



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

por Ana Paula Ferreira Lopes Morais

Viseu, 24 de Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para

obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem

Médico - Cirúrgica

por Ana Paula Ferreira Lopes Morais

Sob orientação da Professora Teresa Borges

Viseu, 24 de Junho de 2011

RESUMO

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentado pela Universidade Católica, Centro Regional das Beiras visa o desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem ao doente adulto ou idoso, especializados na assistência ao doente em estado grave.

A realização deste curso deveu-se à necessidade de adquirir novos conhecimentos que permitissem melhorar o desempenho profissional no atendimento ao doente crítico no Bloco Operatório Central, local onde exercemos funções. Pretendeu-se também conhecer a realidade profissional/institucional, especialmente a articulação entre serviços, que é o reflexo da continuidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

No terminus do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, a apresentação do Relatório final da prática clínica será objecto de discussão pública. Este Relatório foi elaborado sob orientação da Professora Enfermeira Teresa Borges.

O Estágio foi realizado no Hospital de São Teotónio E.P.E. – Viseu, protocolado com a UCP/ESPS, orientado pela professora e tutorado por enfermeiros especialistas, com experiência profissional relevante na área. A sua estruturação assenta em 3 Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência Geral de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de 03 de Janeiro a 28 de Fevereiro de 2011; Módulo III – Opcional – Bloco Operatório Central, creditado por já possuir competências na assistência ao doente crítico, desenvolvidas em contexto profissional.

A redacção do Relatório pretende, com a revisão bibliográfica, a descrição e reflexão das actividades realizadas durante o Ensino Clínico, demonstrar como o aluno foi capaz de identificar problemas e apresentar soluções, de reflectir acerca das acções realizadas e suas implicações ético-sociais, de comunicar adequadamente as suas conclusões. Desta forma, o Relatório constitui um bom instrumento de avaliação no contexto da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, dando resposta ao objectivo geral do Curso, subjacente ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e ético-relacionais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializada ao doente crítico.

Os campos de estágio revelaram-se extremamente gratificantes e enriquecedores, por nos dotarem de uma atitude própria de aquisição de capacidades perante o doente crítico, concordantes com os objectivos do Curso e com as competências de Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

The Master's degree of a professional nature, in the area of Medical-Surgical Nursing, presented by the Catholic University, Centro Regional das Beiras, aims to develop skills for advanced nursing care to the sick and elderly adults, especially directed to assist the patient in serious condition.

This course was due to the need to acquire new knowledge able to improve performance in the care of critical patients in the Surgical Room, where I exercise functions. It was intended to know the professional/institutional reality, especially the interaction between services, which reflects the continuity of care provided by health professionals.

At the end of the course that leads to the Master's degree, the final report, regarding the clinical practice, will be submitted to public discussion. This report was performed under the guidelines of Nursing Teacher Teresa Borges.

The clinical teaching was conducted at São Teotónio Hospital - Viseu, filed with the Catholic University/ESPS, guided by the nursing teacher and tutored by specialist nurses, with relevant work experience in the area. Its structure is based on three modules: Module I – General Emergency Department, from 26 April to 26 June 2010; Module II - Intensive Care Unit, from 03 January to 28 February 2011; Module III - Optional - the Surgical Room, it is already credited because I have developed skills in the care of critically patients in professional work.

The wording of the report aims, through bibliographic review, the description and discussion of developed activities, to demonstrate how the student was able to identify problems and solutions, to reflect on the actions undertaken and their ethical and social implications, and communicate their findings. Thus, the Report is an assessment tool in the context of Post-Graduate Specialization in Nursing, responding to the general objective of the course, underlying the development of scientific, technical, ethical and relational abilities to provide specialized nursing care to critical patients.

The Clinical teaching locals proved to be extremely rewarding and enriching. I acquire a proper attitude of learn and develop critical care skills, consistent with the objectives of the course and the Specialist Nurse abilities.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não existiria sem o contributo de muita gente a quem gostaríamos de dar os nossos sinceros agradecimentos:

À nossa orientadora Professora Teresa Borges, que aceitou orientar o Ensino Clínico e este Relatório Final pelo seu apoio e disponibilidade bem como as suas imprescindíveis observações.

Aos meus Tutores Enfermeiros: Anabela Antunes, Fernando Pina, Ana Amaral, Lurdes Mamede e Jorge Moita por tudo o que nos ensinaram e pela confiança depositada, o que fez brotar a confiança de que seria capaz. Muito mais que enfermeiros especialistas, eles foram pessoas que jamais esquecerei.

A todos meus amigos, pelos bons momentos partilhados, de descontração, pelos conselhos e troca de experiências.

À minha família que esteve presente, nos momentos mais difíceis e me deu o apoio necessário para completar este caminho académico.

A todos os que, directamente ou indirectamente, com a sua ajuda e boa vontade, contribuíram para a concretização deste trabalho.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

BOC	Bloco Operatório Central
CEEMC	Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CPR	Conselho Português de Ressuscitação
CVC	Cateter Venoso Central
DEP	Departamento de Educação Permanente
DGS	Direcção Geral da Saúde
EACH	European Association for Children in Hospital
ECTS	European Credit Transfer System
EEMC	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
ERC	European Resuscitation Council
ESPS	Escola Superior Politécnica de Saúde
HSTV	Hospital São Teotónio, EPE, Viseu
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCR	Paragem Córdio-Respiratória
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SUG	Serviço de Urgência Geral
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica Portuguesa
VVS	Via Verde Sépsis

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS	7
0.INTRODUÇÃO	8
1.COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA	11
2.CARACTERIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	18
2.1.MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	18
2.2.MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE...19	
3.OBJECTIVOS DEFINIDOS PARA O ENSINO CLÍNICO	22
3.1.REALIZAR A GESTÃO DOS CUIDADOS NA ÁREA DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	23
3.1.1.Gerir recursos materiais.....	24
3.1.2.Gerir recursos humanos.....	28
3.1.3.Gerir cuidados de enfermagem.....	31
3.2.DEMONSTRAR CAPACIDADES DE TRABALHAR, DE FORMA ADEQUADA, NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR.....	35
3.3.REFLECTIR NA E SOBRE A SUA PRÁTICA, DE FORMA CRÍTICA.....	38
3.4.PROMOVER A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	45
4.CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	60

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I	PLANTA FÍSICA DO SUG
ANEXO II	PLANTA FÍSICA DA UCIP
ANEXO III	CHECKLIST DE MATERIAL DA SALA DE EMERGÊNCIA
ANEXO IV	POSTER “10 REGRAS DE OURO”
ANEXO V	DESDOBRÁVEL “GUIA DO ACOMPANHANTE”
ANEXO VI	ARTIGO “A CRIANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE ADULTOS”
ANEXO VII	ARTIGO “CUIDAR EM CUIDADOS INTENSIVOS”
ANEXO VIII	FORMAÇÃO EM SERVIÇO “COMUNICAÇÃO, COOPERAÇÃO E TRABALHO DE EQUIPA Plano de Sessão Declaração da Acção de Formação
ANEXO IX	POSTER “VVS” Certificado de presença de Jornadas Certificado do poster
ANEXO X	FORMAÇÃO EM SERVIÇO “COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO” Plano de Sessão Declaração da Acção de Formação
ANEXO XI	CONFERÊNCIA “TERAPIA E ESPIRITUALIDADE” Plano de Sessão Autorização do Conselho de Administração para utilização do auditório do HSTV Fotografias da Conferência Declaração da Conferência
ANEXO XII	POSTER “ALGORITMO SAV (ADULTO)

0.INTRODUÇÃO

Com a globalização a que assistimos e com a integração na União Europeia, tornou-se necessária a adopção de estratégias que permitissem compreender e uniformizar as qualificações pessoais entre os diversos países e as diversas organizações de ensino e laborais. Para que tal acontecesse, foi definido o Processo de Bolonha, em 1999.

