à sua alta.”<sup>80</sup> Se para estes clientes, que exigem atenção redobrada devido à sua susceptibilidade à infecção e processos de transição complexos, este é o método de eleição, posso com segurança deduzir que o será para todos os clientes com necessidades em cuidados de saúde.

JONSDOTTIR<sup>81</sup> estudou o impacto da metodologia do enfermeiro de referência e considerou-o vantajoso face a outros métodos de prestação de cuidados, considerando que assim a qualidade dos cuidados aumenta, uma vez que os clientes são melhor avaliados pelas enfermeiras e assim o plano de cuidados é efectivamente personalizado.

---

<sup>79</sup> Cf. CARMONA, Luciana Mahnis e LALUNA, Maria Cristina. 2002. *Primary Nursing: pressupostos e implicações na prática*. Revista electrónica de Enfermagem. Vol. 4. 1Págs. 12-17.

<sup>80</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007. *Enfermagem modelos de intervenção*. Coordenação nacional para a infecção VIH. Pág. 23

<sup>81</sup> Cf. JONSDOTTIR, H. 1999. *Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience*. Journal of Nursing Management. Vol. 7, Págs. 235-242.

A mudança deve ocorrer quando se comprova que uma resposta mais adequada surgiu; como tal, subscrevo MAGALHÃES ET AL.<sup>82</sup> que propõe a alteração do modelo de prestação de cuidados para outro que se aproxime do enfermeiro de referência.

Considerando que em Portugal a OE define que “*O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa*” e que “*a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades*”<sup>83</sup>, podemos concluir que cada enfermeiro presta cuidados holísticos e descentralizados, sendo-lhe reconhecida responsabilidade e competência para tal. É esperado que, através do processo de enfermagem, a cada cliente seja assegurado o cuidado de enfermagem mais adequado. A intencionalidade do agir do enfermeiro é no sentido de, numa abordagem holística, ajudar o cliente a prosseguir o seu projecto de saúde, a alcançar o que para ele é um estado completo de bem-estar, salientando que, dado ser subjectivo, pode não estar de acordo com as convicções pessoais do enfermeiro. Podemos então concluir que cada enfermeiro generalista age como enfermeiro de referência para os seus clientes.

O EEEMC tem como responsabilidade identificar os pontos complexos do projecto de saúde que o cliente não consegue realizar e planear/implementar intervenções que suavizem essa transição. Considero que o conseguirá realizar de forma mais adequada se desenvolver a sua actividade como enfermeiro de referência, documentando os diagnósticos, as intervenções e os resultados assim obtidos. Deve interagir com o enfermeiro generalista responsável por prestar cuidados e, fruto dos seus conhecimentos mais profundos e da sua experiência clínica, avaliar o cliente e complementar o plano nas áreas da sua especialidade. Por outro lado, existem intervenções complexas que o enfermeiro generalista terá dificuldade em cumprir, pelo que cabe ao enfermeiro especialista implementá-las. Agir como enfermeiro de referência implica a mobilização de competências de liderança da equipa multidisciplinar e a disponibilidade para

---

<sup>82</sup>Cf. MAGALHÃES, A.M.M. et al. 2000. *Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 21 (2) Págs. 5-18.

<sup>83</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem. Pág. 4

conhecer o cliente alvo dos seus cuidados e colaborar com o enfermeiro generalista para que as terapêuticas de enfermagem tenham elevado grau de adequação às necessidades.

Segundo a OE o enfermeiro especialista é “*O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”<sup>84</sup>, pelo que todos os clientes necessitam da sua intervenção. Ele apresenta a função fundamental de gerir os cuidados de enfermagem ao cliente, bem como de garantir a boa articulação da equipa multidisciplinar. No modelo de enfermeiro de referência preconiza-se que o enfermeiro “*para além de coordenar o trabalho dos seus associados deve coordenar também as diversas actividades dos outros intervenientes da equipa de saúde, não só para evitar a excessiva solicitação do cliente, mas para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde*”<sup>85</sup>, o que corresponde à actividade dos enfermeiros especialistas observada no Estágio.

A gestão de cuidados beneficia com o modelo de enfermeiro de referência. O enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado dos clientes, percebendo que recursos activar para melhorar a persecução do seu projecto de saúde, que recursos providenciar no domicílio, a quem os pode solicitar, que factores provocam stress no internamento, que mudanças se podem implementar para facilitar as transições. A articulação com a família é facilitada, no sentido em que há o estabelecimento de uma relação com um enfermeiro específico que, diariamente, os contacta e os envolve nos cuidados da melhor forma porque já conhece as suas capacidades, vontades e limitações. Pelos mesmos motivos, o cliente sentirá segurança na aprendizagem de habilidades e na expressão de dificuldades.

As competências preconizadas pela OE para o enfermeiro de cuidados gerais são exigentes. Ao enfermeiro a sociedade impõe que preste cuidados de qualidade, participe de forma activa na investigação para o desenvolvimento da profissão, na gestão de

---

<sup>84</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema.* Assembleia Geral de 11 de Março de 2007. Pág.10.

<sup>85</sup> COSTA, José dos Santos. 1999. *Método e percepção do cuidar em Enfermagem.* [Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Pág. 29.

cuidados e de serviços de saúde, sendo sempre regido por um código ético e deontológico rigoroso. O que vem, então, o enfermeiro especialista acrescentar aos cuidados? Quais são as necessidades em cuidados de Enfermagem que exigem um enfermeiro especialista para lhes dar resposta? Que competências o caracterizam?

A primeira vez que o termo *especialista* surgiu na profissão de Enfermagem foi nos anos 20, à medida que mais cursos de pós-graduação em áreas específicas iam surgindo<sup>86</sup>. Dada a confusão que se foi criando neste campo, em 1987 o ICN debruçou-se pela primeira vez sobre o conceito de enfermeiro especialista.

Na altura considerou que a especialização em enfermagem “*implica um nível de conhecimento e competências numa área particular da Enfermagem que é maior do que as adquiridas ao longo do percurso de licenciatura.*”<sup>87</sup> Foi sugerido que as especialidades se desenvolviam à volta dos grandes campos de Enfermagem: médico-cirúrgica, saúde materna e infantil, saúde mental e psiquiatria, pediatria, geriatria e saúde pública e comunitária. Em 1992 o tema foi reavaliado e foram sugeridos standards a cumprir ao nível da educação, da regulação e da prática do enfermeiro especialista. Em 2006 surge uma Comissão cuja missão era abordar o tema de forma mais organizada e consistente. Em 2009 surge o enquadramento do enfermeiro especialista.

Segundo o ICN competência “*refere-se à aplicação efectiva de uma combinação de conhecimento, prática e capacidade de avaliação, demonstradas por um indivíduo ao longo do seu desempenho profissional.*”<sup>88</sup> Em Enfermagem a competência inclui conhecimento, compreensão, avaliação, capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais e um leque de atributos e atitudes pessoais que o enfermeiro demonstra no quotidiano.

A cada dia que passa mais informação científica é produzida na área da saúde. O conhecimento é cada vez mais específico e pormenorizado, o que torna muito pouco provável que o enfermeiro de cuidados gerais consiga manter-se actualizado. Esse conhecimento específico não o é apenas face à ausência de saúde mas também face às

---

<sup>86</sup> Cf. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009. *ICN Framework of competencies for the nurse specialist*. ICN Regulation Series, Geneva. Pág. 5.

<sup>87</sup> *Ibidem*, Pág.5.

<sup>88</sup> *Ibidem*, Pág. 6.

transições específicas de cada fase do ciclo de vida. Seria improvável o enfermeiro generalista estar a par de todas as actualizações, mobilizar conhecimentos permanentemente e prestar os seus cuidados de forma adequada. É necessária a especialização dos enfermeiros porque, tal como refere LEITE “*o aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de Enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde.*”<sup>89</sup>

O enfermeiro especialista possui competências e conhecimentos acrescidos que lhe permitem uma abordagem mais profunda do cliente e, conseqüentemente, a percepção da sua singularidade e a aplicação de um plano de cuidados coincidente com o seu Projecto de Saúde. Para tal é fundamental que este enfermeiro tenha prática clínica na sua área de especialidade, porque todo o conhecimento é fragmentado e só se unifica quando é aplicado. O ICN preconiza algumas competências para o enfermeiro especialista: responsabilidade acrescida, prática ética e legal, prestação de cuidados diferenciados, promoção da saúde, capacidade de avaliação inicial, de planeamento, de implementação e de reavaliação, comunicação terapêutica, desenvolvimento de relações interpessoais, liderança e gestão, manutenção de um ambiente seguro, pivô na equipa de saúde, delegação e supervisão de cuidados, contributos para desenvolvimento contínuo da profissão e a nível pessoal e contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados<sup>90</sup>.

É importante que o enfermeiro especialista desempenhe cuidados diferenciados, facilmente identificáveis pelas pessoas, no sentido destas reconhecerem a quem se dirigir quando apresentarem um determinado problema. Assim o exercício autónomo de Enfermagem é potenciado.

Quando o cliente se encontra numa situação de transição em saúde necessita de um enfermeiro que o ajude a preservar a sua identidade e a integrar esta transição na sua vida. Logo, requer um profissional que seja capaz de dar respostas concretas e

---

<sup>89</sup> LEITE, Lúcia. 2006. *O enfermeiro especialista: percursos de desenvolvimento profissional*. Discurso proferido no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

<sup>90</sup> Cf. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009. *ICN Framework of competencies for the nurse specialist*. ICN Regulation Series, Geneva.

*específicas* adequadas. Necessita, portanto, de um enfermeiro especialista. Esse enfermeiro deve ser Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dado que é aquele que apresenta conhecimentos mais aprofundados sobre a condição clínica do cliente, sobre as respostas humanas àquele tipo de transições, bem como competências de comunicação, relação e interação que permitem envolver as pessoas significativas no cuidar, promover a independência do cliente, informá-lo das opções e agir respeitando o seu projecto de saúde. A informação do cliente é fundamental para que isto aconteça, e o enfermeiro especialista apresenta competências de comunicação que lhe permitem envolver de forma activa o cliente no seu plano de cuidados para que tome decisões informadas e, assim, vá ajustando o seu projecto de saúde às suas reais necessidades. É desta forma que este profissional promove o projecto de saúde em todos os clientes e também no cliente crítico, uma vez que, não obstante a sua saúde estar comprometida, existe uma vontade que constitui um referencial ético-deontológico que tem de ser respeitado.

A OE refere que o enfermeiro especialista “*proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade dos cuidados.*”<sup>91</sup> Num serviço de internamento hospitalar é o enfermeiro especialista que está mais habilitado a cumprir esta premissa. Assumindo o papel de enfermeiro de referência irá avaliar o cliente e integrar os cuidados da equipa multidisciplinar de forma a existir continuidade de cuidados e não repetição de cuidados. Por outro lado terá benefícios essenciais para o cliente na medida em que a sua capacidade de análise irá detectar sinais de gravidade precocemente, bem como irá implementar intervenções de forma mais sustentada que um enfermeiro generalista que não recebeu formação para tal. Contribui para que os cuidados de saúde sejam mais justos pois irá usar os recursos de forma mais eficiente e eficaz, podendo assim existir saúde para todos.

No Canadá existe a figura do “*clinical nurse specialist*” que considero ser sobreponível à figura do EEEMC. É um enfermeiro que “*possui um mestrado ou doutoramento em enfermagem e tem conhecimento específico numa especialidade clínica de enfermagem.*”

---

<sup>91</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema. Assembleia Geral de 11 de Março de 2007. Pág.10.*

*Demonstra competências de prática de Enfermagem avançada. Traz mais-valias para os clientes e para o sistema de saúde pois potencia a segurança do cliente, promove resultados de saúde positivos e reduz custos.*”<sup>92</sup> Assume cuidados específicos baseados no conhecimento aprofundado da Enfermagem e contribui para a prossecução do projecto de saúde do cliente em situações críticas, é consultor (tanto dos serviços administrativos como dos próprios pares), formador e investigador, no sentido da aproximação da prática aos resultados da investigação. É ainda um líder, demonstrando esta competência ao promover a qualidade dos cuidados e ao desenvolver uma prática de Enfermagem avançada, ou seja, centrada na pessoa e nas suas transições ao longo do ciclo vital, promovendo desta forma não só ganhos em saúde mas também o desenvolvimento da profissão.

Ao longo do Estágio tive oportunidade de desenvolver competências no domínio da terapêutica de Enfermagem especializada. Considero que há ainda um caminho a percorrer até que todos os clientes apresentem um projecto de saúde próprio, assim como é necessária uma transformação no cuidar de enfermagem para tornar palpável a vontade de promover a Autonomia do cliente e alterar todos os procedimentos habituais implementados até agora no quotidiano hospitalar.

Rumo à verdadeira centralização do cuidar no cliente a Saúde em Portugal pode contar com o contributo altamente adequado do enfermeiro especialista.

---

<sup>92</sup> CANADIAN NURSES ASSOCIATION. 2009. *Position Statement: clinical nurse specialist*. Ontario, Canadá. Pág.1.

