



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

FABIANO DA SILVA FERNANDES

VISEU, 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica sob a orientação do Mestre Jorge Melo.

FABIANO DA SILVA FERNANDES

VISEU, 2010

RESUMO

O Enfermeiro, ao longo da sua vida profissional, deve construir os seus “saberes” aliando a reflexão à ação, na medida em que o processo de auto-formação deve ser desenvolvido através da aquisição e consolidação de novos conhecimentos que visam a melhoria da qualidade de cuidados.

Este facto levou-me a realizar o presente curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no qual insere na sua estrutura a realização de estágios, distribuídos por três módulos. Estes, deveriam perfazer 180 horas cada um, no entanto o Módulo III teve apenas a duração de 120 horas.

A minha opção para o Módulo I foi o Serviço de Urgência Geral do Hospital São Teotónio, Entidade Pública Empresarial, que decorreu de 15 de Setembro a 25 de Novembro de 2009. Para o Módulo II, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes da mesma instituição, realizado entre 23 de Novembro de 2009 e 25 de Fevereiro de 2010. O Módulo III, no âmbito da emergência pré-hospitalar, o Instituto Nacional de Emergência Médica – Secção Regional do Norte, iniciado a 19 de Dezembro de 2009 e finalizado a 20 de Fevereiro de 2010.

De acordo com o estipulado no Plano de Estudos deste curso, para a realização de cada Módulo está determinado a orientação tutorial por parte de um ou mais Enfermeiros Especialistas, bem como a realização de um Projeto de Estágio. Esse documento, deverá conter os objetivos gerais e específicos para cada Módulo e servirá de guia orientador nas atividades a desenvolver.

Refletindo sobre todas as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos, posso afirmar que os objetivos propostos no Plano de Estudos da Universidade Católica Portuguesa, concomitantemente com os objetivos pessoais delineados, foram atingidos em todos os Módulos do Estágio de uma forma satisfatória.

O relato das experiências que decorreram nos Módulos de estágio constitui o presente Relatório.

ABSTRACT

A nurse, throughout their professional lives, should construct their “knowledge” combining reflection with action; in that, the self-training process should be developed through the acquisition and consolidation of new understanding that guarantee the improvement of the quality of medical care.

This fact made me carry out the present Master’s Degree in Nursing with the specialization course in Medical and Surgical Nursing, which includes in its structure the execution of internship periods divided in three modules. These should amount to 180 hours each one, although Module III only had the duration of 120 hours.

My option for Module I was the General Emergency Department in São Teotônio Hospital, Public Corporate Entity, which was carried out from September 15th to November 25th, 2009. For Module II, The Polyvalent Intensive Care Unit in the same institution, carried out from November 23rd, 2009 to February 25th, 2010. Module III, in the ambit of Pre-Hospital Emergency, the National Institution of Medical Emergency – North Regional Section, starting on December 19th and finishing on February 20th, 2010.

According to the stipulations in the Syllabus of this course for the execution of each Module, the tutorial guidance is determined by one or more Specialized Nurses, as well as the completion of the Internship Project. That document should include the general and specific objectives for each Module and will serve as an orientation guide in the activities to develop.

Reflecting on all the developed activities and acquired knowledge, I can affirm that the proposed objectives in the Syllabus of the Portuguese Catholic University, concomitantly with my personal objectives were achieved in all internship Modules in a satisfactory manner.

The account of the experiences that were carried out in the Internship Modules is the basis of the present report.

SIGLAS

ANPC – AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL.

CODU – CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES.

CPAP – VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA COM PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA.

DGS – DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE.

EPE – ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL.

HST – HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO.

INEM – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.

IQPI – *INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT.*

PQIP – *PORTUGUESE QUALITY INDICATOR PROJECT.*

SBV – AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA.

SIMV – VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA.

SIV – AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA.

TAC – TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA.

TET – TUBO ENDOTRAQUEAL.

UCIP – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES.

VMER – VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO.

AGRADECIMENTOS

Embora este trabalho seja, um trabalho individual, a conquista tem que ser dividida com todos os que colaboraram, de forma direta ou indireta para a concretização e conclusão deste projeto. A todos gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha esposa, por todo apoio, compreensão e paciência demonstradas ao longo de todo este processo.

Ao Mestre Jorge Melo pelas orientações e observações preciosas e sempre pertinentes, bem como pela sua total disponibilidade demonstrada.

À Enf.^a Ana Teixeira, que na UCIP, orientou o meu estágio e colaborou de forma preponderante para a minha aprendizagem nesta etapa.

Do mesmo modo, às minhas orientadoras no Serviço de Urgência, Mariline Marques e Deolinda Frias, que contribuíram para que o período passado no Serviço fosse o mais proveitoso e aumentasse o meu conhecimento.

Às várias equipas multidisciplinares dos Serviços que muito bem me acolheram, facilitando assim uma rápida integração e ajuda nos momentos que precisei.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. MÓDULOS DE ESTÁGIO.....	16
2.1. MÓDULO 1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	16
2.1.1. Atividades desenvolvidas	18
2.2. MÓDULO 11 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES.....	27
2.2.1. Atividades desenvolvidas	28
2.3. MÓDULO 111 – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA	35
2.3.1. Atividades desenvolvidas	36
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
BIBLIOGRAFIA	43

ANEXOS

Anexo I – Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados, com Formação em Serviço.

Anexo II – Formação em Serviço desenvolvida sobre a temática “Comunicação de más notícias”.

1. INTRODUÇÃO

Como em qualquer ciência, o conhecimento em Enfermagem não é estanque. O desenvolvimento ocorre de forma natural. Nos dias de hoje, o que é dado como adquirido, amanhã poder-se-á tornar incorreto ou desatualizado.

Neste sentido é muito importante a tomada de consciência e investimento na formação profissional e pessoal. A ambição de procurar mais e melhor conhecimento deve acompanhar sempre o profissional de Enfermagem ao longo da sua carreira.

Tendo em mente esta filosofia, optei pelo Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde no Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, entendendo-o como uma mais-valia na minha prática profissional.

De acordo com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei 161/96, de 4 de Setembro, pág. 2960), o Enfermeiro Especialista é um profissional adestrado

“(...) com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Estando assente neste pressuposto e sendo profissional desde Janeiro de 2005, senti-me motivado para adquirir mais competências, podendo especializar-me e assim, tornar-me num melhor Enfermeiro.

Para consecução dessa Especialização, findo o período teórico, realizei um estágio em contexto pré-hospitalar e hospitalar, constituído por três Módulos. Inicialmente, estavam previstas a realização de 180 horas em cada um, que perfaziam

560 horas totais. Entretanto, por motivos aos quais fui totalmente alheio, o terceiro Módulo teve a duração de apenas 120 horas.

Este percurso prático foi iniciado a 15 de Setembro de 2009 e finalizado a 25 de Fevereiro de 2010.

O Módulo I foi desenvolvido no serviço de Urgência Geral, nos meses de Setembro a Novembro do ano transato. As tutoras responsáveis foram a Enf.^a Especialista Mariline Marques e a Enf.^a Especialista Deolinda Frias.

Posteriormente, iniciei o Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, com início de Novembro de 2009 a Fevereiro de 2010, sob a tutoria da Enf.^a Especialista Ana Teixeira. Ambos os Módulos foram desenvolvidos no Hospital São Teotónio (HST), Entidade Pública Empresarial (EPE).

O terceiro e último Módulo, opcional, desenvolvido simultaneamente com o Módulo II, realizado nos meses de Dezembro de 2009 a Fevereiro de 2010, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – Secção Regional do Norte, nos meios disponíveis para o efeito. A responsabilidade organizativa e da orientação deste período formativo foi da Enf.^a Adriana Machado, uma das Enfermeiras responsáveis pela Formação no INEM. No que concerne a tutoria direta, essa aconteceu com os vários elementos que compunham as equipas, das quais vim a integrar. Após a realização de cada turno, o Enfermeiro ou Tripulante responsável, fazia uma pequena resenha da forma como desenvolvi as atividades no turno, bem como se foram ou não cumpridos os objetivos propostos.

Pretendi desenvolver esta etapa dando um aspeto lógico e contínuo à formação. Foi de extrema importância poder trabalhar nestes campos de atuação da Enfermagem, uma vez que aquando da Licenciatura e mesmo já como profissional, ainda não tinha tido muita das oportunidades a que os mesmos permitiram. As experiências pelas quais vivenciei, potencializaram o meu conhecimento, aumentando o meu nível de competências e deixaram, com certeza, uma bagagem rica em saberes.

O meu propósito na escolha da realização de um Módulo no INEM, como emergência pré-hospitalar, outro no serviço de Urgência Geral e por fim na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), foi conhecer todo o trajeto que poderá

ser realizado pelo doente que necessita de cuidados e intervenções nessas áreas, compreender os mecanismos inerentes às atividades de cada valência, bem como os critérios de admissão e ainda aprofundar conhecimentos teórico-práticos junto de profissionais com larga experiência de trabalho.

Este documento descreverá e procederá a uma reflexão e análise sobre as atividades desenvolvidas nos respetivos Módulos práticos, bem como ao relato de algumas das experiências vividas.

Estruturalmente, está organizado num total de três capítulos. Uma Introdução, onde é descrita a motivação para realização da Especialização e Mestrado, apresentados os Módulos de Estágio e indicação dos enfermeiros orientadores de cada um, onde são delineados os objetivos do documento e por fim descrita a metodologia utilizada para a realização do mesmo. No segundo, serão apresentados os Módulos de estágio, bem como a sua caracterização, os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas. Por último, nas considerações finais serão analisados os principais aspetos tratados, tecidas considerações sobre a aprendizagem, os contributos e as limitações e ainda sugestões para um percurso futuro.

Desta forma, torna-se fundamental delinear os desígnios deste Relatório de Estágio. Sendo assim, os propósitos são:

- Descrever e contextualizar cada local escolhido para realização dos Módulos;
- Dar a conhecer todas as atividades desenvolvidas nos Módulos, relacionando-as com os objetivos propostos e ao longo de cada campo de estágio realizar uma análise crítica sobre as mesmas;
- Descrever o meu percurso de aprendizagem, refletindo sobre os ensinamentos clínicos.

Empreguei a metodologia descritiva baseada nos Projetos de Estágios apresentados em cada campo de estágio e nos objetivos pessoais definidos inicialmente para cada um, tendo por base as normas referenciadas pelo Guia de Estágio da Universidade Católica Portuguesa e a orientação do Mestre Jorge Melo.

2. MÓDULOS DE ESTÁGIO

Com este capítulo pretendo efetuar a exposição das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante a realização dos três Módulos. Iniciarei com o Serviço de Urgência Geral, passando para a UCIP e finalizo com o estágio pré-hospitalar no INEM.

De acordo com o pronunciado por Vasconcelos (1992, p. 28), *“os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”*, revestindo-se assim de grande importância a colaboração que as instituições de saúde dão a este nível. O meio hospitalar torna-se assim numa peça chave para evolução do elemento estagiário.

2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O Serviço de Urgência Geral do HST, EPE, encontra-se fisicamente implantado no segundo piso, todavia apresenta um acesso totalmente independente e facilitado para os utentes. É um Serviço de Urgência Polivalente, localizado num Hospital Central, que funciona como Urgência Médico-cirúrgica *“com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica”* (DGS, 2001, p. 8). No que concerne aos recursos humanos de Enfermagem são seis equipas compostas por sessenta e nove elementos no total, dos quais doze são Enfermeiros Especialistas e um é Enfermeiro Chefe.

O corpo clínico é composto por médicos de diferentes especialidades, que fazem parte das equipas dos internamentos do Hospital. Entretanto, há médicos que estão inseridos na Administração Regional de Saúde do Centro e que realizam turnos no Serviço. Na minha ótica a experiência diversificada destes médicos vai proporcionar um atendimento diferenciado e mais eficaz aos utentes que recorram aos Centros de

Saúde ou Unidades de Saúde Familiares a que estes profissionais fazem parte. Uma Urgência Geral com estas características e dinâmica oferece um leque vasto de situações e oportunidades.

Está logisticamente dividido em sectores. A Triagem é o local onde é realizada, por um enfermeiro, uma breve avaliação dos parâmetros vitais, juntamente com o relato do episódio de urgência e encaminhamento próprio do cliente.

Outra área diferenciada é a Sala de Emergência onde são dirigidas as situações emergentes. Os doentes em situação crítica não passam pela Triagem, sendo a sua entrada realizada diretamente por um acesso próprio.