Em Portugal, este processo, implementado pelo Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de Março, implicou uma mudança obrigatória do paradigma educacional. Se até então se valorizava o ensino de conteúdos através de uma participação reduzida dos alunos, o processo passou a valorizar a aprendizagem através da participação activa dos agentes envolvidos na formação e no processo de construção de competências. Deste modo, o processo de aprendizagem resulta não só da aquisição de conhecimentos, mas também, e principalmente, da reflexão-acção dos estudantes na sua prática de trabalho, orientados por um professor. O Processo de Bolonha vem fomentar, então, a auto-aprendizagem e a formação contínua ao longo da vida.

Para colmatar necessidades profissionais e pessoais, realizámos um curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujo regulamento geral foi aprovado pela Portaria 268/2002 de 13 de Março. Esta formação pós-graduada conferiu-nos a obtenção do título de enfermeiro especialista.

Neste contexto, quando adquirido um Curso de Especialização em Enfermagem com currículo de 90 créditos ECTS, com objectivo de desenvolver competências para a prática de enfermagem numa área de especialidade e onde inclui um estágio e respectivo relatório (45 créditos) é conferido ao formado o grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com o artigo 18º, nº4, do Decreto-Lei 74/2006, na respectiva área de especialização.

Assim, este Relatório é considerado um factor preponderante na avaliação do formando com o propósito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Como requisito obrigatório à atribuição deste grau, o Instituto de Ciências da Saúde da UCP exige que o Relatório final da prática clínica seja objecto de discussão pública.

A prática clínica descrita neste Relatório traduziu-se num **percurso de construção de competências** técnico/científicas, humanas e culturais que resultaram da integração e articulação entre os conhecimentos teóricos e práticos do Curso, com a experiência pessoal e profissional, permitindo uma melhor prestação de cuidados de enfermagem especializada ao doente crítico. Em Enfermagem, a prática *“coloca os profissionais face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, o que exige a mobilização de competências individuais e específicas que permitem responder à diversidade das situações”* (D’Espiney, in Caetano, 2003:274).

A selecção dos ensinamentos clínicos, feita pela UCP, revelou-se muito profícua pelas oportunidades de contacto com a prática clínica, que constituíram, por isso, óptimos momentos de aprendizagem e aperfeiçoamento dos saberes adquiridos, de análise e reflexão da prática de cuidados. Contribuíram para a realização pessoal dando, deste modo, um novo sentido ao percurso profissional.

Os ensinamentos clínicos no âmbito do CEEMC foram realizados no HSTV, num total de 180 horas cada um, dos quais:

- Módulo I – Serviço de Urgência Geral, decorrido de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010;
- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, de 03 de Janeiro a 28 de Fevereiro de 2011;
- Módulo III – Opcional. Este módulo foi creditado através da certificação das competências adquiridas pela experiência profissional de enfermeira péri-operatória, no BOC do HSTV, desde 17 de Junho de 1997. À enfermagem péri-operatória corresponde o acompanhamento do doente na sua experiência cirúrgica pré, intra e pós-operatória e o desempenho de funções de enfermeira de Anestesia, Circulante, Instrumentista e de Recobro. Este percurso profissional permitiu desenvolver conhecimentos e competências em diversas áreas médicas e cirúrgicas na assistência ao doente crítico. Assim, foi-nos conferida creditação ao abrigo do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de Março, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho.

Nos ensinamentos clínicos, o enfermeiro deve adquirir capacidades para desenvolver as competências de um especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como foi

referenciado pela Ordem dos Enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009), e actualmente definido no Regulamento nº 122/2001.

Ao longo dos ensinamentos clínicos procurou-se observar com atenção e reflectir, interpretar e compreender a realidade observada, segundo objectivos previamente definidos, agindo e planeando actividades adequadas aos problemas detectados, de acordo com a metodologia de um trabalho de projecto (Cortesão et al, 2002). Um trabalho de projecto fomenta a autonomia e a auto-aprendizagem, desenvolvendo capacidades através das situações reais (contexto de trabalho). Com este tipo de projectos pretende-se adquirir e desenvolver saberes de natureza cognitiva e socio-afectiva, previamente definidos no Projecto de Estágio.

Com este trabalho pretende-se descrever, analisar e reflectir sobre o percurso pessoal no decorrer dos Ensinamentos Clínicos referidos, como meio de enriquecimento pessoal e profissional, na construção de competências sólidas. Deste modo, o presente documento pretende alcançar os seguintes objectivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos sobre o contexto das práticas clínicas em EMC;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da EEMC;
- Assegurar a aquisição de competências científicas/técnicas humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados na EEMC;
- Contribuir, como profissional de saúde e cidadã, para a melhoria da saúde;
- Contextualizar as actividades desenvolvidas no âmbito dos ensinamentos clínicos;
- Reflectir analisando criticamente o desempenho pessoal, tendo por base os objectivos propostos no Projecto de Estágio;
- Funcionar como instrumento de avaliação, para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem.

Este trabalho foi estruturado segundo a metodologia descritiva e reflexiva, e tem como estratégia de suporte a pesquisa bibliográfica. Assenta em cinco partes principais ou capítulos: a primeira é constituída pela presente introdução; na segunda parte, reflecte-se, de modo geral, sobre o modo de construção de competências e apresentam-se as competências do enfermeiro especialista na área da EMC; a terceira caracteriza e



descreve o Ensino Clínico que abrange o Módulo I e Módulo II; a quarta corresponde à descrição dos objectivos do CEEMC, segundo a UCP, com referência das actividades desenvolvidas durante os ensinos clínicos e respectiva reflexão crítica; a última parte será constituída pela conclusão, onde se abordarão as principais conclusões e reflexões deste trabalho, dos ensinos clínicos e do CEEMC.

1. COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A sociedade actual, avançada tecnológica e cientificamente, valoriza o desenvolvimento de competências dos diversos profissionais, levando-os a investir em diferentes áreas que lhes permitam aprender e aprofundar capacidades, mais ou menos diversificadas, com vista à construção de competências sólidas.

O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual fruto das diferentes condições em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e pela experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Então, para a enfermagem, o âmbito das competências assenta na prestação de cuidados em busca da excelência. Mas, importa esclarecer, antes de mais, o significado de competência.

“A competência permite agir e/ou resolver problemas de forma satisfatória num contexto particular ao mobilizar diversas capacidades de maneira integrada” (Bellier, 2001:244), capacidades essas que abrangem o saber, o saber-estar, o saber-fazer e o saber-ser. Para além disso, a competência é *“um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação empírica inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de formação empírica e não sistemática, que se manifestam em situações concretas de trabalho”* (Pires, 1994:8), realçando a importância da experiência no desenvolvimento de competências.

Na área da Enfermagem, também Patrícia Benner (2001), no seu trabalho de investigação sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, conclui que a prática clínica permite desenvolver competências.

As competências de um enfermeiro, são entendidas como *“fenómeno multidimensional, complexo (...) definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de*

forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (2003, in Mendonça, 2009:52).

Mediante a prática de cuidados de enfermagem, depressa se percebe que para além de competências de natureza técnico-científica, o enfermeiro precisa de desenvolver competências relacionais, uma vez que o seu objecto de cuidados é o Ser Humano e é nesta área de competências que pode desenvolver a maioria das suas intervenções autónomas¹. Assim, para que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda deve ter em conta alguns elementos considerados essenciais por Walter Hesbeen (2000), tais como a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade ou a autenticidade.

