



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

“Cuidar do Doente Crítico”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por

Cândida Filipa da Costa Melo Paulo

Porto, abril 2012



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

“Cuidar do Doente Crítico”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Cândida Filipa da Costa Melo Paulo

Sob orientação da Mestre Amélia Rego

Porto, abril 2012

Não sei...
Se a vida é curta
Ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve...
E isso não é coisa do outro mundo:
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja, nem curta
Nem longa demais, mas que seja intensa,
Verdadeira e pura...
Enquanto durar.

Cora Coralina

RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional, visa a evolução dos Enfermeiros no sentido da qualidade dos cuidados e a formação pós-graduada na área de Enfermagem Médico Cirúrgica, traduz o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Foi no contexto desta formação que surgiu a elaboração do relatório, que tem por finalidade a descrição crítica e reflexiva dos módulos de estágio, que foram realizados na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) e na Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Hospital de Braga.

A elaboração deste documento tem como objetivos, (i) dar visibilidade à capacidade de elaborar um relatório crítico de atividades; (ii) descrever as atividades mais relevantes; (iii) refletir sobre a prática, tendo em conta as implicações éticas, legais e sociais das mesmas; (iv) fundamentar a reflexão sobre a prática; (v) privilegiar a aprendizagem autónoma e reflexiva; (vi) demonstrar capacidade de síntese e organização e; (vii) documentar a minha evolução.

A metodologia utilizada para a realização do relatório foi a descritiva baseada na reflexão crítica das atividades e competências desenvolvidas nos dois campos de estágio, recorrendo à sua fundamentação através da pesquisa bibliográfica. A estrutura deste documento visa facilitar a sua consulta, assim dividi-o em vários capítulos desde a introdução até ao enquadramento dos campos de estágio e sua relevância, até à descrição das atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências ao nível da Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, terminando com a conclusão e respetiva bibliografia.

Findo este percurso considero que contribuiu para a minha aprendizagem no sentido em que desenvolvi capacidade de reflexão acerca do saber ser, saber fazer, saber saber e do

saber estar, proporcionando a evolução do pensamento crítico, fomentando a pesquisa bibliográfica baseada em evidências científicas.

Este documento revelou-se uma mais valia no sentido de compilar e sintetizar de forma científica todo o percurso desenvolvido, proporcionando o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, relacionais, sociais e éticas e promovendo a autonomia, criatividade, reflexão crítica e tomada de decisão.

Concluo que a formação especializada em Enfermagem Médico Cirúrgica permitiu-me desenvolver competências que garantam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica nomeadamente, (i) mobilizar conhecimentos e habilidades praticando cuidados de enfermagem holísticos que visam colmatar as situações de doença crítica ou falência orgânica, (ii) organizar, gerir e conceber planos de resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e; (iii) considerar o risco de infeção face à complexidade das situações, bem como o recurso a medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, adotando medidas para a sua prevenção e controlo.

ABSTRACT

The Master in Nursing, of professional nature, leads to the development of nurses towards the quality of care, with post-graduate training in the area of Medical Surgical Nursing, to develop skills for nursing care to the person in critical condition.

It was in this context of formation that the report appeared. It contains a critical and reflective description of stage modules, which were performed in the Intermediate Care Unit of Cardiology (ICUC) and Polyvalent Intensive Care Unit (PICU), in the Hospital of Braga.

The preparation of this document has the following targets, (i) give visibility to the ability to report critical activities, (ii) describe the most relevant activities, (iii) reflect about practice, taking into account the ethical, legal and social implications, (iv) support of reflective practice, (v) encourage independent and reflective learning (vi)-demonstrate the ability of synthesis and organization, (vii) to document my progress.

The methodology used for producing this report was descriptive based on critical reflection of activities and skills developed in two stages, grounded on literature research. The structure of this document is intended to facilitate consultation, and divide it into several chapters from the introduction to the framework of the training fields and its relevance, until the description of the activities that allowed the acquisition of skills in the Specialization in Medical Surgical Nursing, ending with the conclusion and its bibliography.

Concluding this route, I think that it has contributed to my learning in the sense that I developed the capacity of reflection about the “*to be*” knowledge, the “*to know*” knowledge and the “*how to be*” knowledge, providing the development of critical thinking, promoting bibliographical research based on scientific evidence.

This document proved to be a surplus in order to compile and synthesize in a scientific approach the entire route developed, allowing the advance in scientific expertise, methodological, professional, relational, social and ethical issues, and promoting autonomy, creativity, critical thinking and decision making.

I conclude that the specialized training in Medical Surgical Nursing allows the development of skills to ensure the provision of skilled nursing care to the person in critical condition including (i) mobilizing knowledge and skills by practicing holistic nursing care designed to address the situations of critical illness or organ failure, (ii) organizing, managing and designing plans to respond in catastrophe situations or multivictims emergencies, and (iii) considering the risk of infection face to the complexity of the situations, and to resort to invasive measures of diagnostic and therapeutic, adopting actions for its prevention and control.

.

AGRADECIMENTOS

À minha família mas em particular ao meu pai, mãe e irmã que permitiram que eu fosse Enfermeira, de outra forma não chegaria até aqui.

À Mestre Amélia Rego pela orientação, disponibilidade e acompanhamento ao longo dos estágios e na elaboração deste relatório.

Aos Enfermeiros Tutores, pelo acompanhamento e apoio demonstrados ao longo dos estágios respetivos.

A todos os elementos das equipas multidisciplinares com quem trabalhei e dos quais obtive apoio e colaboração.

A todos, muito Obrigada.

ÍNDICE DE SIGLAS

BIS –	Bispectral index
BPS-	Behavioral Pain Scale
CCI-	Comissão de Controlo de Infecção
CIPÉ-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EEMC-	Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica
EPI –	Equipamento de proteção individual
IACS –	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
TISS-	Therapeutic Intervention Scoring System
PAV-	Pneumonia Associada ao Ventilador
PIA-	Pressão Intra-abdominal
PIC-	Pressão Intracraniana
RENDA-	Registo Nacional de Não Dadores
UCIC-	Unidade de Cuidados intensivos de Cardiologia
UCIP –	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VMER –	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE

0 - INTRODUÇÃO	10
1 - ENQUADRAMENTO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO	16
2- PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	20
2.1- Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal	21
2.2- Domínio da Melhoria da Qualidade	25
2.3- Domínio da Gestão dos Cuidados	44
2.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	50
3-CONCLUSÃO	56
4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	64
ANEXO I – O Doente Ventilado e a Comunicação	
ANEXO II – Balão Intra-Aórtico	
ANEXO III – Recensão Crítica: PAVM	

0 - INTRODUÇÃO

A realização deste documento, surge da necessidade de dar resposta à unidade curricular relatório, estando inserida no âmbito do IV Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa, sendo uma formação pós-graduada regulamentada pela Portaria 268/2002, de 13 de março.

Este documento traduz o percurso desenvolvido para a aquisição de competências, tendo por base a experiência, aprendizagem e a reflexão. A realização do relatório vai ao encontro do novo conceito de ensino integrado no processo de Bolonha, que incitou uma reflexão sobre a profissão e as políticas educativas, incluindo o sistema de formação em Enfermagem. O ensino passa a ser centrado no aluno, promovendo uma formação auto-orientada ou autónoma, visando a reflexão e resolução de problemas de forma fundamentada.

O Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica inclui uma componente teórica e uma prática equivalente a três módulos de estágio, contudo realizei apenas dois. Com o novo conceito de ensino, é implementado o processo de creditação de competências, nesse sentido e de acordo com a minha experiência profissional realizei apenas dois módulos de estágio nomeadamente, módulo III (módulo opcional) de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) e módulo II de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) no Hospital de Braga, sendo que ao módulo I de estágio, Serviço de Urgência me foi dada validação e certificação de competências, considerando o previsto no artigo 45º do Decreto- lei 74/2006, obtendo creditação. Esta creditação vai ao

encontro da minha experiência profissional, uma vez que desempenho funções no Serviço de Urgência e na Vmer (viatura médica de emergência e reanimação) de Braga há sete anos, prestando cuidados ao doente crítico e em falência orgânica, vivenciando situações limite e de catástrofe, tendo que realizar triagem em multivítimas enquanto estava de serviço na Vmer. Ao longo deste período desenvolvi competências que permitiram dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, nomeadamente atendimento ao doente crítico estabelecendo prioridades no seu atendimento seguindo a triagem de Manchester; defini critérios de atuação, estabelecendo prioridades face à situação clínica dos doentes, gerindo a equipa pela qual era responsável, atendendo o doente de forma eficaz e atempadamente; tomei conhecimento do plano de emergência e catástrofe do serviço de urgência; aprofundei conhecimentos acerca do plano Distrital e Nacional para catástrofe, enquanto estava ao serviço da Vmer. Todas estas atividades foram sendo avaliadas tendo em vista o seu melhoramento, adotando medidas corretivas quando era visionada alguma não conformidade. Fundamento desta forma o facto do meu estágio incidir apenas sobre dois módulos de estágio.

O Hospital de Braga (anterior Hospital de S. Marcos), resultou de uma parceria público privada, com o grupo José de Mello Saúde, tendo mudado de instalações no dia 9 de maio de 2011, e realizado a sua inauguração a 13 do referido mês.

Assim, o meu estágio teve início nas anteriores instalações, no entanto, foi um período relativamente curto relativamente à totalidade do estágio, desta forma vou referenciar apenas as novas instalações, embora pontualmente possa referir as situações que considere pertinentes para o meu estágio. Até porque com esta deslocação, houve alteração não só da estrutura física, mas também introdução de novos horários de trabalho, mobilidade de funcionários, novas dinâmicas de funcionamento dos serviços, entre outras.

A UCIC, admite doentes do foro cardíaco e incide principalmente no tratamento de doentes com Síndrome Coronária Aguda. De facto a patologia mais frequente, para além de perturbações graves do ritmo cardíaco, ou outras doenças graves com

instabilidade hemodinâmica, carecendo de implantação de Pacemaker ou cardioversor desfibrilhador implantável (CDI).

A UCIP é uma unidade polivalente e multidisciplinar que admite doentes com todo o tipo de patologias em situações clínicas de extrema gravidade e complexidade. É provida de alta tecnologia, representando uma mais valia importante no tratamento de situações potencialmente reversíveis, estando também presente um ambiente gerador de ansiedade e stress para doentes, família/ pessoa significativa e profissionais.

O relatório tem como principal finalidade a descrição crítico reflexiva dos dois módulos de estágio, fazendo uso de todo o percurso profissional que permitiu chegar aqui. Neste contexto, e como diz Leite (2006:4) espera-se que o Enfermeiro Especialista seja “cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação, de outro modo, a intervenção desenvolver-se-á de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade”.

O Enfermeiro Especialista para além de adotar uma postura crítica e reflexiva, assume a responsabilidade de entender as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, demonstrando capacidade de decisão. Detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas que derivam dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica é espectável que possua competências especializadas que proporcionem a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica de forma contínua, fornecendo respostas às necessidades afetadas, permitindo manter as suas funções básicas de vida, e prevenindo complicações, tendo por finalidade a sua recuperação total. (DR nº 35/2011)

Ao longo deste trabalho, o leitor vai poder verificar que analisei vários conteúdos, refleti sobre a prática diária e explorei novas situações, tendo por finalidade melhorar a

qualidade dos cuidados prestados, satisfazendo a pessoa alvo, bem como a organização. Assim como expus as dificuldades e problemas detetados, e a forma mais adequada para as minimizar ou superar.

O relatório, como refere Crespo (2003), destina-se a comprovar a capacidade do candidato para tratar com rigor, um tema na sua área de especialização. Neste contexto foi meu objetivo que o relatório fosse um documento personalizado, fruto do percurso de aprendizagem, contendo reflexões e descrições, tendo como finalidade demonstrar o meu desempenho para a aquisição de competências e a sedimentação de conhecimentos.

Com a elaboração deste documento pretendo atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver a capacidade de elaborar um relatório crítico de atividades;
- Descrever as atividades mais relevantes;
- Refletir sobre a prática, tendo em conta as implicações éticas, legais e sociais das mesmas;
- Fundamentar a reflexão sobre a prática;
- Privilegiar a aprendizagem autónoma e reflexiva;
- Demonstrar capacidade de síntese e organização;
- Documentar a minha evolução.

A estrutura deste trabalho visa facilitar a sua consulta, assim, divide-o em vários capítulos, introdução, enquadramento dos módulos de estágio, processo de aquisição de competências no âmbito dos domínios das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, recorrendo á descrição das atividades realizadas mais relevantes para a minha aprendizagem e que tenham contribuído para a aquisição e desenvolvimento de novas competências ao nível da EEMC, terminando com uma conclusão e respetivas referências bibliográficas.

O método utilizado para a realização deste documento foi a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas nos campos de estágio que levaram à aquisição de competências. Esta metodologia permite que o leitor visione o meu percurso ao longo

do estágio, comprovando que adquiri competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, garantindo as premissas para solicitar a obtenção de grau de Mestre.

1 - ENQUADRAMENTO DOS MÓDULOS DE ESTÁGIO

Os módulos de estágio Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), inserem-se no programa do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na componente do ensino clínico. Sendo que o estágio na UCIC corresponde ao módulo III (módulo opcional) e o estágio na UCIP corresponde ao módulo II, ambos no Hospital de Braga. Como referi anteriormente, foi-me dada certificação ao módulo I, Serviço de Urgência (SU), uma vez que desempenho funções num SU polivalente e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação há cerca de sete anos.

O Hospital de Braga é uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de uma Parceria Público Privada celebrada através de um contrato de gestão assinado pela Administração Regional de Saúde Norte, em representação do Ministério da Saúde. As novas instalações conciliam unidades de assistência médica, investigação e ensino universitário. (www.hospitaldebraga.com.pt)

Atualmente serve uma área direta de 274.769 utentes, mas como é um Hospital Central, abrange globalmente uma área de cerca de 1.100.000 habitantes. As zonas de influência hospitalar são: Braga, Famalicão, Barcelos, Esposende, Guimarães, Fafe e Alto Minho; dos ACES abrange, Gerês, Cabreira, Famalicão, Barcelos, Esposende, Guimarães, Vizela, Ave e Terras de Bastos. (www.hospitaldebraga.com.pt)

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no nosso país e são uma importante causa de incapacidade, sendo responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal. (Portal da saúde, 2009). Têm como consequências importantes o enfarte agudo do miocárdio (EAM), o acidente vascular cerebral e a morte, acontecendo de

forma súbita e inesperada. A maior parte destas doenças resultam de um estilo de vida inadequado e de fatores de risco modificáveis.

Assim, escolhi a UCIC como módulo opcional, pelo facto de ser um serviço que acolhe a pessoa e família no período de doença aguda e crítica e que muitas vezes cuida no SU, acompanhando-o até à UCIC, ou Sala de Pace e até mesmo Sala de Hemodinâmica, desconhecendo o que lhes sucede posteriormente.

O Serviço de Cardiologia do Hospital de S. Marcos, foi fundado em 1975, inicialmente muito rudimentar, dando um salto em 1987, altura da abertura da UCIC, que veio permitir uma melhoria enorme nos cuidados prestados. Só em 2003, surgiu o Laboratório de Hemodinâmica, trazendo enormes benefícios para a população desta região. Estes doentes anteriormente eram transferidos para o Hospital de S. João, acarretando problemas económicos e familiares, causando atrasos na recuperação do doente, e conseqüentemente aumentando a morbilidade, tendo em conta a distância que os doentes tinham que percorrer até ao hospital onde seriam tratados.

A UCIC é uma unidade aberta, composta por oito camas e duas salas de apoio usadas como rouparia, material de consumo clínico, e uma central de telemetria, que permite monitorização e vigilância pormenorizada e contínua de todos os doentes.

Segundo Novoa e Valderram (2006) as Unidades de Cuidados Intensivos, são locais onde é dada extrema atenção a pessoas com falência orgânica e multiorgânica, onde se mobilizam recursos tecnológicos de alta complexidade e que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico e permanente concentração. Para além destes aspetos, os profissionais têm que lidar com utentes e famílias em sofrimento, com a morte muitas vezes em situações trágicas inesperadas, têm de lidar consigo mesmas e com os restantes parceiros da equipa no controlo e gestão de emoções e sentimentos resultantes do somatório de todos estes fatores. A técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas.

A UCIP é uma unidade aberta, composta por dez camas, quatro isolamentos e três salas de apoio que servem como rouparia, sujos e material de consumo clínico. Os doentes provêm na maioria das vezes do SU e do Bloco Operatório, por vezes de outros hospitais desprovidos de vagas nestas unidades. Estes doentes quando compensados são transferidos para a Unidade de Intermédios do Serviço de Urgência, Neurocríticos ou para enfermaria apropriada à sua patologia.

2- PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro deve ser dotado de competências que permitam o desempenho de uma prática assistencial de excelência.

O processo de aquisição de competências passa por colocar em prática o processo de enfermagem, tendo o objetivo de conhecer de forma contínua a pessoa alvo de cuidados, para detetar precocemente complicações promovendo uma atuação eficaz e em tempo útil.