Existe uma Sala de atendimento na urgente ou pouco urgente. Nesta zona são realizados atendimentos às situações que requerem menos cuidados. Há uma Sala de pequena cirurgia e uma sala de espera contígua a essa zona, onde as pessoas aguardam até serem avaliadas.

Faz parte, também, uma Sala aberta onde são encaminhados os utentes que se encontram em maca. Junto deste espaço existe uma Sala de Enfermagem e uma Sala de inaloterapia.

Na Unidade de Decisão Clínica são direcionados os doentes que carecem de uma maior vigilância. Poderá haver necessidade de administração de terapêutica específica e monitorização de alguns parâmetros vitais. Há um acompanhamento médico mais regular e está um enfermeiro permanente neste local.

Outro sector é o Serviço de Observação. Pode servir de ponte para os serviços de internamento, uma vez que apresenta muitas semelhanças. O doente permanece no mesmo até estarem reunidas as condições para ser transferido para outro serviço.

Foi criado em Outubro de 2009 o Serviço à Gripe A. Para este local são encaminhadas as pessoas com suspeita de terem contraído o vírus H1N1. No entanto, e com o anúncio por parte da Direção Geral de Saúde do fim da época pandémica, foi encerrado em 28 de Fevereiro de 2010.

Numa primeira abordagem a organização do Serviço de Urgência Geral parece nula. Macas espalhadas, cadeiras de rodas, espaços partilhados, corredores atulhados de pessoas, deixam, no seu conjunto, transparecer a imagem de um local totalmente caótico. Entretanto, após o conhecimento da dinâmica e orgânica instituída, este pré-conceito desaparece e mostra outra realidade.

Apresenta um elevado grau de procura por parte da população que serve. Muitas vezes são detetadas “falsas” urgências ou má utilização dos meios disponíveis, tornando-se logística e humanamente impossível de realizar em tempo útil um atendimento e prestação de serviços eficazes. No meu ponto de vista, seria importante desenvolver estratégias no âmbito da sensibilização, aconselhamento e encaminhamento da população em geral que necessita de recorrer a estes serviços, já que dispomos de uma rede diferenciada de atendimento. O processo de reorganização de todos os serviços de urgência existentes, permitiu a criação das Unidades Básicas de Urgência. Estas Unidades prestam cuidados de carácter urgente, articulando-se com a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, e faz parte do Sistema Integrado e Emergência Médica. (DGS, 2002, p. 5). De salientar que o Distrito de Viseu possui as Unidades, englobadas nos Centros de Saúde e/ou Unidades de Saúde Familiar de cada Conselho.

2.1.1. – Atividades desenvolvidas

Para um melhor desempenho profissional, comportamentos e competências desenvolvidas, foram delineados os seguintes objetivos pessoais para este módulo:

- 1 – Conhecer a estrutura do Serviço de Urgência Geral no que refere às suas instalações, recursos materiais e humanos;
- 2 – Integrar na equipa multidisciplinar e de Enfermagem;
- 3 – Abordar questões complexas relacionadas com o doente e família, em contexto de urgência/emergência;

4 – Desenvolver competências profissionais ao nível dos diferentes saberes, tendo em conta as diversas valências do Serviço de Urgência Geral;

5 – Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente em contexto de urgência/emergência;

6 – Participar em atividades de gestão no Serviço de Urgência Geral;

7 – Participar e promover a formação em serviço.

No que diz respeito diretamente ao Serviço de Urgência Geral, o Módulo foi desenvolvido nos meses de Setembro a Novembro de 2009. Não houve possibilidade da realização dos turnos em dias fixos, uma vez que a minha carga laboral de quarenta horas semanais, não o permitia. Recordo que, nesta data, foi instituído o Plano de Contenção da Gripe A – H1N1, que impossibilitava os profissionais gozarem férias nos períodos previstos para o aparecimento e desenvolvimento do surto gripal (Outubro de 2009 a Fevereiro de 2010).

Iniciei o estágio a 26 de Setembro de 2009 e reuni com o Enf.º Chefe. Foram expostas um conjunto de diretrizes como iria decorrer o Módulo, datas para realização do mesmo, bem como informações no âmbito da tutoria. As Enf.^{as} Especialistas Deolinda Frias e Mariline Marques seriam responsáveis pela orientação do meu Estágio.

Procurei repartir equitativamente a orientação tutorial e realizar a maior parte dos turnos com as minhas tutoras. Reforço que, pontualmente não houve essa possibilidade, devido às incompatibilidades de horários. Aquando destas situações, o acompanhamento foi realizado por outro Enfermeiro Especialista que se encontrava de serviço.

A escolha da tutoria, por parte do Enf.º Chefe, foi benéfica para este período formativo, pois as orientadoras tinham na maior parte das vezes, funções distintas no seio da equipa. Pude usufruir de uma orientação mais direcionada para a área da gestão e coordenação com a Enf.^a Deolinda. Uma situação totalmente nova, seguida com empenho, que marcou positivamente esta fase. É uma área aliciante e em termos futuros poderá ser um investimento para desenvolver na minha carreira.

Deste modo, acompanhei a tutora aquando do desenvolvimento de atividades no âmbito da gestão, uma das competências do Especialista. Constatei que a requisição de material, a organização dos recursos humanos dentro dos sectores, resolução de problemas momentâneos, interligação entre as várias equipas, execução de auditorias integradas no programa *Alert*[®], constitui um trabalho de fundo por vezes não valorizado pelos restantes profissionais. Torna-se assim, indispensável para o bom funcionamento do Serviço, na medida em que este sistema operativo fornece dados importantes e diversificados aos elementos responsáveis pela gestão e organização.

Numa vertente mais interventiva, na prestação direta de cuidados, a Enf.^a Mariline contribui de forma preponderante ao permitir que trabalhasse em todos os sectores, conseguindo assim, obter um maior número de oportunidades. Explicações para as dúvidas apresentadas e orientações de mais variada ordem, permitiram vivenciar experiências únicas nesta caminhada.

Como profissional a exercer funções na Instituição, já era detentor da maior parte das informações acerca dos espaços e logística. Entretanto, acompanhado pelo Enf.^o Chefe numa visita inicial, consegui conhecer o restante. Esta questão é fundamental para a realização de um trabalho eficaz. O rendimento está ligado intrinsecamente com este aspeto. O atraso na procura de material ou recursos pode por em risco a rapidez de atendimento num espaço onde este aspeto é vital, como por exemplo, a Sala de Emergência.

Desde o início do ensino clínico, foi uma das minhas preocupações desenvolver trabalho em todos os sectores do mesmo. A rotatividade possibilitaria atingir objetivos traçados, melhorar a performance enquanto enfermeiro e adquirir aptidões amplas acerca da Urgência e Emergência.

O meu primeiro turno foi realizado na Unidade de Decisão Clínica uma vez que a minha tutora estava escalada para o mesmo. A preocupação natural foi compreender o seu funcionamento. Constatei que apesar de estar designado para curtos períodos de permanência do doente, isso não se verificava. Alguns impedimentos justificavam esse aumento do tempo.

Aqui surgiu o meu primeiro contacto com o *Alert*[®], que é *“um software de gestão para instituições de saúde que foi desenvolvido com o objetivo de aumentar a produtividade e*

melhorar os serviços” (Alert[®], 1999). Como ainda não tinha estado em contacto com esta plataforma, procurei inteirar-me do seu manuseamento e das suas funções com o auxílio da tutora. Rapidamente consegui perceber o seu funcionamento, mas tinha presente a perfeita noção que só com um contacto maior é que conseguiria aperfeiçoar-me para posteriormente, de forma autónoma tratar os dados dos clientes.

Ao longo da utilização percecionei que esta ferramenta veio desburocratizar o processo clínico. Na Urgência deixou de existir processo em papel. Toda a informação do doente é transmitida por via informática. Os profissionais de saúde têm acesso às indicações médicas, aos tratamentos de Enfermagem e aos resultados dos Exames Auxiliares de Diagnóstico. É um sistema concebido para aumentar a satisfação dos doentes e profissionais de saúde através de um atendimento rápido e eficaz e da garantia de que nenhum doente ficará inadvertidamente sem ser observado. Por outro lado, o seu interface com outros sistemas operativos utilizados no hospital, permite conhecer todo o percurso do doente desde a sua admissão. Um exemplo disso, é poder-mos nos serviços de internamento aceder ao *Alert[®]* e pesquisar a terapêutica administrada, os exames complementares de diagnóstico realizados e todas as intervenções médicas e de enfermagem a que este doente sofreu.

Poder lidar com situações novas, com as quais não estou habituado no meu serviço, foi sem dúvida algo muito importante.

Dei um maior enfoque à Sala de Emergência, uma vez que neste espaço verificam-se experiências limite dado o estado crítico dos doentes. Quando há entrada de um ou mais doentes, é acionada uma sirene, audível em todo o Serviço, indicando a necessidade de apoio do corpo clínico e de enfermagem. A presença de mais elementos é fulcral, uma vez que está apenas um enfermeiro escalado para a Sala, por turno.

A primeira vez que ouvi este alarme também me dirigi para a Sala ficando a observar a sua dinâmica e pronto a ajudar quando necessário. Este movimento repetiu-se por várias vezes ao longo do estágio. Tive a oportunidade de lidar com situações emergentes e nunca experimentadas. Senti que contavam com o meu trabalho, dediquei-me com o máximo empenho para estar à altura das exigências momentâneas. Prestei cuidados diretos e específicos a clientes com instabilidade hemodinâmica,

falências respiratória e cardíaca, intoxicações, tentativas de suicídio e trauma. Num local como este não há espaço para falhas ou hesitações. O Enfermeiro Especialista tem de estar à altura, mostrar todo o conhecimento adquirido e atuar com o objetivo bem definido: ajudar a salvar vidas!

Detetei ao longo do tempo que havia uma dinâmica sincronizada. Assim que fosse utilizado qualquer equipamento ou consumível, rapidamente repunha-se o material gasto e otimizava-se o espaço no intuito de estar tudo preparado para dar resposta a uma nova chegada de clientes. Aquando da prestação de cuidados, senti ligeira dificuldade no que dizia respeito à localização do material. Para ultrapassar esta questão, nos momentos de menor afluência, procurei esclarecer as dúvidas e memorizar a localização do material existente.

Coadjuvei com a equipa num momento marcante ao longo deste período. Um doente vítima de uma queda numa escadaria no seu domicílio, de 75 anos de idade, acompanhado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) deu entrada na Sala de Emergência. O doente já se encontrava estabilizado em plano duro e com colar cervical. Estava entubado e conectado à prótese ventilatória. Foi transferido para uma das macas, iniciou-se a avaliação médica e monitorização dos parâmetros vitais. Realizou-se colheita de sangue para análises. Apresentava uma ferida sangrante na região occipital, epixtaxis e otorragias. Aspirei o doente na oro e nasofaringe. Houve necessidade de repetir as aspirações, uma vez que as hemorragias eram incoercíveis. Para reposição da volémia foram administrados soro fisiológico e expansores plasmáticos. Procurei estar atento aos valores dos parâmetros vitais, de forma a observar alterações no equilíbrio hemodinâmico. A avaliação neurológica determinou uma Escala de Coma de Glasgow = 4 e o próprio corpo clínico solicitou via telefónica ao Serviço de Imagiologia a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) cerebral urgente. Solicitei ao Enf.º Especialista Paulo Silva, responsável pela Sala de Emergência nesse turno, a autorização para acompanhar o doente na realização do exame. O doente foi acompanhado por mim e outro colega. O resultado da TAC revelou uma hemorragia cerebral extensa. No regresso do doente e após nova avaliação médica da Neurocirurgia, foi determinada falência cerebral. A gravidade das lesões era elevada e não havia indicação para tratamento cirúrgico emergente.

Uma vez determinada a morte cerebral do doente, houve necessidade de formalizar junto da família a notícia da perda do seu ente querido. O momento da morte de um doente, *“provoca naqueles que cuidam um stress cuja repetição pode conduzir a uma forma de esgotamento profissional.”* (Ahya et al, 2000, p. 35). Foi então que observei a equipa médica juntamente com o Enf.º Paulo solicitar a presença dos familiares para poder comunicar todos os acontecimentos. Pereira (2004, p. 35), refere que, não há uma norma para comunicar “más notícias”, sendo necessária a adaptação do profissional a cada caso. Após explicações acerca do trauma severo que sofreu o doente e do facto de não haver qualquer solução terapêutica ou cirúrgica, foi solicitada a família autorização para desligar a ventilação mecânica. Tratou-se de um momento de enorme consternação. Pude constatar que o Enf.º Paulo deu todo o apoio necessário à família, bem como as orientações que deveriam seguir. A forma de agir do mesmo, permitiu a minha reflexão sobre o acontecimento e da forma como se devem abordar o utente ou família. O Enf.º Especialista deve liderar e possuir competências a este nível para poder satisfazer as necessidades do utente ou família.