No entanto, actualmente tem vindo a ser valorizada uma outra competência: a competência emocional. Esta diz respeito à Inteligência Emocional, ou seja, à *“capacidade que cada ser humano possui para lidar com as suas emoções e com as dos outros que o rodeiam, percepcionando-a, assimilando-a, compreendendo-a e raciocinando com ela de forma a saber regulá-la e adequá-la às suas decisões pessoais e profissionais”* (Mendonça, 2009:56). Desta forma, as pessoas com esta competência têm elevadas capacidades de comunicação, empatia, solidariedade, criatividade ou responsabilidade, tão necessárias ao exercício de cuidados de enfermagem de qualidade.

Em suma, pode afirmar-se que as competências resultam da integração e articulação entre os conhecimentos teóricos e práticos, e a experiência pessoal e profissional de cada um, permitindo-lhe agir da forma mais correcta numa determinada situação.

A definição de competências de um determinado grupo, neste caso os enfermeiros, confere-lhe autonomia e responsabilidade profissional que lhes permite a criação de uma identidade própria e reconhecida, quer pelos doentes, quer por outros profissionais. Mas, para que tal aconteça, é necessário que a Enfermagem tenha um corpo sólido de conhecimentos próprios, baseados na investigação sobre a sua prática de prestação de cuidados (Costa et al, 2004). Será também necessário que os enfermeiros apostem na formação contínua, em serviço e/ou em contexto escolar, como modo de procura de cuidados de excelência, que permitam simultaneamente a emancipação e

¹ **Intervenções autónomas** são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (REPE, in OE, 2005:384).

afirmação da Enfermagem perante as constantes tentativas de desvalorização e até de apropriação do seu corpo de conhecimentos e esfera de actuação, por parte de outras profissões já existentes ou técnicos de saúde que começam a existir.

A luta dos enfermeiros na afirmação das suas competências deverá passar, não só pela valorização económica e social da comunidade em geral, mas também pela sua auto-valorização como profissional indivíduo e classe, através da realização de intervenções interdependentes fundamentadas e intervenções autónomas. Estas permitem o reconhecimento de uma área própria de actuação, mas são, algumas vezes, descuradas, esquecidas ou delegadas a outros, dificultando a construção de uma identidade profissional há muito desejada.

Perante tudo o que foi referido, é necessário que se definam as competências dos enfermeiros, o que se encontra já regulamentado em Diário da República, quer do Enfermeiro de Cuidados Gerais, quer do Enfermeiro Especialista, nas mais diversas áreas, que decorre do aprofundamento dos domínios de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. De acordo com o âmbito deste trabalho,

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

(DR II Série, N°122/2011, de 18 de Fevereiro)

Assim, do enfermeiro especialista é esperado um elevado julgamento clínico e tomada de decisões, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são:

- **Responsabilidade profissional, ética e moral** – inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- **Melhoria contínua da qualidade** – o enfermeiro desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora em programas de melhoria contínua de qualidade e cria/mantém um ambiente seguro;

- **Gestão dos cuidados** – o enfermeiro especialista gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados;

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** – o enfermeiro desenvolve o auto conhecimento e a assertividade, e baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Por sua vez, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, determina que

“os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total...”

(DR II Série, Nº 124/2011, de 18 de Fevereiro)

Para alcançar esta recuperação do doente, são necessárias competências específicas. Assim, o enfermeiro especialista:

a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, devendo para isso:

- ◆ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

- ◆ Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;

- ◆ Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa, otimizando as respostas;

- ◆ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, bem como doença crónica e/ou paliativa;

- ◆ Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

- ◆ Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica bem como a doença crónica e/ou paliativa.

b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, através da:

- ◆ Colaboração na concepção dos planos de catástrofe ou emergência;
- ◆ Colaboração no planeamento à resposta perante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe;
- ◆ Gestão dos cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe.

c) Maximiza a intervenção da prevenção e controle da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

- ◆ Participando no plano de prevenção e controle da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica ou de doença crónica e/ou paliativa;
- ◆ Desenvolvendo procedimentos de controlo de infecção, de acordo com normas de prevenção designadamente das infecções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa crítica e/ou falência orgânica ou de doença crónica e/ou paliativa.

Com vista ao desenvolvimento destas competências e no âmbito do Curso de EEMC, foram definidos objectivos gerais e respectivos objectivos específicos, de modo a orientar o percurso de construção de novas competências. A reflexão sobre o grau de consecução de cada objectivo constará no capítulo 3 deste trabalho.



2. CARACTERIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

No âmbito do ensino clínico decorrido no Serviço de Urgência Geral (Módulo I) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Módulo II) do HSTV procedeu-se à caracterização geral de cada serviço para facilitar a compreensão das actividades desenvolvidas, descritas no capítulo seguinte.

2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O Serviço de Urgência Geral é uma unidade equipada e organizada para receber pessoas em situação de urgência² e emergência³, da área médico-cirúrgica, e integra o grupo de serviços de urgência do HSTV, juntamente com o Serviço de Urgência Pediátrica e com o Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica.

Com a definição da Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e consequente hierarquização dos Serviços de Urgência Geral (DGS, 2001b), o Serviço de Urgência do HSTV foi considerado um Serviço de Urgência Polivalente. No entanto, em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências considerou que este serviço precisava ainda de reestruturar e aumentar as instalações físicas para que se verifiquem todos os critérios de Serviço de Urgência Polivalente.

O SUG localiza-se no 2º piso do HSTV, tendo acesso directo do exterior pela parte posterior do edifício. O seu espaço físico é fruto de diversas requalificações no sentido de melhor responder às exigências que vão surgindo. Este serviço está organizado nas seguintes áreas funcionais:

- ◆ Área de Triagem – constituída por 2 postos de atendimento; os enfermeiros estabelecem prioridades no atendimento dos clientes do SUG, segundo o sistema de Triagem de Manchester.

- ◆ Consulta – cada utente é observado por um médico, de acordo com a prioridade definida na área de triagem.

² **Urgência** é toda a situação clínica “de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001b:7).

³ **Emergência** é toda a situação clínica “de estabelecimento súbito em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001b:7).

- ◆ Sala de Tratamento – local onde a equipa de enfermagem realiza, entre outros procedimentos, colheitas para análise, administração de terapêutica, preparação para o internamento, cirurgia ou alta.

- ◆ Sala de Pequena Cirurgia – é composta por 2 unidades de tratamento e destina-se à intervenção de pequenas cirurgias, suturas e tratamento de feridas sangrantes.

- ◆ Sala de Emergência – tem acesso directo do hall que permite a entrada do exterior e é constituída por 4 unidades equipadas com ventilador e monitor de vigilância de sinais vitais, preparadas para receber doentes das áreas médica, cirúrgica e trauma. Possui 2 carros com material de acesso à via aérea e um carro com material de trauma.

- ◆ Unidade de Decisão Clínica ou sala de vigilância intensiva – está equipada com 6 unidades de monitorização destinadas a doentes que não sejam emergentes, mas que exijam uma vigilância cuidada.

- ◆ Sala de Observação – destinada a internamentos de curta duração (inferiores a 24 horas), normalmente para esclarecimento da situação clínica ou para tratamentos que impliquem poucas horas de permanência no SUG. Este local situa-se numa ala mais reservada e tem capacidade para 8 doentes em simultâneo.

O SUG é ainda constituído por gabinetes de outros técnicos (Assistente Social, Técnicos de ECG) e por diversos espaços de apoio ao serviço (salas de espera, copas, sala de reuniões, gabinetes administrativos, salas de stock, armazenamento de material e sala de colocação de cadáveres) (Anexo I).