Este documento relata de forma fundamentada e crítica as atividades desenvolvidas nos dois módulos de estágio, demonstrando o seu contributo para o desenvolvimento de competências, bem como para a aquisição de novas, desenvolvendo um conhecimento aprofundado no julgamento clínico e tomada de decisão face à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista “é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas ao processo de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

A pós-licenciatura em Enfermagem surge da necessidade de formar Enfermeiros peritos, que prestem cuidados especializados na sua área de intervenção, reconhecendo-lhe competência científica, técnica e humana. Nesse âmbito, o Enfermeiro vai

aprofundar os conhecimentos e aptidões adquiridos enquanto Enfermeiro de cuidados gerais, e após a o contacto direto com o doente crítico e família, desenvolver novas competências e conhecimentos num determinado domínio.

Os domínios de competências são quatro, sendo que cada um deles corresponde a um campo de ação. Assim, dividi este capítulo em quatro sub capítulos, sendo que cada um corresponde a um domínio de competência do Enfermeiro Especialista, no qual descrevo as atividades desenvolvidas, as situações problema identificados e as sugestões de melhoria. No desenvolvimento destes domínios introduzi também as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

2.1- Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal

As competências deste domínio vão ao encontro de uma prática profissional e ética, bem como da prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos, por profissionais responsáveis.

A Enfermagem é regida por um Código Deontológico, cumprindo a sua obrigação para com a sociedade de uma prática de qualidade, assim o meu desempenho obedece a esse código, tendo o dever de zelar pelos valores universais.

Assim, desenvolvi a minha prática diária de acordo com o Código Deontológico, tomando decisões fundamentadas, visando o respeito e benefício do doente e família. Refleti sobre a prática, assumindo a responsabilidade das minhas ações, tendo presente uma conduta ética e legal, agi de forma responsável, tendo em conta os princípios e valores profissionais, respeitando em cada ato os direitos de cada pessoa em particular e pelos direitos humanos em geral.

Competência:

- Desenvolvimento de uma prática profissional e ética

Atividades:

- Prestei cuidados guiados pelo Código Deontológico;

Na UCIC:

O Código Deontológico dita a forma de agir, assim durante o meu percurso profissional e durante o estágio, adequiei a minha prática aos conhecimentos técnicos e científicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem estar dos doentes, com o intuito de melhorar os cuidados prestados.

Tendo como meta a liberdade e a dignidade humanas, tentei promover a independência e o auto cuidado dos doentes, promovendo as suas capacidades e sempre que possível envolvendo-os em todos os procedimentos, tendo em atenção as limitações relativas ao esforço que o doente do foro cardíaco poderia fazer numa fase aguda da doença, tendo em atenção o grau de autonomia do doente.

Informei o doente das intervenções que ia realizar, obtendo o consentimento informado, acerca das intervenções que o sujeitava, explicando em que consistiam e a sua necessidade, abstraindo-me de juízos de valor sobre o seu comportamento, respeitando as suas opções culturais, morais e religiosas, sem qualquer discriminação económica, étnica ou ideológica. Segundo Garcia et al (2008) o consentimento informado destaca-se perante uma nova forma de entender a relação profissional de saúde-doente alicerçada no princípio da autonomia. Ou seja, todo o tratamento prestado deve ser precedido de um consentimento informado do doente, uma vez que é ele que vai receber o tratamento, também é ele que deve decidir se o quer, sendo que a explicação fornecida deve ser adequada ao grau de compreensão do doente.

Em todos os procedimentos tive respeito pela privacidade, utilizando os recursos disponíveis como as cortinas e nunca deixando o doente completamente desprovido de qualquer roupa, protegendo-o com uma toalha ou o lençol.

Porque a pessoa é um todo não é só corpo físico, é alguém que traz consigo uma carga de valores morais e éticos, destacando-se o direito e o dever ao resguardo e à privacidade. (Pupulim e Sawada, 2002).

Na UCIP:

Baseei as minhas atividades no código deontológico como descrevi anteriormente.

Neste módulo de estágio houve uma diferença gerada pelo facto dos doentes apresentarem alteração do estado de consciência e outros estarem sedados e ventilados, no entanto, adotei uma atitude de respeito e benefício para com o doente. Tive sempre presente a privacidade da pessoa, e na ausência de cortinas ou quando eram curtas, a solução encontrada para improvisar biombo, foi o uso de lençóis pendurados nas calhas. Esta situação foi fruto das mudanças de instalações, sendo necessário recorrer ao improvisado.

Nas situações em que era necessário baixar a temperatura corporal recorrendo até a mantas de arrefecimento, o doente ficava sem o lençol, mas colocava sempre uma camisa resguardando a sua privacidade. Apesar de ter acontecido poucas vezes, também houve situações em que foi possível envolver o doente na prestação de cuidados, uma vez que estavam conscientes, respeitei os seus direitos, mantendo a sua privacidade e a autonomia possível.

Competência:

- Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Atividades:

- Transmiti informação ao doente e família, mantendo a confidencialidade e segurança da informação no seio da equipa;
- Preveni e identifiquei práticas de risco;
- Tomei decisões fundamentadas com a responsabilidade que lhe é inerente.

Na UCIC:

Informava os doentes e família da situação clínica e dos procedimentos efetuados, bem como de comportamentos de risco, promovendo o direito à informação. Através deste diálogo o doente por vezes confidenciava hábitos e comportamentos, nomeadamente o alcoolismo ou o uso de drogas, no entanto, esta informação permanecia no seio da equipa e no processo clínico, uma vez que se tratava de informação importante para o tratamento e ensino do doente. Ao mesmo tempo o doente solicitava que não se revelasse esta informação, até porque, houve momentos em que na Unidade se encontravam doentes da mesma área de residência e alguns sentiam-se desconfortáveis com esta situação. Perante isto, era explicado ao doente que tinha direito à confidencialidade de toda a informação acerca de si e da sua família, que era um dever do profissional zelar por ele, até porque era frequente que os acompanhantes de outros doentes fizessem perguntas relativamente a outros.

Adotei medidas de segurança dos doentes através da aplicação da Escala de Quedas de Morse, implementando posteriormente medidas preventivas adequadas, evitando quedas. Como vem descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 89º, “A humanização passa (...) pela relação interpessoal e por um ambiente cuidado e potenciador de desenvolvimento de saúde”.

Na UCIP:

A transmissão da informação era efetuada maioritariamente com a família, na impossibilidade de comunicar com o doente sedado e ventilado, até aqui era mantida a confidencialidade. No entanto, muitas vezes era solicitada informação via telefone, mas

pela especificidade das circunstâncias em que a maioria dos doentes ali permaneciam como acidentes de viação, acidentes de trabalho, as informações relativas ao estado do doente não eram transmitidas por esta via, só assim era salvaguardada a sua privacidade. Aqui a taxa de mortalidade era elevada, e quando se previa que seria esse o fim mais provável, a família era confrontada com tal situação para que se fosse sua vontade, solicitasse ajuda espiritual. De facto, houve momentos que solicitaram a presença do sacerdote e tal desejo foi respeitado, criando condições para a sua visita e dos familiares de doentes, permitindo a sua permanência fora do horário normal de visita.

Em cada módulo de estágio atuei respeitando os direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para o doente e família. Considero que a segurança das práticas exercidas é muito importante no sentido de evitar erros clínicos, quedas, entre outros incidentes, que podem lesar quer os doentes quer os profissionais.

2.2- Domínio da Melhoria da Qualidade

Este domínio caracteriza o Enfermeiro enquanto dinamizador no desenvolvimento de estratégias facilitadoras da promoção da qualidade dos cuidados, fazendo uso do processo de enfermagem e proporcionando um ambiente terapêutico seguro.

O elevado nível de cuidados prestados ao doente crítico, motivou a minha constante preocupação em evoluir, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, de forma a tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas.

Assim, realizei reflexões críticas sobre a prática, utilizando o processo de enfermagem, tendo em vista o reconhecimento de situações modificáveis, promovendo a melhoria da qualidade, contribuindo para a excelência da profissão.

Competência:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias facilitadoras da qualidade

Atividades:

- Elaborei entrevistas de avaliação inicial;
- Tomei conhecimento e usei os protocolos existentes;
- Desenvolvi aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados.

Na UCIC:

Realizei a admissão de doentes, seguindo os padrões da Gordon iniciando o processo de avaliação inicial com a entrevista e exame físico, formulei diagnósticos de enfermagem recorrendo à taxonomia da CIPE, realizando o plano de cuidados, bem como as atitudes terapêuticas. Todo este processo é realizado informaticamente utilizando o Glintt, sistema de informação em uso no Hospital. O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem, traduzido em indicador da qualidade dos cuidados, ao monitorizar este risco, implementei medidas preventivas adequadas, contribuindo para o controlo deste fenómeno.

É na altura da admissão que se avalia o risco de queda a todos os doentes, através da Escala de Quedas de Morse, sendo revista de cinco em cinco dias, ou então quando se registre alteração da Escala de coma de Glasgow para valores inferiores a 14, ou após queda.

O conhecimento e uso de protocolos é outra atividade que facilita a melhoria da qualidade, assim constatei que estavam definidos e tive oportunidade de os cumprir. Nomeadamente o protocolo de alteração do débito de heparina, sendo que a perfusão de heparina está indicada em doentes submetidos a Angioplastia e colocação de Stent. Sabendo que a heparina é um inibidor da agregação plaquetária, aumenta também o risco de fenómenos hemorrágicos, estes doentes estão sob vigilância apertada de eventuais perdas hemorrágicas e necessitando de avaliação do tempo de tromboplastina parcial ativada (APTT) de seis em seis horas para ajustar a dose de perfusão de heparina sempre que necessário. Aqui atuava de forma autónoma, seguindo o protocolo e alterando o débito de perfusão sempre que fosse necessário.

Outro protocolo era o da prevenção de Nefropatia de contraste em doentes submetidos a Angioplastia, no entanto nem todos os doentes que eram intervencionados entravam nos critérios de prevenção, assim tive oportunidade de diferenciar os doentes que necessitavam dos que dispensavam este protocolo. Daqui a importância da entrevista de avaliação inicial na admissão de doentes para assim saber quais os doentes diabéticos, esta avaliação e ajuste da perfusão foram realizados por mim, cumprindo o protocolo.

O Laboratório de Hemodinâmica fica situado no piso zero, que em termos de localização é num piso diferente da UCIC, logo acompanhei doentes antes, após e durante o procedimento, tendo oportunidade de desenvolver cuidados de enfermagem inerentes, proporcionando a continuidade de cuidados.

A avaliação dos cuidados prestados foi uma constante, pois em doentes críticos as intervenções de enfermagem podem ter um impacto imediato.

Na UCIP:

Consultei o plano de integração que tem presente especificidades do grupo sócio profissional de Enfermagem e fiquei bastante agradada, uma vez que é um plano específico deste serviço e foi elaborado por profissionais do mesmo, daqui se vê a

importância dada à qualidade dos cuidados, uma vez que este plano especifica as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados ao doente e família.

Existem diversos procedimentos e protocolos arquivados e passíveis de consulta sempre que necessário, destaco o facto de alguns fazerem parte da unidade de cada doente, nomeadamente a Escala de Coma de Glasgow, protocolo de perfusão contínua de Insulina Endovenosa e respetivos Algoritmos, Behavioral Pain Scale (BPS) que diz respeito ao comportamento para avaliação da dor, e Therapeutic Interventio Scoring System (TISS), que é uma escala numérica que reflete o índice de gravidade de cada doente, devendo ser realizada todos os dias no turno da noite.

A prática baseada na evidência, conduz a melhores resultados em saúde, assim como o uso de indicadores também demonstra o exercício profissional produzindo visibilidade social duma profissão autónoma, para tal, refere Petronilho, (2008, 37:38)“ é fulcral que os enfermeiros documentem o processo de cuidados, pois estes constituem-se como *outputs* que indicam o contributo particular do nosso exercício profissional.”

Tive oportunidade de realizar a admissão no doente crítico na unidade, que constituiu o primeiro contacto da equipa com o doente e família. Preparei a unidade para receber o doente, preparei o ventilador através da implementação do teste de verificação do funcionamento, tanto o SERVO I como o EVITA XL, tendo conhecimento dos seus constituintes, verifiquei o sistema de vácuo, fontes de oxigénio, ar comprimido, monitores e máquinas infusoras e preparei linhas arteriais, para que após a chegada do doente não houvesse grandes variações hemodinâmicas passíveis de serem agravadas durante a sua transferência.

A monitorização do doente crítico, não é realizada de igual forma para cada doente, tem em conta o seu diagnóstico e a necessidade de monitorização é individual, por isso, selecionei módulos de monitorização, parametrizando o monitor adequadamente.

Após a receção e estabilização do doente, realizei a avaliação inicial, fazendo uso da observação e escuta ativa da passagem de informações fornecida pelo Enfermeiro que acompanha o doente, bem como pesquisa do processo clínico, formulei diagnósticos de enfermagem recorrendo à taxonomia CIPE, realizando o plano de cuidados, bem como as respetivas atitudes terapêuticas, utilizando o Glintt.

Para além do registo informático, os registos de enfermagem eram efetuados em suporte de papel, designada folha de registos de vigilância contínua. Nesta folha era realizada a transcrição horária de sinais vitais, validada a administração de terapêutica, débitos das perfusões ou da alimentação entérica ou parentérica, registos de colheitas de espécimes para análises, somatório de entradas e saídas de líquidos para posterior balanço hídrico, identificação e localização dos locais de inserção dos cateteres, feridas, pensos, bem como a data para a sua substituição. Assim, constatei que a previsão da data de mudança de sondas, cateteres, perfusões e pensos é baseada nas recomendações preconizadas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção (Direção Geral de Saúde, 2009).

Para que houvesse uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, considerei a prática reflexiva de primordial importância para a prática de enfermagem baseada na evidência científica, recorrendo à pesquisa bibliográfica e à leitura de revistas científicas, mantendo-me desta forma atualizada e com capacidade para responder ao avanço tecnológico constante, bem como às necessidades do doente e da família.

Relativamente aos posicionamentos, estavam instituídos de 3/3 horas e em SOS, proporcionando medidas de conforto, nomeadamente alinhamento corporal correto, alívio das zonas de pressão e massagem corporal, hidratação do globo ocular, no entanto este espaço era alargado sempre que possível no período noturno, de forma a permitir um descanso que mais se aproximasse do real.

Os doentes em estado crítico carecem de vigilância contínua, tornando-os alvo de manipulações frequentes e o ambiente envolvente torna-se ruidoso (alarmes de monitores, ventiladores, sistemas de perfusão, etc) e com luz artificial constante ao longo das 24 horas, impossibilitando a distinção do dia e da noite, de tal forma, que impossibilita o conforto sonoro e sensorial também necessário aos doentes.

Segundo Rabiais (2009), o ruído é muitas vezes excessivo especialmente em unidades abertas, como é o caso da UCIP; a mesma autora refere que o ruído excessivo pode lesar as estruturas auditivas e produzir reações fisiológicas e comportamentais nocivas, tais como: hipoxemia, aumento da pressão intracraniana (PIC), aumento da pressão sanguínea, apneia e bradicardia. Por estas razões e seguindo um comportamento adequado e responsável, ponderava o risco/benefício em alargar estes períodos de sono/repouso no período da noite e sempre que tal não prejudicasse os doentes esta atitude era tomada. Outras estratégias eram utilizadas como a redução do ruído dos monitores e alarmes, tons de conversa adequados, redução da luminosidade, com o intuito de reduzir ao máximo o ruído sonoro e verbal.

Atuei sobre uma prática de respeito pelos direitos humanos, afunilando o meu campo de ação para a pessoa e sua individualidade, definindo especificidades de atuação, tendo em vista a melhoria da qualidade.

Competência:

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Atividades:

- Acompanhei doentes quando transferidos das Unidades para a enfermaria, Laboratório de Hemodinâmica e realização de exames complementares de diagnóstico;
- Realizei carta de transferência e carta de alta;
- Realizei Registos de Enfermagem no Glintt

Na UCIC:

A Angioplastia é uma técnica utilizada desde 1977 para tratar a doença coronária, o seu objetivo é desobstruir as artérias coronárias, através da passagem e insuflação de um balão no sítio do estreitamento, sob efeito de anestesia local. Por vezes é necessário colocar um Stent para impedir que as artérias voltem a estreitar após a Angioplastia. (Mota, G. 2003)

Acompanhei doentes antes, durante e após este procedimento, tendo oportunidade de desenvolver cuidados de enfermagem inerentes, preparando-os psicologicamente, explicando o procedimento em si, tendo o cuidado de utilizar uma linguagem acessível ao doente e família, esclarecendo eventuais dúvidas e receios, fazendo uso de comunicação facilitadora de feed-back.

Coloquei em prática o plano de cuidados, avaliei os resultados e sempre que foi necessário reformulei-o através da aplicação Glintt, introduzindo medidas corretivas que visassem a melhoria dos cuidados, adequando as atitudes terapêuticas.