Outro espaço marcante foi a Triagem. Juntamente com a Enf.ª Mariline realizei apenas um turno neste sector. Na Urgência do Hospital São Teotónio é utilizada a metodologia Triagem de Manchester. Conforme refere Jesus (Jornal da Madeira, 2008), esta metodologia consiste na avaliação do cliente por parte do Enfermeiro, com experiência profissional e formação na área, que segue um protocolo de atuação e atribui uma pulseira de determinada cor, significando o tempo de espera e a gravidade da situação. Em 1994 o Grupo de Triagem de Manchester *“foi formado com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista a criação de normas de triagem”*. (Grupo Português de Triagem, 2002, p. 6). De acordo com o Grupo supra referido, o sistema foi implementado em Portugal simultaneamente no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e Hospital Geral de Santo António, no dia 18 de Outubro de 2000 e tem como principais objetivos o desenvolvimento de uma nomenclatura e definições comuns, o progresso de uma sólida metodologia de triagem, o desenvolvimento de um programa de formação e de um guia de auditoria para a triagem.

Constituindo-se como um momento ainda não vivenciado por mim, na medida em que, conhecia a Triagem de Manchester de uma forma muito superficial, senti que esta passagem tornar-se-ia numa mais-valia para este ensino clínico.

Depressa procurei integrar-me no “sistema”. Iniciei a realização da triagem, sempre sob a supervisão tutorial, com perícia, assertividade e de forma quase autónoma aos doentes que recorreram ao Serviço. Tenho a perfeita noção que muito ficou por aprofundar, já que é necessária uma formação específica nessa área. Julgo que a triagem é um dos sistemas mais importantes para a gestão deste serviço. A forma como um doente é triado influencia todo o seu percurso dentro da Urgência. Infelizmente, por motivos de organização do trabalho, apenas realizei um turno como referido anteriormente.

De um modo geral nos restantes espaços, trabalhei sempre em conjunto com a equipa no intuito de melhor atendimento e resolução de problemas à pessoa/família. Contribuí na formação de alunos em estágio do curso de base, algo que está previamente definido nos meus objetivos.

Detetei que há uma preocupação constante por parte de todos os elementos da equipa em salvaguardar a intimidade da pessoa que usufrui de cuidados. Por vezes, é uma luta quase inglória. Locais como a Sala Aberta e a Unidade de Decisão Clínica estão, apenas, adaptados para minimizar esta questão que é de extrema importância. A procura de uma melhor prestação de serviço só é conseguida quando reunimos, refletimos e arranjamos estratégias para crescer em conjunto.

Durante o meu percurso verifiquei algumas carências, nomeadamente no acolhimento da família/pessoa de referência, transmissão de informações. Após investigação, elaborei uma Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados, indo ao encontro da formação em serviço.

A família/pessoa de referência muitas vezes em crise, requer a ajuda do enfermeiro para lidar com a situação. O modo com a família percebe a crise foi descrito por Epperson (citado em Cloutier, 2002, p. 42) como compreendendo seis fases “*ansiedade severa, negação, cólera, remorsos, desgosto e reconciliação...*”, importando que o enfermeiro seja capaz de identificar o estágio que se encontra o familiar, por

forma a poder planejar as intervenções que respondam às carências previamente identificadas.

Ajudar o doente e família a lidar com o sofrimento passa por uma

“abordagem que exige a compreensão do quadro de valores, das suas significações, das crenças e das expectativas da pessoa (...)no sentido em que promove uma atitude compassiva e motiva para uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando a auto-estima e inculcando esperança”. (Gameiro, 2000, p. 68)

Na realidade, a relação que os profissionais estabelecem com o utente e família revela-se de extrema importância no sentido minimizar quer o sofrimento, quer os sentimentos de insatisfação dos mesmos.

De acordo com o documento emitido pela Direção Geral de Saúde – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e ultimamente a publicação do Decreto-Lei 33/2009, 14 de Julho. p. 4467 - Direito de acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde – o primeiro refere-se ao respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas recomendando que o apoio do familiar/pessoa de referência deve ser facilitado e incentivado. O segundo regulamenta a presença de acompanhantes e, ou a possibilidade de acompanhamento nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.

O acompanhamento do utente do Serviço de Urgência Geral tem sido um aspeto que fica à consideração, na maioria dos casos, do enfermeiro aquando da realização da triagem. No entanto o acompanhamento continua de acordo com as normas estipuladas em regulamento interno, que determina autoriza o acompanhamento a menores de 18 anos, a clientes em que o seu estado de consciência não permita respostas adequadas aquando da avaliação clínica e a deficientes mentais.

A minha intenção era desenvolver a Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados, entretanto o curto período de Estágio, deixou apenas espaço para dar a conhecer a Proposta a alguns

colegas numa formação em serviço realizada a 26 de Novembro de 2010, pelas 14:00, que contou com a presença de aproximadamente quinze pessoas entre profissionais da Urgência e alunos em estágio da Especialidade e da Licenciatura.

Como sugestão e para a melhoria da qualidade de prestação de cuidados, penso que esta Proposta poderá constituir-se numa ferramenta muito útil, na medida em que pretende contribuir para o melhoramento do deficiente acolhimento, acompanhamento e comunicação/informação ao familiar/pessoa de referência dos utentes que ocorrem ao Serviço de Urgência Geral. Foi realizado de forma sucinta o diagnóstico de situação, a fundamentação da Proposta de Programa, seguindo a apresentação dos valores, filosofia e por fim a metodologia para cada uma das áreas de intervenção. (ANEXO 1)

Refletir gera mudança, superação, crescimento e evolução, facultando aos tutores e formando a busca de novas possibilidades de aprendizagem e de desenvolvimento pela progressiva e constante construção e de adaptação destes conhecimentos, respeitando a diversidade de vozes presentes no dia-a-dia laboral.

A colaboração por parte da tutoria e também dos restantes elementos com quem partilhei experiências foi ímpar. Só desta forma é que consegui integrar-me. Fui muito bem recebido, sentindo respeito por parte de todos. Ressalvo ainda que o elevado nível de formação da equipa, deu-me segurança e facilitaram o desenvolvimento de competências específicas nos momentos de maior dificuldade ou de dúvidas.

Como profissional em formação e sendo uma novidade participar e cooperar neste Serviço, foi com naturalidade que senti motivações diferentes, nos mais variados momentos e locais. Todas as experiências são de extrema importância, uma vez que oferecem sempre mais-valias para o meu crescimento enquanto formando. No entanto, o percurso realizado neste Serviço foi positivo e a consecução dos objetivos traçados para esta etapa foram atingidos na sua totalidade.

2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

A UCIP do HST, EPE, encontra-se fisicamente implantada no terceiro piso, é contígua do Bloco Operatório e da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Uma estrutura desta natureza deve apresentar esta localização facilitando o transporte e minimizando os danos que poderão daí advir. Os doentes admitidos na UCIP apresentam-se em estado crítico e a sua estabilização depende muito destas condicionantes.

Tem capacidade máxima de oito doentes, quatro em regime de Sala Aberta e os restantes divididos por dois quartos de isolamento e um quarto com capacidade para dois doentes. Cada unidade do doente é composta por dois pendentes, um para a monitorização e ventilação e outro para as perfusões/terapêutica. Um aspeto importante que constatei foi a forma como estão implantados estes pendentes. A suspensão não permite o contacto com o chão, o que evidencia uma preocupação e cuidados a nível do controlo de infeção.

Na UCIP do HST, os doentes estão monitorizados continuamente e esse controlo hemodinâmico é registado numa central que permite visualização em simultâneo dos parâmetros vitais dos utentes.

No que concerne aos recursos humanos de Enfermagem é constituída por vinte e seis elementos, dos quais cinco são Enfermeiros Especialistas e um Enf.º Chefe.

Um dos aspetos que constatei foi a distribuição de elementos por turno, ficando um Enfermeiro responsável, no máximo, por dois doentes. Compreendo esta questão já que o Intensivismo é, como refere a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), *“uma área diferenciada multidisciplinar das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais.”*, implicando assim um atendimento e supervisão contínuos de um profissional de enfermagem.

2.2.1. – Atividades desenvolvidas

A fim de melhor concretizar os objetivos do Guia de Estágio em consonância com os meus propósitos, delineei os seguintes objetivos pessoais:

1 – Conhecer a estrutura da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes no que refere às suas instalações, recursos materiais e humanos;

2 – Integrar na equipa multidisciplinar e de Enfermagem;

3 – Abordar questões complexas relacionadas com o doente e família, em contexto dos Cuidados Intensivos;

4 – Desenvolver competências profissionais ao nível dos diferentes saberes, em especial na Ventilação Mecânica Invasiva;

5 – Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente em contexto de Cuidados Intensivos;

6 – Participar em atividades de gestão na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;

7 – Participar e promover a formação em serviço na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

Após exposição dos objetivos definidos para a realização deste Módulo, passarei à reflexão crítica sobre o meu trabalho desenvolvido na Unidade.

A realização deste estágio iniciou-se imediatamente após ter concluído o Módulo I na Urgência Geral e teve o seu início efetivo a 23 de Novembro de 2009 e fim a 25 de Fevereiro de 2010.

No dia 18 de Novembro reuni com o Enf.º Belmiro Marques, Chefe da UCIP, para delinear os pontos mais importantes. Foram dadas informações acerca da tutoria para este estágio. Aproveitei o momento para realizar uma visita à Unidade, conhecendo os espaços e circuitos, permitindo assim uma adaptação mais rápida.

A realização dos turnos foi sob a supervisão e tutoria da Enf.^a Especialista Ana Teixeira, que recentemente realizou um percurso formativo semelhante ao meu, possuindo assim o conhecimento do Plano de Estudos e das metodologias em vigor no Instituto Superior de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Tratando-se de uma Unidade cuja dinâmica se apresenta muito diferente à de uma enfermaria, como aquela onde abismalmente exerço funções, a adaptação à mesma exigiu, por isso, um esforço adicional. Para além disso, os cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes são bastante específicos, com metodologias e objetivos particulares, pelo que tinha a perfeita noção das dificuldades que poderiam surgir.

Juntamente da tutora foram analisados os objetivos a que me propus e delineados os pontos de atuação.

De acordo com o estipulado no Projeto, as minhas estratégias aportariam para adquirir o melhor conhecimento e desenvolver a melhor prestação de cuidados ao doente crítico. Senti a necessidade de lidar com situações deste foro, que iriam alargar o meu leque de capacidades, destreza técnica e conhecimentos.

Indo de encontro aos aspetos supramencionados e constituindo-se como um desafio para mim, pude prestar cuidados a doentes com necessidade de ventilação artificial.

Swearingen e Keen (2001, p. 156), consideraram que *“para assegurar um bom nível de cuidados ao doente que necessita de ventilação mecânica, o profissional deve ter conhecimento adequado do equipamento e dos procedimentos envolvidos.”*. Sendo assim, coube-me atualizar os meus conhecimentos com a pesquisa bibliográfica que considerei mais adequada, no intuito de estar preparado e alargar as competências instrumentais atuando em conformidade com as *guidelines* internacionais, conhecendo melhor os ventiladores, o seu funcionamento e os modos ventilatórios. Neste sentido, foram consultadas as obras *“Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção”* e *“Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes”*.

Seguidamente, tomei a iniciativa, em concordância com a minha tutora, que após execução e demonstração de cuidados respeitantes ao doente ventilado, seria

importante para mim praticar e desenvolver essas atividades, cumprindo assim os meus fins.

Outra experiência muito importante e já numa outra fase evolutiva da situação clínica do doente, foi poder acompanhar a realização do desmame ventilatório. Para Swearingen e Keen (2001, p. 171), *“o sucesso do desmame depende mais da situação global do doente do que da técnica usada.”* Pude constatar que só se realizava após estarem atingidos os parâmetros adequados da função pulmonar. O profissional de enfermagem deve realizar a sua avaliação e fornecer ao corpo clínico informações fundamentais sobre a evolução do doente. Pretende-se que haja sucesso na restituição da autonomia respiratória, contribuindo assim para a breve saída do doente da Unidade.

Surgiu a oportunidade de prestar cuidados a um doente sujeito a desmame ventilatório. Este, encontrava-se ventilado artificialmente cerca de onze dias, com favorável evolução clínica, nomeadamente nos parâmetros gasimétricos.