A equipa multidisciplinar é vasta e inclui médicos de diversas especialidades, assistentes operacionais e 70 enfermeiros.

2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O serviço de cuidados intensivos é um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia (DGS, 2001a).

A UCIP do HSTV iniciou a sua actividade em Agosto de 1997, com a instalação do novo Hospital de Viseu, mantendo-se desde então em funcionamento. Insere-se na Rede de Referenciação Hospitalar de Cuidados Intensivos, da Região Centro, abrangendo os doentes do Distrito de Viseu (excepto Cinfães e Mortágua) e dá ainda cobertura à UCI do Hospital Sousa Martins (Guarda).

Esta unidade localiza-se no 3º piso do hospital, numa área de fácil acesso do serviço de Urgência e BOC, os dois principais serviços com os quais a Unidade se articula de forma urgente/emergente. A UCIP inclui uma área de internamento e vários espaços de apoio (gabinetes, salas de reuniões, secretariado, área de recepção de visitas, copa, áreas de apoio à higienização do serviço e salas de armazenamento de materiais e equipamentos) (Anexo II).

A área de internamento é composta por 8 unidades para doentes: 4 em sala aberta dispostas em linha, dois quartos individuais que permitem o isolamento físico de contenção ou protecção e um quarto de duas camas com videovigilância.

Cada unidade do doente apresenta facilidade de acesso, movimentos e transporte. Adjacente a cada cama encontra-se um conjunto de elementos materiais, mesas e gavetas que albergam diverso material de cada doente, um sistema de iluminação individual, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido. Integrado nesta zona encontra-se também equipamento necessário à monitorização e suporte cardio-respiratório, bem como aparelhos necessários à administração de terapêutica.

Relativamente aos recursos humanos, a UCIP é dotada de uma equipa multidisciplinar constituída por:

- ◆ Médicos residentes – um Director de Serviço com especialidade de Anestesiologia, três elementos de Medicina Intensiva, dois elementos de Medicina Interna e ainda um número variável de médicos estagiários das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas;

- ◆ Enfermeiros – um enfermeiro-chefe, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação do quadro da instituição, sete enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onze enfermeiros graduados, para além do variável número de estudantes de enfermagem em estágio;



- ◆ Sete assistentes operacionais;
- ◆ Uma assistente administrativa.

Como meio de aprofundamento da estrutura e funcionamento desta unidade, acordou-se com o enfermeiro-chefe a construção de uma página *Web* da UCIP. Esta constitui uma mais-valia neste campo de estágio, uma vez que irá permitir a divulgação de informação sobre esta unidade, a todos os utentes e a qualquer hora. O trabalho foi entregue em suporte informático ao enfermeiro-chefe, para ser alocado futuramente ao site do hospital, após aprovação pelo Conselho de Administração Hospitalar do HSTV.

3. OBJECTIVOS DEFINIDOS PARA O ENSINO CLÍNICO

“Os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados”, Benner (2001:23).

Tendo em conta a natureza multidisciplinar do ser humano, para se atingir determinado fim, consciente ou inconscientemente, há que definir objectivos com vista ao desenvolvimento de actividades que levam ao alcance do objectivo principal. Só assim o ser humano se sente realizado e apto para viver em sociedade.

Estabelecer objectivos é demarcar percursos e metas para que se chegue a bom porto nos *timings* previstos e com consciência do dever cumprido, pois são eles que incentivam a um trabalho contínuo de procura de um estado mais elevado de perfeição.

Um objectivo é “*um fim a atingir, um alvo, um propósito*” (Larousse, 1980:607). Portanto, um objectivo geral é um propósito ou finalidade que alguém se propõe a atingir não especificando claramente aquilo que pretende atingir, tendo por isso que concretizar outros objectivos mais específicos de forma a perfazer essa generalidade. Assim, um objectivo específico definir-se-á como algo que alguém se propõe alcançar, definindo concretamente qual o seu propósito e qual a sua pretensão, devendo ser mensurável.

A definição de objectivos gerais e consequentes objectivos específicos, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem por finalidade a consecução de um plano de acção, segundo uma linha metodológica de actuação, com o intuito de desenvolver actividades que facilitem a aquisição de competências nesta área. Esta definição possibilita, assim, uma melhor auto e hetero-avaliação das acções implementadas para a concretização dos respectivos objectivos delineados.

Para a realização de todas as actividades desenvolvidas neste Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, teve-se sempre em conta os objectivos gerais e respectivos objectivos específicos, definidos pela sua coordenação, que foram:

1) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e

multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC):

a. Realizar a gestão de cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

b. Demonstrar capacidades de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

2) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou os condicionem:

a. Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

3) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades:

a. Promover a formação em serviço na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A concretização dos objectivos foi, na sua globalidade, atingida. Para tal, desenvolveram-se actividades e estratégias programadas, que constam no Projecto de Estágio, assim como outras actividades que, inicialmente, não estavam contempladas, mas que ao longo da realização do estágio se sentiu necessidade de as desenvolver, para uma maior aprendizagem e um maior contributo pessoal aos contextos de prática de cuidados. Todas as actividades serão, seguidamente, descritas neste trabalho, assim como uma reflexão sobre a sua realização, tendo por base os objectivos específicos anteriormente descritos.

3.1. REALIZAR A GESTÃO DOS CUIDADOS NA ÁREA DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A gestão corresponde ao processo que permite alcançar determinados objectivos através da orientação e coordenação de pessoas (recursos humanos), e da aquisição e controlo dos recursos financeiros e materiais (Teixeira, 2005).

Ao enfermeiro especialista em EMC exige-se que seja capaz de gerir os cuidados prestados, através da optimização da resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar e de adaptar a sua liderança e a gestão de recursos em função de cada situação e contexto, com o objectivo máximo da promoção da qualidade dos cuidados.

Nos serviços onde foi desenvolvido o Ensino Clínico, o enfermeiro especialista é, geralmente, o responsável de turno designado pelo enfermeiro-chefe para dar continuidade à sua acção e promover a qualidade dos cuidados. Tem por funções manter a articulação com o enfermeiro-chefe e substituí-lo na sua ausência, distribuir os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, garantir o cumprimento do plano de trabalho com assiduidade e pontualidade, e promover o bom funcionamento das salas destinadas à prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista é ainda co-responsável pela orientação, coordenação e supervisão dos assistentes operacionais.

Uma vez que o Ensino Clínico se insere no CEEMC, participou-se na gestão realizada pelo enfermeiro especialista, responsável de turno, como modo de aprendizagem e para uma participação mais activa em cada serviço.

Deste modo, segue-se a descrição das actividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos relacionadas com a gestão dos recursos materiais, dos recursos humanos e dos cuidados de enfermagem.

3.1.1. Gerir Recursos Materiais

Os recursos materiais são necessários ao funcionamento de qualquer organização. No caso dos hospitais, como empresas de prestação de serviços, a gestão dos recursos materiais deveria assegurar a prática de cuidados de qualidade, com o mínimo capital imobilizado nos stocks, de forma a colocar à disposição dos serviços utilizadores os materiais de que necessitam para a realização dos seus objectivos em tempo oportuno, nas quantidades e qualidades convenientes, e ao menor custo.

Estes recursos abrangem *“o próprio espaço físico (...) o próprio processo produtivo, a tecnologia que o orienta, os métodos e os processos de trabalho voltados para a produção de bens e dos serviços produzidos pela empresa”* (Chiavenato, 1994 in Frederico e Leitão, 1999). Para o funcionamento do HSTV é necessário gerir as instalações físicas e todos os equipamentos e bens de consumo (produtos farmacêuticos, material de

consumo clínico, produtos alimentares, materiais de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo e material de manutenção e conservação).