Identifiquei a eficácia ou não do regime terapêutico e posteriormente realizei ensino ao doente e família, e quando houve necessidade reforcei-o.

Acompanhei doentes aquando da sua transferência para o internamento de Cardiologia e para o Laboratório de Hemodinâmica, transmitindo a informação necessária para a continuidade de cuidados. Realizei a carta de transferência e de alta, preenchendo-a com informação relevante desde o diagnóstico até às atividades desenvolvidas, bem como das necessidades que o doente carece no momento, promovendo o seu desenvolvimento e recuperação total.

Realizei os registos de enfermagem na aplicação Glintt, tendo em vista a qualidade e continuidade dos cuidados. Segundo a OE (2005) “... tais aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitir, não apenas a documentação da atual prática de enfermagem, visando as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticos, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) (...)

por forma a garantir o acompanhamento dos cuidados de enfermagem, em todos os contextos da sua prática.

Realizei ensino ao doente e família acerca dos cuidados a ter após a alta, realizando carta de alta, onde vão descritos os cuidados a ter na próxima semana, bem como as restrições e aspetos a vigiar.

Na UCIP:

Os doentes em estado crítico carecem de vigilância contínua, assim acompanhei doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico nomeadamente, Tomografia Axial Computurizada (TAC) e Eletroencefalograma (EEG), este acontecimento é propenso a variações do estado do doente, logo, tinha que ser preparado minuciosamente, desde a monitorização necessária até à gestão da terapêutica e preparação da mala de transporte.

O objetivo da monitorização é avaliar a função dos órgãos vitais e a evolução da doença aguda, detetar complicações e vigiar a sua gravidade, avaliando a necessidade de intervir, bem como o seu resultado, tudo isto define a sua importância desde a admissão até ao transporte para realização de exames e transferência intra e extra-hospitalar. Por isso, manuseei, parametrizei e interpretei os dados do monitor, reconhecendo alterações do doente, tomei conhecimento dos cabos necessários para cada tipo de monitorização, atuando em conformidade com as alterações clínicas do doente.

Para além do monitor pertencente a cada unidade do doente, existe um monitor/desfibrilhador (Monitor Zoll), é um monitor bifásico usado em situações de emergência, tive oportunidade de verificar a sua operacionalidade, uma vez por turno

como está instituído, efetuando registo em folha própria, garantindo desta forma que estava funcionando sempre que necessário.

Preenchi a folha de Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), este registo permite calcular o índice de gravidade de doentes, é realizado diariamente às 24 horas pelo Enfermeiro que tem o doente a seu cargo é baseado nos cuidados prestados nas últimas 24 horas, servindo como indicador de avaliação dos recursos humanos.

O plano de cuidados de cada doente era validado em cada turno, avaliando os resultados obtidos, reformulando e atualizando o plano sempre que se justificasse, todo este processo era realizado informaticamente no Glintt.

Assim que a situação clínica do doente melhorava, era preparada a sua transferência para a enfermaria, desde a transmissão da informação ao doente e família, inclusive para o serviço de destino. Acompanhei doentes à enfermaria transmitindo a informação pertinente para a promoção da continuidade de cuidados. Realizei check- list de verificação de transferência, que é um guia orientador de boas práticas, é composto por uma série de itens que devemos cumprir desde a comunicação da alta à família até à existência de espólio.

Elaborei a carta de transferência, onde constava uma breve história da situação clínica do doente, data da sua admissão e como evoluiu, até às datas de colocação de dispositivos que o doente ainda possuía.

Competência:

- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção;
- Presta cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica;
- Assiste a pessoa em situação crítica e família nas perturbações emocionais;
- Gere a comunicação interpessoal com a pessoa em situação crítica e família;

Atividades:

- Utilizei uma atitude terapêutica segura;
- Demonstrei conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção;
- Diagnostiquei as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- Demonstrei conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar;
- Fiz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção.
- Identifiquei focos de instabilidade, respondendo prontamente;
- Executei cuidados técnicos complexos dirigidos à pessoa em situação crítica;
- Demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida;
- Desenvolvi técnicas de comunicação eficazes com o doente e família;
- Demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação à pessoa com “barreiras à comunicação”.

Na UCIC:

Nos dois módulos de estágio, utilizei o processo de enfermagem, considerando-o um instrumento fundamental para a resolução de problemas, porque é um método sistemático e organizado e que minimiza os erros, evitando perdas de tempo, proporcionando aos enfermeiros maior controlo sobre a sua prática. O processo de enfermagem foi dado a conhecer na década de 60 por Wanda Horta, é composto por etapas interdependentes e complementares. Apliquei os fundamentos teóricos apreendidos e outros que já possuía utilizando todas as etapas do processo de enfermagem, uma vez que permitem visualizar o doente como um todo, planeei os cuidados a prestar, observei e questionei a sua evolução, reformulando o plano de cuidados sempre que necessário, evitando desta forma que prestasse cuidados empíricos e rotineiros. Como refere Garcia, (2009: 419-424), a prática do processo de enfermagem é primordial para a qualidade dos cuidados prestados, pois “a implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para a sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenómeno demanda, para que se alcance um determinado resultado.”

A comunicação com o doente e família foi uma área que fui desenvolvendo ao longo do estágio, até porque as doenças cardiovasculares, resultam de estilos de vida inapropriados e de fatores de risco passíveis de ser alterados e é a partir daqui, que incide o trabalho e ensino ao doente e família por forma a restabelecer a saúde, evitando/minimizando situações patológicas recorrentes. Ou seja, é primordial comunicar eficazmente tendo em conta a idade e cultura, bem como o contexto em que estão inseridos, de forma a garantir a apreensão da informação.

Preparei psicologicamente os doentes e família para a realização de Angioplastia, explicando o procedimento em si, utilizando uma linguagem acessível, esclarecendo dúvidas, medos e receios, fazendo uso de uma comunicação facilitadora de *feed-back*.

Usei uma atitude terapêutica, promovendo um ambiente terapêutico calmo e seguro, prestando cuidados seguros, utilizando medidas de prevenção e controlo de infeção. Como forma de promover medidas terapêuticas seguras, surge a supervisão que segundo Cruz (2009) a supervisão clínica surge da consciencialização de que as necessidades de cuidados são cada vez mais complexas e da exigência que é feita aos enfermeiros relativamente à capacidade de atuação e de ajuste a situações. Realizei supervisão de cuidados mas de forma indireta e informal, tentando adquirir conhecimentos através das boas práticas observadas e refletindo sobre as menos adequadas.

Uma das finalidades da supervisão clínica, vai ao encontro da necessidade de segurança na saúde e dos cuidados de enfermagem, e segundo a Ordem dos Enfermeiros,(2006) a segurança é determinada por um conjunto de medidas, tais como, “o recrutamento, a integração e afixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (...) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir.”

Relativamente à gestão de risco, o Hospital de Braga tem procedimentos bem definidos em todos os serviços, nomeadamente na UCIC e na UCIP. Este processo preconiza que todas as ocorrências adversas, acidente, incidente e erros de medicação são reportados no formulário de relatórios clínicos adversos do Hospital, designado por RISCAI, que é um formulário designado declaração de eventos adversos. Compete aos responsáveis de cada serviço o dever de comunicar qualquer acontecimento adverso grave. O uso do RISCAI não tem qualquer carácter punitivo, tem importância em termos de aprendizagem e evolução na qualidade dos cuidados prestados, proporcionando momentos de reflexão, pois descrevem os fatores que desencadearam a ocorrência do erro. Sendo um fator que contribui para a mudança, que é benéfica para todos os intervenientes (doentes e equipa multidisciplinar).

Com o desenvolvimento da tecnologia e evolução na forma de tratamento e diagnóstico, o uso de técnicas invasivas está cada vez mais presente, evidenciando um aumento do risco de infeções, tornando-se crucial o conhecimento e adoção de medidas de prevenção e controlo da infeção. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). (Direção Geral de Saúde, 2009)

As medidas instituídas na UCIC para prevenção e controlo de infeção são, a lavagem das mãos e o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos. Técnicas essas que tive oportunidade de supervisionar, tendo verificado uma situação de não conformidade com uma Assistente Operacional, esta situação foi sanada uma vez que usei da minha intervenção, procedendo ao ensino e explicação da importância da lavagem das mãos. Porque a lavagem e desinfeção das mãos é de primordial importância na prevenção e controlo das IACS, uma vez que a maioria dos agentes de transmissão se propaga por contacto, sendo as mãos o seu principal veículo. Também a Direção Geral de Saúde através da implementação da campanha de higienização das mãos, tem como objetivo informar e sensibilizar os profissionais de saúde, doentes e visitantes, para a

importância da prática da higiene das mãos no que diz respeito à prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

No decorrer da prestação de cuidados, deparei-me com algumas situações complexas nomeadamente, doente com balão intra-aórtico e duas situações de emergência, nomeadamente, doente em choque cardiogénico e em situação de periparagem. Em ambas as situações foi necessário realizar Suporte Básico de Vida e acionar a emergência interna, tive oportunidade de colocar em prática os meus conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, administrando terapêutica adequada, não me deixando intimidar pela complexidade das situações.

A comunicação é essencial no relacionamento com o doente e família, segundo Sousa (2010), só através da comunicação efetiva é que o profissional de enfermagem pode ajudar o doente a perceber os seus problemas bem como a enfrentá-los e a envolver o próprio doente na experiência e ponderação de alternativas para a resolução dos mesmos.

A minha atuação enquanto enfermeira passou e passa pela comunicação, tornando-se imprescindível na relação que se tem com o doente e família, e começa com uma postura de disponibilidade para ouvir os seus problemas e dúvidas. Apesar de nem sempre ser fácil estar disponível para manter esta comunicação, uma vez que a sociedade caracteriza-se por uma constante corrida e falta de tempo para o que de facto é importante, passando muitas vezes para segundo plano as relações humanas.

Adequei a forma de transmitir a informação ao doente e família em questão, esclarecendo dúvidas acerca da doença e até mesmo da medicação que era imprescindível manter até mesmo depois da alta, evitando o uso de termos técnicos para uma melhor compreensão.

Na UCIP:

Os cuidados de higiene eram realizados todos os dias e no turno da manhã, mas houve situações em que os cuidados de higiene foram traduzidos em cuidados de conforto, uma vez que se tratava de doentes muito instáveis do ponto de vista hemodinâmico, então foi ponderado o risco/benefício de um banho no leito, em detrimento de uma massagem de conforto.

Para além disso estes cuidados eram programados minuciosamente, recorrendo á administração de fármacos em bólus, minimizando desta forma alterações hemodinâmicas. Assim, desenvolvi conhecimentos na área da farmacologia, realizei pesquisa bibliográfica, tendo por princípios que esta administração de terapêutica seguisse uma prática segura.

O contacto com o doente crítico revelou uma barreira no estabelecimento da comunicação, uma vez que a maioria dos doentes estavam sedados e ventilados. No intuito de colmatar esta dificuldade, pesquisei sobre o tema e elaborei um trabalho intitulado, o doente ventilado e a comunicação que deixei no serviço, motivando a equipa para a sua leitura que considero ser de fácil acesso e que traduz formas simples de comunicar com o doente que está incapacitado ainda que temporariamente de comunicar verbalmente com a equipa. (Anexo I)

Os familiares destes doentes também transmitiam ansiedade e receio, o relacionamento da família com os profissionais era calmo e sem atritos, ao contrário do que se verifica noutros serviços, talvez por se sentirem mais próximos e pelo facto de estarem conscientes e informados da situação clínica do seu familiar.

Considero ter tido uma boa prática de atuação, preocupando-me com o acolhimento dos familiares, prestando-lhes os esclarecimentos devidos. A ansiedade de ver o familiar internado, devido a situações imprevistas, assim como todo o contexto, faz com que a informação não seja decodificada da forma mais correta, assim como a existência de todo o arsenal tecnológico e os alarmes frequentes, deixava os familiares assustados.

Procurei maximizar todas as situações de contacto com o doente e família para transmitir conhecimentos de uma forma adequada de acordo com as necessidades identificadas, tendo em conta o nível cultural e o conhecimento prévio da situação do doente e família.

Adotei sempre uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, permitindo uma proximidade entre o doente e família, usando sempre uma linguagem de fácil compreensão.

Procurei utilizar técnicas de comunicação eficazes, promovendo o silêncio e o toque como forma de comunicação, assegurando-me que toda a informação fosse apresentada de forma clara, respondendo às questões de forma clara e apropriada, respeitando os valores, costumes e crenças espirituais do doente.

Como já referi anteriormente como resultado das inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, monitorização e tratamento, existe um aumento de IACS. De forma a contribuir para a prevenção das IACS, os cuidados de enfermagem centram-se na otimização dos dispositivos invasivos e na adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente, higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos.

A capacidade de evitar infeções também constitui um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Na UCIP existem duas dinamizadoras da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), uma Enfermeira e uma Médica, sendo elas as responsáveis pela transmissão da informação proveniente da CCI à restante equipa, bem como do *feedback* da equipa para a CCI.

Tive oportunidade de averiguar se as medidas de prevenção e controlo de infeção eram respeitadas e constatei que a equipa multidisciplinar adota frequentemente essas medidas. No entanto, verifiquei uma situação problema, que é o facto dos médicos externos à unidade não respeitarem as medidas de proteção individual, sempre que verifiquei esta não conformidade alertava-os para a sua importância uma vez que eles não a cumpriam pelo facto de não estarem sensibilizados para tal facto.

Sendo a UCIP uma unidade aberta, a probabilidade de infecção cruzada está aumentada no entanto, em oposição, a unidade envolvente do doente é repostada diariamente com material individualizado, desde termómetro, material para realização de glicemia capilar, material para realização de penso, eléctrodos, entre outros, permitindo que os cuidados sejam prestados sem nunca sair da área contígua ao doente. Para além disso os profissionais trocam de farda quando se deslocam para o refeitório.

Todos os doentes com quem contactei tiveram necessidade de suporte ventilatório, estes doentes têm um risco aumentado de desenvolvimento de pneumonia associada ao ventilador (PAV). Para a sua prevenção, adotei medidas preventivas como a cabeceira do doente elevada (30°,45°), sempre que não houvesse contra-indicação, promovendo a motilidade gástrica e prevenindo o refluxo e a aspiração de conteúdo.

A acumulação de secreções provocadas pela imobilidade a que estão sujeitos, traduzem um risco acrescido à estabilidade hemodinâmica pretendida, podendo complicar o quadro clínico com o aparecimento de pneumonias de imobilidade. A incapacidade em auto promover a limpeza das vias aéreas, resultante quer da depressão do estado de consciência, quer da inexistência de uma tosse eficaz, leva a que seja necessário proceder à aspiração de secreções.

A aspiração de secreções foi realizada por mim tendo presente as noções de assepsia, mantendo um posicionamento correto do doente e tendo presente os cuidados inerentes à aspiração, nomeadamente a presença de cuff e tendo em atenção a provável instabilidade hemodinâmica no momento da aspiração, conhecendo para tal os modos ventilatórios e suas variações.

A necessidade de cinesiterapia respiratória foi evidenciada por mim e comunicada ao Enfermeiro especialista em reabilitação, que posteriormente avaliou o doente e confirmou essa necessidade, prestando os cuidados da sua área de intervenção.

A cavidade oral também é responsável pelo aparecimento de PAV, uma vez que esta é a primeira fonte de organismos patogénicos que contribui para o seu aparecimento.

Também na UCIP é dada especial importância à higiene oral, que é realizada com clorohexidina a 0,2% ou com Benzidamina, considerando se a mucosa possui lesões ou não.

Também a família tinha um papel integrante na prevenção e controlo da infeção, desta forma na primeira visita encaminhava e auxiliava no fardamento, instruindo sobre a higienização das mãos e sobre precauções a tomar após o contacto com o seu familiar. Aqui destaca-se uma das funções que a enfermagem assume na prevenção e controlo da contaminação hospitalar, esta prevenção constitui um dos motivos pelo qual na maioria das vezes entra um uma visita por doente, salvo situações de exceção.

Para além de informar o motivo de só entrar uma visita por doente também informava a família acerca da necessidade de proceder à higienização das mãos, assim como dava a conhecer o estado e o aspeto com que o ia encontrar, destacando a presença de drenos e sondas e a sua necessidade/utilidade, tentando minorar o impacto que iriam ter.

O meu desempenho visava uma atitude proativa na adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção, e durante a prestação de cuidados tive sempre presente as medidas padrão de precaução e prevenção de infeção, tendo-as aplicado sempre quando previa o contacto com sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções. As medidas de prevenção incluíam a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual (EPI), controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene respiratória e prática de injeção segura.

Como já referi, a instabilidade do doente principalmente na fase inicial é uma constante, e muitas vezes não dá lugar para uma prescrição farmacológica prévia, neste sentido há lugar para uma certificação de competências aos enfermeiros peritos na área, auferida pela experiência profissional e pelos seus conhecimentos em farmacologia. Estas alterações terapêuticas eram comunicadas ao médico e devidamente registadas.