## 5. INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade nos cuidados de saúde tem vindo, cada vez mais a ser uma preocupação dos intervenientes, tanto por motivos de ordem social, ética e profissional como por motivos económicos. Definir o que são cuidados de saúde com qualidade pode ser problemático, dado que *qualidade* é um conceito multi-dimensional, difícil de descrever mas fácil de reconhecer. Quando se tenta definir qualidade em saúde acaba por se enumerar os atributos de cuidados de saúde que visam melhorar substancialmente a saúde dos clientes. Maxwell citado por RODRIGUES indica que a qualidade em saúde se relaciona com “*efectividade, aceitabilidade, eficiência, acessibilidade, equidade e relevância*”<sup>93</sup>.

Dado que qualidade de cuidados é subjectiva há que encontrar uma forma objectiva de avaliar os cuidados de saúde. Donabedian foi quem se preocupou pela primeira vez com a qualidade dos cuidados em saúde, incluindo três dimensões na sua avaliação: estrutura, processo e resultados. ADAMI cita-o na sua definição de qualidade como “*um conceito que varia de acordo com os valores da sociedade e que deve ser interpretado em duas dimensões interdependentes: técnica e interpessoal*”.<sup>94</sup>

Existe controvérsia sobre se a qualidade dos cuidados em saúde é melhor avaliada pelos resultados ou pela estrutura<sup>95</sup>. TEIXEIRA cita Donabedian: “*a estrutura implica características relativamente estáveis das instituições, como área física, recursos humanos, financeiros e o modelo organizacional; o processo refere-se ao conjunto de actividades de produção de bens e serviços e, no sector da saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, (...) e o resultado é a obtenção*

---

<sup>93</sup> RODRIGUES, R.C.R.P. 2009. *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português*. [Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e economia da saúde]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Pág. 9

<sup>94</sup> ADAMI, N.P. 2000. *Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem*. Acta paulista de enfermagem, Vol. 13, parte 1. Pág. 192.

<sup>95</sup> Cf. GOMES, B.P., 2008. *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. [Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

*características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde do cliente.*”<sup>96</sup>

Para que a avaliação dos cuidados em saúde seja efectiva são necessários dados mensuráveis e credíveis que “*possibilitem analisar as necessidades dos clientes, fixar objectivos mais ajustados, descrever as especificidades dos protocolos, avaliar desvios e identificar falhas.*”<sup>97</sup> É necessário ter um indicador de qualidade. Um indicador é “*uma unidade de medida de um evento ou actividade, geralmente construído segundo uma expressão matemática, que pode ser utilizado como guia para monitorizar e avaliar a qualidade da assistência aos clientes ou às actividades de um serviço*”<sup>98</sup>.

A essência da profissão de enfermagem é a relação enfermeiro-cliente na procura constante da excelência do cuidar, pelo que a qualidade dos cuidados de enfermagem assume particular importância, sendo uma área sensível aos cuidados de Enfermagem do enfermeiro especialista. A OE<sup>99</sup> destaca que os cuidados de Enfermagem se caracterizam pela complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e intangibilidade, dependendo do contexto onde são realizados. Assim sendo, emanou directivas para a construção de indicadores de qualidade em enfermagem, que abordem tanto a estrutura, como o processo como o resultado. Os indicadores devem subordinar-se a: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional, organização dos serviços de enfermagem.

*“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”*<sup>100</sup>o que implica, entre outros, a existência de um sistema de registos em enfermagem que torne visível “*as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo*

---

<sup>96</sup> Teixeira, Juliana Donizeti Ribeiro. 2006. *A elaboração de Indicadores de Qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal*. Revista de Enfermagem UERJ. Vol. 14, Artigos de revisão. Pág. 273.

<sup>97</sup> RODRIGUES, R.C.R.P. 2009. *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português*. [Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e economia da saúde]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Pág. 28.

<sup>98</sup> Teixeira, Juliana Donizeti Ribeiro. 2006. *A elaboração de Indicadores de Qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal*. Revista de Enfermagem UERJ. Vol. 14, Artigos de revisão. Pág. 272.

<sup>99</sup> Cf. ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003. *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem*.

<sup>100</sup> *Ibidem*, Pág.10.

*cliente*<sup>101</sup>, uma vez que é importante deixar claro a intencionalidade do acto de enfermagem. O “Nursing Outcomes Classification” é uma compilação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Defende que não existem ganhos em saúde exclusivos de nenhum grupo profissional, dado que a evolução do estado de saúde do cliente depende da intervenção de todos eles, mas existem resultados que são mais influenciados por um ou outro grupo profissional. Um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem é *“um estado, comportamento ou percepção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem.”*<sup>102</sup>

Cada Serviço deve estabelecer indicadores para a sua realidade com base nas directivas apresentadas. Como proposta deixo, aliado aos indicadores, o uso da linguagem classificada e os diagnósticos de enfermagem como forma de avaliação. Passo a explicar. Um cliente é admitido no serviço com o diagnóstico de enfermagem (segundo a CIPE) **Autocuidado Higiene dependente em grau moderado**; à data da alta o diagnóstico face à mesma realidade é **Autocuidado higiene dependente em grau reduzido**, (isto é: taxa/prevalência de dependência no autocuidado Higiene). Conseguir perceber-se que ocorreu aqui um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem porque foram enfermeiros que implementaram intervenções com integridade referencial para aquela necessidade. Assim sendo uma possibilidade de indicador seria o número de clientes que, face ao Autocuidado, recuperaram do juízo “dependente em grau moderado” para o juízo “dependente em grau reduzido”.

Considero que devido às competências da figura do EEEMC existem indicadores que são demonstrativos da qualidade dos seus cuidados e que, ao mesmo tempo, demonstram ganhos em saúde. Escolho os indicadores seguintes por corresponderem à literatura sobre competências e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do enfermeiro de referência, e por corresponderem aos exemplos por mim observados em contexto de estágio. Usando a mesma terminologia (CIPE/ICNP versão 1.0) destaco, no atendimento ao cliente crítico, os seguintes indicadores:

---

<sup>101</sup> *Ibidem*. Pág. 11.

<sup>102</sup> Johnson, Maas & Moorhead citado por PEREIRA, Filipe Miguel Soares. 2009. **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Resumo mínimo de dados de enfermagem**. [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Pág. 87.

- Taxa/prevalência de adesão ao regime terapêutico;
- Taxa/prevalência de aprendizagem de habilidades;
- Taxa/prevalência de conhecimento;
- Taxa/prevalência de autocontrolo: infecção
- Taxa/prevalência de stress do prestador de cuidados
- Taxa/prevalência de eficácia no autocontrolo: dor.
- Taxa/prevalência de bem-estar psicológico
- Taxa/prevalência de eficácia no Coping

Ao longo do estágio desempenhei intervenções de Enfermagem como resposta a diagnósticos do domínio do enfermeiro especialista, pelo que apresento alguns indicadores associados a esse mesmo percurso:

**1. Taxa/prevalência de adesão ao regime terapêutico;**

- *Número de sessões de educação para a saúde sobre alimentação: 30*
- *Número de sessões de educação para a saúde sobre exercício: 30*
- *Número de sessões de educação para a saúde sobre medicamentos: 30*

**2. Taxa/prevalência de aprendizagem de habilidades;**

- *Número de preparações respiratórias pré-operatórias: 15*
- *Número de sessões de ensino sobre exercícios pós mastectomia: 20*
- *Número de sessões de ensino sobre inspirometria de incentivo: 10*
- *Número de sessões de ensino sobre complicações da queimadura: 6*

**3. Taxa/prevalência de conhecimento;**

- *Número de preparações pré-operatórias: 30*
- *Número de sessões de educação sobre conhecimento para alta: 25*

**4. Taxa/prevalência de autocontrolo: infecção**

- *Número de sessões de educação sobre controlo de infecção: 20*
- *Número de sessões de treino sobre lavagem das mãos: 25*

**5. Taxa/prevalência de stress do prestador de cuidados**

- *Número de situações diagnosticadas: 5*
- *Número de sessões de preparação para a alta do idoso: 8*
- *Número de sessões de esclarecimento pós-operatório com o prestador de cuidados: 10*
- *Número de articulações com suporte da comunidade: 5*

**6. Taxa/prevalência de eficácia no autocontrolo: dor.**

- *Número de sessões de educação sobre Patient Controlled Analgesy: 10*
- *Número de sessões de relaxamento: 15*
- *Número de sessões de técnica de imaginação guiada: 2*

**7. Taxa/prevalência de bem-estar psicológico**

- *Número de contactos com a família do cliente idoso: 30*
- *Número de contactos com a família no Serviço de Urgência: 30*
- *Número de contactos com a família na Unidade de Queimados: 10*

## **6. CONCLUSÕES**

Ser um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é ser responsável por praticar (e pensar) uma Enfermagem avançada. É não desenvolver uma Enfermagem de prática avançada em que o ênfase se volta para as competências técnicas, mas sim praticar uma Enfermagem avançada em que os conhecimentos e as competências adquiridos e/ou desenvolvidos se colocam ao dispor do cliente e do seu projecto de saúde, na procura da excelência dos cuidados, mas também se colocam ao dispor da profissão, tornando-a uma ciência consistente em que os avanços teóricos promovem a qualidade da prática. Só desta forma poderemos responder às necessidades em cuidados de saúde da população.

Ao longo deste documento pretendi demonstrar a evolução da minha concepção de Enfermagem e explicar o processo de mudança que a aprendizagem fez na minha identidade profissional. Apresentei cada serviço onde foi realizado cada um dos módulos do Estágio, focando a sua organização estrutural e o tipo de clientes que neles são atendidos. Em cada momento foram descritas as actividades desempenhadas. Tive o cuidado de ir fundamentando com pesquisa bibliográfica as decisões tomadas e foquei os pontos de aprendizagem de novos conhecimentos. Apontei algumas oportunidades de melhoria em cada serviço apresentando igualmente soluções construtivas.

Concretamente desenvolvi competências práticas, ao nível de técnicas invasivas complexas, desenvolvi competências clínicas, ao nível da avaliação do cliente e detecção precoce de complicações, desenvolvi competências metodológicas, que me permitiram organizar o tempo e o espaço para prestar cuidados especializados ao cliente crítico bem como à sua família.

Contactei com realidades diferentes, como o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Especiais/Unidade de Queimados, onde pude adquirir conhecimentos novos

sobre realidades não vivenciadas e, ainda assim, ser capaz de sugerir com consistência mudanças capazes de melhorar a qualidade dos cuidados.

Duas áreas foram desenvolvidas com maior profundidade: a gestão dos cuidados e a problematização da realidade sob o ponto de vista de enfermagem especializada. Há uma diferença entre os cuidados do enfermeiro generalista e os cuidados do enfermeiro especialista, e fui capaz de os desenvolver. A gestão dos cuidados constitui um conjunto de competências de difícil aquisição e desenvolvimento. O enfermeiro especialista deve demonstrar liderança (o que não se consegue sem solidez de conhecimentos e consistência de intervenções e atitudes), capacidade de fundamentação teórica, deontológica e ética da sua prática, compreensão e capacidade de aplicação da evidência baseada na prática, realizar uma análise crítica dos cuidados e zelar para a sua continuidade. A gestão dos cuidados foi, na minha prática, tão mais eficaz quanto mais consegui envolver o cliente no seu plano de cuidados e, portanto, mais perto do seu Projecto de Saúde.

Parece-me, portanto, mais claro hoje do que no início deste percurso académico que o enfermeiro especialista é aquele que *“assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”*, sendo que os cuidados de enfermagem *“tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*.<sup>103</sup> É muito específico o cuidado que se presta a alguém cuja situação de saúde é crítica, e complexo, dado que o holístico não pode ser descurado. Não só há necessidade de mobilização de competências teóricas como também competências humanas. Considero ter um caminho de aquisição de competências neste sentido que ficará progressivamente mais forte; o meu olhar sobre o cuidar mudou.

Uma vez que tanto recebi procurei dar um contributo, que vem sob a forma de reflexão e que agora fica sob a forma de proposta de investigação. A visibilidade do cuidar do EEEMC é, muitas vezes, escassa. O contributo principal que dei no sentido de dar resposta a esta oportunidade de melhoria da profissão foi desenvolver, com base na

---

<sup>103</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema. Assembleia Geral de 11 de Março de 2007. Pág. 10.*

CIPE, diagnósticos e intervenções sensíveis aos cuidados deste enfermeiro especialista, enquadrando-os com o modelo de enfermeiro de referência.

Observei que não existem estudos em Portugal sobre as vantagens (ou desvantagens) da aplicação deste modelo, nem tão pouco existem dados sobre os registos de enfermagem ou os ganhos em saúde que tem um cliente quando é cuidado pelo EEEMC.

Como perspectivas para o futuro tenciono dar contributos na área da sistematização do planeamento de cuidados do enfermeiro especialista, uma vez que acredito ser uma forma eficaz de dar visibilidade aos seus cuidados e aos ganhos em saúde que o cliente obtém dessa forma. Por outro lado, uma vez que desenvolvi o Módulo Opcional no serviço onde desempenho a minha actividade profissional, tenciono aplicar as soluções que apresentei para as oportunidades de melhoria identificadas. Mais tarde pretendo publicar um artigo sobre a sua eficácia e o impacto na melhoria dos cuidados.