As instalações físicas do SUG, considerado um Serviço de Urgência Polivalente pela Rede Hospitalar de Urgência e Emergência, estão longe de estar adequadas às condições exigidas. O sub-dimensionamento do SUG é visível, principalmente na denominada área aberta. Aqui, os doentes esperam para ser observados pelas diversas especialidades médicas ou para receberem cuidados de enfermagem, após o primeiro contacto médico. Este espaço não tem qualquer divisória física, colocando em causa a privacidade e segurança dos doentes que aqui permanecem, principalmente se estiverem em macas. Para tentar minimizar a falta de privacidade, enquanto este espaço não é reestruturado, colocam-se os homens de um lado e as mulheres do outro, mas não é a melhor solução para o problema. Pensou-se na possibilidade de colocação de biombos, mas também não é uma solução comportável, quer por questões práticas, quer pela referida falta de espaço.

Cabe ao enfermeiro especialista do SUG zelar pelo correcto armazenamento e reposição de material de consumo clínico e farmacêutico. Este material é armazenado num compartimento reservado apenas para este efeito, mas que não tem as condições desejáveis a um bom acondicionamento dos produtos, descritas na Portaria n.º348/98 do Diário da República. O referido compartimento, geralmente, tem elevados níveis de humidade e temperatura, colocando em causa a integridade da embalagem e a estabilidade e esterilidade do produto clínico ou farmacêutico. Para além disso, os níveis de poeira presentes não estão de acordo com as condições definidas, uma vez que *“as instalações de armazenamento devem estar limpas e sem detritos, poeiras e agentes infestantes”* (Portaria n.º348/98, do Diário da República, alínea 8.3).

Ao longo do Ensino Clínico no SUG colaborou-se, com o enfermeiro especialista, na reposição do material de consumo clínico e farmacêutico das salas de armazenamento do serviço, realizada uma vez por semana. Após observação e registo dos níveis de stock existente nestas salas, realizou-se o pedido de material por sistema informático e armazenou-se nas referidas salas, tendo sempre em conta o sistema *“primeiro entrado, primeiro saído”* de modo a evitar a caducidade dos produtos.

O material das salas de armazenamento é posteriormente distribuído pelas diversas salas de prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com os gastos

realizados (gestão por níveis) (Frederico e Leitão, 1999). A reposição de stock destas salas realiza-se uma vez por dia (manhã), pelo enfermeiro responsável por cada sala. Para além de se ter colaborado na reposição de stock nestas salas, também se verificaram as datas de validade, a integridade dos invólucros e a concordância entre a identificação de um local e o que nele existe.

Salienta-se que não é possível um controlo de stock de materiais de uso clínico e farmacêutico rigoroso, uma vez que se encontra disperso pelo serviço, sem possibilidade de identificação da pessoa que o retira, facilitando os extravios e o uso abusivo.

Em relação à quantidade, disposição e organização do material existente nas diversas salas, detectou-se que este se encontrava disperso por vários locais da mesma sala, dificultando a eficiência e eficácia da acessibilidade ao mesmo, principalmente na Sala de Emergência em que o enfermeiro necessita de dispor de todo o material necessário à abordagem ao doente crítico, de uma forma simples, operacional, rápida e acessível. Com o intuito de melhorar este problema, elaborou-se uma checklist de material (Anexo III), para substituição da existente, de forma a *“manter um suprimento constante do equipamento e material indispensável, disponíveis em quantidades suficientes a qualquer momento (...) facilitando o trabalho da pessoa responsável pela revisão da sala e evitando a colocação de material insuficiente ou excessivo”* (Granitoff et al, 1994). Esta checklist seria benéfica para melhorar a rapidez e qualidade no atendimento ao doente crítico, e para aumentar a segurança para os profissionais.

Para além disto, na sala de Emergência, o armário com as gavetas da medicação é muito alto, dificultando o acesso aos fármacos que se encontram nas gavetas de cima, e o seu modo de identificação torna, por vezes, confusa e morosa a procura do medicamento pretendido.

Deste modo, propôs-se um novo método de identificação e organização dos fármacos, tendo em conta que *“a pronta identificação (...) pode ser obtida pela utilização de alguns critérios de racionalização como ordem alfabética, ordem numérica crescente, padronização por cores contrastantes, agrupamentos por finalidade de uso”* (Granitoff et al, 1994). Reorganizaram-se os fármacos da seguinte forma:

- ◆ Grupo dos fármacos de emergência, identificados com etiqueta vermelha,

dispostos por ordem alfabética e com referência ao nível de stock;

- ◆ Restantes fármacos de urgência, dispostos por ordem alfabética e identificados com etiqueta branca, onde deve constar o nível de stock.

É vantajoso que, na Sala de Emergência, a reposição de material seja feita diariamente pelo enfermeiro responsável pela sala, ou uma vez em cada turno, se a situação o justificar.

Em relação à facilidade de acesso ao material clínico em situações de emergência, seria vantajoso que se organizasse por Carros de Emergência (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009), com o material e quantidades necessárias, de acordo com a experiência diária e a especificidade do SUG, tal como existe em outros serviços do HSTV.

Por último, a gestão dos recursos materiais pode, e deve, também ser feita aquando da prática directa de cuidados, através da selecção do material mais indicado para cada situação, tendo em atenção a integridade do produto e a sua data de validade, evitando desperdícios. Estes aspectos foram tidos em conta na prática pessoal de cuidados de enfermagem ao longo deste Ensino Clínico, tal como o é no BOC, local de exercício profissional.

Na UCIP do HSTV, a gestão de materiais de consumo clínico e farmacêutico realiza-se através de um programa informático, partilhando a informação em rede pelo hospital. Este sistema tem algumas vantagens em relação às requisições em suporte de papel, permitindo gerir com maior efectividade e rigor as quantidades de stock, a verificação de prazos de validade, minimizando ou eliminando as situações de ruptura e visualizando os pedidos não satisfeitos pelos armazéns, evitando as requisições repetidas.

No período de realização de Ensino Clínico na UCIP participou-se em todo o processo de controlo de material, desde a avaliação das suas necessidades, a realização do pedido e o respectivo armazenamento nos armários do serviço e na unidade do doente. Procurou-se também otimizar a utilização destes recursos na prestação directa de cuidados através da selecção do material mais indicado às reais necessidades, tendo em conta a sua validade, custo, eficácia e durabilidade.

Neste serviço, a identificação e gestão de stock dos medicamentos prescritos a cada doente, em condições normais de funcionamento, é realizada por um carro com programa informático ligado directamente à farmácia que através da selecção do medicamento pretendido para determinado doente, abre apenas a gaveta onde se encontra o que é pedido. Deste modo, rentabiliza-se o tempo de preparação de terapêutica, minimiza-se o erro de troca de medicamentos, e existe um maior controlo dos gastos e extravios, diminuindo os custos. O carro de armazenamento de terapêutica era reposto pela própria farmácia, de acordo com níveis definidos em função das necessidades.

No entanto, este sistema encontrava-se avariado, cabendo agora a reposição do stock ao enfermeiro responsável e a identificação e selecção da terapêutica do carro ao profissional que a prepara. Desta forma, não existe um controlo tão rigoroso como com o sistema anteriormente referido, já que não é necessária identificação para ter acesso aos medicamentos, facilitando os extravios e má utilização dos mesmos.