O doente que já se encontrava em modo ventilatório SIMV – Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (Urden *et al*, 2008, p. 214), apresentava uma respiração espontânea intercalada com as do ventilador, promovendo deste modo um desmame equilibrado. Após controlo gasimétrico conforme prescrição clínica, os parâmetros de PO_2 e PCO_2 demonstraram um ótimo ajustamento do doente ao modo ventilatório em vigor, optando-se pela alteração do modo ventilatório, o CPAP – Ventilação Espontânea com Pressão Positiva Contínua (Urden *et al*, 2008, p. 215). Esta modalidade, permite ao doente variar o nível do fluxo inspiratório, o volume corrente e a frequência respiratória, enquanto o ventilador assiste em cada esforço por ele realizado. A adaptação ocorreu sem intercorrências e com tolerância do doente cujos valores gasimétricos mostraram-se dentro dos parâmetros normais e sem evidências de compromisso ventilatório.

Como se evidenciou uma evolução favorável, iniciou-se períodos de peça em *T*, sendo este procedimento a conexão de um dispositivo apelado “nariz artificial” adaptado no tubo endotraqueal a oxigenioterapia com a variância de O_2 até o máximo de dez litros/minuto. A respiração com tubo em *T* utiliza-se quando o doente está praticamente autónomo nos ciclos respiratórios, permitindo que este controle

totalmente a sua respiração, tornando-se numa fase crucial, uma vez que estamos mais próximos da autonomia respiratória. O doente manteve-se monitorizado e necessitando de maior vigilância na medida em que o aparecimento de sudorese, cianose, agitação, adejo nasal, incoordenação toracoabdominal e outros sinais, podem traduzir um eventual fracasso. Este período de desmame final é alternado com ventilação artificial com correspondência de duas horas em peça em *T* e uma hora em ventilação mecânica.

Durante vinte e quatro horas o doente tolerou esta última etapa do desmame ventilatório com controlos gasimétricos de resultados favoráveis e sem sinais de compromisso ventilatório. Foi então decidida a extubação do doente. Nesta fase e antes de se retirar o Tubo Endotraqueal (TET) é imperativo a vigilância de critérios base, tais como o estado hemodinâmico do doente, causa da insuficiência respiratória ultrapassada, um adequado estado de consciência, boa função das vias aéreas e administração de hidrocortisona, na dosagem de 100 mg, para prevenção de possível edema da glote.

Após a preparação do material, posicionou-se o doente com elevação da cabeceira da cama a 45°, explicando-lhe todo o procedimento e foi solicitada a sua colaboração. Este mostrou-se disponível, mas ao mesmo tempo ansioso. Realizou-se uma aspiração de secreções para limpeza do tubo e via aérea inferior, retirou-se a fixação do TET e desinsufiou-se o *cuff*. O doente colaborou e executou uma respiração profunda, fundamental para abertura das cordas vocais, evitando assim traumatismos. Em simultâneo exteriorizou-se o TET com aspiração. Foi colocada a Máscara de *Venturi* com FiO_2 de 40%, sendo realizado novo controlo gasimétrico após vinte minutos.

No decorrer do módulo foram muitas as situações vivenciadas sobre esta questão. Consegui adquirir conhecimentos e realizar técnicas que contribuíram para a consecução de alguns propósitos, nomeadamente a nível da ventilação mecânica invasiva. Irei, e caso tenha essa oportunidade, ser o enfermeiro responsável por algum doente que possa necessitar de conexão à prótese ventilatória na enfermaria onde exerço funções.

Durante a minha passagem pela Unidade, constatei uma elevada taxa de ocupação. Um aspeto importante e que influenciou decisivamente esta questão foi o surto de Gripe A, então em curso, havendo uma necessidade pontual de criar, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, um espaço para doentes com necessidade de ventilação mecânica.

De acordo com a ANPC (2009),

“O novo vírus da Gripe A-H1N1, que apareceu recentemente, é um novo subtipo de vírus que afeta os seres humanos. Este novo subtipo contém genes das variantes humana, aviária e suína do vírus da Gripe e apresenta uma combinação nunca antes observada em todo o Mundo.”

Verifiquei que o padrão epidemiológico apresentava uma mortalidade elevada, por vírus H1N1, em indivíduos com a idade compreendida entre 45-64 anos (DGS, 2010, p. 15), que corroborava os dados da Direção Geral de Saúde.

No entanto, o diagnóstico de uma doença grave que envolve risco de morte, incapacidade e outras perdas, provoca sentimentos intensos e dolorosos. E apesar de ser uma tarefa praticamente inevitável para o profissional de saúde, dar más notícias a um doente ou familiar, continua a ser uma parte difícil e especial do seu trabalho.

Ao desenvolver conversas informais com os colegas constatei que os profissionais médicos da Unidade, tinham realizado há relativamente pouco tempo formações na área de cuidados paliativos e que o tema da morte, bem como o da comunicação de más notícias foram oportunamente abordados. Verifiquei que a metodologia implementada para a comunicação de más notícias é responsabilidade médica e está estabelecida em regulamento interno da Unidade. No entanto, poderá haver pontualmente, necessidade por parte de algum elemento da equipa de enfermagem realizar essa comunicação.

Em concordância com a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei 48/90, de 24 de Agosto, p. 3452) o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, e

“esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do

doente”; que “especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos”; e ainda que “o doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.”

Também Pereira (2004, p. 34) expõe que apesar da complexidade do ato de informar uma má notícia, esta acaba por constituir uma ajuda fundamental para o doente e família aceitarem a doença, participarem nas tomadas de decisão e envolverem-se no processo tratar/cuidar.

Ao questionar os colegas, apesar de não o demonstrarem, averigui que há alguma dificuldade em lidar com esta questão, havendo mesmo alguns que referiram evitar realizar essa tarefa. Os familiares ao visitarem o seu ente querido acabam sempre por abordar o enfermeiro responsável. Pretendem saber informações para, por vezes, “agarrarem-se” a algo que lhes dê esperança de um desfecho positivo.

No âmbito da formação em serviço sugeri à minha tutora e ao Enf.º Chefe a realização de uma sessão formativa intitulada “Comunicação de Más Notícias”, destinada às equipas médica e de enfermagem da UCIP. Recebi um *feedback* positivo de ambos, na medida em que se tratava de uma temática pertinente e que merece uma constante atualização. A apresentação decorreu numa das tardes “formativas” da Unidade. Uma parte da equipa é escalada para estar presente. Apresentei o trabalho no dia 25 de Fevereiro pelas 14:00. Houve uma boa adesão por parte dos colegas, onde estiveram presentes cerca de treze pessoas. A temática é propícia à troca de opiniões e partilha de experiências. Fiquei com a noção que a abordagem deste tema pode dar um contributo importante para a reflexão das pessoas e posterior melhoria da prestação de cuidados ao doente/família. (ANEXO II)

Fazendo parte dos meus objetivos pessoais, conhecer a dinâmica da Unidade no que concerne à área da gestão, realizei um turno juntamente com o Enf.º Chefe. Só assim é que conseguiria obter uma visão global das necessidades e intervenções nessa vertente.

Estando apenas estipulado, com a minha tutora, a realização de um turno, procurei compreender e colaborar com o Enf.º Belmiro nas atividades respeitantes à

gestão que lhe competiam. A passagem de turno é assistida pelos elementos escalados nos turnos da Noite, da Manhã e pelo Enf.º Chefe. Aqui é feita, por este último, a distribuição dos elementos após a avaliação das necessidades. Penso que a metodologia utilizada é apropriada, uma vez que só após o conhecimento do estado dos clientes, é que se consegue realizar uma gestão apropriada dos recursos humanos.

Posteriormente acompanhei o Enf.º Chefe, juntamente do enfermeiro responsável do turno da Noite, na verificação e contabilização dos estupefacientes. Pude constatar que esta situação repete-se ao fim de cada turno e é perfeitamente entendida, na medida em que num serviço com estas características não pode haver falhas a este nível. Muitos doentes estão sedados e curarizados, apresentando necessidades constantes, tornando-se fundamental a reposição de stocks.

Ainda no âmbito das verificações, seguiu-se a avaliação do carro de emergência e o teste ao desfibrilhador. Este conjunto deve estar em perfeitas condições de utilização, já que o estado crítico dos doentes pode potencializar uma situação de paragem cardio-respiratória.

De entre outros aspetos abordados, um que particularmente despertou-me atenção foi a verificação dos impressos referentes aos Indicadores de Qualidade, no âmbito do *Portuguese Quality Indicator Project* (PQIP), versão nacional do *International Quality Indicator Project* (IQPI). O IQPI (2002), *“funciona como uma ferramenta para apoiar organizações de prestação de cuidados de saúde na identificação de oportunidades para melhoria dos cuidados prestados aos pacientes”*. De acordo com Kazandjian (2004, p. 43), no que diz respeito à expectativa dos hospitais portugueses,

“O primeiro benefício para os hospitais portugueses, tal como tem sido para todos os outros hospitais à volta do mundo, é a perceção interna de que uma abordagem sistemática foi adotada. O benefício imediato dessa observação é um aumento e uma mais-valia de comunicação entre diferentes fornecedores dentro da instituição, o que é um pré-requisito para qualquer melhoria na área da Qualidade”.

Consegui compreender que a importância da participação da UCIP, num grupo desta dimensão, através do fornecimento de dados e posteriormente, com a avaliação dos resultados, promove a melhoria da qualidade e o crescimento dos profissionais.

Após questionar o Enf.º Chefe, acerca do Consumo Clínico, Farmácia, Consumo Hoteleiro e Administrativo, foi-me referido que há dias específicos para a sua reposição/requisição, bem como uma plataforma interligada entre os serviços para esse fim. Este aspeto surge nos mesmos moldes aonde presto serviço. A plataforma adotada pelo HST, comum aos vários sectores, dá uma visão global sobre o funcionamento do serviço em termos de consumos, mostrando as tendências, as necessidades momentâneas, os perfis, bem como um histórico dos mesmos. Estas ferramentas vieram otimizar os serviços, melhorando os processos, contribuindo assim para uma redução nos custos.

Para além dos manuais e protocolos consultados, tentei colaborar e apreender o máximo de saberes nesta área, adaptando as questões abordadas nas aulas teóricas a este momento importante na minha formação.

Tenho a perfeita noção que os cuidados ao doente crítico não se cingem apenas à ventilação mecânica. O doente na Unidade requer uma preparação e atualização constantes dos conteúdos por parte da equipa. Procurei estar ao nível do que era exigido, mas tenho a perfeita noção que muitos aspetos ficaram por vivenciar, na medida que as experiências não o possibilitaram.

De uma forma geral os objetivos pessoais foram atingidos. A ajuda da tutora e dos colegas da UCIP, tornou-se fundamental para a consecução dos mesmos. Gostaria de ter desenvolvido outros trabalhos em outras áreas, mas as limitações em termos de carga horária não o possibilitaram.

2.3.- MÓDULO III – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Este último Módulo foi realizado no INEM – Secção Regional do Norte e decorreu de acordo com a organização estipulada pela Instituição. Foi cumprida inicialmente uma reunião com a Enf.ª Adriana Machado, onde foram dadas as orientações e explicações necessárias para compreender os moldes de desenvolvimento do estágio.

Os meios disponíveis e operacionais do INEM para realização do módulo foram a VMER, que compreenderia um total de 36 horas com turnos de 6 horas; a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), com turnos de 12 horas e um total de 48 horas; Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), um turno num total de 12 horas e no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) dois turnos no total de 16 horas.

De acordo com o estipulado, para a execução deste estágio está preconizada uma metodologia de carácter baseado na observação. É através do recurso à técnica de observação direta que se pretende apreender os hábitos e rotinas desta instituição e dos profissionais que com ela colaboram, conhecer as suas técnicas de trabalho, as relações estabelecidas entre todos os seus intervenientes, que vão desde os técnicos, aos médicos, aos enfermeiros e à própria população.

2.3.1. – Atividades desenvolvidas

De acordo com o realizado nos Módulos anteriores, aqui também foram determinados os objetivos específicos. Sendo eles:

1 – Conhecer a estrutura do INEM – Secção Regional do Norte, no que refere à sua estrutura física, meios de intervenção no pré-hospitalar, recursos materiais e humanos;

2 – Integrar na equipa multidisciplinar nos meios disponíveis;

3 - Abordar questões complexas relacionadas com o doente e família, em contexto da emergência pré-hospitalar;

4 – Participar em atividades de organização dos meios.