Para além disso, existiam protocolos que eram cumpridos, no entanto, tinham que ser moldados tendo em conta a individualidade do doente, como por exemplo, um doente que está a fazer um antibiótico composto por elevado valor de glicose vai apresentar

alterações momentâneas da glicose, logo o algoritmo do protocolo para administração de insulina deve ser ajustado tendo em conta o antibiótico.

A ocorrência de hipotensão grave nos doentes com instabilidade hemodinâmica era uma constante, havendo necessidade de ajustar a dose das aminas, assim como o seu desmame. Estas alterações eram realizadas pelos enfermeiros, com o conhecimento médico, exigindo vigilância constante e conhecimentos em patofisiologia do choque de forma a prever e prevenir estas situações. O acompanhamento do enfermeiro tutor permitiu-me observar para depois colocar em prática esta dinâmica de observação entre resultado desejado e as necessidades farmacológicas pontuais do doente.

Relativamente às técnicas e instrumentos complexos em vigor na UCIP, nem todos eram estranhos, no entanto tive oportunidade de conhecer e executar outros nomeadamente, Índice Bispectral de Sedação (BIS), monitorização da pressão intra-abdominal (PIA), pensos por vácuo, compressão pneumática intermitente, plasmaferese e critérios de morte cerebral, contudo tive necessidade de debater algumas situações com o Enfermeiro Tutor e realizar pesquisa bibliográfica.

O uso do BIS, fornece a medição direta dos efeitos anestésicos e sedativos no cérebro, é obtido por três sensores e é calculado a partir do Eletroencefalograma puro. O Bis permite quantificar a relação quantidade de droga administrada e efeito da mesma, com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de doses adequadas de sedação e analgesia, que eram ajustadas quando necessário.

A PIA refere-se à pressão de equilíbrio no interior da cavidade abdominal, e o seu aumento está relacionado com múltiplos fatores que podem originar uma síndrome de compartimento abdominal, daí a importância da sua avaliação, assim como do conhecimento da instabilidade hemodinâmica que desencadeia.

O penso por vácuo foi uma novidade que tive oportunidade de observar, aqui o risco de infeção é elevado uma vez que envolve exposição de vísceras, é uma técnica inovadora que permite visualizar a ferida e mantém um ambiente propício à cicatrização evitando mudanças frequentes de penso assim como a sua manipulação.

A compressão pneumática intermitente permite aos doentes que estão imobilizados por necessidade de sedação, a produção de efeitos naturais de deambulação.

Também tive oportunidade de colocar em funcionamento a máquina Prisma, juntamente com o Enfermeiro Tutor, para realização de plasmaferese em doente com Encefalite Límbica, para tal recorri à pesquisa bibliográfica relativamente às suas indicações e complicações. A plasmaferese é um procedimento realizado para a remoção de constituintes do plasma que sejam responsáveis por causar danos ao organismo.

Relativamente aos critérios de morte cerebral é um tema pelo qual sempre tive curiosidade e durante o meu estágio tive oportunidade de o vivenciar. Num dos meus turnos foi admitido um doente com hemorragia cerebral parenquimatosa extensa com compromisso cerebral, tendo sido considerado o facto de estar em morte cerebral e o seu potencial para dador. Morte cerebral é definida como perda irreversível da consciência associada a perda irreversível da capacidade em respirar espontaneamente. O diagnóstico estabelece-se pela ausência de atividade clínica do tronco cerebral, e o processo de definição e critérios de morte cerebral é rigoroso. (Oliveira, 2009). Tive oportunidade de estar presente durante a avaliação dos critérios de morte cerebral, que eram realizadas pela equipa médica com a colaboração dos enfermeiros.

O enquadramento atual da legislação portuguesa, em matéria de transplantes de órgãos e tecidos de origem humana, consta da lei nº22/2007 de 29 de junho, assim como dos diplomas complementares Decreto-lei nº 244/94 de 26 de setembro ,Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) e Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de outubro de 1994 sobre critérios de morte cerebral. A nível internacional existe uma linha orientadora traduzida pela Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina do Conselho da Europa encontra-se em vigor em Portugal desde o dia 1 de dezembro de 2001. Em Portugal é considerado potencial dador todas as situações post mortem de indivíduos que cumpram os critérios clínicos e que não estejam inscritos no RENDDA.

Durante este desencadear de situações (morte cerebral, potencial dador ou não), a família foi chamada à unidade e informada da situação clínica do doente. Situação difícil de gerir, e sobre a qual foi necessário apoio por parte dos profissionais e entre a família, desta forma era permitida a presença dos familiares junto do doente durante o tempo que quisessem, proporcionando uma despedida e o apoio espiritual era oferecido e foi efetivado.

Ao contrário do que se possa esperar, os doentes em morte cerebral com potencial doação de órgãos, exigem da equipa de enfermagem uma avaliação muito minuciosa e cuidados de excelência. Esta necessidade advém do facto destes doentes terem uma obrigatoriedade a nível de estabilidade ventilatória, cardiovascular, hidroelectrolítica e de controlo de infeção muito rigoroso, para não inviabilizar a doação de órgãos. Neste caso em particular foram realizadas colheita de córneas, rins, coração e fígado.

2.3- Domínio da Gestão dos Cuidados

A área de gestão está inerente à chefia, mas também diz respeito ao Enfermeiro Especialista, fazendo a gestão dos cuidados relativos à sua área de especialização. (...) “a chefia de Enfermagem deve ser entendida como ponta de lança da mudança, em que lhe é depositada a esperança para desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais bem como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais que aí trabalham. É portanto, exigido que o gestor de cuidados tenha capacidade de identificar as necessidades dos colaboradores, acompanhá-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

Considero que para haver excelência nos cuidados deve existir motivação pessoal de cada elemento da equipa, no entanto é essencial o papel do enfermeiro chefe, como motor de motivação, ou seja, é fundamental a existência de um líder. Rosengren realizou um estudo em 2007 com o intuito de perceber como os enfermeiros

experienciam a liderança, e chegou à conclusão que a presença de um líder no turno é importante para a promoção de cuidados de qualidade aos doentes.

A gestão de cuidados implica delegação de tarefas e gestão de recursos humanos e materiais, bem como a sua supervisão, espírito de liderança, conhecimento da equipa e promoção de um ambiente facilitador à prestação de cuidados de qualidade.

Competência:

- Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as repostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas

Atividades:

- Acompanhei os Enfermeiros da equipa;
- Intervim junto da equipa com o intuito de melhorar o processo de cuidar;
- Elucidei para a prática de tarefas a delegar garantindo a qualidade;
- Desenvolvi um método de trabalho eficaz.

Na UCIC:

Colaborei com a Enfermaria Chefe na gestão dos diferentes recursos necessários ao funcionamento dos serviços, digo serviços, porque tinha sob sua alçada três serviços, esta situação surgiu de novo e fez parte de uma das alterações que ocorreram com a transferência para as novas instalações.

Esta gestão não era fácil, porque além de abranger um elevado número de profissionais, arrastava consigo todas as possíveis situações/ problema em maior número, exigia gestão de tempo, organização, inovação, dinâmica e sentido de liderança, entre outros.

Outra mudança foi a alteração dos horários de trabalho, que geraram ansiedade e descontentamento, uma vez que traduziam mudanças nas rotinas familiares. Neste sentido, a Enfermeira Chefe recorreu a estratégias como a comunicação, realização de

reunião de serviço, adaptando os horários aos diferentes profissionais, conseguindo desta forma levar a bom porto estas mudanças.

Como referi anteriormente a Enfermeira Chefe era responsável pela gestão de três serviços, apesar de realizar o meu estágio na Unidade, quando desenvolvi a área da gestão acompanhei a Enfermeira Chefe e num desses turnos, foi deparada com a presença de um doente infetado com Tuberculose no Serviço de Cardiologia, ele já estava sozinho num quarto, mas além disso foi necessário solicitar o Aspigard ao serviço de medicina, utilizando documentos próprios para solicitar empréstimos. Tive oportunidade de participar na verificação do sistema de gestão de escalas dos funcionários (Enfermeiros e Assistentes Operacionais), verificação de erros de marcação no Sisqual (sistema de verificação de entrada e saída de funcionários através da impressão digital), e após isso resolver as não conformidades encontradas.

Particpei no processo de elaboração do horário de julho, percebendo os princípios a ter em conta na sua realização nomeadamente, constituir equipas equilibradas do ponto de vista da experiência profissional. Para que tal seja possível é imprescindível conhecer a equipa, garantindo a qualidade dos cuidados.

Executei planos de trabalho, ajustando-o á equipa e aos doentes, ou seja, não contavam apenas os doentes como números, mas sim grau de dependência e exigência de conhecimentos e competências para cuidar de doentes com patologias específicas que careciam de tratamento e vigilância específica, como o caso do Balão Intra- Aórtico.

Na ausência da Enfermeira Chefe é o Enfermeiro Especialista que assume o seu papel, aqui tive que juntamente com a minha tutora solucionar alguns problemas nomeadamente, contactar telefonicamente enfermeiros para substituir outro que iria faltar no turno seguinte, pedir medicação em falta, assim como gerir problemas que surgiam no seio da equipa multidisciplinar.

Ao fim de semana a Enfermeira Chefe não está presente, sendo assim, sempre que se justifique ela deixa orientações ou recomendações para que sejam cumpridas na sua ausência.

O Enfermeiro Especialista é responsável pela gestão dos cuidados prestados na sua área de especialidade, esta gestão passa pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz e que vise a qualidade de cuidados a prestar, na assistência ao doente crítico e família.

O método de trabalho que se realizava na UCIC, era o método individual, que segundo Costa (2004) baseia-se no cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único doente ou mais que um. A totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro responsável pelo doente, no entanto esta responsabilidade resume-se ao turno em que está de serviço podendo nos turnos seguintes já não prestar cuidados a este doente. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento e eu tive oportunidade de desenvolver esta metodologia de trabalho.

Na UCIP:

Tive oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe na gestão de cuidados, durante dois turnos nos serviços que tinha a seu cargo nomeadamente, UCIP e Unidade de Cuidados de Neurocríticos, em que a equipa multidisciplinar era composta por um elevado número de elementos. Colaborei com a Enfermeira Chefe na atualização do horário para substituição de um Enfermeiro, por motivo de doença. Elaborei planos de trabalho, em que a atribuição de doentes era efetuada tendo em conta a carga de trabalho, com o cuidado de atribuir o doente ao respetivo Enfermeiro de Referência, promovendo desta forma a continuidade de cuidados.

A reposição de medicação era feita diariamente pela Técnica de farmácia, ficando a cargo da Enfermeira o pedido de soros e alimentação entérica. A medicação era repostada na PIXIS (máquina de armazenamento da medicação), à exceção dos extra formulários

e estupefacientes, que ficavam guardados no cofre e eram contados em cada turno, assim como efetuado este registo em folha própria.

A reposição de material consumível era feita três vezes por semana, através do método de reposição por níveis, pelo sistema código de barras, assim o Enfermeiro Chefe deixava de pedir este material, pois o número já estava estipulado. Este sistema de reposição só foi possível porque anteriormente foi efetuado pela Enfermeira Chefe um estudo acerca das quantidades necessárias, desta forma a Enfermeira Chefe ficava mais disponível para realizar outras funções.

Na ausência da Enfermeira Chefe havia um responsável de turno, que para além de ter doentes atribuídos, ficava responsável pela resolução de possíveis problemas, também tive oportunidade de desempenhar esta função junto do meu Tutor.

Durante estes dois turnos e com o olhar crítico no ambiente da Unidade, fiquei com a perceção que a gestão de cuidados evoluiu ao longo dos anos, havendo uma mudança no paradigma da gestão. A Enfermeira Chefe que antes era responsável pela gestão de recursos materiais e humanos, em que dispndia grande parte do seu tempo na gestão de recursos materiais, atualmente está mais direcionada para a organização humana, fomentando a produtividade e rentabilidade. Assim, há uma busca por indicadores de gestão, para que se garanta qualidade dos cuidados e se envolva e responsabilize os profissionais. (Rego, 2010)

Um Enfermeiro Chefe, ou um Responsável de turno, deve possuir espírito de liderança, capacidade de enfrentar desafios inerentes ao planeamento de cuidados e conflitos bioéticos, supervisão de cuidados e capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança e saber lidar com situações que envolvam processos de luto.

A bioética é o estudo da conduta humana, e porque os Enfermeiros devem ser detentores de uma postura consciente, solidária e responsável; para abordar conflitos e dilemas éticos a bioética baseia-se em quatro princípios, sendo eles: o princípio da beneficência, que significa que os enfermeiros devem fazer o que é benéfico, para tal é

necessário que desenvolvam competências que permitam avaliar os riscos e benefícios durante os procedimentos a realizar; o princípio da não maleficência, em que o profissional tem o dever de não colocar o doente em risco, para tal é preciso evitar qualquer situação de risco, proporcionando tratamentos ou técnicas com o menor risco para o doente; o princípio da autonomia, que reconhece no doente autonomia para deliberar e tomar decisões segundo as suas crenças e valores, no entanto cabe aos enfermeiros informar os doentes sobre os tratamentos ou cuidados a prestar respeitando os seus direitos à dignidade, privacidade e liberdade; e o princípio da justiça, que diz que todos têm direito à saúde. (koerich, 2005)

A metodologia de trabalho é o de Enfermeiro de Referência, assim a Enfermeira Chefe delega nele a autoridade para efetuar a gestão de cuidados, promovendo e assegurando a continuidade dos mesmos já que é o mesmo enfermeiro que cuida do doente desde a sua admissão até à alta, estabelecendo também uma relação de maior proximidade com o doente e família.

Competência:

- Adequa os recursos às necessidades de cuidados

Atividades:

- Conheci e apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;
- Utilizei os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
- Reconheci e compreendi os distintos papéis de todos os membros da equipa.

Na UCIC:

Como já referi a Enfermeira Chefe tinha a seu cargo três serviços, respetivamente os serviços de Medicina e Cardiologia e a UCIC. Assim tinha que conhecer os seus profissionais e acompanhá-los, identificando carências de uns e as mais valias de outros, conseguia desta forma realizar horários de trabalho com vista à qualidade e segurança dos cuidados.

Na UCIP:

Durante a minha permanência na unidade houve necessidade de aumentar a capacidade de camas, que sendo de dez passou a doze, havendo necessidade de gerir recursos humanos e materiais, assim, tendo em conta que na Unidade de Cuidados de Neurocríticos o número de doentes permitia que fosse dispensado um Enfermeiro, desta forma ele foi colmatar a necessidade de um elemento na UCIP, rentabilizando-se recursos. Relativamente aos recursos materiais, foram geridos tendo em conta a patologia e necessidades do doente que ia ser admitido. Foi necessário pedir material a outros serviços e noutras situações gerir determinada monitorização que outros doentes já não necessitavam, retirando alguns cabos, nunca descuidando a manutenção de um ambiente seguro. Contudo, no dia seguinte esta situação manteve-se e colaborei com a Enfermeira Chefe na reformulação do horário de forma a aumentar a equipa de enfermagem de cinco para seis elementos nas semanas seguintes. Esta situação foi dada a conhecer à Enfermeira Diretora, bem como os motivos desta alteração.

2.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio traduz a perceção que o enfermeiro tem de si mesmo, bem como da sua influência no seio da equipa, tendo em conta que os seus padrões de conhecimento influenciam a prática clínica.

Ao longo do meu percurso profissional lidei com diferentes pessoas, cada uma com a sua personalidade, e com as diferenças inerentes a cada um.

As equipas multidisciplinares com que me deparei também eram compostas por um grupo de pessoas com características e personalidades próprias, contudo desde cedo me receberam e demonstraram disponibilidade para a transmissão de conhecimentos e técnicas específicas. Tive oportunidade de partilhar as minhas experiências com a

equipa de cada Unidade, assim como tive o privilégio de receber dos profissionais todos os conhecimentos e práticas vivenciadas por eles.

Competência:

- Demonstra autoconhecimento, enquanto pessoa e enfermeiro;
- Demonstra capacidade em gerir sentimentos e conflitos;
- Baseia a sua prática clínica em padrões de conhecimento válidos e atuais.

Atividades:

- Promovi um relacionamento adequado com a equipa multidisciplinar e com o doente e família;
- Geri sentimentos e utilizei técnicas de gestão de conflitos;
- Identifiquei necessidades formativas;
- Atuei como formador em contexto de trabalho;
- Promovi mudanças de comportamento e atitudes;
- Realizei pesquisa bibliográfica, buscando evidências que contribuam para o desenvolvimento da prática.

Na UCIC:

Segundo o Decreto- lei nº247/2009 que regulamenta a carreira de Enfermagem, refere que é função do enfermeiro “desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna.”