Em suma, uma gestão otimizada de stocks permite reduzir custos, mas para isso é necessário investir alguns recursos financeiros.

3.1.2. Gerir Recursos Humanos

Os recursos humanos correspondem a todas as pessoas que participam no desenvolvimento da actividade de uma empresa, independentemente do seu nível hierárquico ou da sua função. Estes recursos são indispensáveis ao funcionamento de uma organização e são o motivo da existência de todos os outros recursos. Sem eles não existiriam organizações.

Gerir recursos humanos abrange o planeamento, a organização, a coordenação e supervisão dos colaboradores de uma organização, que através das suas capacidades, aptidões e motivações, orientam a sua acção, de modo a alcançar os seus objectivos pessoais e institucionais (Frederico e Leitão, 1999).

Face à contingência actual, estes recursos tornam-se ainda mais preciosos, pela necessidade de aumento de produção individual de trabalho como compensação do seu dimensionamento e pelos diversos investimentos que uma organização faz com cada colaborador, como é o caso da formação. Os enfermeiros não são excepção à regra.

Na enfermagem, os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos

têm requerido a atenção dos enfermeiros responsáveis pela gestão dos serviços prestados, em virtude do dimensionamento inadequado destes recursos, com consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem.

A equipa de enfermagem do SUG é constituída por 70 elementos, subdividida em 6 grupos. Cada grupo possui um enfermeiro responsável, geralmente especialista, que coordena a equipa de enfermagem no seu turno e funciona como mediador entre o enfermeiro chefe e os restantes elementos da sua equipa.

O horário praticado neste serviço é de turnos de 8 horas, divididos pelas 24 horas da seguinte forma:

- ◆ Manhã (8-16h) – assegurado por 12 enfermeiros, com a presença do enfermeiro chefe e de um enfermeiro especialista que o coadjuva;
- ◆ Tarde (16h-24h) – assegurado por 12 enfermeiros, sendo um deles o coordenador responsável;
- ◆ Noite (0h-8h) – assegurado por 7 enfermeiros, incluindo o enfermeiro responsável.

Num Serviço de Urgência não é possível prever, antecipadamente e com algum rigor, o afluxo de utentes. O SUG do HSTV é também um serviço em que isso acontece. Deste modo, a imprevisibilidade do volume de trabalho associada à escassez de recursos humanos de enfermagem dificultam a gestão destes recursos. Cabe ao enfermeiro especialista, responsável de turno, distribuir os recursos humanos disponíveis pelas diversas salas do SUG, de acordo com as necessidades de cuidados em cada uma delas.

Salienta-se que a escassez de recursos humanos em todo o percurso realizado por cada utente prolonga o seu tempo de espera, pode diminuir o grau de vigilância dos enfermeiros e não permite o estabelecimento de uma relação terapêutica. Estes aspectos ocorrem, por exemplo, na área da Pequena Cirurgia e na Unidade de Decisão Clínica em que apenas se encontra um enfermeiro destacado para cada uma delas.

Ao longo do Ensino Clínico colaborou-se na distribuição dos enfermeiros pelas salas, tendo em conta os recursos humanos existentes, as necessidades de cada sala e a experiência e preferência de cada elemento, de forma a evitar conflitos e a rentabilizar o trabalho desenvolvido. Em função da afluência de doentes ao SUG, por vezes, era

necessário redistribuir os enfermeiros pelas salas com maior necessidade de prestação de cuidados. Para além disso, participou-se na organização, redistribuição e substituição da equipa de enfermagem nas horas das refeições.

Ainda no SUG, colaborou-se na gestão dos assistentes operacionais, através da sua distribuição pelas diferentes salas do serviço e orientação quanto a especificidades de alguns doentes, como é o caso da manutenção de jejum ou de repouso.

Na UCIP, por outro lado, é possível uma maior previsibilidade nas necessidades de cuidados de Enfermagem, ainda que a curto prazo dada a instabilidade dos doentes que aqui permanecem.

Numa UCIP, o rácio enfermeiro/doente, recomendado por Alves (2010), é de um enfermeiro para 2 doentes, em situação de isolamento 2 enfermeiros para cada doente e em situações graves é de um enfermeiro para cada doente. Atendendo que a unidade possui lotação para 8 pessoas e se encontram 4 enfermeiros por cada turno, o rácio seguido é de 1 enfermeiro para cada 2 doentes. Tendo em conta que existem períodos em que a taxa de ocupação é inferior a 100% e conhecendo as horas de cuidados de enfermagem prestados, pode afirmar-se que, actualmente, a dotação de enfermeiros necessários na UCIP do HSTV se encontra ajustada (aplicando uma fórmula informática do Exel – Tiss Stat, existente no serviço, para cálculo de recursos humanos de Enfermagem).

Neste serviço a vigilância dos doentes é contínua por parte dos elementos de enfermagem escalados, apoiados por um médico, presente 24 horas por dia. Para tal, estruturalmente, a unidade possui um posto de vigilância que permite a visualização de seis unidades (sala aberta e isolamentos) e uma central de monitorização dos sinais vitais de todos os doentes da UCIP.

No decorrer do Ensino Clínico na UCIP, colaborou-se na gestão dos seus recursos humanos de enfermagem de diversas formas. No início de cada turno, participou-se na distribuição dos enfermeiros pelos doentes existentes, de acordo com o tempo de cuidados de enfermagem necessários e com a experiência de cada elemento, realizada pelo enfermeiro chefe ou pelo responsável de turno. No turno da manhã faz-se a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem para esse turno e para o da tarde, e no turno da tarde o enfermeiro responsável distribui os enfermeiros para a noite.

Colaborou-se também na organização e substituição dos elementos da equipa de enfermagem nas horas das refeições e na orientação e supervisão dos assistentes operacionais.

Para além disso, realizou-se o horário da equipa de enfermagem do mês de Fevereiro, em parceria com o enfermeiro chefe. Na sua realização teve-se em conta o período de funcionamento da UCIP (24 horas por dia), as modalidades de horários de trabalho (há enfermeiros que apenas trabalham no turno da manhã), o tempo de trabalho por semana de cada enfermeiro e ainda os direitos dos elementos da equipa de enfermagem (férias, formação, ...). Como um horário de trabalho tem como objectivo maximizar a qualidade de cuidados de enfermagem, procurou-se ainda equilibrar a experiência e competência, para que não existam turnos com várias pessoas em fase de integração, por exemplo (Frederico e Leitão, 1999).

Gerir uma equipa abrange também a gestão de conflitos através do desenvolvimento de acções que os possam evitar ou minorar, uma vez que numa equipa existem diversas pessoas com ideias, interesses ou atitudes diferentes, que podem divergir e resultar em discussões e competições negativas, contribuindo para um ambiente desadequado de prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro chefe da UCIP, como mediador, fomenta o estabelecimento de relações assertivas através da realização de reuniões informais periódicas com os vários elementos da equipa, de forma a esclarecer determinadas situações, para os informar sobre novos procedimentos ou medicamentos, ou mesmo para alertar sobre atitudes menos correctas dos profissionais. Se necessário, realiza também conversas individuais com os enfermeiros da equipa.

Ao longo do Ensino Clínico não foi possível participar em nenhuma das reuniões, mas assumiram-se como linhas orientadoras da acção pessoal a transparência, a humildade, sinceridade e respeito pelo outro, tão necessários à manutenção de relações assertivas numa equipa.

3.1.3. Gerir Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem correspondem às intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelos enfermeiros *“ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão*

rapidamente quanto possível” (artigo 4º, alínea 1, do REPE, 1996). Estes cuidados são exclusivos deste grupo profissional se assentarem na interacção com o utente, segundo as características de uma relação de ajuda.