Quando se fala em emergência médica, é importante tentar perceber como se planeia a emergência, quem são os seus atores e o papel que desempenham em cada ação ou situação. Tentar salvar vidas até ao limite dos recursos disponíveis, prestar auxílio com os meios e a diligência profissional adequados, transportar pessoas que se

encontram entre a vida e a morte para a unidade de saúde mais próxima e de forma ajustada à resolução dos problemas, são os objetivos dos profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar com o Instituto Nacional de Emergência Médica. (INEM, 2000).

A realidade da emergência médica pré-hospitalar reflete a imagem de uma sociedade em todas as suas vertentes: a do corpo e a dos profissionais. Na rua, o pensamento tem que ser rápido e automático. Estão vidas em causa. O Instituto, como organismo dotado de autonomia, deve adaptar-se às novas emergências, não só os acidentes de viação, mas também a novas situações de crise provocadas pela natureza e pelo homem. (INEM, 2000).

No CODU, local onde realizei o primeiro turno, pude constatar o seu funcionamento e articulação com todos os meios de socorro selecionados com base na situação clínica das vítimas, sempre com o objetivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo. O seu exercício é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, operadores de comunicações, enfermeiros e psicólogos com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Para o efeito dispõe de equipamentos específicos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

Em conjunto com a equipa pude realizar a auscultação das chamadas, bem como acompanhar o registo e emissão de dados e ainda a ativação dos meios de acordo com as necessidades momentâneas. Considero que para realizar um estágio neste âmbito, há todo interesse em começar pelo CODU, na medida em que, na minha opinião, se consegue uma visão muito mais alargada do trabalho que está por de trás dos meios operacionais do terreno.

A passagem pela VMER foi muito proveitosa uma vez que fiquei a par dos protocolos de atuação, da sua constituição em termos de recursos materiais e do seu funcionamento. No que concerne aos recursos humanos, o seu funcionamento é assegurado por um médico e enfermeiro, sendo este o responsável pela viatura. O enfermeiro é o condutor e o médico faz a ligação com o CODU para receção e emissão de dados.

Consegui vivenciar e atuar em muitas situações. Desde baleados, a paragens cardio-respiratórias, politraumatizados graves, grandes queimados. Concomitantemente com os colegas colaborei na estabilização e transporte das vítimas para o meio hospitalar. A VMER, como veículo de Suporte Avançado de Vida, dá autonomia e também imputa muitas responsabilidades aos seus tripulantes.

Consegui perceber que a natureza deste trabalho torna-se imprevisível. O horário das refeições e mesmo o de saída do turno é condicionado pelo tipo de situações que podem surgir. Tenho a perfeita noção que o estágio é feito de ocasiões e essas foram aproveitadas na sua plenitude. Tal como no CODU, a passagem pela VMER é muito importante para os formandos.

Outro meio onde realizei turnos foi na SIV, em que os recursos humanos são compostos por um tripulante de ambulância de emergência e um enfermeiro. O tripulante é o condutor da viatura e o enfermeiro é o elo de ligação com o CODU. Averigui, de acordo com as experiências vivenciadas, que compete ao enfermeiro assumir a liderança da equipa multidisciplinar, a abordagem à vítima, o estabelecimento de prioridades de atuação, o contacto com o médico regulador do CODU, as intervenções terapêuticas e técnicas, o acompanhamento durante o transporte e realização de pedidos de apoio específicos à situação de emergência. Tudo isto imputa uma responsabilização acrescida no âmbito da formação e na atualização dos seus conhecimentos. Por outro lado, esta autonomia demonstra que o profissional de enfermagem tem capacidade de desenvolver um papel fundamental no âmbito da emergência pré-hospitalar.

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na SIV é fundamental. Pude juntamente com os colegas executar os protocolos, compreender a autonomia e o campo de ação do enfermeiro. Compreendi que, o enfermeiro pode ser o centro da atuação, cabendo-lhe todas as decisões que digam respeito de forma direta ou indireta à vítima.

Tal como em outros dias de estágio, as oportunidades foram diversificadas. Uns turnos com mais trabalho do que outros possibilitaram conhecer muitas realidades e também trabalhar simultaneamente com os colegas em prol do mesmo objetivo –

assistir as pessoas necessitadas de cuidados de saúde emergentes da forma mais rápida e eficaz.

Outro ponto que recebeu a minha atenção vai de encontro ao nível de formação e ao “à vontade” que os colegas têm em serviço. Pessoas com mais ou menos experiência, que transmitiam conhecimentos atualizados e uma destreza manual muito grande nas suas acuações. Foram sem dúvida ótimos modelos que contribuíram para aumentar o meu conhecimento.

O turno realizado na SBV permitiu conhecer o meio de atuação desta valência do INEM. Esta viatura é tripulada por dois tripulantes de ambulância de emergência.

Inicialmente questionei-me sobre a necessidade de estagiar numa ambulância destes moldes, na medida em que não há um elo de ligação com o elemento estagiário. Nos meios anteriormente descritos há sempre uma referência – o enfermeiro integrante da equipa. No meu ponto de vista torna-se fulcral a presença de um profissional de enfermagem. A realização deste turno poderia vir a ser mais proveitosa se fosse realizada na VMER ou na SIV.

Outro aspeto que detetei, foi que a SBV por vezes surge como transporte de situações menos urgentes para as unidades de saúde, parecendo por vezes uma “ambulância de transporte social”. Segundo relato das tripulantes, a população em geral já vai conhecendo o funcionamento destes meios e acaba por referir aspetos importantes aquando do contacto com o CODU. As mesmas referem ainda que “as pessoas já sabem o que dizer”, para conseguir transporte “gratuito para o hospital”.

De qualquer modo, foi positivo conhecer a SBV e compreender o vínculo que tem junto das populações e das pessoas. Os técnicos demonstraram competência e rigor no seu campo de atuação.

De acordo com o solicitado pela Enf.^a Adriana Machado realizou-se uma reunião a meio do Módulo. Aproveitou-se este momento para se fazer o ponto da situação e uma breve avaliação intermédia. Expus algumas dúvidas que ainda persistiam e referi alguns aspetos que deveriam ser alterados. Opinei no sentido de averiguar a menor ou maior importância de executar turnos nas Ambulâncias de Suporte Básico

de Vida, já que não figura a presença de um enfermeiro na equipa. Senti que o meu contributo pode servir de reflexão para possíveis alterações nos planos de formação.

Como referido anteriormente e de acordo com os parâmetros deste estágio, julgo que os objetivos deste módulo foram atingidos com sucesso, uma vez que o trabalho desenvolvido foi muito mais do que uma simples observação das situações vivenciadas.

O CODU, a VMER e a SIV foram os meios para a realização deste estágio que proporcionaram experiências muito importantes a nível formativo. A colaboração das equipas, a forma como proporcionaram a minha integração e o seu nível de formação tornaram-se num aspeto facilitador de aquisição de conhecimentos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O documento realizado procurou traduzir através da ação reflexiva o percurso prático desenvolvido nesta fase formativa. As minhas escolhas foram de encontro às expectativas, considerando um aspeto muito importante e que não trouxe qualquer tipo de frustração.

Entendo que a obtenção de novos saberes aconteceu inequivocamente. Todos os momentos proporcionados pela efetivação destes três módulos constituíram-se em importantes alicerces, para continuar a fazer o que sei e da melhor forma possível – ser Enfermeiro.

Foram delineados objetivos e estratégias de acordo com os módulos e face aos mesmos, considero que, de uma forma geral, concluí positivamente este Estágio. Tenho a perfeita noção que muito mais se poderia fazer, mas vários fatores contribuíram para a não consecução de algumas atividades e até mesmo para a redução da carga horária do Módulo III.

Durante este trajeto ocorreram duas situações que limitaram algumas experiências. Uma delas prende-se com a alteração das datas para a realização do módulo III. Prevista para Abril e Maio de 2009, a sua consecução só foi possível em Dezembro de 2009 a Fevereiro de 2010. Nesta altura estava a desenvolver o módulo II, o que obrigou-me a um esforço muito grande para poder realizar com sucesso todos os estágios. A segunda situação, diz respeito à redução de 50% nas horas para realização do mesmo módulo. Torna-se evidente que uma redução deste calibre, influencia diretamente a realização de atividades, condicionando de forma severa o seu desenvolvimento.

De uma forma geral, fui muito bem recebido por todas as equipas dos serviços onde realizei os módulos, havendo sempre um entendimento no âmbito da adaptação dos horários. Só assim foi possível estar a “trabalhar” e desenvolver este percurso formativo.

Poder estagiar nos meios do INEM e na Urgência Geral do HST foi fundamental para o conhecimento do Sistema Integrado de Emergência Médica e a interligação entre os vários intervenientes.

Na UCIP do HST prestei cuidados a doentes do foro crítico e isso possibilitou-me ampliar conhecimentos no âmbito da ventilação mecânica. Sendo um dos objetivos pessoais para este módulo, julgo que as aptidões adquiridas foram fundamentais para saberes especializados nessa área.

Desenvolvi competências pedagógicas ao orientar alunos em estágio, integrando novos elementos e promovendo ações de formação em serviço. Considero ter deixado um contributo positivo e iniciado alguns trabalhos que podem vir a ser desenvolvidos. As competências científicas estão relacionadas com a área de investigação e emergem desses trabalhos efetuados nos diferentes módulos de estágio. A realização dos mesmos teve por base, diversa pesquisa bibliográfica e trabalho de campo.

A formação teórica que o Enfermeiro Especialista possui aliada à prática permite que tenha uma visão bastante alargada da Enfermagem. Este Enfermeiro, com relativa facilidade, não vê só um doente mas vê toda uma Pessoa que se relaciona com todo o meio envolvente. Nessa vertente considero que após essa jornada estarei apto para dar resposta às exigências que possam emergir da prática laboral. Assumo a responsabilidade de dignificar a formação obtida e estar preparado para ser um modelo no meu desenvolvimento profissional.

BIBLIOGRAFIA

Ahya, Patra [et al] - *Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência. 2000. p. 32-40.

Alert[®], Life Sciences Computing - *Alert[®] Enterprise Resource Planning (ERP)*. 1999. Recuperado em 2010, Maio, 28 de <<http://www.alert-online.com/pt/erp>>.

Autoridade Nacional de Proteção Civil. 2009. Recuperado em 2010, Março, 14, de <<http://www.prociv.pt/Pages/gripe.aspx>>.

Cloutier, L. *Traumatologie. Le soutien à la famille. L'infirmière du Québec*. Québec. Canada. N^o 4, (Mar./Abr.). 2002. p. 40-44.

Decreto-Lei 161/1996, de 4 de Setembro – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. p. 2960. Recuperado em 2010, Março, 5, de <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>.

Decreto-Lei 33/2009, de 14 de Julho – *Direito de acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde*. p. 4467. Recuperado em 2010, Março, 12, de <<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/13400/0446704467.pdf>>.

Decreto-Lei 48/1990, de 24 de Agosto – *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na Lei de Bases da Saúde*. p. 3452. Recuperado em 2010, Março, 12, de <<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>>.

Direção Regional de Saúde – *Pandemia de Gripe A (H1N1) 2009 em Portugal - Apresentação preliminar de dados*. 2010. p. 15. Recuperado em 2010, Julho, 12, de <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+publica/gripe/virus+h1h1.htm>>.

Direcção-Geral da Saúde – *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. 2001. p. 8. Recuperado em 2010, Julho, 2, de <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>>.

Direcção-Geral de Saúde – *Unidades Básicas de Urgência*. 2002. p. 5. Recuperado em 2010, Julho, 2, de <<http://servicosociaisaude.files.wordpress.com/2007/11/rede-referenciacao-hospitalar.pdf>>.

Gameiro, M. G. H. *O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem*. Loures: Lusociência. 2000. p. 57-73.

Grupo Português de Triagem – *Triagem no Serviço de Urgência – 2ª Ed.* Maio 2002. p. 6-8.

Instituto Nacional de Emergência Médica – *Documentos e Opiniões*. 2000. Recuperado em 2010, Fevereiro, 13, de <<http://www.inem.pt/document/468473/473703.pdf>>.

International Quality Indicator Project. *Acerca do IQIP*. 2002. Recuperado em 2010, Março, 15, de <<http://www.internationalqip.com/about-pt-PT.aspx>>.

Jesus, E. H. *Jornal da Madeira*. 14 de Dezembro de 2008. Recuperado em 2010, Março, 8, de <http://www.jornaldamadeira.pt/not2008_12.php?Seccao=12&id=111582&sup=0&sdata=>>.

Kazandjian, V. *Projectos IQS*. N° 11. (Jul./Set.). 2004. p. 43. Recuperado em 2010, Março, 16, de <http://www.internationalqip.com/Documents/interview_9_2004.pdf>.