Durante a minha permanência na UCIC tomei conhecimento que alguns profissionais desconheciam a forma de ativação da emergência interna, uma vez que foi implementado recentemente. Assim, esclareci prontamente as dúvidas uma vez que a minha prática profissional enquanto Enfermeira no Serviço de Urgência passa pela resposta à emergência interna. Realizei formação de forma informal em momentos como a passagem de turno, em que estão reunidos um elevado número de elementos,

contribuindo desta forma para um pedido de ajuda rápido e eficaz da emergência intra-hospitalar. Porque o pedido de ajuda faz parte do primeiro Elo da Cadeia de sobrevivência, chama-se cadeia, pois todos os elos estão interligados, se um deles se quebrar, a sobrevivência da vítima é posta em causa. “As ações que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivência, constituem a cadeia de sobrevivência.” (Recomendações para a Reanimação, 2010:17)

Verifiquei também que os Enfermeiros tinham necessidade de formação acerca do manuseamento de um novo monitor/ desfibrilhador, que tinha sido fornecido ao serviço recentemente, monitor este igual ao usado no serviço onde trabalho. Desta forma desenvolvi formação informal acerca do manuseamento do monitor/desfibrilhador Philips durante a passagem de turno, pela razão descrita anteriormente, reunião de um elevado número de profissionais, e também em situações pontuais.

Este monitor tinha particularidades, relativamente ao anterior, é bifásico carecendo de metade da energia para a desfibrilhação, as pás de pace transcutâneo sendo de marca diferente têm uma maneira de adaptação diferente, assim como as 12 derivações. É obvio que todas estas características não eram difíceis de aprender, o facto é que deviam ser aprendidas não numa situação clínica eminente, em que estão presentes fatores de stress e em que toda a atenção deve estar virada não para a “máquina”, mas para o doente, daí ter fomentado interesse na equipa.

Tomei conhecimento do plano de formação anual e percebi que havia carência de conhecimentos dos enfermeiros da equipa relativamente às novas guidelines de suporte avançado de vida, reformuladas pelo Conselho Europeu de Ressuscitação em 2010. Após conversa informal com a Enfermeira Tutora e Enfermeira Chefe, esta necessidade foi reconhecida. Tive oportunidade de esclarecer as dúvidas da equipa de Enfermagem e forneci o esquema com as novas Guidelines retirado do manual do Conselho Europeu de Ressuscitação.

Também tive oportunidade de realizar formação informal a uma assistente operacional relativamente à lavagem das mãos e ao uso de luvas, quando me deparei com o facto

desta não cumprir o seu uso, assim atuei no momento e alertei para a necessidade do mesmo. Tive o cuidado de dias depois auditar informalmente esta assistente operacional, e verifiquei que ela cumpria o que eu lhe tinha ensinado.

A formação é assim assumida como um fator importante quer na evolução pessoal e profissional do indivíduo, quer das organizações, ajudando na adaptação às inovações que advêm do mundo em permanente mudança com o objetivo de obter uma melhor qualidade dos serviços prestados. Na perspetiva de Martins e Cosme (2002) a formação produz mudanças no indivíduo, levando a um aumento das competências. A formação em serviço articula a experiência de cada um com a experiência do grupo, visando mudanças coletivas assim como aquisição de competências no plural.

Durante o estágio não decorreram trabalhos de investigação, no entanto, identifiquei situações problema passíveis de serem investigadas e com interesse para o serviço, nomeadamente cuidados a prestar ao doente com Balão Intra- Aórtico , uma vez que foi usado durante a minha permanência na UCIC, tendo verificado que é um dispositivo complexo, gerador de muitas dúvidas por parte da equipa. Assim elaborei um trabalho sobre os cuidados a prestar ao doente com Balão Intra- Aórtico que deixei no serviço com o intuito de esclarecer algumas dúvidas e que reporto para Anexo II.

Na UCIP:

O contacto com o doente crítico revelou uma barreira no estabelecimento da comunicação, uma vez que a maioria dos doentes estavam sedados e ventilados. Como já referi anteriormente, no intuito de colmatar esta dificuldade elaborei um trabalho sobre o doente ventilado e a comunicação, que será apresentado em anexo I.

Os familiares destes doentes também transmitem ansiedade e receio, embora o horário das visitas fosse curto, sempre que possível e justificado era alargado, proporcionando uma proximidade no relacionamento da família com os profissionais e minimizando o medo e angústia da família.

Neste estágio não foi permitido realizar formação em serviço, uma vez que a filosofia do serviço era que a formação era restrita aos profissionais de saúde e para além disso o plano de formação anual já tinha sido elaborado, contudo houve outros momentos de aprendizagem ainda que de forma informal.

Estes momentos não foram menos valiosos, antes pelo contrário a partilha e troca de experiências e debates sobre determinadas dúvidas em momentos como a passagem de turno tornaram-se uma mais valia. Tentei participar ativamente nestes debates fundamentando a minha opinião.

A atualização de saberes pode e deve ser feita em contexto de trabalho, através da formação em serviço, ou uma formação informal através da troca e partilha de experiências. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), a formação é um elemento fundamental para a melhoria relativa às qualificações dos profissionais.

Como já referi, o aumento de técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, monitorização e tratamento, propicia um aumento do risco de IACS, nomeadamente o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM).

Por esse motivo selecionei um artigo sobre PAVM e a relação com os cuidados de enfermagem, após realizar pesquisa bibliográfica sobre este assunto, fiz uma revisão crítica do mesmo, que reportei para Anexo III. Desenvolvi este tema, usando-o para divulgar dados provenientes da evidência, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem, motivando desta forma a equipa para a continuação da sua forma de atuação.

Relativamente à necessidade de uma prática baseada na evidência, constatei que todos os procedimentos existentes na UCIP estão baseados em estudos científicos, desde a manipulação do cateter venoso central, mudança dos sistemas de perfusão e os cuidados a ter na sua manipulação, a necessidade de técnica asséptica na preparação da nutrição parentérica. Segundo Domenico e Ide (2003) a prática baseada na evidência, é o uso

consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do doente.

Deparei-me com várias situações que exigiram pesquisa bibliográfica, no sentido de aprofundar diferentes temáticas que posteriormente contribuíram para a qualidade dos meus cuidados, nomeadamente ventilação mecânica, monitorização invasiva, hemofiltração, plamaferese, farmacologia, fisiopatologia e formas de comunicação com o doente incapaz de comunicar verbalmente.

Em ambos os campos de estágio, a prestação de cuidados recorreu à minha experiência profissional, através da reflexão das práticas e mobilização de conhecimentos e informação proveniente da minha formação inicial, experiência e da pós- graduação

3-CONCLUSÃO

Ser Enfermeiro é cuidar de pessoas ao longo do ciclo da vida, uma vez saudáveis outras doentes.

A prática profissional caracteriza-se por se deparar com o imprevisto de situações complexas. O desenvolvimento técnico e científico resultante da investigação crescente traduz a capacidade dos enfermeiros fundamentarem as suas práticas, implicando uma atualização constante por áreas específicas.

O Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cuidados altamente qualificados que visem dar resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Neste sentido, os módulos de estágio em contexto hospitalar nomeadamente nas Unidades de Cuidados Intensivos de Cardiologia e Cuidados Intensivos Polivalente, tiveram um papel fundamental para a minha formação e preparação profissional como Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, porque me permitiram vivenciar experiências que vão ao encontro da adoção de competências necessárias para o meu desempenho profissional. Esta unidade curricular revelou-se um campo de experiências onde conviveram crenças, valores, tomadas de decisão baseadas num juízo clínico e refletido e na aplicação de conhecimentos científicos geradores de cuidados de excelência.

Esta formação pós graduada tem por objetivo desenvolver a capacidade de reflexão sobre as práticas, atuar perante o doente emergente utilizando um método de trabalho eficaz, supervisionar e liderar equipas enquanto responsável de turno, utilizar o processo de enfermagem como garante da qualidade dos cuidados, adotar medidas de prevenção e controlo de infeção e aplicar o pensamento crítico na tomada de decisão.

A elaboração do relatório permitiu evidenciar e descrever o desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica tendo em conta a sua singularidade, as suas crenças e valores; desenvolver intervenções para a prevenção e controlo de infeção e dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas. Assim, prestei cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade, antecipando desta forma complicações; implementei protocolos existentes, identificando a individualidade da pessoa e da sua situação clínica, adequando as respostas de enfermagem; executei cuidados técnicas de maior complexidade recorrendo à pesquisa bibliográfica sempre que necessário; apliquei conhecimentos em suporte avançado de vida em situações de paragem cardiorrespiratória, tendo conseguido reverter a situação clínica do doente; usei os conhecimentos em emergência intra-hospitalar e extra-hospitalar e em suporte avançado de vida, incluindo as guidelines atuais para esclarecer e formar a equipa; geri o bem estar da pessoa, adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, assisti a pessoa e família no processo de luto; desenvolvi conhecimentos e técnicas de comunicação verbal e não verbal, facilitando a comunicação com o doente e família em situação crítica, contornando as barreiras à comunicação.

Como o leitor pôde constatar, não foram descritas quaisquer atividades no que diz respeito à atuação perante situações de catástrofe ou emergência multivítimas uma vez que já adquiri esta competência ao longo do meu percurso profissional, como tive o cuidado de justificar na introdução, tendo em vista a creditação e certificação desta competência.

Ao longo deste percurso senti algumas dificuldades, no entanto denoto um balanço positivo que foi possível com a colaboração de todos os profissionais da equipa

multidisciplinar, dos dois serviços, assim como os Enfermeiros Tutores tiveram um papel de destaque pela sua presença constante, disponibilidade e vontade de “semear” os seus conhecimentos.

A experiência de estágio é caracterizada pela troca de experiências e conhecimentos, considero ter contribuído de certa forma para a qualidade dos cuidados, na medida em que transmiti conhecimentos sobre as novas guidelines de suporte avançado de vida, promovi o controlo e prevenção de infeção através de ensino, assim como deixei contributos escritos acerca dos cuidados a prestar ao doente com Balão Intra-Aórtico e diferentes formas de comunicar com doentes com barreiras de comunicação.

Termino convicta que atingi os objetivos a que me tinha proposto inicialmente, uma vez que desenvolvi a capacidade de elaborar um relatório crítico de atividades, tendo a capacidade de descrever as atividades que realizei ao longo deste percurso, refletindo sobre elas tendo em conta as suas implicações éticas, legais e sociais, desenvolvendo uma aprendizagem baseada na evidência, recorrendo à pesquisa bibliográfica.

As dificuldades sentidas prenderam-se com a escassez de tempo para a realização do estágio, e com o meu estado de grávida, no entanto, e porque “ o que motiva o enfermeiro é o desejo e o esforço de fazer as coisas o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato”.

Florence Nightingale

Foi essa mesma motivação que permitiu que eu chegasse até aqui e neste momento com uma estrelinha de quatro meses de vida.

4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rego A. 2010. Reformas no Setor da Saúde- A equidade em Cuidados Intensivos, Universidade Católica.Editora. Lisboa
- Código Deontológico dos Enfermeiros Disponível:
URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt> [data da visita: 11/20/2011]
- Craig, Jean V. et SMYTH, Rosalind L.2002. Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros. Lusociência, Lisboa
- Crespo, V. 2003. Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro- O Ensino Superior no Espaço Europeu. 1ª Edição.Gravida- publicações, Lisboa
- Costa. J. 2004. Métodos de prestação de cuidados. Revista Milenium
- Cruz, J. 2004. Morte Cerebral, Do Conceito à Ética. Climepsi Editores, Lisboa
- Cruz, S. 2009. Supervisão Clínica em Enfermagem. Escola de Enfermagem do Porto, Porto
- Direção Geral de Saúde, 2003. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento, Lisboa
- Diário da República , 2ª Série- Nº 35-18 de fevereiro de 2011-07-04

- Direção Geral de Saúde, 2009- Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Lisboa
- Domenico, E.; Ide, C. 2003. Enfermagem baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades. Revista Latino – Americana de Enfermagem.
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 91º
- Garcia. M.; Igal, S.; Moro, C.; Palácios, F. 2008. Consentimento informado, comunicacion eficaz y decision autónoma. Revista ROL Enf
- <http://www.hospitaldebraga.com.pt> [data da visita: 11/20/2011]
- <http://www.escalabraga.pt> [data da visita:12/06/2011]
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002 – Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático, Lisboa
- Koerich M. S.; Machado R. R.; Costa E. 2005. Etica e Bioetica: Paa dar inicio á reflexão. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce> [Data da visita: 11/20/2011]
- Martins, L.; Cosme, A. 2002. Formação em Serviço- que motivação? Nursing, Lisboa
- Mota, G.; Gorjão, C.; Gonçalves,V.; Rocha, A.; Neves, A.; Santos, M. 2005.Passaporte para a vida. Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Lisboa
- Nóvoa, M. & Valderama, B. 2006. The Role of the Psychologist in Intensive Carr. Universidade de Psychologia de Bogotá, vol 5

- Nunes.2006. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – Autonomia e Responsabilidade na tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. Disponível: [http://www.ordemdosenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/file/sedeindormacao/II congresso/autonomia&responsabilidade.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/file/sedeindormacao/II%20congresso/autonomia&responsabilidade.pdf) [data da visita: 11/30/2011]
- Oliveira, Gerardo.2009 – Transplante – Do dador ao recetor: Breves Conceitos Imunológicos e Clínicos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto
- Ordem dos Enfermeiros. 2005. Sistemas de Informação e Documentação da Enfermagem. Disponível: URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt> [data da visita: 11/20/2011]
- Ordem dos Enfermeiros, 2007- O Enfermeiro e a Gestão de Cuidados de Saúde. Disponível: URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt> [data da visita: 11/20/2011]
- Petronilho, Fernando Alberto Soares. 2008. Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar? Revista Sinais Vitais. Nº79
- Plasmaferese. 2009. Disponível: <http://www.mdsaude.com/2009/10/plasmaferese.html> [data da visita:10/23/2011]
- Portugal, Ministério da Saúde – Lei nº 22/ 2007, Diário da República, 1ª Série nº 124 de 29 de junho de 2007. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana
- Portugal, Ministério da Saúde- Decreto-lei nº 247/2009, Diário da República, 1º Série nº 184 de 22 de setembro . Carreira de Enfermagem
- Rabiais, Isabel. 2009. Stress em Unidade de Cuidados Intensivos.Hospital de Santa Marta, Lisboa

- Recomendações para a Reanimação do European Resuscitation Council, Conselho Português de Ressuscitação 2010
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica. 2010, Lisboa
- Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista. 2010, Lisboa REPE, Decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro
- Sousa, Maria Augusta. 2010. Encontro sobre Sistemas de Informação de Saúde. Disponível: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/comunicação/paginas/encontro> [data da visita: 11/20/2011]

ANEXOS

ANEXO I – O Doente ventilado e a Comunicação

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

O DOENTE VENTILADO E A COMUNICAÇÃO

Aluno: Cândida Filipa da Costa Melo Paulo

Sob Orientação de: Professora Amélia Rego

Tutor: Enfermeiro Paulo Marques Silva

Trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio

Braga, novembro de 2011

A comunicação entre profissionais de saúde e o doente em contexto de cuidados intensivos é uma componente que deve ser valorizada, não só pela relação estabelecida, mas também porque serve para avaliar a qualidade dos cuidados.

Na Unidade de Cuidados Intensivos onde os doentes são submetidos a ventilação mecânica, ficando incapacitados para comunicar oralmente, os problemas comunicacionais ainda são mais evidentes.

Contudo, “É impossível não se comunicar: atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem.” (Watzlawick in Silva MJP, 2005)

O facto de contactar mais frequentemente com doentes ventilados, incapazes de comunicar verbalmente, permitiu-me atribuir outro valor à comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, uma vez que considero a comunicação com o outro, essencial como forma de o compreender, satisfazendo as suas necessidades.

A comunicação em enfermagem é uma área de pouco investimento ao nível da formação dos profissionais, no entanto, os enfermeiros são os profissionais de saúde que têm mais oportunidade para comunicar com o doente, fundamentando desta forma a necessidade de uma comunicação eficaz na prática de cuidados de enfermagem.

De acordo com Ramos (2008:112), “ Existe em geral uma desvalorização da comunicação nos serviços de saúde e este facto é responsável por um certo nível de insatisfação dos profissionais de saúde e dos próprios doentes”.

A qualidade da comunicação e dos cuidados ao doente exige a participação de todos, profissionais, doentes e família.

Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da comunicação é essencial, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a equidade, fomentar a satisfação do doente, o ajustamento à doença, melhorar a adesão ao tratamento e também reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do doente. (Ramos, 2008).

Se tivermos em conta que “O comprometimento de funções cerebrais e sensoriais não implica sempre ausência de percepção por parte do doente, verificamos sim a alteração na expressão do que é percebido”. (Zinn, 2003), então temos que ser cuidadosos com toda a nossa postura aquando dos cuidados ao doente.

O primeiro contacto do Enfermeiro com o doente ventilado e a forma como se apresenta são determinantes para o sucesso da comunicação.

O Enfermeiro deve criar um ambiente acolhedor e para tal, deve apresentar-se, tratar o doente pelo nome, olhá-lo nos olhos enquanto fala, sorrir, para que o doente perceba que está ali alguém disponível para o ajudar.