A gestão de cuidados de enfermagem deve ser adequada a cada serviço, dependendo do tipo de cuidados necessários e dos recursos humanos, materiais e financeiros existentes (Frederico e Leitão, 1999). Tanto no SUG, como na UCIP, os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com o método individual de trabalho (Frederico e Leitão, 1999), com o objectivo máximo de prestar cuidados de enfermagem holísticos e de qualidade. Este método de trabalho permite que cada enfermeiro exerça a sua profissão com grande autonomia e responsabilidade, resultando numa maior satisfação não só para ele, mas também para o utente, alvo dos seus cuidados.

Em ambos os serviços, a passagem de turno é o momento inicial de gestão de cuidados a realizar, quer pela distribuição dos recursos humanos, quer pela definição de prioridades a desenvolver nesse turno, como é o caso da realização de exames auxiliares de diagnóstico ou situações previstas de transferência ou alta.

No SUG os cuidados são prestados segundo metodologias capazes de dar resposta aos objectivos de cada área da urgência. Assim, na área de Triagem, cada enfermeiro observa e questiona o utente e/ou o familiar, de forma a identificar a razão da procura do serviço de urgência e definir a sua prioridade. Para tal, coloca em prática a Triagem de Manchester que tem como objectivo identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo até à observação médica (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006). Esta metodologia consiste em identificar a queixa inicial do doente e, posteriormente, seguir um algoritmo de decisão (fluxograma), constituído por várias questões (discriminadores), que permitem a determinação da prioridade clínica.

A vantagem da Triagem de Manchester consiste na identificação e atendimento precoce de doentes urgentes ou emergentes, facto que não aconteceria se os utentes fossem observados pela sua ordem de chegada. Salienta-se, ainda, que este método permite que, para um mesmo utente, o resultado final em termos de prioridade clínica seja sempre igual, mesmo que se escolha um fluxograma alternativo ou menos correcto.

A colaboração pessoal na Área de Triagem permitiu conhecer e compreender melhor o Sistema de Triagem de Manchester, colocando em prática a capacidade de observação, a tomada de decisão e a definição de prioridades de atendimento.

Nas salas de Tratamento e de Pequena Cirurgia, os cuidados prestados abrangem áreas de cariz mais técnico, como a administração de terapêutica ou a realização de suturas, respectivamente. No entanto, apesar de parecer que os enfermeiros se poderiam limitar à mera execução de técnicas, eles procuram apoiar o utente na sua situação de stress, explicar os procedimentos a realizar com o seu consentimento, ou realizar ensinamentos com o intuito de prevenir ou minimizar o risco de recorrência e para facilitar a recuperação deste episódio. Ao longo do Ensino Clínico colaborou-se com os enfermeiros destacados para estas áreas, tendo ainda a preocupação com a prevenção de infecções cruzadas e a adopção de medidas com esse intuito.

Já na Unidade de Decisão Clínica e na Sala de Observação, para além de se prestarem cuidados globais de enfermagem, incluindo a monitorização dos doentes e a administração de terapêutica urgente e/ou emergente, denotou-se a importância do estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente e família, pela sua situação de stress, em função do significado pessoal em relação à doença e sua recuperação. É primordial compreender o doente e seus familiares, ajudando-os a desenvolver estratégias que lhes permitam adaptar-se às circunstâncias da hospitalização, ainda que curta, e às implicações da doença e tratamentos. Nestas salas nem sempre era possível o estabelecimento de uma relação de ajuda adequada, uma vez que a sua escassez em recursos humanos, em relação à sua lotação, condiciona a acção de enfermagem, descurando-se o aspecto relacional em detrimento dos cuidados de manutenção de vida.

Quanto à Sala de Reanimação teve-se oportunidade de actuar em momentos de imprevisibilidade, com doentes em estado crítico, desenvolvendo a acção em função das prioridades que visam a manutenção ou recuperação da vida. Deste modo, a equipa de enfermagem organiza os seus cuidados ao doente crítico segundo a abordagem ABCDE (Berlenga et al, 2007), em que:

A – Via aérea e estabilização da coluna cervical;

B – Ventilação;

C – Circulação e Controlo de Hemorragia;

D – Disfunção Neurológica;

E – Exposição e controlo térmico.

Salienta-se que todos os elementos de enfermagem destacados para esta sala possuem experiência e formação na área de cuidados ao doente crítico, pela necessidade de eficácia e eficiência em situações de emergência.

Como forma de gestão e continuidade de cuidados da equipa de enfermagem, mas também como meio de ligação entre a acção desenvolvida pela restante equipa multidisciplinar, existe a aplicação informática ALERT[®] que permite o registo de todas as ocorrências de cada utente da urgência. Assim, este sistema existe em todas as áreas de prestação de cuidados no SUG como forma de assegurar o registo, a interligação, a reutilização e análise da informação de cada utente. A cada enfermeiro é permitido o acesso a estes dados para consultar informação e a prescrição de terapêutica ou outros procedimentos, registar a sua execução e observações da área de enfermagem. Após contacto directo e experiencial com este sistema, este revelou-se de simples utilização e eficaz na consulta e registo de informação.

A UCIP, como unidade fechada, permite uma maior uniformização na gestão dos cuidados de enfermagem. Nesta unidade, geralmente, esta gestão é realizada pelo enfermeiro responsável de turno, que para além de gerir os recursos materiais e humanos, também supervisiona e garante o registo de administração de estupefacientes e antibióticos, providencia as dietas para os doentes, verifica se o carro de emergência se encontra selado, faz o teste ao desfibrilhador registando-o em folha própria, verifica a manutenção preventiva dos ventiladores e controla a temperatura dos frigoríficos da medicação. Dado que o enfermeiro responsável de turno tem muitas tarefas para cumprir, ele deve ser o elemento da equipa com menor número de doentes atribuídos.

Neste Ensino Clínico colaborou-se na realização de todas as tarefas do enfermeiro responsável, acima descritas, e geriu-se a prestação dos cuidados ao nível individual segundo o Modelo Conceptual de Virgínia Henderson (Tomey, 2004). Deste modo, cada doente é encarado como um indivíduo complexo, com várias necessidades fundamentais à sua sobrevivência. No processo de doença e internamento na UCIP, cada enfermeiro auxilia a satisfação das necessidades do doente que se encontram

afectadas. Estas necessidades funcionam como uma lista de prioridades a que o enfermeiro deve ter em conta no planeamento dos cuidados.

Em suma, o enfermeiro deve desenvolver a sua acção de acordo com prioridades existentes ou definidas por si, e com os princípios deontológicos que regem a profissão, tendo como objectivo máximo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A colaboração pessoal activa na gestão de ambos os serviços permitiu aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento de cada um e compreender as razões que justificam as metodologias utilizadas na rentabilização de recursos, com vista à optimização dos cuidados. Esta área de responsabilidade da EMC é a base de sucesso da prestação de cuidados de enfermagem, mas nem sempre visível e reconhecida pelos utentes.

3.2 DEMONSTRAR CAPACIDADES DE TRABALHAR, DE FORMA ADEQUADA, NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR

Os Ensinos Clínicos correspondem a períodos de aprendizagem no seio de uma equipa previamente formada, com regras e um funcionamento próprios, pelo que se deve começar por uma fase de integração aquando da chegada de um novo elemento.