Considero importante a investigação para o avanço científico da profissão e para uma sistematização do cuidar em enfermagem. A escassez de trabalhos científicos sobre a metodologia mais eficaz na prestação de cuidados, bem como sobre o contributo específico do enfermeiro especialista nos ganhos em saúde do cliente foi uma das principais dificuldades ao longo deste estágio. A nível internacional desenvolvem-se estudos sobre as vantagens do método de enfermeiro de referência, publicam-se tomadas de posição sobre os contributos do enfermeiro especialista e sobre que acção este deve ter. Em Portugal essa discussão faz-se agora e pretendo contribuir com a minha experiência para a sua definição cada vez mais clara.

Um outro aspecto muito interessante e que pretendo desenvolver é a criação de indicadores de enfermagem específicos para o contexto da EMC uma vez que a qualidade e excelência do cuidado são fundamentais para a saúde dos clientes. Isto é, ao sistematizar em linguagem classificada os diagnósticos e intervenções do enfermeiro especialista, pela evolução do juízo diagnóstico é possível medir o impacto do mesmo na saúde dos clientes.

Estou ciente de que o Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros se alterou, e que se reorganizou o percurso da Especialização em

Enfermagem em Portugal. As competências por mim adquiridas vão certamente dar um contributo importante para a aplicação e melhoria desse mesmo futuro imediato.

*“Interessa-me o futuro pois é onde vou passar o resto da minha vida” (Woody Allen.)*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N.P. 2000. **Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem.** Acta paulista de enfermagem, Vol. 13, parte 1
- ALVES, Maria Luiza Melo et al. 2007. **Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias da mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de cancro e a serem submetidos a procedimentos estéticos.** Revista Brasileira de Anestesiologia. Volume 57. N.º2
- ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO DE ALTA HOSPITALAR – **Position statement: promoting best practice guidelines for safe and effective discharge planning.** 2009. Disponível em [http://www.adpco.ca/newsletters/Position%20Statement%20revised%20Oct\\_09.pdf](http://www.adpco.ca/newsletters/Position%20Statement%20revised%20Oct_09.pdf) consultado no dia 2 de Abril de 2010.
- BARBOSA, Vanessa Cristina e RADOMILE, Dra. Maria Eugénia Scatena. 2006. **Ansiedade pré-operatória no Hospital Geral.** Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Ano 2. N.º3: 45-50.
- BRUNNER & SUDDARTH, 2000. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Volume III, 9ª edição. Guanabara Koogan.
- BRUNNER & SUDDARTH, 2000. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Volume IV, 9ª edição. Guanabara Koogan.
- BRUNNER & SUDDARTH, 2000. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Volume I, 9ª edição. Guanabara Koogan.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION. 2009. **Position Statement: clinical nurse specialist.** Ontario, Canada.
- CARMONA, Luciana Mahnis e LALUNA, Maria Cristina. 2002. **Primary Nursing: pressupostos e implicações na prática.** Revista electrónica de Enfermagem. Vol. 4. 1: 12-17.
- CASTELO, Luís Carlos Sá. 2009. **Abordagem ao doente com dor abdominal no Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António no ano de 2008: um estudo descritivo envolvendo 8004 doentes.** [Dissertação de Tese de Mestrado Integrado em Medicina]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- CASTILHO, Amélia Filomena Oliveira Mendes et al. 2000. **Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas**. Revista Referência. N.º5 pág. 73.
- COSTA, José dos Santos. 1999. **Método e percepção do cuidar em Enfermagem. [Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem]**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- DIAS, C.M. et al. 2008. **Inspirometria de incentivo e breath (stacking: repercussões sobre a capacidade inspiratória em indivíduos submetidos a cirurgia abdominal**. Revista brasileira de Fisioterapia. Vol. 12 (2) 94-99.
- DIOGO, Carla Silva. 2007. **Impacto da relação cidadão-sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. [Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão dos serviços de saúde]. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da empresa.
- DUARTE, Leonardo Teixeira e SARAIVA, Renato Ângelo. 2009. **Quando o Índice Bispectral pode fornecer valores espúrios**. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 59. 1: 99-109.
- FONSECA, César João Vicente. 2006. **A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no Hospital. [Dissertação de mestrado em comunicação em Saúde]**. Universidade Aberta, Lisboa.
- GOMES, B.P., 2008. **Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente**. [Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- GOMES, C.F.P. 2008. **Contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência: satisfação do utente**. [Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem]. Universidade Fernando Pessoa.
- GONÇALVES, Deolinda Maria da Silva Afonso. 2008. **A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde]**. Universidade Aberta. Lisboa.
- GOYATÁ, S.L.T e ROSSI, L.A. 2009. **Diagnósticos de Enfermagem em pacientes queimados e percepção de seus familiares**. International Journal of Nursing terminologies and Classifications. Vol. 20, N. °1.
- GOYATA, Sueli e ROSSI, Lídia. 2009. **Nursing diagnoses of Burned patients and relatives' perception of patients' needs**. International Journal of Nursing Terminologies and classifications. Vol. 20, n. ° 1: 16-24.

- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006. **Dotações seguras salvam vidas – instrumentos de informação e acção.** Edição portuguesa por Ordem dos Enfermeiros, Abril de 2006.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009. **ICN Framework of competencies for the nurse specialist.** ICN Regulation Series, Geneva.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, **The ICN definition of Nursing.** 1975. In <http://www.icn.ch/definition.htm> consultado em 8 de Abril de 2010
- JONG, A.E.E. et al. 2007. **Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review.** Burns. Vol. 33, 811-827.
- JONSDOTTIR, H. 1999. **Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience.** Journal of Nursing Management. Vol. 7: 235-242.
- LEITE, Lúcia. 2006. **O enfermeiro especialista: percursos de desenvolvimento profissional.** II Congresso da Ordem dos enfermeiros, Lisboa.
- MAGALHÃES, A.M.M. et al. 2000. **Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 21 (2): 5-18.
- MAGALHÃES, Ana Maria e JUNCHEM, Beatriz. 2001. **Actividades do Enfermeiro em Unidade de Internação Cirúrgica de um hospital Universitário.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 22 (2): 102-121.
- MARCOLINO, José Álvaro et al. 2007. **Escala Hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório.** Revista Brasileira de Anestesiologia. Volume 57, N.º1.
- MARTINHO, A.M.P.R. 2008. **Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra.** [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.
- MARTINS, Luciana et al. 2003. **Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola.** Psicologia, saúde & doenças. 4 (1), 69-82
- MENDONÇA, Regiane de Souza et al. 2007. **A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais.** Revista brasileira de Cancerologia. 53 (4) 431-435
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007. **Enfermagem modelos de intervenção.** Coordenação nacional para a infecção VIH/sida.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007. **Programa Nacional de Prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.** Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. **Cuidados paliativos oncológicos – controle da dor.** Instituto Nacional do Cancer. Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde.** Lisboa.
- NATIONAL HEALTH SYSTEM – **Protocol on patient discharge from hospital.** 2004. Disponível em <http://www.shb.scot.nhs.uk/documents/pphandbook/documents/PatientDischarge.pdf> consultado no dia 2 de Abril de 2010.
- NUNES, Anabela Maria Paiva Vale Leitão. 2008. **Ajustamento psicossocial da mulher com carcinoma da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante.** [Dissertação de Mestrado em Oncologia.] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003 (b). **Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem.**
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007 (c). **Delegação: tomada de posição. Parecer n.º 136/2007.**
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007 (d). **Sistema de informação em enfermagem. Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde.**
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001. **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos.** Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003(a). **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais.** Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2006. **Tomada de posição sobre segurança do cliente.** Conselho Jurisdicional.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007(a). **Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema.** Assembleia Geral de 11 de Março de 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007(b). **Sistema de Informação de Enfermagem: princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.**

- **ORDEM DOS MÉDICOS. 2008. Transporte de doentes críticos – recomendações.**
- **ORDEM DOS MÉDICOS. 2009. Normas de boa prática em trauma.** Grupo de Trabalho de Trauma.
- **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008. WHO guidelines for patient safe surgery.** United States of America. First edition.
- **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2000. Carta de Otawa.**
- **PARRA, Adrelisa V. et al. 2005. Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Arquivo de Ciências da Saúde. 12 (2): 116-119
- **PEREIRA, Filipe Miguel Soares. 2009. Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Resumo mínimo de dados de enfermagem.** [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- **RODRIGUES, R.C.R.P. 2009. Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português.** [Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e economia da saúde]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- **ROSSI, Lúcia Aparecida et al. 2000. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida.** Revista Latino-americana de enfermagem. Vol. 8 N.º 3.
- **ROSSI, Lúcia Aparecida et al. 2006. Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras.** Revista da Escola Superior de Enfermagem. USP. 40(3)
- **SHELLNER, Pamela. 2007. Relationship-based care: a model for transforming practice.** Critical Care Nurse. 27:66.
- **SILVA, Gabriela Maria Costa e. 2009. As vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia.** [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- **SILVA, M.F. e SILVA, M.J.P. 2004. A auto-estima e o não verbal dos pacientes com queimaduras.** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 38 (2): 206-216.
- **SILVA, Waldine Vieira e NAKATA, Sumie. 2005. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos.** Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 58. N.º 6

- SIMÕES, C.M.A.R. e SIMÕES, J.F.F.L. 2007. **Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE segundo as necessidades humanas fundamentais.** Revista Referência II série, n.º4
- TEIXEIRA, JULIANA DONIZETI RIBEIRO. 2006. **A elaboração de Indicadores de Qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal.** Revista de Enfermagem UERJ. Vol. 14, Artigos de revisão
- THELAN, LYNNE A. et al. 1994. **Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenções.** 2ª Edição. Traduzida por Silva et al para Lusodidacta.
- VAZ, Cecília Rodrigues de Oliveira Tavares. 2008. **Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência.** [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde]. Universidade Aberta, Lisboa.
- VIEIRA, Margarida. 2007. **Ser enfermeiro da compaixão à proficiência.** Universidade Católica Editora. Lisboa. 160 pps.
- VIEIROS, Iolanda et al. 2007. **Complicações da mastectomia: linfedema do membro superior.** Acta Médica Portuguesa. Vol. 20: 335-340.

**LEGISLAÇÃO CONSULTADA:**

- DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril – Criação da Ordem dos Enfermeiros e estatuto (anexo)
- DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- DECRETO-LEI n.º 178/85, de 23 de Maio – Regulamenta os Cursos de Especialização em Enfermagem e altera a Carreira de Enfermagem.
- DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro, e alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL 411/99 de 15 de Outubro

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE. 2009. Um ano de reflexão e mudança! Comissão regional do doente crítico.
- BASTO, Marta Lima. 2007. Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25 (1): 59-70.
- CAVALCANTI, Ismar Lima, CANTINHO, Fernando e ASSAD, Alexandra. 2006. *Medicina Perioperatória*. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. ISBN 85-98045-04-7
- CHINALI, Camila et al. 2009. Inspirometria de incentivo orientada a fluxo e padrões ventilatórios em pacientes submetidos a cirurgia abdominal alta. *ConScientiae saúde*. Vol. 8 (2): 203-210.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. 1989. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Sindicatos dos enfermeiros portugueses. Lisboa.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2001. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 1.0.
- CORREIA, Carla Susana Lopes. 2007. *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo II: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de Enfermagem*. [Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde]. Universidade Aberta, Lisboa.
- DINIS, Rogério Paulo Antunes Borges. 2006. *A família do idoso: o parceiro esquecido? Cuidar o idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. [Dissertação para obtenção do grau de mestre em comunicação em saúde]. Universidade aberta. Lisboa.
- DUARTE, Leonardo Teixeira e SARAIVA, Renato Ângelo. 2009. Quando o Índice Bispectral pode fornecer valores espúrios. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 59. 1: 99-109.
- FONSECA, César João Vicente. 2006. *A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no Hospital*. [Dissertação de mestrado em comunicação em Saúde]. Universidade Aberta, Lisboa.
- HENDERSON, Virginia. 1966. *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. Mac Millan. New York.