Pereira, Maria A. G. – *Enfermagem Oncológica*. N° 28 e 29 (Out./Jan.). 2004. p. 34-39.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2008. Recuperado em 2010, Março, 13, de <<http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=16>>.

Swearingen, P. L., & Keen, J. H. *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Ed. Lisboa: Lusociência. 2001. p. 154-178.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Ed. Lisboa: Lusodidacta. 2008. p. 209-231.

Vasconcelos, Eduardo - Receba bem o estagiário. *Formar*. N° 7 (Ago./Set./Out.). 1992. p. 28-31.

ANEXO I

Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados.

2009

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

**II Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Fabiano da Silva Fernandes

Enfermeiras Orientadoras: Marilina Marques e Deolinda Frias

**PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA
DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	2
2 FUNDAMENTAÇÃO	3
3 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	6
3.1 MISSÃO.....	6
3.2 FILOSOFIA	6
3.3 VALORES.....	6
3.4 PRINCÍPIOS	7
3.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	7
4 RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES NOS SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	8
4.1 OBJECTIVOS	8
4.2 ESTRATÉGIAS	8
4.3 FUNCIONAMENTO	8
4.4 GUIA DE ACOLHIMENTO.....	9
4.5 ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO	9
4.6 FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS.....	9
5 SISTEMA DE INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÃO AOS FAMILIARES	11
5.1 OBJECTIVOS	11
5.2 ESTRATÉGIAS	11
5.3 DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA – HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE	11
6 SISTEMA DE VISITAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	13
7 RECURSOS	14
7.1 RECURSOS HUMANOS.....	14
7.2 RECURSOS MATERIAIS.....	14
8 CONCLUSÃO	15
BIBLIOGRAFIA	16

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Urgência Geral é tido na maioria dos casos como o “*cartão-de-visita*” de qualquer Hospital e o trabalho fundamental e indispensável que é desenvolvido deve ser o mais eficaz, célere e aproximado dos seus clientes.

A **Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados** pretende contribuir para o melhoramento do deficiente acolhimento, acompanhamento e comunicação/informação ao familiar/pessoa de referência dos utentes que ocorrem ao Serviço de Urgência Geral.

Será realizado de forma sucinta o diagnóstico de situação, a fundamentação da Proposta de Programa, seguindo a apresentação dos valores, filosofia e por fim a metodologia para cada uma das áreas de intervenção.

Pessoalmente, a apresentação desta proposta de projeto tem como fundamento um aspeto que considero de extrema importância – melhoria da qualidade de cuidados por um lado e em paralelo a maior proximidade dos Enfermeiros ao utente/família.

Enquanto profissional de Enfermagem ouço muitas “queixas” de “consumidores”, da forma como está estruturado e desenvolvido o trabalho dentro do serviço de urgência geral. É claro que as opiniões devem ser tidas como construtivas, quando há conhecimento da orgânica de cada Serviço e quando são apresentadas alternativas válidas e credíveis para solucionar os problemas.

Este projeto surge no âmbito da realização do estágio do II Curso de Pós-especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras.

2. FUNDAMENTAÇÃO

O sofrimento do doente no serviço de urgência geral é uma realidade que não se pode ignorar. Sofre com dor associada à doença/acidente, sofre com o ambiente que lhe é particularmente ameaçador e no qual não tem qualquer controlo. Sofre pela privação dos seus entes queridos, sofre com o medo, com a incerteza.

Em 1999 Cassel (citado em Gameiro, 2000), define sofrimento como “...um estado de desconforto severo (*distress*) causado por uma ameaça catual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como todo”. O sofrimento tem um carácter subjetivo universal, mas reveste-se de especificidade na sua expressão e nos significados que lhe são atribuídos. O carácter subjetivo do mesmo tem a ver com a personalidade da pessoa que sofre, bem como, com a dinâmica das situações que vive, o que implica uma contínua reavaliação e permanente atribuição de significados.

Sofre o doente, e os familiares que se sentem impotentes face à situação de sofrimento do seu parente, à complexidade do local de atendimento e ainda à comunicação deficiente que decorre neste processo. É determinante a importância da família na recuperação e bem-estar do doente, ou seja, “...a capacidade que o elemento são tem, ao lidar com a doença do seu familiar, tem grande repercussão na saúde e funcionamento da família, e na adaptação física e psicológica do utente à situação...” (Menley, 2001).

A família muitas vezes em crise, requer a ajuda do enfermeiro para lidar com a situação. O modo com a família percebe a crise foi descrito por Epperson em 1997 (citado em Cloutier, 2002) como compreendendo seis fases “ansiedade severa, negação, cólera, remorsos, desgosto e reconciliação...”, importando que o enfermeiro seja capaz de identificar o estágio que se encontra o familiar, para que tendo este em conta, possa planear as intervenções que respondam às carências previamente identificadas.

Refere Cloutier (2002), que o saber escutar e saber colocar as questões certas são elementos chave da intervenção terapêutica, permitindo às famílias começar a encontrar as suas próprias soluções, a utilizar os seus mecanismos de adaptação e a descobrir os seus recursos.

Ajudar o doente e família a lidar com o sofrimento passa por uma “abordagem que exige a compreensão do quadro de valores, das suas significações, das crenças e das expectativas da pessoa... no sentido em que promove uma atitude compassiva e motiva para uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando a auto-estima e inculcando esperança”. (Gameiro, 2000).

Na realidade, a relação que os profissionais estabelecem com o utente e família revela-se de extrema importância no minimizar quer do sofrimento, quer dos sentimentos de insatisfação dos mesmos.

De acordo com o documento emitido pela Direção Geral de Saúde – Carta dos Direitos e Deveres dos doentes e ultimamente a publicação da lei 33/2009 - Direito de acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde – o primeiro refere-se ao respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas recomendando que o apoio do familiar/pessoa de referência deve ser facilitado e incentivado. O segundo regulamenta a presença de acompanhantes e, ou a possibilidade de acompanhamento nos serviços de urgência.

O acompanhamento do utente tem sido um aspeto que fica à consideração, na maioria dos casos, do enfermeiro aquando da realização da triagem. No entanto o acompanhamento continua de acordo com as normas estipuladas em regulamento interno.

O tempo de espera, habitualmente longo, tanto maior quanto exames complementares de diagnósticos pedidos, leva a que o acompanhante que deseja informar-se acerca do estado de saúde do seu familiar/pessoa de referência se debata com inúmeros obstáculos: preenchimento de um modelo próprio para o efeito; ter que aguardar a disponibilidade do funcionário. A maior parte das vezes este limita-se a dar informações vagas, atendendo às suas competências.

Solicitações mais específicas em relação à saúde do utente são da responsabilidade do médico e/ou enfermeiro, ficando a satisfação destas de acordo com a disponibilidade, sensibilidade dos profissionais para o efeito.

No que concerne ao sistema de visitas no serviço de urgência geral parece-me que a sua estrutura física e organizacional não responde nem às carências dos familiares, dada a frequência de pedidos, nem às necessidades dos profissionais que dificilmente conseguem proporcionar privacidade à pessoa que cuidam e que também são sobrecarregados pelas solicitações vindas de acompanhantes que procuram informações acerca dos seus familiares. Seria fundamental, e caso seja possível, a elaboração um sistema de visitas no serviço de urgência geral uma vez que se perspetivam algumas alterações físicas do mesmo.

Penso que são algumas das razões pelas quais não há satisfação das necessidades do utente e que a qualidade da prestação de serviço não é a melhor. Partilhando da opinião de Thornes em 2000 (citado por Menley, 2001) que relata que “o conhecimento e a informação deverão ser partilhados entre profissionais e familiares, de modo que os familiares e os doentes estejam, sempre que seja possível, numa posição forte para fazer parte no planeamento e na tomada de decisões”.

Acredito que quando as figuras emocionalmente importantes para o doente compreendem e apoiam os objetivos do tratamento e das nossas intervenções, conseguem manter e desenvolver esse comportamento após a alta do serviço de urgência geral.

Neste sentido e após um conhecimento mais aprofundado do serviço de urgência geral, achei de toda conveniência apresentar esta proposta de programa para a receção e acolhimento aos familiares/pessoa de referência, da informação/comunicação e ainda a da criação de um sistema de visitas. Espero que este documento contribua de forma positiva para o aumento da humanização e qualidade da prestação de cuidados no serviço de urgência geral.

De salvaguardar que estes aspetos corroboram com o delineado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, uma vez que este “define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde, ...”. (DGS, 2004).

3. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE CUIDADOS

3.1. MISSÃO

Contribuir para a saúde e bem-estar dos utentes e familiares que recorrem ao serviço de urgência geral, proporcionando acolhimento e acompanhamento individualizados, promovendo a comunicação/informação entre prestadores de cuidados, utentes e familiar/pessoa de referência de modo a assegurar a sua participação ativa no processo doença-saúde.

3.2. FILOSOFIA

Cuidados de Enfermagem

Adota-se o quadro de referência para a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência, em que a Enfermagem desenvolve-se através de uma prática com as pessoas, reconhecendo a importância dos seus valores, crenças e convicções. Conhece o direito que os utentes têm de participar ativamente no seu processo doença-saúde, promovendo a sua individualidade, independência e qualidade de vida.

Família

Para Kozier e Sthanhope (citado em Augusto et al., 2002), a função de saúde na família é considerada como *“fundamental no sentido de proteger a saúde dos diversos membros, proporcionando-lhes cuidados que necessitam”*. Neste contexto, a família é entendida como a mais direta e imediata fonte de apoio social ao indivíduo incapaz de se auto-cuidar. A família é pois o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada, sendo que os cônjuges e os filhos se encontram na primeira linha de prestação de cuidados, considerados cuidadores informais.

3.3. VALORES

Respeito pelos direitos e liberdade da pessoa;

Salvaguarda da dignidade e da singularidade;

Equidade no acesso ao sistema de saúde;

Solidariedade e fraternidade;

Competência no desempenho das suas funções;

A família/pessoa de referência deve fazer parte integrante no processo de cuidar.

3.4. PRINCÍPIOS

A pessoa é parte integrante e interativa de um grupo alargado – família. Sendo a pessoa e família uma UNIDADE.

A doença súbita/processo de hospitalização de um dos membros desta UNIDADE representa um fator acrescido de stress e pode mesmo conduzir a uma situação de crise.

Doente e família/pessoa de referência detêm os recursos e o potencial que lhes permite lidar com a situação de crise. Esta acontece quando estamos perante um acontecimento percebido com ameaça à integridade do indivíduo, os métodos habituais de resolução de problemas não são eficazes e/ou a pessoa não encontra em si os recursos alternativos para a sua resolução.

Ao Enfermeiro compete estabelecer uma relação de ajuda com utente e família/pessoa de referência que vise a mobilização, a otimização dos seus recursos de todo o seu potencial tendo em vista a autonomia e o bem-estar do doente e família/pessoa de referência.

A comunicação/informação constituem o veículo da intervenção do enfermeiro visto permitirem ao doente/família tomar consciência do(s) problema(s), acionar os mecanismos de resolução do(s) mesmos e tomar as decisões.

3.5. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Familiar/pessoa de referência – pessoa que independentemente do grau de parentesco ou proximidade, presta auxílio/apoio ao utente.

Acolhimento – momento em que o utente/familiar é recebido no serviço pelo enfermeiro e que pressupõe o estabelecer de uma relação que possibilite a este último identificar, planear, executar e avaliar as intervenções que respondam às necessidade/expectativas do utente e/ou familiar.

Interação – Encontro intencional entre enfermeiro, utente/familiar em que ocorre uma permuta de informações, comunicações e sentimentos.

4. RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

4.1. OBJECTIVOS

Melhorar o acolhimento do familiar/pessoa de referência dos utentes do serviço de urgência geral;

Promover formação dos diversos prestadores de cuidados por forma a desenvolverem e melhorarem as suas competências relacionais;

Conhecer as necessidades/expectativas aquando do acolhimento do familiar/pessoa de referência no serviço de urgência geral.

4.2. ESTRATÉGIAS

Constituição de uma equipa multidisciplinar responsável pelo acolhimento. Equipa esta constituída por enfermeiro, médico, técnico de serviço social, administrativo e assistente operacional.

Competências do enfermeiro:

- Ter um conhecimento atualizado de todos os utentes do serviço de urgência geral;
- Acolher o familiar/pessoa de referência;
- Identificar o familiar, sempre que seja possível;
- Identificar as necessidades/expectativas do familiar (informação, suporte emocional, educação para a saúde, entre outras);
- Planear intervenções que respondam às necessidades identificadas (transmitir informações, escutar ativamente, ensinar, encaminhar para outro(s) membro(s) da equipa;
- Executar intervenções planeadas;
- Avaliar os resultados obtidos.