Por vezes, pelo primeiro olhar, o doente “aproxima-se” ou “afasta-se” do Enfermeiro, como refere Bernardo (1984:105), “ O contacto do olhar ativa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-se se mostra indiferença”.

Apenas 7% da expressão do pensamento é feita por palavras, cabendo à linguagem não verbal 93% da importância da comunicação.

“A comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa.” (Argyle, 1978:60).

Existem algumas técnicas de comunicação não verbal que o Enfermeiro e outros profissionais de saúde devem conhecer e desenvolver para ultrapassar algumas dificuldades de comunicação.

Técnicas de Comunicação não verbal

Na perspectiva de Lazure (1994) e Palma (1992), as técnicas mais eficazes no estabelecimento de uma comunicação eficaz são:

- O olhar,
- Acenar da cabeça,
- O toque,
- Escuta ativa.

O olhar

As relações interpessoais iniciam-se com o contacto visual recíproco que assinala o desejo e a intenção de interagir.

Perante um doente ventilado o enfermeiro deverá manter o contacto visual com o doente, pois só assim poderá receber a mensagem e transmitir feedback. Se “as nossas caras são a nossa identidade”, então a nossa expressão facial pode transmitir estímulos positivos ou negativos para o doente. O enfermeiro deverá esforçar-se por ser congruente, tendo sempre presentes princípios como a sinceridade e a honestidade.

Acenar da cabeça

O enfermeiro poderá também usar o acenar da cabeça, como sinal de atenção ou de aceitação, o que encorajará o doente a continuar a transmitir o que pretende. O acenar da cabeça funciona como reforço positivo, como recompensa para o doente pois é sinal de que o enfermeiro percebeu a sua mensagem.

A escuta ativa

Para melhorar a comunicação com o doente o enfermeiro deve desenvolver e valorizar a capacidade de escuta como atitude essencial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, que estará na base de uma verdadeira relação de ajuda.

“Escutar é um ato exigente, que exige uma vigilância sensorial, intelectual e emocional constantes; que consome muita energia e muito do nosso tempo.” (Lazure, 1994:107).

Em unidades de cuidados intensivos esta atividade deveria ser primordial, como técnica utilizada para melhorar a comunicação com o doente ventilado, mas o seu valor perde-se no meio dos ventiladores e dos monitores, da azáfama, dos alarmes e quando olhamos com mais atenção, deparamo-nos com uns olhos suplicantes, a pedir ajuda, explicações e conforto. É nestes momentos que consciencializamos a necessidade de

escutar o doente e acreditamos que o tempo investido de certeza não será tempo em vão, sendo certamente evidenciado através da satisfação e benefícios que o doente obterá.

Como escrevia Saint-Exupery (1996:74), “Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”

Apesar do progresso científico e técnico, as habilidades da escuta jamais serão desnecessárias na profissão de enfermagem, pois só a atitude de disponibilidade e escuta poderão conduzir a uma relação de confiança e respeito.

Lazure (1994:214) indica algumas sugestões para o desenvolvimento de uma escuta eficaz:

- Estar disponível emocionalmente para a escuta,
- Selecionar o ambiente que mais facilita a escuta,
- Fazer silêncio e respeitar o silêncio do utente,
- Para o enfermeiro, qualquer momento de prestação de cuidados deve ser usada para a escuta atenta e eficaz.

O toque

O tato é a mais básica de todas as respostas humanas.

Tal como nos refere Hudak (1997:40), “A necessidade de contacto tátil está presente em todas as pessoas ao nascimento e continua durante toda a vida”.

Em enfermagem acredita-se que o uso do toque é benéfico para a maioria dos doentes e nomeadamente em doentes ventilados, pode ser usado pelo enfermeiro durante o contacto verbal ou quando este se torna difícil ou impossível, visto que o toque transmite apoio e em certas situações poderá ser a atitude comunicativa mais eficaz.

No entanto o enfermeiro tem que estar atento ao que o doente lhe transmite, para perceber se o toque tem o efeito desejado, visto que pode também ser sentido como ameaçador.

BIBLIOGRAFIA

ARGYLE, M. (1972). *The Psychology of interpersonal behaviour*. 2ª Edição. London. Harmond Sworth, Penguin Books.

BERNARDO, F. (1984). *Intercomunicação e Relações Humanas entre Enfermeiro – Utente*. *Servir*. Nº 2, p.104-112.

HUDAK, C; GALLO, B (1997), *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A.

LAZURE, H. (1994), *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.

PALMA, M. SILVA, D. (1992). *O efeito da comunicação táctil na satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato da cirurgia cardíaca*. *Servir*, Nº 5, p.226- 245-

RAMOS, N (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspetivas teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.

WATZLAWICK, M.J.P. (2005). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo. Edição Cultrix.

ZINN, Gabriela Rodrigues – *Enfermagem em Cuidados Intensivos- Diagnóstico e Intervenção*. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 2008).

ANEXO II – Balão Intra-Aórtico

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O BALÃO INTRA – AÓRTICO

Aluno: Cândida Filipa da Costa Melo Paulo

Sob orientação de: Professora Amélia Rego

Tutora: Enfermeira Rosa Luísa Teixeira

Trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio

Braga, junho de 2011

INDICE

pag

O-INTRODUÇÃO	2
1- BALÃO INTRA-AÓRTICO	3
1.1-INDICAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DE BIA	3
1.2- CONTRAINDICAÇÕES PARA COLOÇÃO DO BIA	4
1.3- O CATETER	5
1.4- COLOCAÇÃO DO CATETER	5
1.5- A CONSOLA	6
1.6- MECANISMO DE FUNCIONAMENTO	6
1.7- COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURGIR	9
2- A PROGRAMAÇÃO DO BALÃO	10
2.1- PROGRAMAÇÃO DOS TEMPOS	10
2.2- ESCOLHA DO ESTIMULO	16
3- CUIDADOS DE ENFERMAGEM	16
4- CONCLUSÃO	20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

0. INTRODUÇÃO

Atualmente o tratamento do doente com patologia cardíaca grave tem ao seu dispor múltiplos tratamentos e técnicas invasivas de intervenção, suporte e monitorização.

Este trabalho refere-se a uma das técnicas de suporte hemodinâmico mecânico muito utilizada atualmente, o balão intra-aórtico (BIA) e a sua elaboração surgiu no âmbito do estágio em unidade de cuidados intensivos de cardiologia (módulo III da unidade curricular Estágio) do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, que decorreu entre 27 de abril e 25 de junho de 2011 na unidade de cuidados intensivos de cardiologia do Hospital de Braga, sob orientação da Professora Amélia Rego e tendo como Tutora a Enfermeira Rosa Luísa Teixeira.

A sua elaboração tem como objetivo transmitir conhecimentos acerca desta técnica à equipa de enfermagem, em relação aos cuidados a prestar ao doente submetido a tratamento com BIA, sendo um dispositivo utilizado com alguma frequência, e uma vez que no serviço não existe um procedimento ou uma norma que oriente os profissionais relativamente aos mesmos, sendo também uma forma de aprofundar conhecimentos que foram transmitidos durante as aulas teóricas.

Pretendo abordar os aspetos mais relevantes do mesmo de forma objetiva e clara, que permita aos enfermeiros conhecerem os princípios do seu funcionamento e principalmente os cuidados de enfermagem ao longo de todas as fases de colocação, manutenção e remoção do balão, tornando-os capazes de fazer o levantamento dos diagnósticos de enfermagem inerentes, respetivas intervenções de enfermagem e os resultados pretendidos, de forma a prevenir e detetar precocemente qualquer complicação.

Começo por definir o BIA, indicações, contraindicações e complicações que podem surgir durante a colocação, manutenção e remoção do BIA. Posteriormente farei referência à sua programação e consequências da má programação.

Espero que seja de fácil consulta, satisfazendo as necessidades de quem a ele recorra e que promova a uniformização e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a um doente submetido a esta técnica de suporte hemodinâmico mecânica.

1. O BALÃO INTRA-AÓRTICO

O balão intra-aórtico, segundo Gonçalo (2007-20) “é atualmente o dispositivo mecânico de circulação assistida mais usado (...) em caso de falência circulatória”.

È um dispositivo mecânico usado em doentes com falência cardíaca acentuada (o músculo cardíaco é incapaz de suprir as necessidades orgânicas);

Constitui uma técnica de suporte hemodinâmico mecânica temporária muito utilizada em terapia intensiva e que emprega o princípio da contrapulsção, aumentando o débito cardíaco e “proporcionando suporte circulatório ao ventrículo esquerdo através da deslocação mecânica controlada do sangue da aorta” (Paulino et. al. 1998:198) nos doentes com falência circulatória aguda real ou potencial.

Quando conectado a uma bomba e bem sincronizado com o ECG do doente, o BIA insufla durante a diástole e desinsufla imediatamente antes da sístole.

1.1 INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DO BALÃO INTRA-AÓRTICO

De acordo com Schell e Puntillo (2005:105) “os objetivos do BIA são o aumento do suprimento de oxigénio ao miocárdio, a redução da demanda de oxigénio do miocárdio, o repouso de um coração doente e a manutenção de uma adequada perfusão do órgão terminal”.

O BIA é recomendado em doentes que apresentam uma grande diversidade de distúrbios de baixo débito cardíaco ou instabilidade cardíaca, tais como:

- . Angina instável e angina pós-enfarte, resistente à terapêutica médica;
- . Arritmias ventriculares refractárias provocadas por isquémia;

- . Choque cardiogénico;
- . Síndrome pré-choque;
- . Enfarte agudo do miocárdio;
- . Suporte profilático para realização de angiografia, angioplastia, cateterismo cardíaco, cirurgia cardíaca, trombólise e outras intervenções de alto risco;
- . Defeitos mecânicos como comunicação intraventricular, disfunção dos músculos papilares e regurgitação mitral;
- . Constitui uma ponte para transplante e assistência ventricular;
- . Incapacidade de sair de circulação extracorporeal (casos de falência ventricular esquerda, choque cardiogénico, enfarte do miocárdio intraoperatório, síndrome de baixo débito aos bypass, traumatismo torácico e choque séptico);
- . Disfunção miocárdica após cirurgia;

1.2 - CONTRA – INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DO BIA

Constituem contraindicações para a utilização desta técnica:

- Dissecção da aorta, pelo risco de rutura da aorta;
- Doença vascular severa por risco de insuficiência vascular no membro puncionado;
- Insuficiência da válvula aórtica, porque poderia haver regurgitação com consequente aumento do trabalho cardíaco e risco elevado de edema pulmonar;
- Cardiomiopatias terminais;
- Doença obstrutiva ileo-femural bilateral;
- Alterações graves da coagulação;
- Aneurisma da aorta abdominal;
- Doença gástrica ativa;
- Doenças terminais;
- Trombocitopenia;
- Cirurgia da aorta;
- Infecção;
- Aterosclerose;
- Hemorragia;
- Choque séptico.

1.3 - O CATETER

O cateter consiste basicamente num balão insuflável em poliuretano, em forma de salsicha, com um volume entre vinte e cinco e cinquenta mililitros, que é adaptado á porção distal de um cateter vascular. Quando está insuflado atinge um diâmetro de cerca de dezanove milímetros, em comparação com o diâmetro da aorta que é cerca de vinte e quatro milímetros, ocupando portanto cerca de 60% da sua secção.

É constituído por dois lúmens, um central e outro que fica ligado á maquina que insufla o gás. O gás insuflado é o hélio porque em caso de rutura do balão é altamente solúvel e não provoca embolias.

Segundo Moreira e Sousa (2006: 265), o lúmen central “é utilizado para monitorização da pressão aórtica central, gera uma onda de pressão ampliada, possibilitando que seja verificado o momento apropriado do ciclo de insuflação-deflação, e mostra os efeitos da contrapulsção”.

Existem vários tamanhos de BIA e a sua escolha deve obedecer a uma relação entre o tamanho do cateter e a altura do paciente, evitando assim a inserção de um cateter maior que a extensão da aorta e o risco de compressão das artérias renais durante a insuflação.

1.4 - A COLOCAÇÃO DO CATETER

A inserção do BIA executa-se em condições controladas. Schell e Puntillo (2005: 106) referem que “o balão pode ser inserido percutaneamente ou por arteriotomia direta, via artéria femural”.

Vias de Implantação do cateter por técnica de Seldinger ou cirúrgica:

- Artéria femural;
- Artéria íliaca;
- Inserção transaxilar (nos casos de oclusão femural);
- Inserção transtorácica.

Sendo a artéria femural a via de acesso mais frequente, segundo Alves et. al. (2004: 35) pode também ser colocado “cirurgicamente (...) na artéria ilíaca, por inserção transaxilar ou até mesmo transtorácica, através de inserção cirúrgica diretamente na aorta”.

Na colocação por técnica percutânea injeta-se um anestésico local e de seguida insere-se a bainha introdutora e o balão passa nessa bainha e “é avançado para a aorta torácica descendente, até que se localize um a dois centímetros distal à artéria subclávia esquerda, com sua extremidade final acima das artérias renais” (Schell e Puntillo, 2005:106).

1.5 - A CONSOLA

A consola é constituída pelos seguintes elementos:

- Monitor, onde se pode observar a curva de eletrocardiograma (ECG), pressão arterial (PA) e do BIA;
- Secção Pneumática, constituída por um sistema de bombas pneumáticas e válvulas que geram a pressão positiva e negativa que provoca e insuflação e desinsuflação do balão;
- Unidade de Controlo, constituída pelos dispositivos de controlo de tempo, calibradores e sistemas de alarme;
- Bala de gás;
- Bateria;

1.6 - MECANISMO DE FUNCIONAMENTO

Como já foi referido, o BIA funciona através do mecanismo de contrapulsação, que se baseia em obter um aumento da pressão diastólica na aorta, maior que a pressão sistólica. Para isso, para sincronizar a insuflação e a desinsuflação com a diástole e a sístole (a mecânica cardíaca) é necessário conectá-lo a uma bomba, e a bombagem é programada de acordo com ECG ou a onda de pressão arterial do doente. É com base no ECG que se localiza o estímulo elétrico que irá originar o sinal para insuflação do balão

e a monitorização da pressão arterial permite observar a eficácia da contrapulsção. Quando bem sincronizado com o ECG do doente o BIA insufla durante a diástole e desinsufla imediatamente antes da sístole.

Os seus efeitos terapêuticos baseiam-se nos princípios hemodinâmicos de:

. **AUMENTO DA DIÁSTOLE:** a diástole é o período de relaxamento das fibras musculares em que elas alongam promovendo a dilatação do coração, e em que as cavidades se enchem de sangue. Ao insuflar na diástole, momento em que ocorre o encerramento da válvula aórtica, o BIA empurra retrogradamente o sangue que está no arco aórtico para a raiz da aorta, local onde se originam as artérias coronárias, aumentando a pressão diastólica na aorta em cerca de 70% e desta forma a pressão de perfusão coronária durante a diástole e conseqüentemente o aporte de oxigénio ao miocárdio, melhorando conseqüentemente a contratibilidade cardíaca nas regiões isquémicas. Da mesma forma, a insuflação do balão vai empurrar o sangue presente na artéria aorta abaixo do balão para o sistema vascular periférico promovendo uma melhoria da perfusão renal e mesentérica e melhorando o débito urinário.

. **REDUÇÃO DA PÓS-CARGA:** ao promover a redução da pós-carga irá permitir que o ventrículo se esvazie mais completamente, aumentando desta forma o volume sistólico e diminuindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio. Ao desinsuflar imediatamente antes da sístole, isto é, antes da abertura da válvula aórtica que ocorre durante a sístole, cria um espaço de vácuo que irá como que aspirar o sangue, reduzindo a pressão aórtica (sistólica e diastólica) em cerca de 13% e permitindo a passagem do fluxo sanguíneo para a circulação periférica. Desta forma diminui a pós-carga, isto é, a resistência à ejeção do ventrículo esquerdo, facilitando o esvaziamento do ventrículo, diminuindo o esforço do mesmo e o consumo de oxigénio do miocárdio e aumentando o débito cardíaco em cerca de 15%.

Os sinais clínicos de benefício da utilização do BIA, de acordo com Gonçalo (2007: 20) são:

- . Aumento da tensão arterial;
- . Aumento do débito cardíaco;
- . Pulsos periféricos palpáveis;

- . Diminuição da dor torácica;
- . Melhoria das alterações eletrocardiográficas reveladoras de isquemia.

Outros benefícios também conseguidos com a utilização do BIA são o aumento do fluxo urinário, a melhoria do estado de consciência e o aumento da perfusão das extremidades;

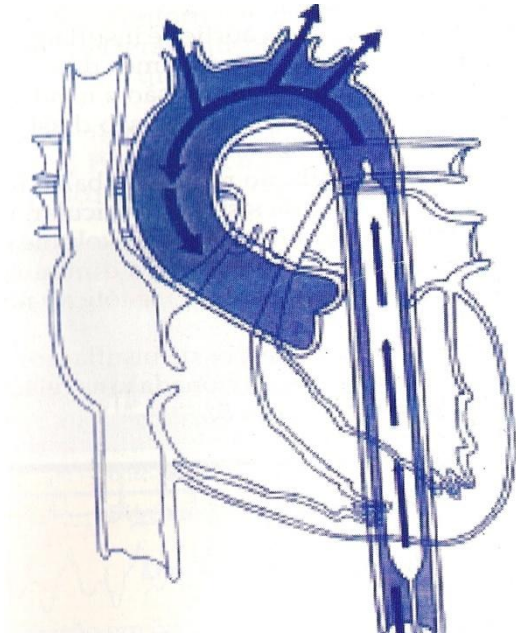


Figura 1 – O BIA insuflado.