- HENDERSON, Virginia. 1977. The concept of nursing. Journal of Advanced Nursing 30yh anniversary. Blackwell Scientific Publications.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2010. Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care.
- LEININGER, Madeleine. 2006. Changing foci in American Nursing education: primary and transcultural nursing care. Journal of Advanced Nursing. Vol. 3 (2): 155-166
- LOPES, António José Mendes. 2004. Experiência de cuidar da pessoa em fase terminal. [Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem]. Universidade do Porto, ICBAS, Porto.
- LOURENÇO, João Carlos. 2007. Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito. Circunstâncias e conceitos. Revista Portuguesa de Bioética. N.º3
- MELEIS, Afaf Ibrahim. 2000. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances on nursing Science. Vol. 23. 1: 12-28
- MELEIS, Afaf Ibrahim. 1986. Transitions: a nursing concern. School of nursing departmental papers. University of Pennsylvania.
- NETO, Maria Clara Batalha Reis Roquette Viana. 2006. Representação do cuidar em Enfermagem uma visão de professores e estudantes. [Dissertação de Mestrado em estudos sobre as mulheres.] Universidade Aberta, Lisboa.
- NIGHTINGALE, Florence. 1860. Notes on nursing What it is and what it is not. Reimpressão da 1ª edição Americana publicada por D.Appleton and company. New York, Dover Publications. Inc. 1969.
- OSBORN, Kathleen. 2003. Nursing burn injuries. Nursing management. 34 (5): 49-56
- PARSE, R.R. 1981. Man living health: a theory of nursing. John Wiley and Sons. New York.
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. 2008. Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em Enfermagem. [Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Ciências da educação]. Universidade do Porto, Porto.
- PINTO, Cristina Maria Correia Barroso. 2003. O respeito no cuidado de Enfermagem: perspectiva do doente terminal. [Dissertação apresentada à Faculdade

de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Bioética e Ética Médica]. Universidade do Porto. Porto.

- ROGERS, Martha. 1970. An introduction to the theoretical basis of nursing. F.A. Davis. Philadelphia.
- SHELLNER, Pamela. 2007. Relationship-based care: a model for transforming practice. *Critical Care Nurse*. 27:66.
- SILVA, Natividade et al. 2003. **Burn patients in Portugal: analysis of 14797 cases during 1993-1999**. *Burns*. Vol. 29, 265-269.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **PLANO DE FORMAÇÃO PARA ASSISTENTES OPERACIONAIS 2009**

# ***PLANO DE FORMAÇÃO PARA ASSISTENTES OPERACIONAIS 2009***



**Centro Hospitalar do Porto, EPE**

**Hospital de Santo António | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Maria Pia**



**Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de Setembro**

***Porto, Junho de 2009***

## **INTRODUÇÃO**

A formação em serviço é tida, no Serviço de Cirurgia 2, como uma oportunidade de melhoria dos cuidados, no sentido de promover um ambiente óptimo para a pessoa internada. É um complemento fundamental da procura pessoal de cada profissional na melhoria constante dos cuidados que presta.

Cada grupo profissional apresenta necessidades em formação diferentes, embora alguns conceitos sejam transversais. Desta forma, a formação em serviço deve responder de forma diferente a cada necessidade detectada. Pretende-se que seja, portanto, objectiva, clara, prática e promotora de mudança permanente da actividade profissional.

O processo de mudança depende, em relação directa, da motivação e do envolvimento dos intervenientes. Desta forma, é intuito do enfermeiro responsável pela Formação envolver activamente os profissionais na detecção das oportunidades de aprendizagem e na melhor forma de as realizar.

O presente documento apresenta um plano de formação direccionado para as Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia 2, doravante designadas por AO, abordando as principais necessidades de aprendizagem e desenvolvimento da actividade profissional e os objectivos que se pretendem alcançar com esta formação. É igualmente alvo deste documento expor o planeamento da formação, sendo claro nas metodologias a utilizar e nas técnicas de avaliação que irão ser usadas para apurar a eficácia da mesma.

Concluir-se-á este Plano de Formação com as expectativas realistas para o ano de 2009 nesta área de intervenção que é o trabalho em equipa, justificando a pertinência do envolvimento do enfermeiro na formação das assistentes operacionais.

## **1. Planeamento da Formação**

As oportunidades de aprender com os outros e usando os conhecimentos de cada um para formar um conhecimento em equipa é um dos principais objectivos da formação em serviço. O principal objectivo de um planeamento é desenhar mentalmente aquilo que no futuro se pretende realizar.

A formação às AO deve ter como objectivo principal colmatar as dúvidas da classe profissional e de permitir uma melhor interacção entre os vários intervenientes no processo de cuidado ao cliente. Desta forma, com este planeamento, o interlocutor da Formação pretende estabelecer no tempo metas realistas e, acima de tudo, promotoras da mudança positiva da forma de executar funções, trazendo satisfação a todos os elementos da cadeia que cuida do elemento central, o cliente.

### **1.1. Diagnóstico das Necessidades**

A avaliação do plano de 2008 leva à conclusão de que nem todos os objectivos gerais foram colmatados na sua totalidade, pelo que se destaca a necessidade de incidir em alguns aspectos trabalhados mas que nesta altura se encontram menos conseguidos. Um dos temas que ainda constitui necessidade é o da “Lavagem das mãos”, uma vez que os conhecimentos nesta área se desenvolvem continuamente, os métodos de trabalho são inovadores, e a informação nova abunda, pelo que métodos usados durante muito tempo são hoje comprovadamente errados. As AO referem esta como uma das mais importantes áreas de necessidade. Esta é também uma área em que a instituição tem investido e que é alvo de novos projectos, que deve envolver todos os membros da comunidade hospitalar.

A nível das funções que as AO devem desempenhar no serviço, ocorreram alterações a nível de funcionamento e articulação da equipa de Enfermagem com os restantes elementos. Novas formas de organização dos cuidados foram executadas. Neste sentido, há necessidade de uma nova abordagem deste tema à luz destes novos desenvolvimentos. O posicionamento corporal durante o auxílio nas intervenções de Enfermagem, nomeadamente, durante o banho na cama, os posicionamentos no leito e transferência de doentes da cama para o cadeirão, e vice-versa, é muitas vezes

incorrecto, e há necessidade de corrigir esses erros que podem provocar acidentes de trabalho, lesões nos profissionais e até, em último caso, nos clientes.

No sentido de identificar áreas em que as mesmas apresentem dificuldades ou queiram ter mais informação de forma a poderem exercer as suas funções profissionais da melhor forma, será distribuído a cada uma um questionário pessoal e confidencial, para permitir uma partilha de dificuldades mais aberta (Anexo I). Do cruzamento dos dados desse questionário e das necessidades que os enfermeiros detectam serão identificadas as áreas de formação.

De uma forma geral, existem três áreas que consideramos fundamentais abordar:

1. Infecção nosocomial
2. Funções das assistentes operacionais na equipa multidisciplinar
3. Relação com o cliente internado.

## **1.2. Objectivos gerais**

- A. Identificar necessidades em formação para 2010
- B. Contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde e satisfação do cliente
- C. Responsabilizar as profissionais sobre o impacto no cliente das suas acções
- D. Aumentar a satisfação das profissionais no desempenho das suas funções
- E. Harmonizar métodos de trabalho em equipa

## **1.3. Objectivos específicos**

- A. Sensibilizar para o problema da infecção nosocomial
- B. Sensibilizar para o uso da comunicação como forma de melhorar os cuidados
- C. Sensibilizar para a importância do trabalho em equipa
- D. Colocar em perspectiva a função das assistentes operacionais no seio da equipa
- E. Valorizar o percurso e a acção profissional quotidiana

#### **1.4. Metodologia e estratégias**

Como técnicas de formação planeiam-se 3 acções de formação versando sobre os temas acima referenciados, de acordo com as necessidades que as assistentes operacionais evidenciarem. Cada acção de formação terá a duração aproximada de uma hora, em que 15 minutos serão expositivos e os restantes 45 interactivos. Estes 45 minutos integrarão tempo de prática dos conceitos apreendidos, discussão das dificuldades e das dúvidas existentes, bem como questionário de avaliação da formação.

O método expositivo irá utilizar imagens apelativas, incluindo imagens captadas no próprio serviço, de situações do quotidiano que mereçam relevância, tanto positiva como negativa, e que serão ponto de partida para a apresentação do conteúdo de formação importante. As apresentações em formato informático e mesmo meios audiovisuais serão usados e explorados no máximo das suas potencialidades, para criar situações apelativas à memória visual e cognitiva. Durante toda a Formação o formador irá adoptar uma posição de compreensão e um ambiente em que as AO se sintam à vontade para expressar dúvidas, efectuar comentários ou dar contributos de opinião.

No final de cada formação será entregue uma avaliação da mesma, onde será pedida a opinião sobre os moldes da formação, bem como serão testados alguns conceitos chave daquela sessão.

#### **1.5. Calendarização do Plano de Formação para 2009**

<b>Data/hora</b>	<b>Plano de Sessão</b>	<b>Formadores</b>
Julho de 2009	Lavagem das Mãos	Enf. José Dias
Setembro de 2009	Funções das A.O.	Enf. José Dias
Outubro de 2009	Relações interpessoais	Enf.º José Dias

## **2. Avaliação**

No final do ano irá ser feita uma avaliação geral do efeito da formação nas assistentes operacionais, através do preenchimento de uma grelha de observação, por parte do enfermeiro responsável. Poderá, igualmente, ser necessária a elaboração e preenchimento de “testes diagnóstico” com os conteúdos mais importantes e relevantes das formações anteriores, tentando colmatar aspectos que a observação conclua como menos conseguidos.

A avaliação será sempre no sentido positivo e de crítica construtiva, valorizando sempre os aspectos positivos alcançados.

Espera-se que assim a formação cumpra o seu objectivo geral: a mudança de atitudes no sentido de cuidados com mais qualidade.

### **3. Conclusão**

A actividade global das Assistentes Operacionais num serviço de saúde ao nível do internamento passa por colaborar, sob orientação dos enfermeiros, na prestação de cuidados aos clientes, na manutenção das condições de limpeza e higienização das instalações e no apoio ao serviço. Não apresentam área autónoma de intervenção; executam tarefas não diferenciadas sempre sob supervisão do Enfermeiro.

A delegação nas Assistentes Operacionais de tarefas por parte do enfermeiro deve ser sempre bem ponderada, obedecendo à tomada de decisão da Ordem dos Enfermeiros de 23 de Abril de 2007.

Para que existam condições de colaboração entre estes profissionais, e para que os cuidados tenham qualidade, é essencial a Formação. No Serviço de Cirurgia 2 tem-se concluído que as acções implementadas melhoram significativamente os cuidados e a interacção entre os profissionais, sendo uma mais-valia para o cliente internado. Ainda assim, com a evolução do tempo e dos cuidados, bem como com a integração de novos elementos na equipa, ocorrem alterações que são susceptíveis de se rectificar por meio de formação cada vez mais direccionada.

Os temas aqui apresentados e a forma como se Planeou a Formação vão neste mesmo sentido: na melhor qualidade e maior satisfação profissional. Tal como se pode ler no Decreto-Lei n.º 231/92, no Anexo II, o trabalho das Assistentes operacionais é importante para o bom funcionamento do serviço. Mas é fundamental que os enfermeiros e as próprias assistentes operacionais conheçam em profundidade as suas funções e os seus limites, bem como as responsabilidades inerentes a desenvolver funções numa instituição de saúde em que os seus actos influenciam o estado dos clientes.

## ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES DE  
FORMAÇÃO

## QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Responda por favor ao seguinte questionário, que pretende avaliar se tem ou não necessidades em saber mais sobre as funções que desempenha e em que área necessita de mais informação. Não é um questionário para avaliar o desempenho nem serve de avaliação do mesmo. Tem como objectivo satisfazer as necessidades que possa ter, integrando-a melhor no desempenho das suas funções.

1. Para realizar o seu trabalho considera-se

- Muito bem preparada
- Bem preparada
- Pouco preparada
- Mal preparada

2. Quando os enfermeiros lhe atribuem tarefas para fazer, sente:

- Nenhuma dificuldade
- Pouca dificuldade
- Bastante dificuldade
- Muita dificuldade

3. Para si é mais difícil

- Lidar com os enfermeiros
- Lidar com as pessoas internadas
- Lidar com as famílias

4. Sobre a Formação em Serviço que tem sido feita, considera que tem sido:

- Muito útil

- Útil
- Pouco útil
- Nada útil

5. Das áreas seguintes qual a que considera mais importante para fazer Formação:

- Prevenir a infecção no Hospital
- Comunicação com os doentes
- Funções a desempenhar pelas Assistentes Operacionais
- Técnicas de postura corporal durante os posicionamentos dos doentes
- Proteger-se a si mesma durante a execução das tarefas no serviço

6. Diga duas áreas em que gostaria de ter formação e ainda não teve:

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

7. Dê sugestões para melhorar a formação em serviço na área das Assistentes Operacionais. Obrigado.

---

---

---

---

---

## **ANEXO B**

### **PROPOSTA DE GUIDELINE: PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

**PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

**INSPIROMETRIA DE INCENTIVO**



A inspirometria de incentivo, também conhecida como inspiração máxima sustentada, é uma componente da terapia de higiene pulmonar.

Trata-se de uma técnica que pretende igualar os efeitos de movimentos respiratórios naturais, tais como o suspirar ou o bocejar, encorajando o cliente a fazer inspirações longas, lentas e profundas.

**Fig. 1: inspirómetro de incentivo, de fluxo.**

Este efeito é conseguido através do uso de um aparelho, o inspirómetro de incentivo, que provoca um efeito de feedback visual ao cliente, que assim consegue compreender a amplitude da sua inspiração. A duração desta técnica deve ser igual ou superior a 3 segundos.