4.3. FUNCIONAMENTO

Sete dias por semana, vinte e quatro horas por dia. Prevê-se que nos turnos das Manhã e Tarde, quando a afluência ao serviço é maior, seja assegurado por um Enfermeiro destacado para o acolhimento/informação aos familiares. Este deverá ser realizado num espaço próprio para o efeito.

No turno da Noite poderá ser o Enfermeiro responsável para acumulação destas funções.

Pretende-se facilitar a adaptação do familiar ao meio e através de uma entrevista inicial, o enfermeiro orienta, encaminha, esclarece dúvidas, atua de acordo com as necessidades/expectativas identificadas.

4.4. GUIA DE ACOLHIMENTO

Proponho a criação de um grupo de trabalho que será responsável pela realização de um Guia de Acolhimento, ou poder-se-á atualizar/aproveitar um documento que já esteja criado para este fim.

Ao grupo de trabalho compete:

- Definir objetivos;
- Selecionar conteúdos;
- Realizar o Guia de Acolhimento;
- Implementar o Guia de Acolhimento, que deverá ser distribuído pelos familiares dos utentes que recorram ao serviço de urgência geral.

4.5. ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO

Como garantia de uniformização de procedimentos e continuidade de cuidados prevê-se a realização de normas de procedimento em relação ao acolhimento aos familiares e possibilidade de um sistema de implementação de visitas no serviço de urgência geral.

Aos responsáveis pelo projeto compete a elaboração das normas de procedimento, implementação e monitorização da sua aplicação.

4.6. FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS

Para que o familiar que acompanha o utente ao serviço de urgência geral se sinta efetivamente aceite e encontre um interlocutor que se mostre disponível para o escutar/informar, há que desenvolver um trabalho com a equipa de forma a que esta adote atitudes e comportamentos propícios ao acolhimento e que desenvolva competências técnicas e relacionais.

A formação implica:

- Identificação das necessidades de formação;
- Planeamento de formação que deverá incidir na formação – ação;

- Execução do plano de formação e respetiva avaliação, devendo cada uma destas etapas ser realizada em colaboração com o enfermeiro responsável pela formação em serviço.

Deverá ser contemplada formação sobre as temáticas:

- Relação de ajuda;
- Intervenção na crise;
- Necessidades dos familiares;
- Estádios de adaptação da família à doença entre outras temáticas.

No contexto da formação contínua proponho uma permanente reflexão da prática de cuidados e para tal o responsável pela formação deve adotar uma atitude de questionamento em face do que observa, ajudar o outro a refletir nas suas atitudes/comportamentos, a identificar os desvios em relação ao que se preconiza assim como as medidas consideradas corretivas.

A formação deverá ocorrer de acordo com as possibilidades do serviço.

Ainda no plano formativo e no âmbito da obtenção dos resultados seria importante após seis meses de implementação deste sistema, realizar um estudo quantitativo, descritivo, cujos resultados permitiriam ajustar/aferir as estratégias deste projeto bem como avaliar os resultados do trabalho desenvolvido neste período.

5. SISTEMA DE INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÃO AOS FAMILIARES

5.1. OBJECTIVOS

Promover a comunicação/informação entre prestadores de cuidados e os utentes e familiar/pessoa de referência;

Sensibilizar a população recorrente do serviço de urgência geral para uma procura mais adequada ao mesmo.

5.2. ESTRATÉGIAS

À equipe responsável pelo acolhimento, nomeadamente ao enfermeiro compete ainda a informação aos familiares e as competências anteriormente descritas mantêm-se.

O acesso à informação relativa aos utentes deverá ser efetuado mediante o preenchimento de um impresso próprio que será depositado num tabuleiro destinado ao efeito estrategicamente colocado no balcão de admissão/e ou pessoalmente ao enfermeiro destacado para transmitir informações.

Deverá ser criado um grupo de trabalho para a realização de um instrumento que permita realizar uma breve colheita de dados referente ao utente, as necessidades/expectativas identificadas, às intervenções a desenvolver e a avaliação das mesmas.

Este documento seria valioso para a gestão do programa e também para a realização do estudo das necessidades/expectativas do familiar/pessoa de referência.

5.3. DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA – HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE

Para que o projeto tenha uma maior eficácia é fundamental que haja conhecimento por parte da sociedade em geral. Sendo assim seria importante:

- Realização de um painel informativo pelas unidades de saúde locais como uma parceria fundamental;
- Divulgação mensal em boletim informativo mensal no Hospital;
- Notícias e informações no Guia de Acolhimento.

Campanha de Educação/Sensibilização da população do Distrito de Viseu

Propõe-se a criação de um grupo de trabalho para definir os objetivos e estratégias operacionais, bem como executar um plano de ação no sentido da divulgação e informação acerca do Programa.

Seria igualmente importante a realização de campanhas junto das unidades de saúde a nível distrital, bem como a realização de entrevistas junto aos líderes das comunidades, distribuição de folhetos, painéis informativos em juntas de freguesia, associações, instituições públicas, autarquias, etc.

6. SISTEMA DE VISITAS NO SERVIÇO DE URGENCIA GERAL

As visitas no serviço de urgência geral nem sempre são possíveis. A principal questão está na estrutura física do serviço. Para haver um sistema de visita que funcione com o mínimo de condições de privacidade é necessário que haja adaptação dessas condições.

A lei 33/2009 veio implementar a permissão para o acompanhamento de todos os utentes no serviço de urgência geral, no entanto a lei contempla um período de adaptação de um ano aos serviços. Este aspeto levanta questões no âmbito da viabilidade do acompanhamento em todos os sectores do serviço de urgência geral.

De salientar que em alguns locais, nomeadamente a Unidade de Decisão Clínica e o Serviço de Observação, há uma permanência do doente superior ao que está determinado.

Será um desafio, a criação de um Sistema de Visitas que satisfaça todas as necessidade e carências de quem recorre ao serviço de urgência geral.

7. RECURSOS

7.1. RECURSOS HUMANOS

Internos ao Projeto:

- Utentes, familiares/pessoa de referência e suas redes de suporte;
- Consultores do Projeto;
- Equipa multidisciplinar do serviço de urgência geral, destacando-se o trabalho dos Enfermeiros Especialistas para o acolhimento aos familiares/pessoa de referência.

Externos ao Projeto:

- Voluntariado;
- Unidades de Saúde locais;
- Instituições Públicas e privadas;
- Autarquias;
- Comunidades.

7.2. RECURSOS MATERIAIS

Sala própria para acolhimento dos familiares/pessoa de referência;

Meios informáticos para o processamento de informações e gestão de doentes;

Painéis, folhetos, guias e impressos;

Remodelação de espaços necessários para implementação deste Projeto.

8. CONCLUSÃO

Com esta proposta de Programa de ação pretendo poder contribuir com ideias e metodologias que se traduzam num melhor bem-estar de utente e família, procurando satisfazer as suas necessidades e expectativas e assim proporcionar-lhes uma maior participação e responsabilização pela sua saúde.

Porque acredito que o conhecimento e informação permitem aos indivíduos tomar as suas próprias decisões em consciência e liberdade, desejo que haja promoção de uma campanha de sensibilização junto dos utilizadores e populações para uma procura mais adequada do serviço de urgência geral, garantindo assim uma melhor equidade de acesso e utilização coerente dos serviços de saúde.

Enquanto proposta, espero ter dado um passo importante no sentido de conduzir ao aumento ou retoma da reflexão sobre esta temática, promovendo a discussão que irá contribuir para o enriquecimento da mesma. Espero que com a sua utilização haja um maior desenvolvimento destas atividades e programas.

Acredito que com a sua concretização o enfermeiro está a valorizar o seu papel autónomo no âmbito do acolhimento, suporte emocional, educação para a saúde, gestão de recursos, prestando assim melhores cuidados, mais personalizados ao utente e família. Possibilitará dignificar a Instituição, contribuindo assim para a consecução da sua Missão.

Tenho o perfeito conhecimento que a realidade do momento não permite, por vários motivos, a implementação e desenvolvimento de um projeto nesta área. Gostava que fosse uma ferramenta importante para o futuro. Enquanto aluno do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, e na realização deste Módulo de estágio no serviço de urgência geral, deparei com este *handicap*. Quero deixar aqui o meu contributo numa área que é carente, com muitas deficiências e que merece uma intervenção de fundo.

BIBLIOGRAFIA

Augusto, B. M. J. (2002). Cuidados Continuados. Família, Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

Cloutier, L. (2002). Traumatologie. Le soutien à la famille. L'infirmière du Québec. N° 4, Mars-Avril, pp 40-44. Québec. Canada.

Diário da República (2009). Lei 33/2009 – Direito do acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Recuperado em 2009, Outubro, 22, de <http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/servicos-saude-publica/Lei_n.o_33-2009_Direito_de_acompanhamento_dos_utentes_dos_servicos_de_urgencia_do_Servico_Nacional_de_Saude_SNS.pdf/view>.

Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Recuperado em 2009, Outubro, 19, de <<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>.

Gameiro, M. G. H. (2000). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. Loures: Lusociência.

Menley, K. (2001). As carências e o apoio dos familiares. Nursing. N° 18, Julho. Lisboa.

UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA – POLO REGIONAL DAS
BEIRAS

II CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

SERVIÇO DE URGENCIA GERAL DO HST, E.P.E.
11-2009

**PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA
QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

1

**PROPOSTA DE PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE
DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

SUMÁRIO

Introdução
Fundamentação
Programa de Humanização/melhoria da qualidade dos cuidados
Recepção/acolhimento aos familiares no SUG
Sistema de Informações/comunicação aos familiares
Sistema de visitas no SUG
Recursos
Conclusão
Debate

2

INTRODUÇÃO

A Proposta de Programa de Humanização/Melhoria da Qualidade de Prestação de Cuidados pretende contribuir para o melhoramento do deficiente acolhimento, acompanhamento e comunicação/informação aos familiares dos utentes que ocorrem ao Serviço de Urgência Geral.

O documento vai procurar incidir em três grandes áreas: Recepção e acolhimento aos familiares/pessoa de referência; Sistema de informação/comunicação aos familiares/pessoa de referência; Sistema de visitas no Serviço de Urgência Geral.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

INTRODUÇÃO

Pessoalmente, a apresentação desta proposta de projecto tem como fundamento um aspecto que considero de extrema importância – melhoria da qualidade de cuidados por um lado e em paralelo a maior proximidade dos Enfermeiros ao utente/família.

FUNDAMENTAÇÃO

O **sofrimento** do doente no serviço de urgência geral é uma realidade que não se pode ignorar. Sofre com dor associada à doença/acidente, sofre com o ambiente que lhe é particularmente ameaçador e no qual não tem qualquer controlo. Sofre pela privação dos seus entes queridos, sofre com o medo, com a incerteza.

“...um estado de desconforto severo (distress) causado por uma ameaça actual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como todo”.

Cassel (1999), citado em Gameiro (2000)

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

FUNDAMENTAÇÃO

Sofre o doente, e os familiares que se sentem impotentes face à situação de sofrimento do seu parente, à complexidade do local de atendimento e ainda à comunicação deficiente que decorre neste processo. É determinante a importância da família na recuperação e bem-estar do doente.

“...a capacidade que o elemento são tem, ao lidar com a doença do seu familiar, tem grande repercussão na saúde e funcionamento da família, e na adaptação física e psicológica do utente à situação...”

Menley, 2001

FUNDAMENTAÇÃO

A família muitas vezes em crise, requer a ajuda do enfermeiro para lidar com a situação. O modo com a família percebe e vive a crise foi descrito por Epperson em 1997 (citado em Cloutier, 2002) como compreendendo seis fases *“ansiedade severa, negação, cólera, remorsos, desgosto e reconciliação...”*, importando que o enfermeiro seja capaz de identificar o estágio que se encontra o familiar, para que tendo este em conta, possa planejar as intervenções que respondam às carências previamente identificadas.

7

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

FUNDAMENTAÇÃO

Ajudar o doente e família a lidar com o sofrimento passa por uma *“abordagem que exige a compreensão do quadro de valores, das suas significações, das crenças e das expectativas da pessoa... no sentido em que promove uma atitude compassiva e motiva para uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando a auto-estima e inculcando esperança”*.