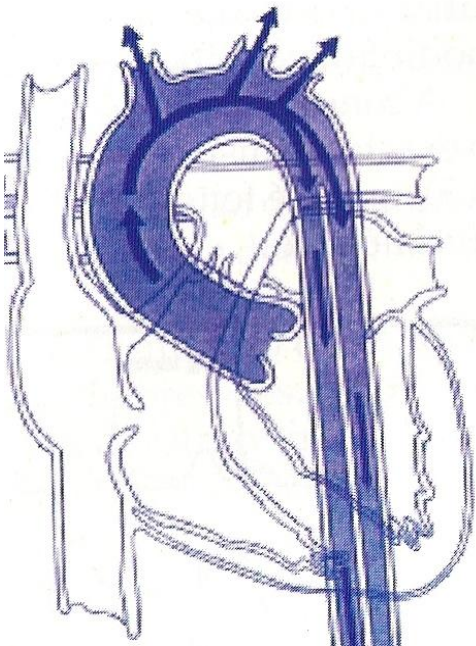


Figura 2 – O BIA desinsuflado.

1.7 - COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURTIR

As complicações mais frequentes que podem decorrer da utilização do balão são:

- Durante a Inserção:
 - . Deslocação de placa de ateroma causando obstrução;
 - . Dissecção da artéria aorta ou da artéria femoral;
 - . Obstrução do fluxo arterial femoral, provocando isquemia do membro;

- Durante a Utilização:
 - . Rutura da aorta;
 - . Embolismo cerebral, renal ou dos membros. Nota: Para sua prevenção o doente deve permanecer em repouso absoluto no leito, com a cabeceira elevada no máximo até trinta graus e sem fazer flexão do membro puncionado;
 - . Comprometimento da circulação causada pela incorreta colocação do balão, que pode causar obstrução do fluxo da artéria subclávia esquerda se ocorrer migração do cateter para cima, ou comprometimento da circulação renal e mesentérica se houver migração do cateter para baixo;
 - . Compromisso circulatório do membro cateterizado;
 - . Trombose associada à imobilização prolongada;
 - . Infecção;
 - . Dissecção, rutura ou fratura do balão;
 - . Hemorragia e trombocitopenia, provocado pela constante insuflação/desinsuflação do balão que provoca destruição mecânica das plaquetas;
 - . Paraplegia por trombose da artéria espinhal;
 - . Úlceras de pressão e pneumonia em consequência da imobilidade prolongada.

- Durante a remoção:
 - . Hemorragia local;
 - . Deslocação de placa ou êmbolo causando obstrução;

- Após a remoção:
 - . Hematoma no local;
 - . Trombose;

- . Embolia;
- . Infecção;
- . Compromisso circulatório do membro cateterizado.

Apesar de poderem surgir todas estas complicações Schell e Puntillo (2005: 108) referem-nos que a complicação mais comum é a isquemia dos membros uma vez que “o cateter do BIA pode obstruir o fluxo sanguíneo para as extremidades e levar à perda de pulso, à síndrome comportamental e à trombose venosa profunda”.

2- A PROGRAMAÇÃO DO BALÃO

Segundo Alves et. al. (2004: 36) embora a programação do BIA seja da responsabilidade médica, é importante “contudo que todos os enfermeiros que cuidam de doentes sujeitos a esta técnica terapêutica, tenham perfeitos conhecimentos acerca da programação, pois é indispensável a uma adequada vigilância do doente”.

Durante a contrapulsão do BIA usam-se o eletrocardiograma e a onda de pressão arterial para determinar se a bomba do balão está a funcionar adequadamente. A consola do BIA permite a regulação do momento exato de insuflação e desinsuflação, que só é possível através da ajuda da curva das pressões a nível da artéria aorta, e é essencial para maximizar o efeito hemodinâmico pretendido.

Para compreender e interpretar as alterações que surgem nas ondas de pressão da artéria aorta vou fazer uma pequena referência ao ciclo cardíaco e as respetivas alterações no traçado da pressão arterial.

2.1 - A PROGRAMAÇÃO DOS TEMPOS

A insuflação deve ocorrer imediatamente a seguir ao encerramento da válvula aórtica, momento traduzido na curva de pressão aórtica pelo NÓ DICRÓTICO (também designado de ponto dicrótico ou incisura dicrótica). A sincronia é ajustada sintonizando a insuflação do balão com o ponto dicrótico do traçado arterial, levando a um aumento

da pressão diastólica e a insuflação mantém-se até à onda R seguinte, que serve de estímulo à desinsuflação.

A desinsuflação dá-se durante a contração isovolumétrica do ventrículo esquerdo, imediatamente antes da abertura da válvula aórtica, antes da sístole.

Ou seja, quando a válvula aórtica se fecha, ao haver insuflação do balão com consequente redução do lúmen da artéria aorta, vai ocorrer um aumento da pressão na artéria aorta, que corresponde á PRESSÃO DIASTÓLICA DE PICO.

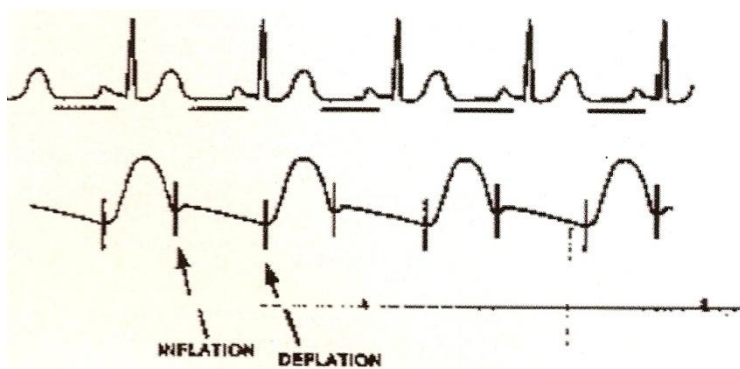


Figura 3 – Sincronização da insuflação e desinsuflação do BIA, com o traçado ECG.

Durante a insuflação do BIA (durante a diástole) como já referimos, o sangue contido abaixo da extremidade inferior do BIA é empurrado no sentido descendente o que produzirá um aumento da pressão arterial que se vai designar de PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ASSISTIDA (PPDA), que é representada no traçado por um pico imediatamente após o nó dicrótico.

Quando ocorre desinsuflação do balão imediatamente antes de se iniciar a sístole ventricular (que corresponde ao QRS) e da abertura da válvula aórtica, vai ocorrer como que um efeito de sucção que vai ajudar no esvaziamento ventricular, aumentando o volume ejetado e provocar a diminuição da pressão telediastólica e da pressão sistólica a nível da aorta.

A válvula aórtica abre-se quando a pressão no ventrículo esquerdo excede a pressão na aorta e então ocorre uma ejeção rápida do sangue em que o ventrículo envia 65-75% do seu volume total.

Depois do pico de pressão sistólica ocorre uma diminuição da velocidade de ejeção até que a pressão no ventrículo cai abaixo da pressão da aorta e a válvula aórtica fecha, representando no traçado o NÓ DICRÓTICO. Depois o sangue da aorta flui para a periferia provocando uma diminuição da pressão arterial que se designa por PRESSÃO DIASTÓLICA. Esta corresponde à pressão arterial antes da abertura da válvula aórtica e é representada no traçado pelo seu ponto mais baixo. Este ciclo repete-se a cada batimento cardíaco.

Moreira e Sousa (2006) afirmam que numa onda adequadamente sincronizada tal como a da figura seguinte, o ponto de insuflação localiza-se no nó dicrótico ou ligeiramente acima. Tanto a insuflação como a desinsuflação causam na onda um “V” agudo. A pressão diastólica de pico excede a pressão sistólica de pico e a pressão sistólica de pico excede a pressão sistólica de pico assistida.

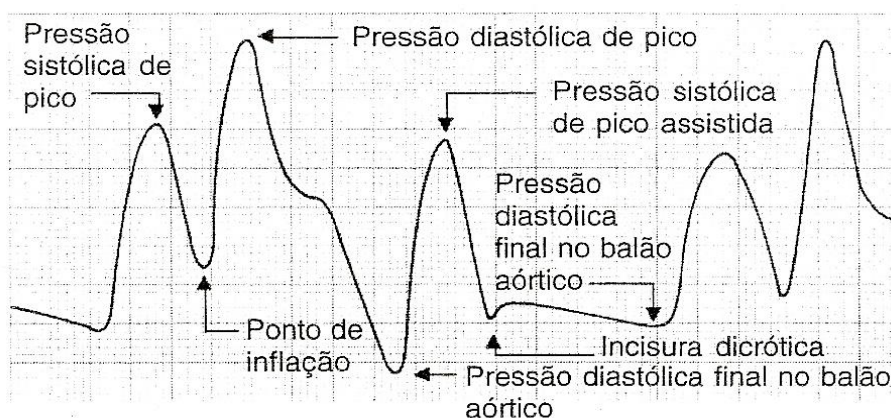


Figura 4 – Efeitos da Insuflação e desinsuflação do BIA na linha de pressão arterial.

Para efetuar esta sincronização deverá inicialmente ser programada uma relação sístole/insuflação onde temos como exemplos as relações:

1:1- Existe uma insuflação/desinsuflação do BIA por cada ciclo cardíaco. De acordo com Schell e Puntillo (2005, p. 106) esta proporção corresponde ao “máximo de apoio circulatório”.

1:2- Existe uma insuflação/desinsuflação por cada dois ciclos cardíacos.

1:3- Existe uma insuflação/desinsuflação para cada três ciclos cardíacos.

Na fase inicial deve ser programado uma relação sístole/insuflação de 1:2, uma vez que permite comparar sístoles assistidas e sístoles não assistidas.

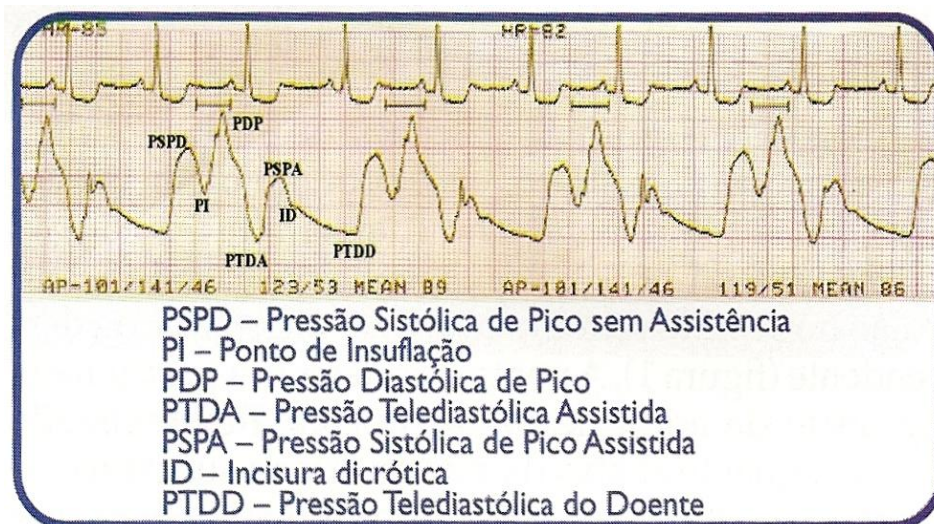


Figura 5 – Curva de Pressão aórtica em modo 1:2.

No entanto, Alves et. al. (2004: 36) referem que “existem quatro alterações a nível da sincronia entre o ciclo cardíaco do doente e do balão, e que acarretam deficientes efeitos hemodinâmicos” e que são:

- INSUFLAÇÃO PRECOCE

O BIA insufla antes do fim da sístole o que vai provocar o encerramento precoce da válvula aórtica. Na onda de pressões visualiza-se que o ponto de insuflação se situa antes do nó dicrótico, que impede o esvaziamento do ventrículo e que vai causar:

- . Diminuição do volume de ejeção;
- . Aumento da pós-carga;
- . Aumento do consumo de oxigénio;

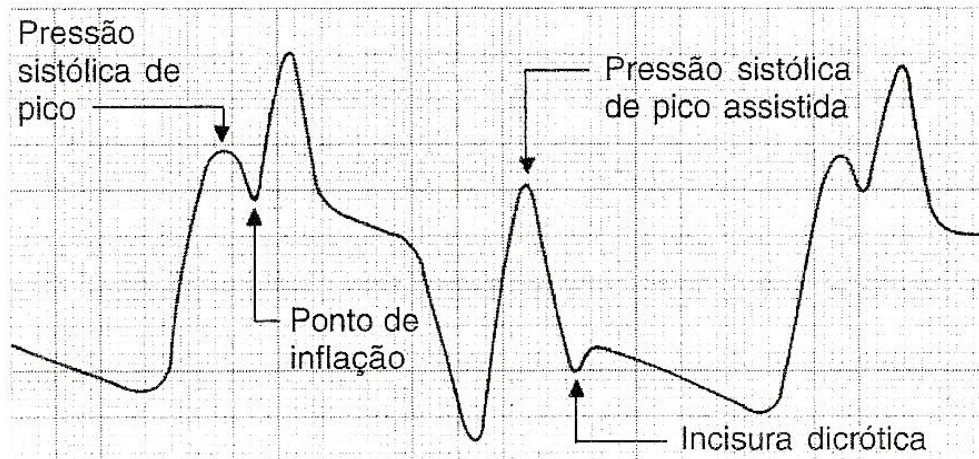


Figura 6 – Insuflação Precoce.

- INSUFLAÇÃO TARDIA

O BIA não insufla imediatamente após o encerramento da válvula aórtica levando a que o ponto de insuflação ocorra depois do nó dicrótico. Assim, na curva de pressões, o ponto de insuflação e o nó dicrótico criam um formato de “W”, levando a que os efeitos terapêuticos sejam reduzidos com:

- . Diminuição do tempo diastólico em que a pressão é aumentada;
- . Diminuição do tempo de aumento da perfusão coronária;
- . Diminuição da pressão de enchimento coronária;
- . Diminuição do pico de pressão diastólica.

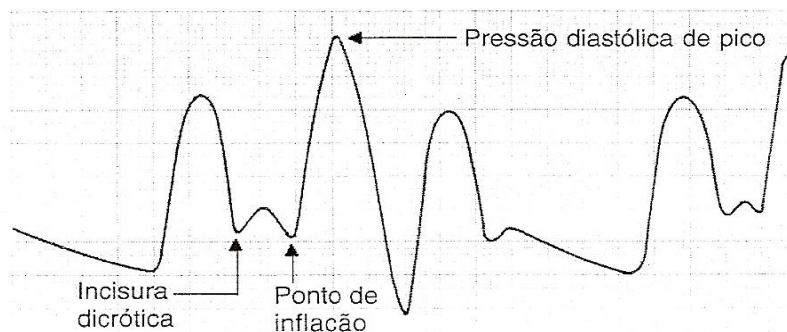


Figura 7 – Insuflação Tardia.

- DESINSUFLAÇÃO PRECOCE:

O BIA desinsufla precocemente, antes da abertura da válvula aórtica levando a que a aorta fique preenchida de sangue antes da sístole ventricular. Na curva de pressões vai então surgir um formato de “U” e a pressão sistólica de pico é menor ou igual à pressão sistólica de pico assistida. Isto vai conduzir à anulação do efeito hemodinâmico pretendido porque não vai ocorrer:

- . Redução da pós-carga;
- . Redução do consumo de oxigénio pelo miocárdio;

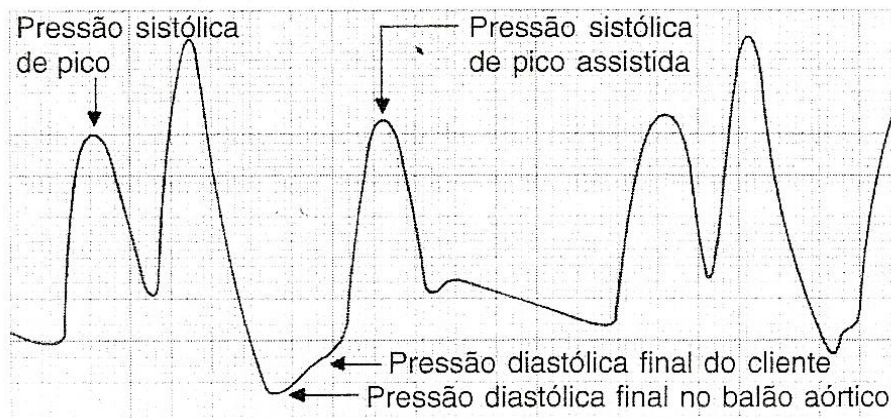


Figura 8 – Desinsuflação Precoce.