O objectivo principal deste procedimento é aumentar a pressão transpulmonar e os volumes inspiratórios, melhorar o desempenho dos músculos inspiratórios e restabelecer ou simular o padrão pulmonar normal de hiperinsuflação. Quando a inspirometria de incentivo é realizada de forma repetida e regular a permeabilidade e limpeza das vias aéreas pode ser mantida e as atelectasias pulmonares podem ser prevenidas e revertidas. É conveniente usar, como complemento, outras técnicas respiratórias, tais como a técnica de tosse eficaz.

## **PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

### **Indicações**

A técnica pode ser usada em:

- Clientes com condições predisponentes ao desenvolvimento de atelectasias pulmonares, como por exemplo, clientes submetidos a cirurgia abdominal superior, cirurgia torácica ou cirurgia em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica;
- Clientes com atelectasia pulmonar presente;
- Clientes com patologia pulmonar restritiva;
- Clientes com disfunção do diafragma;
- Clientes no pré ou pós-operatório que apresentam comprometimento ao nível da capacidade de inspiração;
- Avaliação da capacidade inspiratória no pré-operatório para que possa depois ser usada como medida de comparação no pós-operatório, permitindo assim um plano de acção direccionado e individual;
- Clientes confinados ao leito que beneficiam com a inspiração profunda para a prevenção de complicações respiratórias.

### **Contra-indicações**

A técnica não deve ser usada em:

- Clientes que não apresentem capacidade de aprendizagem do uso devido do equipamento;
- Clientes que não colaborem com o enfermeiro na prática da técnica;
- Clientes que sejam incapazes de respirar profundamente de forma eficaz (por exemplo, que apresentem um volume inspiratório cerca de 1/3 abaixo do esperado ou com uma capacidade vital abaixo dos 10 mL/kg).

### **Precauções:**

- Aos clientes com traqueostomia deve ser fornecido um adaptador para o inspirómetro;
- O uso isolado desta técnica não constitui um tratamento eficaz para clientes com colapso pulmonar importante ou com zonas de consolidação;

**PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

- A hiperventilação pode surgir no contexto de uma técnica errada. Assim sendo a prática desta técnica deve ser sempre supervisionada pelo enfermeiro até se poder garantir que o cliente a desempenha sem dificuldades;
- Nos clientes com enfisema pulmonar podem surgir situações de barotrauma;
- Pode surgir desconforto no desenvolvimento desta técnica associado à presença de dor e ao seu inadequado controlo;
- Existe um risco aumentado de broncoespasmo em clientes que já sejam susceptíveis ao mesmo, pelo que clientes com vias aéreas facilmente irritáveis devem ser monitorizados de forma mais rigorosa;
- Nos clientes com aporte de oxigenoterapia pode surgir hipoxia dado que pode ser necessário remover a máscara de oxigenoterapia para a execução da técnica de inspirometria de incentivo;
- Pode ocorrer fadiga nos clientes que se apresentem com mau estado físico geral.

**Critérios de eficácia:**

- Melhoria do desempenho dos músculos inspiratórios (por exemplo, os volumes inspiratórios no pós-operatório são sobreponíveis aos do pré-operatório);
- Ausência ou diminuição dos sinais de atelectasia (diminuição dos ciclos respiratórios, ausência de febre, ausência de sons respiratórios anormais, raio x torácico de características normais, aumento da saturação de oxigénio ao ar ambiente, por exemplo).

**Monitorização do progresso do cliente:**

- A supervisão directa do cliente torna-se desnecessária a partir do momento em que o mesmo demonstre domínio da técnica. Contudo, para que o desempenho autónomo surja rápida e eficazmente, devem ser estabelecidos com clareza os objectivos diários do tratamento;
- Monitorização dos sinais vitais antes e depois da execução da técnica;

**PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

- Sugere-se o estabelecimento de objectivos relativamente a:
  1. Frequência diária das sessões;
  2. Número de respirações por sessão;
  3. Volume inspiratório atingido
  4. Tempo de inspiração máxima sustentada: 3 a 5 segundos;
  5. Motivação.

Apesar de todos os seus benefícios a inspirometria de incentivo é uma técnica que só é eficaz quando bem executada e quando aplicada aos clientes certos. Assim sendo, e seguindo as orientações referidas inicialmente, cabe ao enfermeiro especialista identificar se o cliente beneficia ou não desta técnica, ensinar o cliente sobre a mesma, estabelecer objectivos diários e monitorizar a evolução. Ao enfermeiro generalista cabe continuar o plano estabelecido e agir caso surgirem complicações.

Para unificar procedimentos segue-se uma lista de acções, cronologicamente identificada, que designa o procedimento a ter quando se ensina a técnica de inspirometria de incentivo a um cliente. Apenas será implementado o procedimento seguinte ao cliente que obterá ganhos em saúde com a execução da técnica.

**PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

**PROCEDIMENTO**

1	<b>Apresentar-se. Explicar o propósito da sua presença.</b>
2	Descrever a técnica adequada e enfatizar a importância da inspirometria de incentivo para a correcta higiene pulmonar.
3	Avaliar o cliente antes e depois da execução da técnica, bem como antes e depois do procedimento cirúrgico, para poder ter uma referência exacta quanto à evolução e para poder estabelecer objectivos realistas e adequados ao cliente.
4	Posicionar o cliente de forma a potenciar o efeito da técnica. Cuidar para que o posicionamento não provoque dor.
5	Instruir o cliente para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Expirar, empurrando o umbigo para as costas;</li><li>• Colocar o bucal do inspirómetro na boca, selando bem os lábios;</li><li>• Inspirar profunda e lentamente, observando o estímulo visual (as bolas do inspirómetro);</li><li>• Suster a respiração por 3 a 5 segundos;</li><li>• Expirar lentamente.</li></ul>
6	Repetir o exercício. Cada tratamento deve consistir em 10 inspirações, cada uma das quais seguidas de 3 a 5 respirações normais. O cliente deve ser instruído a descansar sempre que considerar necessário. A frequência diária do exercício deve ser adequada às necessidades do cliente.
7	Manter uma monitorização da técnica até garantir que o cliente a desempenha de forma correcta. Por outro lado é importante a presença do enfermeiro para agir atempadamente de forma a evitar complicações.

**PROPOSTA DE GUIDELINE PREPARAÇÃO RESPIRATÓRIA DO CLIENTE NO PRÉ-  
OPERATÓRIO DE CIRURGIA PULMONAR**

**PROPOSTA DE REGISTO DO PROCEDIMENTO NO SAPE**

<i>Foco</i>	<i>Diagnóstico de enfermagem</i>	<i>Intervenções</i>
<b>Aprendizagem de habilidades</b>	Oportunidade de aprendizagem de habilidades [inspirometria de incentivo]	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre técnica respiratória</li><li>• Instruir técnica respiratória</li><li>• Treinar técnica respiratória</li><li>• Educar sobre hábitos de exercício <i>especif: <b>inspirometria de incentivo</b></i></li><li>• Reforçar a aprendizagem de habilidades</li></ul>
<b>Limpeza das vias aéreas</b>	Limpeza das vias aéreas ineficaz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Educar sobre hábitos de exercício <i>especif: <b>inspirometria de incentivo</b></i></li><li>• Instruir hábitos de exercício</li></ul> <p><i>Especif: <b>inspirometria de incentivo</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Treinar hábitos de exercício</li></ul> <p><i>Especif: <b>inspirometria de incentivo</b></i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar sinais vitais</li></ul>

## **ANEXO C**

### **PROPOSTA DE REGISTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM SENSÍVEIS À INTERVENÇÃO DO EEEMC**

# Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Nota Introdutória

Os registos de enfermagem devem reflectir o Processo de Enfermagem: as necessidades em cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem intencionalmente implementadas para lhes dar resposta e os resultados obtidos. Assim se pretendem obter dados que não só promovam a continuidade dos cuidados mas também o desenvolvimento profissional, através da produção de dados que possam objectivamente ser tratados.

Este tratamento de dados pode ser realizado através da construção de indicadores, tal como abordado no último capítulo do relatório. Relembro que Donabedian<sup>104</sup> postulou a existência de indicadores de processo, de resultado e de estrutura.

A Ordem dos Enfermeiros definiu o “*core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*”<sup>105</sup> onde apresenta 22 Focos<sup>106</sup> como sendo altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, necessidades em cuidados de saúde do cliente aos quais, de todos os grupos profissionais, é a enfermagem o que melhor consegue responder a essas necessidades obtendo resultados favoráveis. Estes Focos e toda a linguagem que rodeia os indicadores são baseados na CIPE. Desta forma é possível estabelecer indicadores mensuráveis e facilmente determinar a qualidade dos cuidados.

Desta forma, com base na observação realizada ao longo do estágio daquilo que são as competências e as funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, destaco os Focos que me surgem como sensíveis aos cuidados deste profissional.

---

<sup>104</sup> Donabedian citado por ADAMI, N.P. 2000. *Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem*. Acta paulista de enfermagem, Vol. 13, parte 1

<sup>105</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007 (d). *Sistema de informação em enfermagem. Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*.

<sup>106</sup> Foco da prática de enfermagem: área de atenção, tal como descrita pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2001. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0*.

## **Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Assim, surgem:

- Aceitação do estado de saúde
- Adesão ao regime medicamentoso/dietético
- Aspiração
- Autocuidado (s)
- Dor
- Limpeza das vias aéreas
- Tomar conta

O que de seguida apresento é o conjunto de intervenções de enfermagem que eu considero (com base em toda a literatura consultada e na prática observada ao longo do estágio) que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica implementa em cada um dos diagnósticos a que os Focos referidos dão origem.

Saliento que se encontra subjacente às intervenções a acção daquele enfermeiro como gestor de cuidados e promotor do Projecto de Saúde do cliente. As intervenções sugeridas podem ser implementadas por outros enfermeiros (nomeadamente generalistas); o que considero ser sensível às competências do enfermeiro especialista é o planeamento das intervenções certas para o diagnóstico certo e para o cliente certo, bem como as actividades que concretizam a intervenção.

O quadro que se segue pretende, de forma esquemática, demonstrar que, associado a cada Foco, surgem um ou mais diagnósticos de enfermagem. Para lhes dar resposta sugiro algumas intervenções de enfermagem que implementei ao longo do estágio para responder a diagnósticos de enfermagem semelhantes. Devo alertar que esta é apenas uma sugestão. Considero que constitui uma mais-valia para que os registos de Enfermagem ilustrem as intervenções do enfermeiro especialista. No futuro irei tentar aplicar esta proposta de registo e investigar da sua validade, aplicabilidade e interesse para documentar ganhos em saúde nos clientes. Seria igualmente importante para cada intervenção descrever as actividades que a constituem.

Pretendo, futuramente, completar o quadro e identificar outros Focos em que seja saliente a função do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autocuidado dependente</li><li>• Conhecimento do prestador de cuidados sobre o Autocuidado:<ul style="list-style-type: none"><li>- não demonstrado</li><li>- insuficiente</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter a dignidade e privacidade</li><li>• Incentivar o Autocuidado</li><li>• Identificar limitações</li><li>• Providenciar material de apoio</li><li>• Facilitar a expressão de dificuldades</li><li>• Planear o Autocuidado</li><li>• Elogiar progressos</li><li>• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados</li><li>• Avaliar competências do prestador de cuidados</li><li>• Identificar prestador de cuidados</li><li>• Planear encontro com o prestador de cuidados</li><li>• Fornecer informação sistematizada sobre o Autocuidado</li><li>• Envolver o prestador de cuidados no Autocuidado</li><li>• Ensinar sobre técnicas adaptativas para o Autocuidado</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<b>Aceitação do estado de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não aceitação do estado de saúde</li><li>• Conhecimento do prestador de cuidados sobre o Autocuidado:<ul style="list-style-type: none"><li>- não demonstrado</li><li>- insuficiente</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar aceitação</li><li>• Avaliar a atitude face ao estado de saúde</li><li>• Avaliar barreiras de aceitação</li><li>• Avaliar o Coping</li><li>• Avaliar as crenças culturais</li><li>• Promover a esperança</li><li>• Promover a auto-estima</li><li>• Providenciar reforço positivo</li><li>• Reforçar a auto-eficácia</li><li>• Envolver pessoa significativa no cuidado</li><li>• Ensinar sobre a doença</li><li>• Ensinar sobre técnicas de adaptação</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Adesão ao regime medicamentoso/dietético</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não adesão ao Regime Terapêutico</li><li>• Risco de Não adesão ao regime Terapêutico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a atitude relativamente ao tratamento farmacológico</li><li>• Avaliar a atitude relativamente ao regime</li><li>• Avaliar barreiras à adesão</li><li>• Estabelecer contrato para adesão ao regime terapêutico</li><li>• Determinar os conhecimentos</li><li>• Gerir a medicação</li><li>• Gerir o efeito secundário da medicação</li><li>• Gerir resposta negativa ao tratamento (complicação)</li><li>• Atribuir prioridade ao regime</li><li>• Promover a esperança</li><li>• Reforçar a adesão</li><li>• Reforçar a auto-eficácia</li><li>• Apoiar o processo de tomada de decisão</li><li>• Ensinar acerca das necessidades de exercício</li><li>• Ensinar a família acerca do regime</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Aspiração</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspiração</li><li>• Risco de aspiração</li><li>• Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de aspiração não demonstrado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados</li><li>• Avaliar competências do prestador de cuidados</li><li>• Identificar prestador de cuidados</li><li>• Planear encontro com prestador de cuidados</li><li>• Fornecer informação sistematizada sobre risco de aspiração</li><li>• Envolver prestador de cuidados nos cuidados</li><li>• Ensinar sobre técnica de prevenção de aspiração</li><li>• Facilitar expressão de dificuldades</li><li>• Aspirar o cliente</li><li>• Optimizar a respiração</li><li>• Manter vigilância contínua</li><li>• Executar técnica de posicionamento</li><li>• Manter o conforto</li><li>• Aplicar equipamento adaptativo</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dor presente</li><li>• Autocontrolo dor ineficaz</li><li>• Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão de analgésico não demonstrado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar medicação para a dor</li><li>• Avaliar a atitude relativamente ao tratamento farmacológico</li><li>• Avaliar o controlo da dor</li><li>• Avaliar o Coping</li><li>• Avaliar as crenças culturais</li><li>• Avaliar o padrão de exercício respiratório</li><li>• Avaliar a prontidão em aprender</li><li>• Avaliar a auto-eficácia</li><li>• Fazer consultadoria para a gestão da dor</li><li>• Manter vigilância contínua</li><li>• Incentivar as técnicas de relaxamento</li><li>• Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor</li><li>• Manter a dignidade e a privacidade</li><li>• Gerir a medicação</li><li>• Gerir o efeito secundário da medicação</li><li>• Gerir resposta negativa ao tratamento (complicação)</li><li>• Reforçar a adesão</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- Reforçar a auto-eficácia
- Comunicar o estado ao membro significativo
- Ensinar a gestão da dor
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar técnicas de adaptação
- Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados
- Avaliar competências do prestador de cuidados
- Identificar prestador de cuidados
- Planear encontro com prestador de cuidados
- Fornecer informação sistematizada sobre controlo de analgesia
- Envolver prestador de cuidados nos cuidados
- Prevenir situações de stress de prestador de cuidados
- Facilitar expressão de dificuldades