Gameiro, 2000

8

FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com o documento emitido pela Direcção Geral de Saúde – **Carta dos Direitos e Deveres dos doentes** e ultimamente a publicação da lei 33/2009 - **Direito de acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde** – o primeiro refere-se ao respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas recomendando que o apoio de familiares/pessoa de referência deve ser facilitado e incentivado. O segundo regulamenta a presença de acompanhantes e, ou a possibilidade de acompanhamento nos serviços de urgência.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

FUNDAMENTAÇÃO

O acompanhamento do utente tem sido um aspecto que fica à consideração, na maioria dos casos, do enfermeiro aquando da realização da triagem. No entanto o acompanhamento continua de acordo com as normas estipuladas em regulamento interno.

O **tempo de espera**, habitualmente longo, tanto maior quantos exames complementares de diagnósticos pedidos, leva a que o acompanhante que deseja informar-se acerca do estado de saúde do seu familiar/pessoa de referência se debata com **alguns obstáculos...**

FUNDAMENTAÇÃO

Solicitações mais específicas em relação à saúde do utente são da responsabilidade do médico e/ou enfermeiro, ficando a satisfação destas de acordo com a disponibilidade, sensibilidade dos profissionais para o efeito.

No que concerne ao sistema de visitas no serviço de urgência geral parece-me que a sua estrutura física e organizacional não responde nem às carências dos familiares dada a frequência de pedidos, nem às necessidades dos profissionais que dificilmente conseguem proporcionar privacidade à pessoa que cuidam e que também são sobrecarregados pelas solicitações vindas de acompanhantes que procuram informações acerca dos seus familiares.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

FUNDAMENTAÇÃO

Penso que são algumas das razões pelas quais não há satisfação das necessidades do utente e que a qualidade da prestação de serviço não é a melhor. Partilhando da opinião de Thornes em 2000 (citado por Menley, 2001) que relata que *“o conhecimento e a informação deverão ser partilhados entre profissionais e familiares, de modo que os familiares e os doentes estejam, sempre que seja possível, numa posição forte para fazer parte no planeamento e na tomada de decisões”*.

FUNDAMENTAÇÃO

Neste sentido e após um conhecimento mais aprofundado do serviço de urgência geral, achei de toda conveniência apresentar esta proposta de programa para a recepção e acolhimento aos familiares/pessoa de referência, da informação/comunicação e ainda a eventual criação de um sistema de visitas.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

FUNDAMENTAÇÃO

Estes aspectos corroboram com o delineado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, uma vez que este “define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde, ...”. (DGS, 2004).

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

MISSÃO

Contribuir para a saúde e bem-estar dos utentes e familiares que recorrem ao serviço de urgência geral, proporcionando acolhimento e acompanhamento individualizados, promovendo a comunicação/informação entre prestadores de cuidados, utentes e familiar/pessoa de referência de modo a assegurar a sua participação activa no processo doença-saúde.

15

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

FILOSOFIA

Cuidados de Enfermagem

Adopta-se o quadro de referência para a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência, em que a Enfermagem desenvolve-se através de uma prática com as pessoas, reconhecendo a importância dos seus valores, crenças e convicções. Conhece o direito que os utentes têm de participar activamente no seu processo doença-saúde, promovendo a sua individualidade, independência e qualidade de vida.

16

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

FILOSOFIA

Família

Para Kozier e Sthanhope (citado em Augusto et al., 2002), a função de saúde na família é considerada como *“fundamental no sentido de proteger a saúde dos diversos membros, proporcionando-lhes cuidados que necessitam”*. Neste contexto, a família é entendida como a mais directa e imediata fonte de apoio social ao indivíduo incapaz de se autocuidar. A família é pois o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada, sendo que os cônjuges e os filhos se encontram na primeira linha de prestação de cuidados, considerados cuidadores informais.

17

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

VALORES

Respeito pelos direitos e liberdade da pessoa;
Salvaguarda da dignidade e da singularidade;
Equidade no acesso ao sistema de saúde;
Solidariedade e fraternidade;
Competência no desempenho das suas funções;
A família/pessoa de referência deve fazer parte integrante no processo de cuidar.

18

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

PRINCÍPIOS

A pessoa é parte integrante e interactiva de um grupo alargado – família. Sendo a pessoa e família uma UNIDADE.

A doença súbita/processo de hospitalização de um dos membros desta UNIDADE representa um factor acrescido de stress e pode mesmo conduzir a uma situação de crise.

19

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

PRINCÍPIOS

Doente e família/pessoa de referência detêm os recursos e o potencial que lhes permite lidar com a situação de crise. Esta acontece quando estamos perante um acontecimento percebido com ameaça à integridade do indivíduo, os métodos habituais de resolução de problemas não são eficazes e/ou a pessoa não encontra em si os recursos alternativos para a sua resolução.

Ao Enfermeiro compete estabelecer uma relação de ajuda com utente e família/pessoa de referência que vise a mobilização, a optimização dos seus recursos de todo o seu potencial tendo em vista a autonomia e o bem-estar do doente e família/pessoa de referência.

20

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

PRINCÍPIOS

A comunicação/informação constituem o veículo da intervenção do enfermeiro visto permitirem ao doente/família tomar consciência do(s) problema(s), accionar os mecanismos de resolução do(s) mesmos e tomar as decisões.

21

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Familiar/pessoa de referência – pessoa que independentemente do grau de parentesco ou proximidade, presta auxílio/apoio ao utente.

Acolhimento – momento em que o utente/familiar é recebido no serviço pelo enfermeiro e que pressupões o estabelecer de uma relação que possibilite a este último identificar, planear, executar e avaliar as intervenções que respondam às necessidade/expectativas do utente e/ou familiar.

Interacção – Encontro intencional entre enfermeiro, utente/familiar em que ocorre uma permuta de informações, comunicações e sentimentos.

22

**RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL**

OBJECTIVOS

ESTRATÉGIAS

FUNCIONAMENTO

GUIA DE ACOLHIMENTO

ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTO

FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS

23

**PROPOSTA DE PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE
DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÃO AOS FAMILIARES

OBJECTIVOS

ESTRATÉGIAS

DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA – HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE

24

SISTEMA DE VISITAS NO SERVIÇO DE URGENCIA GERAL

As visitas no serviço de urgência geral nem sempre são possíveis. A principal questão está na estrutura física do serviço. Para haver um sistema de visita que funcione com o mínimo de condições de privacidade é necessário que haja adaptação dessas condições.

A lei 33/2009 veio implementar a permissão para o acompanhamento de todos os utentes no serviço de urgência geral, no entanto a lei contempla um período de adaptação de um ano aos serviços. Este aspecto levanta questões no âmbito da viabilidade do acompanhamento em todos os sectores do serviço de urgência geral

25

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

SISTEMA DE VISITAS NO SERVIÇO DE URGENCIA GERAL

De salientar que em alguns locais, nomeadamente a Unidade de Decisão Clínica e o Serviço de Observação, há uma permanência do doente superior ao que está determinado.

Será um desafio, a criação de um Sistema de Visitas que satisfaça todas as necessidades e carências de quem recorre ao serviço de urgência geral.

26

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Internos ao Projecto:

Utentes, familiares/pessoa de referência e suas redes de suporte;

Consultores do Projecto;

Esquipa multidisciplinar do serviço de urgência geral, destacando-se o trabalho dos Enfermeiros Especialistas para o acolhimento aos familiares/pessoa de referência.

Externos ao Projecto:

Voluntariado;

Unidades de Saúde locais;

Instituições Públicas e privadas;

Autarquias;

Comunidades.

27

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

RECURSOS

RECURSOS MATERIAIS

Sala própria para acolhimento dos familiares/pessoa de referência;

Meios informáticos para o processamento de informações e gestão de doentes;

Painéis, folhetos, guias e impressos;

Remodelação de espaços necessários para implementação deste Projecto.

28

CONCLUSÃO

Com esta proposta de Programa pretendo poder contribuir com ideias e metodologias que se traduzam num melhor bem-estar de utente e família, procurando satisfazer as suas necessidades e expectativas e assim proporcionar-lhes uma maior participação e responsabilização pela sua saúde.

Porque acredito que o conhecimento e informação permitem aos indivíduos tomar as suas próprias decisões em consciência e liberdade, desejo que haja promoção de uma campanha de sensibilização junto dos utilizadores e populações para uma procura mais adequada do serviço de urgência geral, garantindo assim uma melhor equidade de acesso e utilização coerente dos serviços de saúde.

29

PROPOSTA DE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO/MELHORIA DA QUALIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

CONCLUSÃO

Acredito que com a sua concretização o enfermeiro está a valorizar o seu papel autónomo no âmbito do acolhimento, suporte emocional, educação para a saúde, gestão de recursos, prestando assim melhores cuidados, mais personalizados ao utente e família. Possibilitará dignificar a Instituição, contribuindo assim para a consecução da sua Missão.

Tenho o perfeito conhecimento que a realidade do momento não permite, por vários motivos, a implementação e desenvolvimento de um projecto nesta área. Gostava que fosse uma ferramenta importante para o futuro.

30

DEBATE

31

OBRIGADO

32

ANEXO II

Formação em Serviço desenvolvida sobre a temática "Comunicação de más notícias".

Questionário sobre “COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS”

1.Sexo:

M

F

2. Já esteve presente em alguma situação em que lhe comunicaram más notícias? (se resposta negativa avança para a pergunta 4)

Sim

Não

3. Acha que a má notícia lhe foi comunicada da melhor forma?

Sim

Não

Porquê?

4. Na sua opinião, qual a melhor forma de ser comunicada uma má notícia a um doente ou a um familiar?

UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA – POLO REGIONAL DAS
BEIRAS

II CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HST, E.P.E.
10-2009

1

COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

2

SUMÁRIO

Questionário;

Resultados;

Sugestões;

Como comunicar más notícias?

Princípios da comunicação de más notícias;

Resultados desejados;

Sugestões.

QUESTIONÁRIO:

Já esteve presente em alguma situação em que lhe comunicaram más notícias?

Acha que a má notícia lhe foi comunicada da melhor forma?

Na sua opinião, qual a melhor forma de se comunicada uma má notícia a um doente ou a um familiar?

Resultados:

Indivíduos que receberam ou não más notícias:

Sim – 35%

Não – 65%

Indivíduos que acham/não acham que as notícias lhe foram comunicadas da melhor forma:

Sim – 75%

Não – 25%

5

Resultados:

Razões apresentadas para justificar que a notícia não foi comunicada da melhor forma:

Falta de preparação;

Falta de sensibilidade na comunicação.

6

Resultados:

Sugestões dadas para comunicar adequadamente más notícias:

- Presença física;
- Acompanhamento;
- Postura adequada;
- Veracidade;
- Não há melhor forma!

7

Resultados:

Razões apresentadas para justificar que a notícia não foi comunicada da melhor forma:

- Falta de preparação;
- Falta de sensibilidade na comunicação.

8

COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS?

O início é fundamental;

Descobrir o quanto o doente/família sabe sobre a doença;

Descobrir o quanto o doente/família quer saber;

9

COMO COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS?

Dividir e partilhar a informação;

Responder aos sentimentos do doente/família;

Planear e combinar o acompanhamento do doente/família;

10

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Escolher o momento;

Avaliar o estado emocional e psicológico do doente/família;

Usar uma linguagem clara e simples;

11

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Expressar tristeza pela dor do doente/família;

Ser humanitário;

Dar informação de forma gradual;

12

PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

Ser realista evitando a tentação de minimizar o problema;

Verificar como o doente/família se sente depois de receber as notícias;

Reassegurar a continuidade dos cuidados;

Assegurar que o doente/família tenha suporte emocional.

13

RESULTADOS DESEJADOS

Minimizar solidão e isolamento;

Alcançar com o doente/família uma percepção comum do problema;

Focar necessidades básicas de informação;

14

RESULTADOS DESEJADOS

Responder imediatamente a desconfortos;

Estabelecer um plano de acompanhamento;

Antecipar o que não foi falado.

Os profissionais de saúde podem oferecer uma esperança realista que pode interferir na qualidade de vida do doente e bem-estar da família, na dignidade e no conforto durante a evolução da doença.

SUGESTÕES

Colón K.M. (1995). *Bearing the bad news*. *Minnesota Medicine*. 78:10-14.

Fallowfield, L. (1993). *Giving sad and bad news*. *Lancet*. 341: 476-8.

Pereira, Maria A. G. – *Enfermagem Oncológica*. Nº 28 e 29 (Out./Jan.). 2004. p. 34-39.

Miranda J. and Brody R. V. (1992). *Communicating bad news*. *Western Journal of Medicine*. 156 (1): 83-85.