- DESINSUFLAÇÃO TARDIA:

A insuflação prolonga-se até à sístole e vai ocorrer um atraso na abertura da válvula aórtica, impedindo a ejeção ventricular. Na curva de pressões vai-se visualizar que a pressão sistólica de pico excede a pressão sistólica de pico assistida, que vai provocar:

- . Diminuição do volume de ejeção;
- . Aumento da pós-carga;
- . Aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio;
- . Aumento da carga de trabalho cardíaco.



Figura 9 – Desinsuflação Tardia.

2.2 - A ESCOLHA DO ESTÍMULO

O estímulo, também designado por trigger, segundo Alves et. al. (2004: 37) “é o evento que permite ao BIA identificar a fase do ciclo cardíaco (início da sístole) em que deve desinsuflar. Esta desinsuflação pode ser desencadeada por vários estímulos fisiológicos”, em que os mais frequentes são:

- . QRS ou onda R: a desinsuflação acontece antes da onda R. Insufla após a onda T e desinsufla após a onda P.
- . Pressão arterial: a desinsuflação ocorre no início da subida da onda de pressões. Esta situação não é recomendada em situações de ritmos irregulares.
- . Pacemaker: o spike ventricular funciona como estímulo para a desinsuflação.
- . Interno: este é utilizado em situação de by-pass cardiopulmonar ou de paragem cardíaca. Funciona com um ritmo pré-programado, dependente da relação sístole/insuflação selecionada.

O trigger mais frequentemente utilizado é a onda R. No entanto, a seleção do trigger deve ser efetuada de acordo com o estímulo que permite melhor sincronização do BIA.

3-CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com Paulino et. al. (1998: 203), os cuidados de enfermagem “visam auxiliar o trabalho cardíaco diminuindo a pós-carga, permitindo o aumento da perfusão arterial

coronária e cerebral através de uma elevação da pressão diastólica na aorta, o aumento da perfusão tecidual sistêmica e prevenir complicações”.

Antes da colocação do BIA:

- Manter ambiente calmo e confortável;
- Explicar ao doente a sua situação clínica e a necessidade de colocar o BIA, assim como a colaboração desejada;
- Administrar terapêutica ansiolítica ou sedativa, e antibiótica segundo prescrição médica (para prevenção de Endocardite);
- Preparar o material necessário, sendo ele:
 - Kit de BIA,
 - Tabuleiro de BIA,
 - Consola de Contra Pulsação,
 - Luvas esterilizadas,
 - Compressas,
 - Campos esterilizados,
 - Solução alcoólica Iodada,
 - Lâmina de bisturi,
 - Seda 2/0,
 - Testar e manter operacional todo o equipamento,
 - Verificar o volume de hélio na garrafa.
- Avaliar os parâmetros vitais do doente;
- Avaliar nos dois membros inferiores os pulsos popliteo, tibial posterior e pedioso, coloração e temperatura;
- Posicionar o doente em decúbito dorsal;
- Tricotomizar se necessário, desde o terço médio das coxas até às cristas ilíacas.

Durante a colocação do BIA:

Colaborar com o Médico e fazer observação intensiva do doente, relativamente a:

- Estado de consciência;
- Coloração da pele e mucosas;
- Estado hemodinâmico;
- Frequência respiratória;

- Diurese;
- Evidência de dor aguda;
- Colocar cabo ECG do BIA e proteger elétrodos com adesivo (Para evitar que se retirem os elétrodos que dão sinal ao BIA).

Após Inserção e durante Manutenção do BIA:

- Realizar penso cirúrgico;
- Despistar sinais de hemorragia (local de inserção do cateter, gengivorragias, hematúria macroscópica, drenos torácicos);
- Durante a permanência do BIA o doente deve estar hipocoagulado com heparina em perfusão;
- Avaliar APTT, antes do início da perfusão e manter essa avaliação durante a perfusão;
- Fazer avaliação horária e em SOS do estado de perfusão (pulsos periféricos, cor e temperatura) do membro inferior do lado em que está colocado o cateter, comparando-o com o outro membro; Pode estar diminuído no membro em que está colocado.
- Avaliar continuamente parâmetros vitais (TA,FC, ritmo e temperatura axilar);
- Verificar onda e ritmo do BIA (avaliando o correto posicionamento do BIA);
- Avaliar o pulso radial esquerdo e débito urinário de hora a hora(Para despistar migração do balão a montante, ocluindo a artéria subclávea esquerda, ou a jusante comprometendo a circulação renal);
- Vigiar a presença de ruídos peristálticos (para despistar isquemia da artéria mesentérica);
- Vigiar estase gástrica, se distensão gástrica, colocar sonda nasogástrica;
- Fazer alternância de decúbito dorsal com semidorsal, sem fazer a flexão da artilação coxofemural do lado da inserção do cateter;
- Elevar a cabeceira do doente até ao máximo 30° (para evitar que o cateter se dobre);
- Explicar ao doente a razão da limitação dos movimentos no membro inferior onde está o cateter;
- Ensinar ao doente os movimentos que pode realizar com o membro do lado da inserção do cateter (flexão e extensão plantar, rotação interna e externa do pé, adução e abdução);
- Providenciar radiografia ao torax, logo após inserção do BIA, e depois diariamente (visualizar o correto posicionamento do balão);
- Vigiar o sincronismo do funcionamento do BIA;

Como Remover o BIA:

O BIA não se retira de um dia par o outro, tem que se fazer o desmame, que consiste em:

- Diminuir o número de ciclos assistidos pelo balão;
- Diminuição progressiva da insuflação do balão, verificando como o organismo e ventrículo esquerdo vai reagindo;
- Avaliar todos os parâmetros hemodinâmicos de hora a hora e sempre que necessário quando houver ajustes no modo de contrapulsção.

Retirar o BIA:

- Preparar o material necessário:
 - Cateter de Fogarty, se introdução por desbridamento,
 - Luvas esterilizadas,
 - Lâmina esterilizada,
 - Compressas e campos esterilizados,
 - Compressómetro e peso, se introdução por técnica de Seldinger,
 - Solução alcoólica Iodada.
- Parar a perfusão de heparina, cerca de 4 a 6 horas antes, segundo indicação médica;
- Fazer compressão durante 30 a 40 minutos com o compressómetro;
- Após retirar o compressómetro, fazer penso compressivo que deve ser mantido por 24 horas, colocando também peso/ saco de areia de 2 Kg por 4 a 6 horas;
- Manter a avaliação dos parâmetros hemodinâmicos de hora a hora e SOS;
- Vigiar penso de hora a hora nas primeiras 4 horas;
- Vigiar o estado de perfusão (pulsos periféricos, cor e temperatura) do membro envolvido de 15 em 15 minutos na 1ª hora e depois de hora a hora e durante durante 4 horas;
- Fazer ensino ao doente sobre os cuidados a ter com o membro envolvido nas 1ªs 6 horas (não fazer movimentos bruscos, nem bruscos com o membro, não fletir a articulação coxofemural, fazer adução e abdução, contração e relaxamento dos gémeos e flexão e dorsiflexão do pé, prevenindo hemorragias e acidentes troboembólicos.

4- CONCLUSÃO

Após ter realizado este trabalho e toda a pesquisa que o envolveu, tenho consciência da complexidade deste tema e da sua atualidade.

Penso que consegui transmitir de forma clara mas completa, os princípios relativos ao funcionamento desta técnica de suporte hemodinâmico mecânico.

Espero ter transmitido conhecimentos que permitam aos enfermeiros que cuidam de doentes com BIA, ter consciência da extrema importância do papel do enfermeiro no ensino do doente e na vigilância intensiva, permitindo a prevenção de complicações, realizando intervenções de enfermagem adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Alfredo Argulho; ROCHA, António Sousa; FERREIRA, José David Santos – O Balão Intra-Aórtico: da teoria aos Cuidados de Enfermagem. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 126 (outubro 1998), p. 38-45.

ALVES, Alfredo Argulho; ROCHA, António Sousa; FERREIRA, José David Santos – O Balão Intra-Aórtico: Intervenções de Enfermagem. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 53 (março 2004), p. 34-39.

GONÇALO, Marisa – Balão Intra-Aórtico: cuidados de enfermagem. Comunicar. Centro Hospitalar Do Nordeste, EPE. Nº 1 (janeiro /março 2007), p. 20-21.

MOREIRA, Márlea Chagas; SOUSA, Sónia Regina – Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Tradução de Nursing Procedures and Protocols. ISBN 85-277-1090-0.

PAULINO, Cristina Duarte; TARECO, Ilda Costa; ROJÃO, Manuela – Técnicas e procedimentos de enfermagem. 1ª ed. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 1998. ISBN 972-8485-00-X.

SCHELL, Hildy M.; PUNTILLO, Kathleen A. - Segredos em Enfermagem na terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed, 2005. Trad. de Regina Garcez. ISBN 85-363-0243-7.

ANEXO III – Recensão Crítica: PAVM

RECENSÃO

Cândida Filipa da Costa Melo Paulo, Mestranda em Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa – Porto

CLINICAL REVIEW: NON-ANTIBIOTIC STRATEGIES FOR PREVENTING VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA. Ricard Ferrer e Antonio Artigas. *Critical Care*. (2002)

O artigo em causa remete-me para um tema de crescente atualidade e uma preocupação dos profissionais de saúde, a pneumonia associada á ventilação mecânica (PAVM), uma forma de pneumonia nosocomial. Este tipo de infeção insere-se no grupo das Infeções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), conceito adotado pela Direção Geral de Saúde (2008), que se define por uma infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários).

De acordo com o documento de consenso sobre pneumonia nosocomial, emanado pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), a pneumonia nosocomial caracteriza-se por uma infeção que surge após 48 horas de internamento e após início da ventilação mecânica, não existindo á data de admissão do doente. Segundo a SPCI (2007), a incidência desta pneumonia nosocomial é de 5 a 15 casos por 1000 habitantes. A mesma fonte diz ainda que esta infeção representa a segunda infeção mais frequente a nível hospitalar, a seguir á infeção urinária. O aumento da mortalidade é realmente um fator importante a considerar como nos refere o autor. Dados de 2007 da SPCI, comprovam que esta representa 33 a 50% das mortes, em ambiente hospitalar. Associada a outros fatores de mau prognóstico, estes valores podem variar.

Os custos que esta representa, quer ao nível do aumento do tempo de internamento, quer pelo aumenta da morbilidade e mortalidade destes doentes, podem ser reduzidos através de medidas preventivas, sem recorrer ao uso de antibióticos. Esse é o tema central deste artigo. Sem dúvida que a prevenção é muito importante e é por isso que a informação adquirida no sentido de mudar atitudes é crucial. Em Portugal algumas mudanças têm sido implementadas, no sentido de prevenir o aparecimento

destas infeções e assegurar a Vigilância Epidemiológica (VE) destas, para poderem ser estabelecidas medidas preventivas eficazes de combate á PAVM. No caso específico dos Cuidados Intensivos, onde normalmente surgem estas infeções associadas á ventilação, a DGS (2008) estabeleceu Programa de VE das infeções em Unidades de Cuidados Intensivos – HELICS – UCI – *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*.¹. Este programa é de cariz europeu (VE em rede europeia), aplica-se às UCI de nível III e destina-se a obter dados estatísticos sobre estas IACS, onde se insere a PAVM e sensibilizando os profissionais de saúde para a adoção de medidas de controlo da IACS, cumprimento das normas de boas práticas e melhorar a qualidade da colheita e registo de dados.

Relativamente a medidas preventivas, são aplicáveis a vários níveis, pretendendo atuar nos vários elos da cadeia infecciosa e nos mecanismos fisiopatológicos da PAVM. A prevenção é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Importa salientar ainda algumas diretrizes de procedimento, aconselhadas pela DGS (2008): cumprir as normas e orientações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI), na sua prática clínica, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS; demonstrar interesse e participar na formação e informação nesta área. Da sua intervenção depende a real prevenção das IACS e a segurança clínica; envolver-se na discussão das recomendações de boa prática, emanadas pela CCI e cumprir as mesmas; conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios de transmissão cruzada da infeção e conhecer as medidas básicas de prevenção e controlo da IACS a aplicar em todas as situações.

Voltando ao artigo, relata que o uso de medidas de precaução e segurança como as luvas e a lavagem das mãos representam uma das mais essenciais e eficazes barreiras á infeção.² A orofaringe representa um bom meio de colonização e muitas das pneumonias nosocomiais são adquiridas através de micro-organismos residentes nesta (Brum, 2004). A eficácia do uso da clorexidina nos cuidados orais ao doente, na prevenção das PAVM, tem sido alvo de vários estudos. Segundo um artigo de revisão³ que analisou oito estudos indexados do Medical Literature Analysis, Retrieval System, Cumulative Index to Nursing e Allied Health Literature, em sete (87,5%) desses estudos, a clorexidina diminuiu a colonização da orofaringe e em quatro (50%) houve

¹ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. DGS. (2008). pp. 13-14.

² NHS FoundationTrust Critical Care Services. (2006). **Guidelines for use in critical care.**

³ Beraldo. (2008) **Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.**

redução da PAVM. A clorexidina parece diminuir a colonização, podendo reduzir a incidência desta infecção. Também o trato gastrointestinal se apresenta como causa importante de PAVM. A prevenção de úlceras de stress, o pH do estômago quando ácido, aumenta a possibilidade de colonização também a este nível, sendo um fator de risco. Também a distensão e estase gástrica permite a proliferação de bactérias, mas o manuseamento do trato gástrico com sondas também aumenta o risco e favorece o aparecimento de biofilme em volta da sonda naso ou orogástrica. Outro aspeto a considerar é a nutrição, como referido no artigo. Não só a má nutrição favorece a infecção sendo uma comorbilidade, como também o manter a funcionalidade do tubo digestivo diminui a possibilidade de translocação bacteriana. Daí ser muito importante o estado nutricional do doente e iniciar alimentação artificial, de preferência entérica logo que possível.

Medidas simples como o posicionamento também interferem com a prevalência de infecção. O decúbito dorsal, favorece a acumulação e passagem de secreções contaminadas á volta do tubo, daí ser importante a elevação da cabeceira a 30 a 45°, se não houver contraindicação (Brum, 2004). O manuseamento da via aérea também exige cuidados como refere o autor, a aspiração de secreções exige do enfermeiro cuidados de assepsia, não aumentando o risco de colonização. O próprio tubo traqueal é um meio contaminado e por vezes a técnica de aspiração pode resultar no deslocar de bactérias para as vias aéreas inferiores. A entubação prolongada, revela-se um fator primordial na aquisição de PAVM, sendo que representa uma invasão, logo uma porta de entrada! Quanto aos tubos traqueais tem sido estudado (Tamar, 2009)⁴, o uso de prata impregnada nestes, como forma de reduzir a produção de biofilme em volta, reduzindo a incidência da pneumonia através da entubação traqueal. Mas ainda não á evidência científica desta hipótese. Também os circuitos do ventilador representam um foco de infecção, devendo ser substituídos conforme protocolos instituídos. O uso de sedação em doentes ventilados deve ser criteriosamente ajustado. O aliviar a sedação por períodos, revelou-se numa diminuição do tempo de ventilação e diminuição do tempo de internamento.

Sempre que possível aplicar a ventilação não invasiva, (SPCI, 2007), não comprometendo as barreiras naturais, também não representa um meio de colonização, nem uma porta de entrada! Este artigo faz uma revisão de medidas de prevenção da

⁴ Tamar. (2009). Protection against Ventilator-Associated Pneumonia by Silver Coated Endotracheal Tubes: Na Unresolved Issue. Critical Care

PAVM, sem recurso a uso de antibióticos. Como profissional de enfermagem e numa perspetiva de enfermagem avançada, julgo que este artigo é interessante, para os enfermeiros que trabalham em Cuidados Intensivos e lidam com doentes ventilados. Pois grande parte das medidas aqui referenciadas interfere com a prática de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brum, G.F. (2004). **Pneumonia nosocomial no doente ventilado, alguns aspetos da fisiopatologia.** Revista Portuguesa de Pneumologia, N° X, pp. 59-61

Paiva, J.A. et all. (2007). **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PNEUMONIA NOSOCOMIAL – Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.** Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, Vol 13, N° 3, pp.7-30.

Urden, L.D. et all (2008). **Thelan's - Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção.** 5ª Ed. Lusodidacta. Lisboa.

Fauci, A.S. et all (1998). **Harrison- MEDICINA INTERNA.** Vol II. 14ª Ed. Mc Graw Hill. Rio de Janeiro

Sites consultados:

Tamar, F. et all. (2009). **Protection against Ventilator-Associated Pneumonia by Silver Coated Endotracheal Tubes: Na Unresolved Issue.** Critical Care. Consultado a 10 de Junho de 2009 em : <http://enfermagem-intensiva.com>

Ministério da Saúde. (2008). **Programa Nacional de Prevenção e Controla da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização.** Consultado a 27 de junho de 2009 em <http://www.dgs.pt>