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Limpeza das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limpeza das vias aéreas comprometida</li><li>• Capacidade para expectorar reduzida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar o padrão de exercício respiratório</li><li>• Avaliar a prontidão em aprender</li><li>• Avaliar a auto-eficácia</li><li>• Avaliar o apoio social</li><li>• Manter vigilância contínua</li><li>• Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca do exercício [inspirometria]</li><li>• Facilitar o acesso ao tratamento</li><li>• Encaminhar para fisioterapia</li><li>• Ensinar acerca das necessidades de exercício</li><li>• Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento</li><li>• Executar Cinesiterapia respiratória</li><li>• Executar técnica de posicionamento</li><li>• Gerir ingestão de líquidos</li><li>• Executar técnica de inalação</li><li>• Desobstruir via aérea</li><li>• Aspirar secreções</li></ul>

## Proposta de registo de cuidados de enfermagem sensíveis à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Tomar conta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risco de stress do prestador de cuidados por tomar conta</li><li>• Stress do prestador de cuidados por tomar conta</li><li>• Oportunidade de papel de prestador de cuidados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar conhecimentos do prestador de cuidados</li><li>• Avaliar competências do prestador de cuidados</li><li>• Identificar prestador de cuidados</li><li>• Planear encontro com prestador de cuidados</li><li>• Fornecer informação sistematizada</li><li>• Envolver prestador de cuidados nos cuidados</li><li>• Prevenir situações de stress de prestador de cuidados</li><li>• Facilitar expressão de dificuldades</li><li>• Requerer apoio social</li><li>• Encaminhar para assistente social</li></ul>

## **ANEXO D**

### **GUIA INFORMATIVO DO DOENTE QUEIMADO E DA FAMÍLIA**

1ª página do anexo D

2ª página e seguintes do anexo D

## **ANEXO E**

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – ÍNDICE BIS: APLICAÇÃO E USO**

## PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

**Designação da acção de formação:** BIS - Índice Bispectral: objectivos e utilização

**Formadores:** Enfermeiras Maria João Freitas e Daniela Matos

**Local:** Unidade de Queimados, Hospital da Prelada

**Data:** 25 de Janeiro de 2010

**Duração prevista:** 15 minutos

**Razões justificativas da acção de formação:**

- Preocupação da equipa de enfermagem com o controlo da dor
- Novo equipamento no serviço que monitoriza o índice BIS
- Verbalização dos elementos de enfermagem sobre o desconhecimento dos objectivos do índice BIS e da utilização do equipamento

**Destinatários:** enfermeiros da Unidade de Queimados

**Objectivos a atingir:**

No final da formação os enfermeiros deverão ser capazes de:

- Definir o índice BIS
- Compreender como se desenvolve o sinal
- Compreender a sua aplicabilidade
- Interpretar o sinal do índice de BIS e agir em concordância
- Perceber as componentes do BIS
- Utilizar o equipamento de forma correcta
- Aplicar e manter correctamente o sensor
- Eliminar factores de perturbação
- Localizar fontes de ajuda (guias de utilização disponíveis online)

**Conteúdos da acção de formação:**

- Desenvolvimento do índice de BIS
- Aplicabilidade do índice de BIS
- Interpretação do índice de BIS
- Contributos do BIS para controlo da analgesia



Utilização segura do equipamento

- Factores que perturbam o equipamento

**Metodologias da realização da acção de formação:**

- Expositiva (bidireccional, em que se pede aos enfermeiros para participarem activamente expondo questões à medida que são expostos conteúdos)
- Auxiliada por meios audiovisuais: apresentação em power point e vídeo sobre aplicação do sensor
- Discussão final sobre vantagens do uso deste Índice

**Avaliação da acção de formação:**

- Avaliação verbal por parte do enfermeiro-chefe da Unidade de queimados, fornecendo a sua opinião fundamentada
- Avaliação verbal do conhecimento dos enfermeiros presentes questionando-os directamente

**Bibliografia usada:**

- <http://www.biseducational.com>
- DUARTE, Leonardo Teixeira e SARAIVA, Renato Ângelo. 2009. **Quando o Índice Bispectral pode fornecer valores espúrios.** Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 59. 1: 99-109.

# ***Bis – Índice bispectral: objectivos e utilização***



Trabalho elaborado por Maria João e Daniela Matos no âmbito do estágio do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

janeiro de 2010

Janeiro de 2010

1

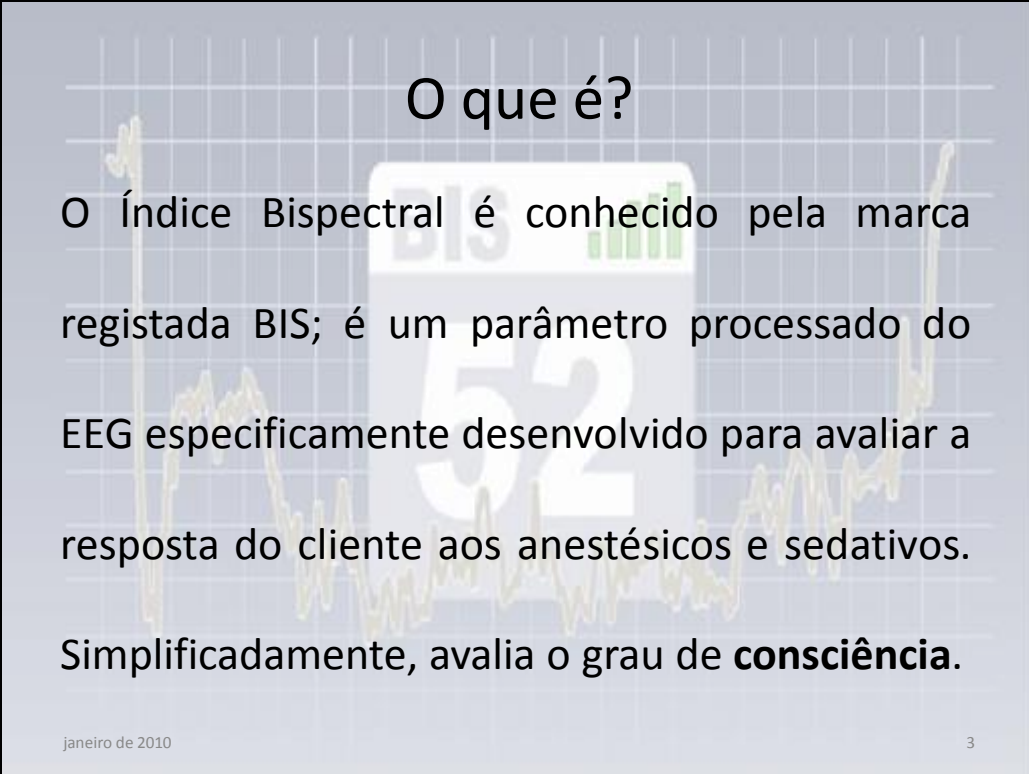


**Objectivos da sessão**

1. Definição do Índice BIS
2. Desenvolvimento do sinal
3. Interpretação do índice de BIS
4. Constituintes do BIS
5. Precauções de utilização
6. O sensor: colocação
7. Factores que alteram o sinal de BIS

janeiro de 2010 2

BIS é uma tecnologia de monitoração complexa destinada a complementar a avaliação clínica e objetiva de profissionais treinados. Na interpretação do BIS, o parecer clínico deve sempre ser considerado, em conjunto com outros sintomas clínicos disponíveis. **Confiar apenas no BIS para o controle da anestesia intra-operatória não é recomendado.** Tal como acontece com qualquer parâmetro monitorizado, as interferências e a fraca qualidade do sinal podem conduzir a Valor do BIS incorrectos. Interferências potenciais podem ser causadas por um contato incompleto com a pele (alta impedância), atividade ou rigidez muscular, movimentação da cabeça e do corpo, movimentos oculares constantes, colocação inadequada dos sensores e interferência elétrica incomum ou excessiva. Os valores do BIS também devem ser interpretados cuidadosamente com certas combinações de anestésicos, tais como aquelas que se baseiam principalmente em cetamina ou óxido nitroso/narcóticos para produzir a inconsciência. Devido a uma experiência clínica limitada nas aplicações seguintes, os valores do BIS devem ser interpretados com cautela em pacientes com distúrbios neurológicos conhecidos e nos que fazem uso de outras medicações psicoativas.



**O que é?**

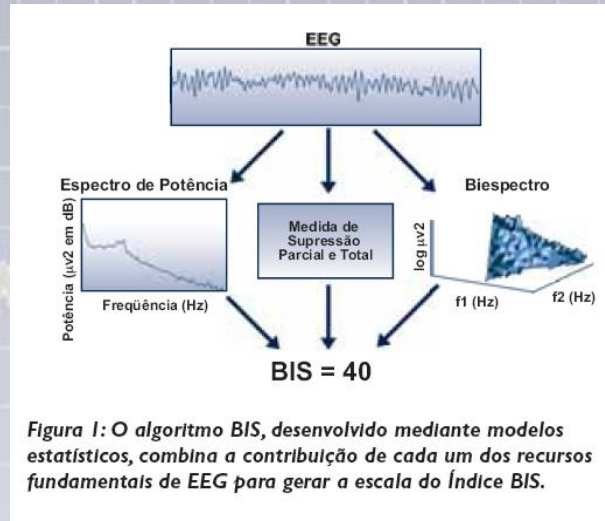
O Índice Bispectral é conhecido pela marca registada BIS; é um parâmetro processado do EEG especificamente desenvolvido para avaliar a resposta do cliente aos anestésicos e sedativos.

Simplificadamente, avalia o grau de **consciência**.

janeiro de 2010 3

O Índice BIS é um parâmetro de EEG processado, extensamente validado e com utilidade clínica demonstrada. Obtém-se utilizando um conjunto de medidas de técnicas de processamento do sinal de EEG, incluindo análise bispectral, análise espectral de potência e análise no domínio do tempo. Estas medidas foram combinadas por meio de um algoritmo para otimizar a correlação entre o EEG e os efeitos clínicos da anestesia e quantificadas utilizando a escala do Índice BIS. Hoje, o Índice BIS ainda é a forma mais consagrada de monitorização da função cerebral ou da consciência usada no contexto clínico dos procedimentos de anestesia e sedação. Os valores do Índice BIS são o resultado de duas inovações particulares: análise bispectral e algoritmo BIS.

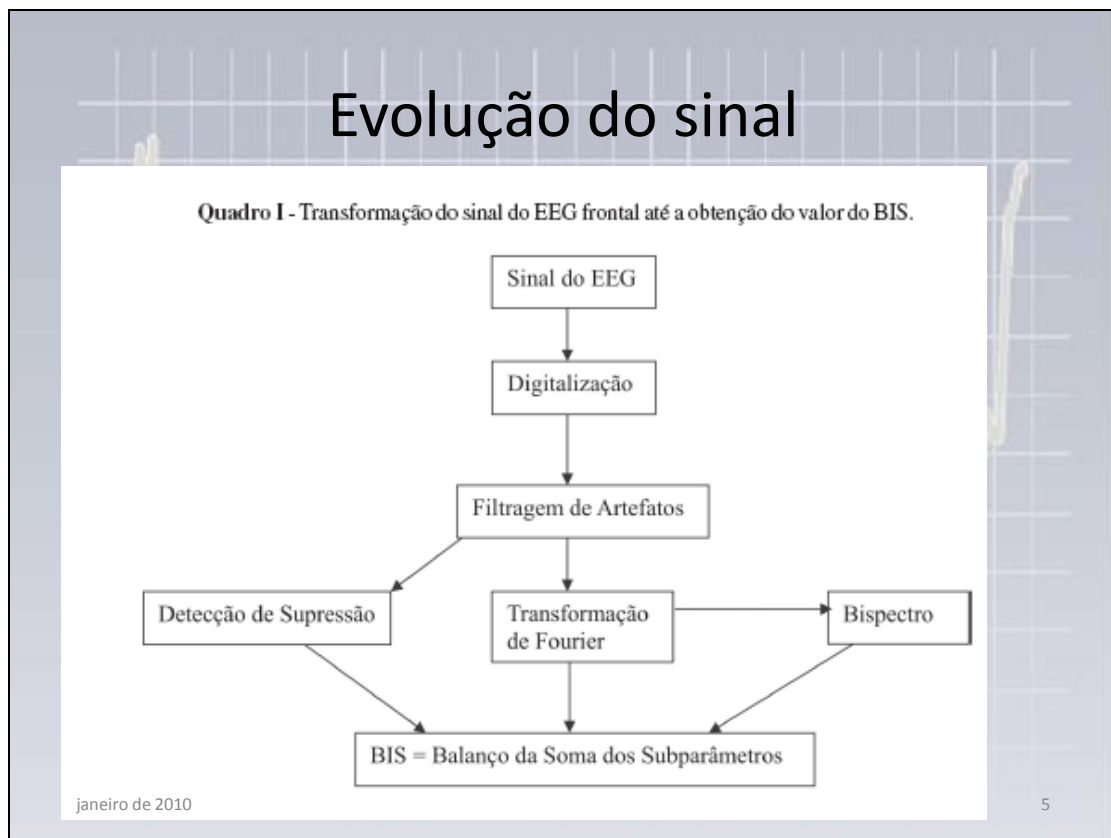
# O que é?



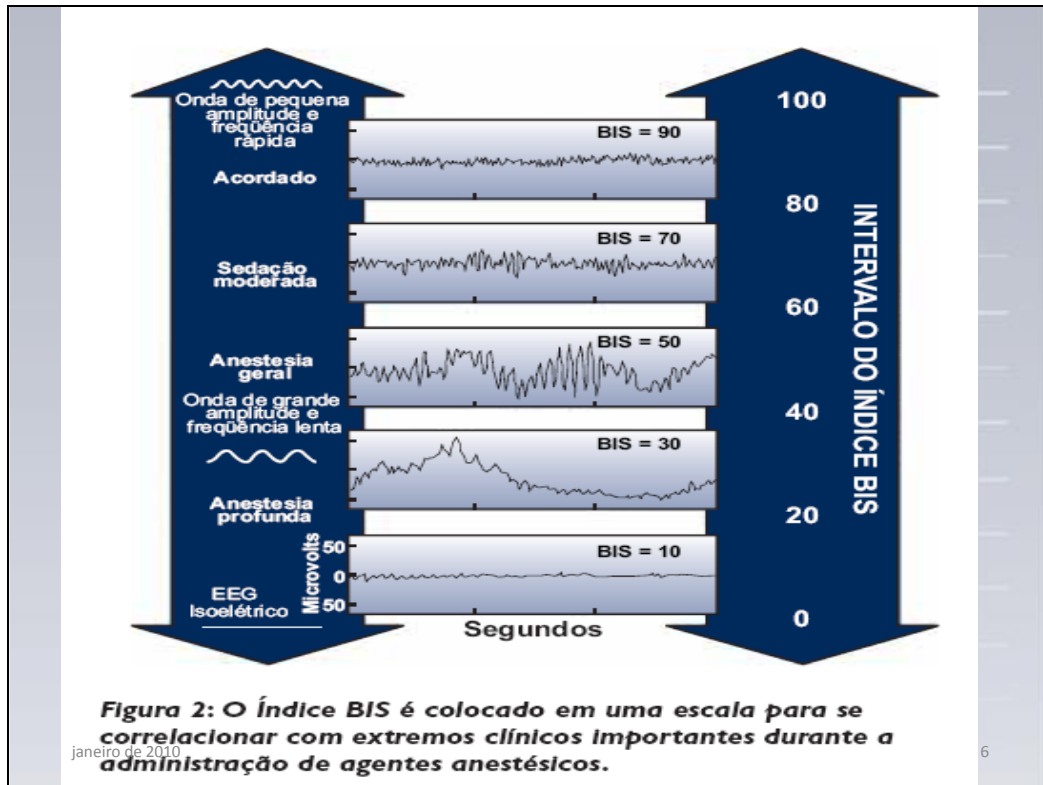
A análise biespectral é um método de processamento de sinal que avalia os relacionamentos entre os componentes do sinal e captura a sincronização de sinais como os do EEG. Ao quantificar a correlação entre todas as freqüências dentro do sinal, a análise biespectral

produz uma faceta adicional de EEG da atividade cerebral.

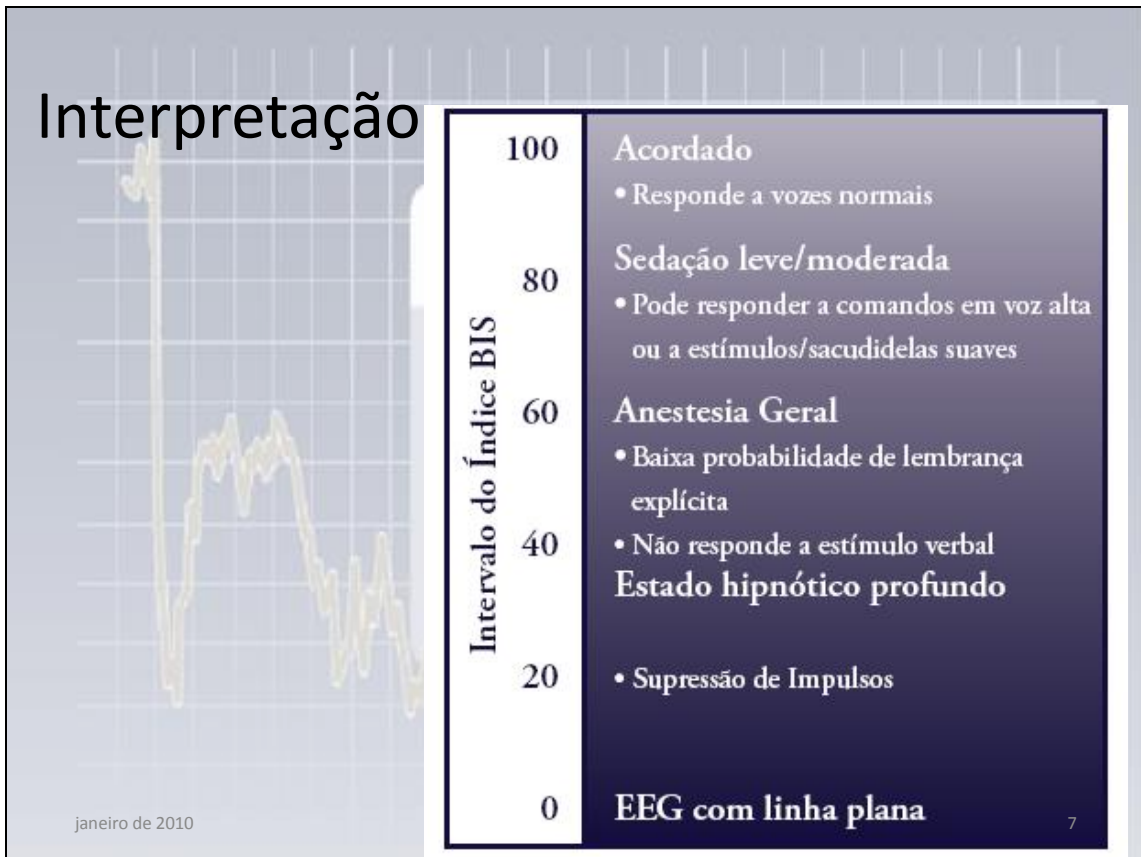
O algoritmo BIS foi desenvolvido para combinar as características de EEG (biespectrais e outros) que demonstraram alta correlação com a sedação/hipnose nos EEGs de mais de 5.000 adultos. Os quatro recursos fundamentais do EEG que caracterizavam o espectro total das mudanças induzidas por anestésico eram o grau de ativação de alta freqüência (14 a 30 Hz), a quantidade de sincronização de baixa freqüência, a presença de períodos parcialmente suprimidos no EEG e a presença de períodos totalmente suprimidos (isto é isoeletricos, “linha plana”) no EEG.<sup>2</sup> O algoritmo possibilita a combinação ideal dessas características de EEG para proporcionar um parâmetro confiável do EEG processado do efeito anestésico e sedativo – o Índice BIS



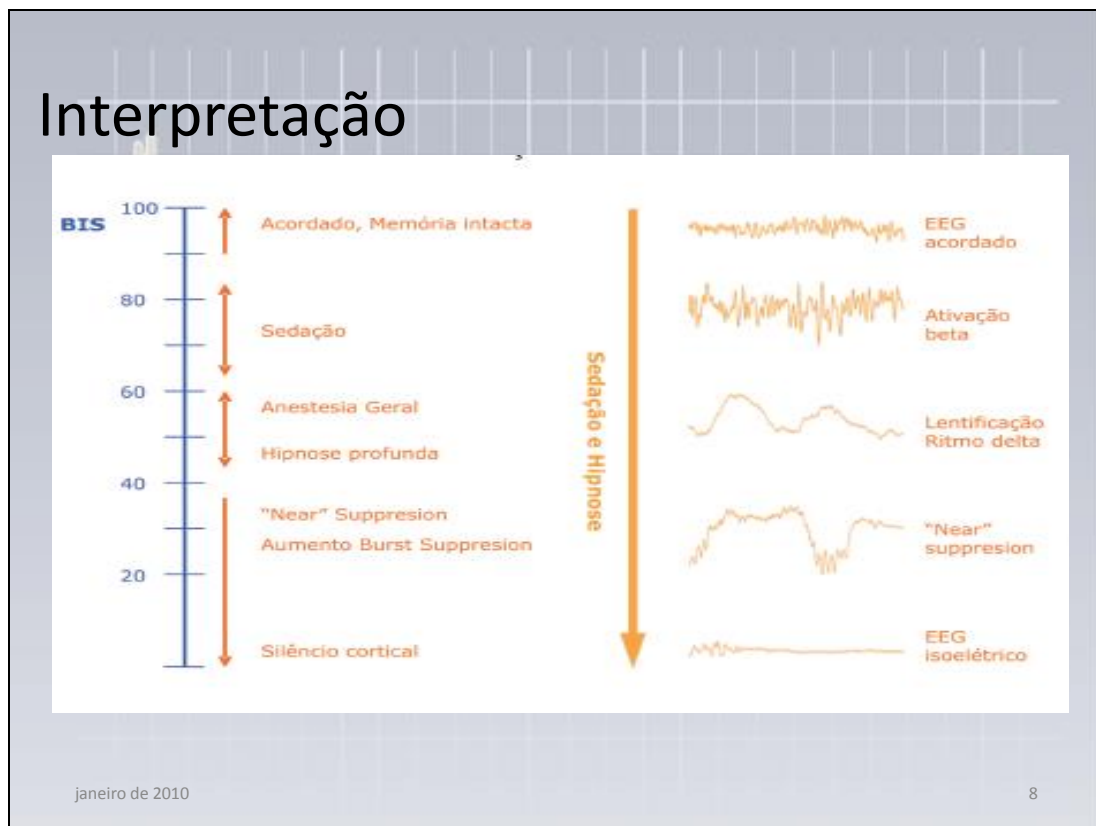
O BIS integra vários parâmetros do EEG numa única variável. A análise bispectral é uma técnica estatística que permite o estudo de fenómenos não lineares. É uma alternativa a análise do poder espectral derivada da transformação rápida de Fourier. O monitor capta o sinal de EEG que é transformado matematicamente através da análise de Fourier.



O Índice BIS é um número entre 0 e 100 aferido para se correlacionar com extremos clínicos importantes e estados do EEG durante a administração de agentes anestésicos (Figura 2). Os valores do BIS próximos a 100 representam um estado clínico de “vigília”, enquanto que 0 denota o efeito de EEG máximo possível (isto é, um EEG isoelétrico).



Este gráfico reflete uma associação geral entre o estado clínico e os Valores do BIS. Os intervalos são baseados nos resultados de um estudo multicêntrico sobre o BIS envolvendo a administração de agentes anestésicos específicos.<sup>8</sup> Os valores e intervalos de BIS partem do pressuposto de que o EEG está livre de interferências que possam afetar seu desempenho. A titulação de anestésicos levando em conta intervalos do BIS deve depender das metas individuais estabelecidas para cada paciente. Essas metas e os intervalos do BIS associados podem variar ao longo do tempo e no contexto do estado do paciente e do plano de tratamento.

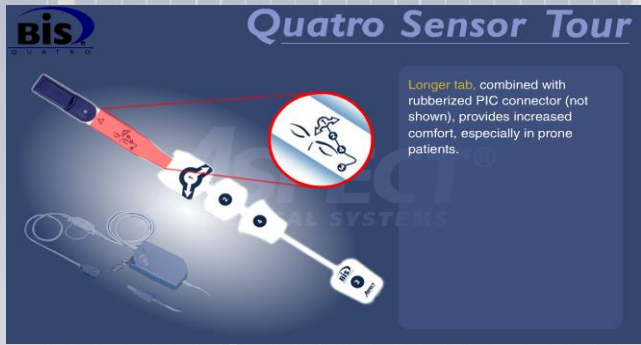


Ao longo do seu desenvolvimento o algoritmo do bis sofreu algumas alterações para se tornar mais específico e sensível ao registo da função cortical, com maior reconhecimento e maior eliminação de artefactos.

A nova versão tem um sensor com 4 electrodos; o quarto é o electrodo "terra" e mede a actividade da electromiografia (EMG) dos musculos da fronte abaixo do sensor.

## Diapositivo 9

### Partes constituintes do BIS



**Bis**  
QUATRO

#### Quatro Sensor Tour

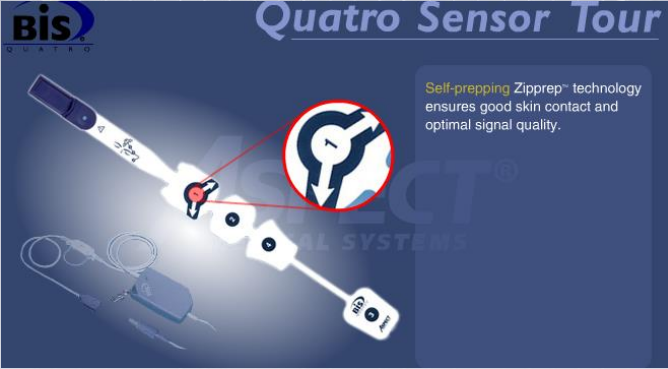
Longer tab, combined with rubberized PIC connector (not shown), provides increased comfort, especially in prone patients.

AL SYSTEMS

janeiro de 2010 9

Diapositivo 10

### Partes constituintes do BIS



**BIS**  
QUATRO

**Quatro Sensor Tour**

Self-prepping Zipprep™ technology ensures good skin contact and optimal signal quality.

janeiro de 2010 10

The image is a promotional graphic for the BIS Quatro Sensor Tour. It features a central image of the sensor device, which is a white, handheld unit with a red Zipprep technology callout. The callout shows a close-up of the sensor's contact point with a red circle and a magnified view of the Zipprep technology. The background is dark blue with the BIS logo and the product name 'Quatro Sensor Tour' in white and blue. A text box on the right explains the Zipprep technology. The bottom left corner shows the date 'janeiro de 2010' and the bottom right corner shows the number '10'.

Diapositivo 11

Partes constituintes do BIS

**Bis**  
QUATRO

**Quatro Sensor Tour**

Flexible design adjusts to different head sizes.

janeiro de 2010 11

Diapositivo 12



# Diapositivo 13

The diagram illustrates the components of a BIS sensor. At the top left, a small inset shows the sensor being attached to a patient's forehead. The main diagram shows the sensor's structure with the following callouts:

- Connector** provides secure click-in connection with push button release.
- Longer tab** combined with rubberized PIP connector (not shown), provides increased comfort, especially in prone patients.
- Self-prepping** Zipprep™ technology ensures good skin contact and optimal signal quality.
- 4th Sensor Element** helps capture, recognize, and discard artifact.
- Flexible design** adjusts to different head sizes.
- Latex free**

The BIS logo is visible at the top right and bottom of the sensor. The background features a grid and two yellow waveform graphs.

janeiro de 2010 13

Diapositivo 14



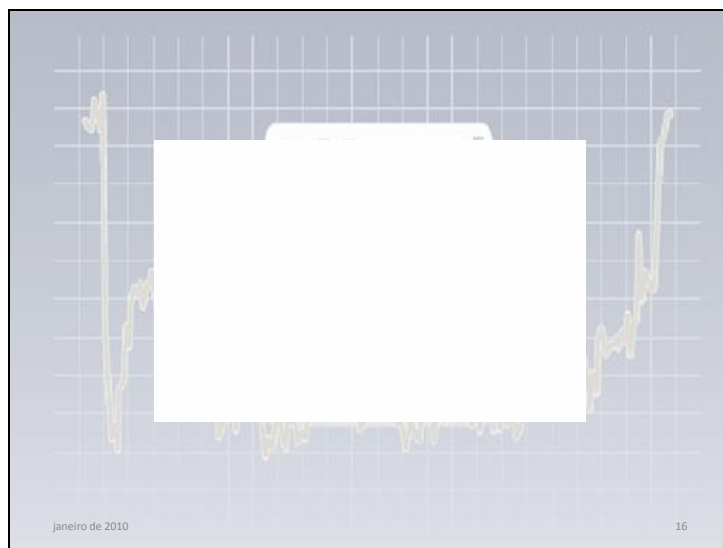
Partes constituintes do BIS

**PHILIPS**  
BIS™ Integrated Solutions



janeiro de 2010 15

## Diapositivo 16



### Precauções especiais de utilização

- ✓ Devido à elevada temperatura o BISx não deve ser colocado em contacto directo prolongado com a pele do cliente pelo desconforto que pode provocar;
- ✓ O Bisx não deve ser aberto dado que possui um sistema impermeável que pode ficar danificado;

janeiro de 2010 17

## Precauções especiais de utilização

- ✓ Evite a infiltração no cabo que liga o paciente ao sensor, dado que o contacto de líquidos com o conector do sensor pode provocar danos irreversíveis;
- ✓ O Bis x deve ser colocado próximo da cabeça do cliente onde o sinal é menos sujeito a interferências de outros equipamentos

## Precauções especiais de utilização



**Sensores BIS**

O sensor é o componente de utilização única do Sistema de Monitorização BIS e deve ser substituído depois de cada utilização. Para obter detalhes acerca de como aplicar o sensor ao paciente e como ligar o Sistema de Monitorização BIS, consulte as instruções de utilização do Sensor BIS. Todos os sensores, incluindo o Sensor BIS Entend, utilizam as definições guardadas do monitor (como a taxa de amostragem).

**Conexões para cabo**

Depois de se ter familiarizado com as informações de segurança na secção introdutória deste manual e de ter preparado um ambiente adequado, siga estas etapas para preparar o sistema BIS VISTA para funcionamento.

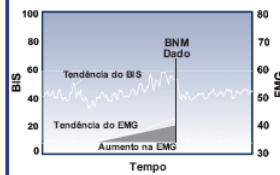
- 1. Ligue o BISx ao monitor**  
Segurando o conector cilíndrico com a superfície plana virada para cima, ligue o cabo de interface do monitor BISx à porta BISx na parte frontal do monitor.  
  
Uma vez ligado, não é necessário desligar o BISx normalmente. Contudo, caso pretenda separar o cabo do BISx do monitor, segure e puxe com cuidado o conector. NÃO force o cabo.
- 2. Ligue o PIC ao BISx**  
Ligue o conector cunhado do Cabo de Interface do Paciente ao BISx.  
  
Nota:  
Efetue a ligação com o logo BIS virado para cima para obter um alinhamento correto dos pinos. Para desligar o PIC, segure o eixo do conector e puxe firmemente. NÃO puxe pelo cabo.

janeiro de 2010 19

## Factores que alteram o BIS

### Interferência de EMG e Agentes de Bloqueio Neuromuscular (BNM – Bloqueadores Neuro Musculares)

- O excesso de tônus muscular dos músculos da testa pode aumentar os valores do BIS ("Interferência de EMG").
- Os agentes de BNM reduzem a atividade EMG e podem resultar em diminuição do BIS.
- Durante a anestesia estável sem interferência de EMG, os agentes de BNM têm pouco ou nenhum efeito sobre o BIS.



## Factores que alteram o BIS

### Dispositivos Médicos

A interferência eletromecânica pode, sob certas condições, aumentar os valores de:

- Marca-passos
- Aquecedores de ar comprimido aplicados sobre a cabeça
- Sistemas de navegação cirúrgica (cirurgia nasal)
- Dispositivos de raspagem endoscópica (ombro, cirurgia nasal)
- Eletrocauterização

Tempo	Tendência do BIS	Tendência da EMG
17:15	~75	~45
17:30	~70	~45
17:45	~75	~45
18:00	~75	~45
18:15	~75	~45
18:30	~75	~45

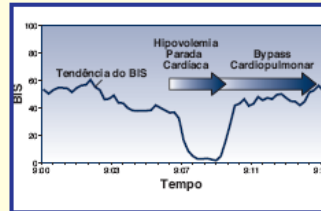
janeiro de 2010 21

## Factores que alteram o BIS

### Condições Clínicas Graves

O que segue tem sido associado a baixos valor do BIS durante o período intra-operatório, presumivelmente por causa de uma acentuada redução no metabolismo cerebral:

- Parada cardíaca, hipovolemia, hipotensão
- Isquemia cerebral/ choque circulatório
- Hipoglicemia, hipotermia

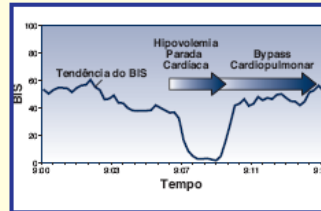


## Factores que alteram o BIS

### Condições Clínicas Graves

O que segue tem sido associado a baixos valor do BIS durante o período intra-operatório, presumivelmente por causa de uma acentuada redução no metabolismo cerebral:

- Parada cardíaca, hipovolemia, hipotensão
- Isquemia cerebral/ choque circulatório
- Hipoglicemia, hipotermia



## Factores que alteram o BIS

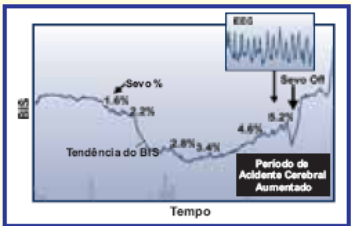
### Estados de EEG Anormais

Podem estar associados a baixos valores do BIS:

- Estado pós-ictal, demência, paralisia cerebral, EEG com baixa voltagem
- Lesão cerebral grave, morte cerebral
- Alerta paradoxal ou delta paradoxal

Podem estar associados com o aumento dos valores do BIS:

- Atividade de EEG epileptiforme



O gráfico mostra a tendência do BIS ao longo do tempo. O eixo vertical é rotulado 'BIS' e o eixo horizontal é rotulado 'Tempo'. A curva do BIS começa em 1.6%, sobe para 2.2%, desce para 2.8%, sobe para 3.4%, desce para 4.6%, sobe para 5.2% e finalmente desce para 5.2%. Um inseto no topo direito mostra um traçado de EEG com uma seta apontando para 'Sevo Off'. Um retângulo preto no canto inferior direito do gráfico contém o texto 'Período de Acidente Cerebral Aumentado'.

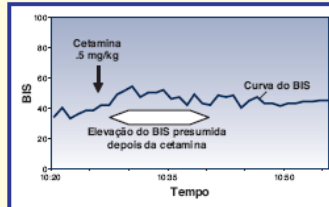
janheiro de 2010 24

Pós ictal: apos crise de convulsao por exemplo

## Factores que alteram o BIS

### Certos Agentes e Coadjuvantes Anestésicos

- Cetamina – pode aumentar temporariamente os valores do BIS devido à ativação de EEG
- Etomidato – a mioclonia fármaco-induzida pode aumentar temporariamente os valores do BIS
- Halotano – resulta em valores do BIS maiores do que o isoflurano ou o sevoflurano em doses MAC equipotentes
- Isoflurano – tem sido relatada uma resposta paradoxal transitória ao aumento da dose
- Óxido nítrico – pode ter um efeito mínimo sobre o BIS
- A efedrina, mas não a fenilefrina, pode aumentar o BIS



The slide features a light gray background with a faint grid. A yellow line graph with multiple peaks and troughs is visible in the background. In the center, there is a white square containing the number '52' in a large, bold, black font. Above the number, there is a small green bar chart with four bars of increasing height. The text 'Bibliografia' is centered at the top in a bold, black font. Below it, the URL 'www.biseducational.com' is written in blue. The main text of the bibliography entry is in black, and the date 'janeiro de 2010' is in the bottom left corner, and the number '26' is in the bottom right corner.

**Bibliografia**

[www.biseducational.com](http://www.biseducational.com)

**DUARTE, L.T.D. Índice bispectral – BIS, Medicina Perioperatória.**

janeiro de 2010

26