A integração feita pelos enfermeiros-chefes e pelos enfermeiros especialistas de cada serviço, responsáveis pela orientação deste módulo do Ensino Clínico, incluiu uma reunião onde foi descrita a caracterização de cada serviço e a forma de trabalho da equipa de enfermagem, seguida de uma breve visita a toda a sua estrutura física e de uma apresentação dos elementos da equipa de enfermagem que se encontravam a trabalhar. Para além disso, a consulta de manuais do serviço e a própria prática de cuidados permitiram conhecer regulamentos, protocolos e procedimentos de cada serviço.

A equipa de enfermagem, enquanto conjunto de pessoas unidas pelo objectivo comum de prestar cuidados de qualidade (Tappen, 2005), deve reger-se pela compreensão mútua, cooperação e uma comunicação eficaz. Estas características facilitam a actuação da equipa em situações de stress, como é o caso dos cuidados de emergência.

Enquanto aluna de especialização em EMC, a integração foi gradual, contando

sempre com a ajuda e orientação dos elementos de cada equipa de enfermagem nas dúvidas que surgiam, já que faz parte do trabalho destas equipas a inter-ajuda e a partilha de informação e conhecimentos. Cada enfermeiro tem o dever de *“ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional”* (artigo 90º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro).

A passagem de turno, em ambos os serviços, é um momento de excelência para a reflexão e discussão conjunta, pelo que a participação pessoal fomentou não só a integração na equipa, mas também uma aprendizagem e crescimento profissional. Este é um período óptimo para conhecer melhor todos os elementos da equipa e para conhecer o relacionamento e comunicação existente no seio de uma equipa.

Nos Ensinos Clínicos realizados fomentou-se o espírito de equipa através do respeito mútuo e da cooperação na prestação de cuidados, nomeadamente na recepção e avaliação dos doentes e sua família, na tomada de decisão do plano terapêutico, na execução de técnicas e procedimentos, e no estabelecimento de relações terapêuticas com o utente.

No SUG teve-se oportunidade de participar activamente na recepção do doente emergente (intoxicação por organofosforados, edema agudo do pulmão, poli-traumatizado, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico grave), procurando obter informação através da VMER, bombeiros ou familiares, com o intuito de facilitar a actuação de toda a equipa. Para além disso, integrou-se a equipa de SAV, procedendo-se à avaliação primária e secundária de doentes críticos ou em falência multi-orgânica, e à administração de esquemas terapêuticos complexos nestas situações.

Ainda no SUG, preparou-se o transporte intra e inter-hospitalar de doentes, assegurando não só a vigilância necessária a cada doente, mas também registando e comunicando as informações relevantes à equipa receptora do utente, para garantir a continuidade de cuidados

Na UCIP, a necessidade de aprofundamento de conhecimentos já adquiridos impõe-se face à complexidade das situações dos doentes que lá se encontram, pelo que se realizaram pesquisas bibliográficas e partilha de informação pelos enfermeiros da unidade, por forma a facilitar a prestação de cuidados a doentes do foro médico-

cirúrgico, pós traumático e pós falência multi-orgânica, com necessidade de cuidados especializados e permanentes.

Para além da equipa de enfermagem, é importante conhecer e actuar em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar, tal como consta no artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro. Neste sentido, seria vantajoso que, aquando de situações emergentes no SUG, houvesse apoio de um médico para rentabilizar esforços da equipa de enfermagem.

Como prova da importância do trabalho conjunto entre os vários elementos de uma equipa multidisciplinar, é a vigilância epidemiológica realizada pela CCI à UCIP do HSTV, no âmbito do Plano Nacional de Controlo de Infecção. Esta realiza-se duas vezes por semana. Participou-se numa reunião com a enfermeira da CCI e os elos de ligação da UCIP (um médico e um enfermeiro), com o objectivo de detectar e vigiar as infecções associadas à ventilação mecânica, à sonda vesical e à presença de CVC. É notório o sucesso da articulação entre estes elementos na redução da taxa de infecção nesta unidade.

Por último, mas não menos importante, detectou-se que seria importante uma maior articulação não só entre os elementos de uma equipa multidisciplinar de um serviço, mas também entre as equipas dos diversos serviços do hospital, de forma a rentabilizar os recursos materiais e os cuidados prestados. Um dos exemplos desta situação diz respeito à colocação de CVC de triplo lúmen no BOC do HSTV. Para os cuidados necessários neste serviço, este material é adequado, mas em utentes que se prevê a sua transferência para a UCIP após a cirurgia, o CVC de triplo lúmen torna-se insuficiente, tendo que lhe colocar um de cinco vias. Para colmatar este problema foi transmitido à equipa do BOC a necessidade de colocar o CVC de cinco vias aos utentes que se prevê a sua transferência para a UCIP.

Prestar cuidados adequados e de qualidade deve envolver não só toda a equipa multidisciplinar de um serviço, mas também toda a instituição hospitalar.

Trabalhar em equipa permite rentabilizar esforços individuais na resolução de problemas do doente crítico, através da inter-ajuda e partilha de conhecimentos. Para além disso, a actuação de cada elemento da equipa multidisciplinar deve ter em conta a

sua área de responsabilidade, actuando em complementaridade, segundo eixos de orientação dos cuidados definidos no cerne da equipa.

O apoio e partilha de saberes por parte da equipa de enfermagem, principalmente, facilitaram o esforço pessoal de integração na equipa e de aprendizagem com vista a um desenvolvimento pessoal e profissional, com responsabilidade e confiança.

Ao longo deste período, sentiu-se que se aprendeu com cada equipa, e que a presença pessoal também permitiu despertar a atenção sobre aspectos passíveis de melhoria, por vezes escondidos aos olhos de quem lá trabalha.

3.3. REFLECTIR NA E SOBRE A SUA PRÁTICA, DE FORMA CRÍTICA

Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica, envolve um esforço na compreensão da prática de cuidados, com tomada de consciência das potencialidades e fragilidades da acção desenvolvida, com vista a melhorar a conduta pessoal.

Colocar em prática o dever de “*Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*” (artigo 88º, alínea a) do Código Deontológico do Enfermeiro) é o caminho certo rumo à excelência dos cuidados prestados. Para que tal aconteça, o enfermeiro deve ter a humildade e a abertura de espírito para analisar verdadeiramente a sua acção, reconhecendo os seus erros (Rispaill, 2003) e responsabilizando-se pela sua prática.

Por vezes, constata-se que os enfermeiros adoptam atitudes e comportamentos sem reflectir sobre a razão pela qual procedem de determinada maneira. Agem porque o outro também o faz, e não porque os conhecimentos existentes assim o comprovam.

Através da reflexão, o enfermeiro desenvolve a capacidade de relacionar a teoria com a prática, actualizando-as simultaneamente, o que lhe permite melhorar cada vez mais a sua *praxis* clínica. Com a reflexão “*a formação faz-se na produção e não só no consumo do saber...*” (Nóvoa, 1988 in Piscarreta, 2000:37).

Reflectir na acção “*aumenta a capacidade de olhar para os acontecimentos, sobre vários pontos de vista, o nosso e o dos outros*” (Gonçalves et al, 1998:13), permite analisar a situação actual, com base em conhecimentos prévios, para poder decidir a acção a desenvolver. Reflectir sobre a acção, por sua vez, engloba a análise da

acção realizada, a crítica da experiência anterior (Bernardo et al, 2004). O ideal é associar ambos os tipos de reflexão, a chamada reflexão-acção, em que a acção e a reflexão caminham juntas lado a lado na prática de cuidados de enfermagem.

Ao longo da realização dos Ensinos Clínicos procurou-se reflectir sobre a prática de cuidados, ao nível do sujeito enfermeiro, da acção e do contexto da profissão (Bernardo et al, 2004), para identificar fragilidades passíveis de ser repensadas e modificadas, com o objectivo de evoluir no sentido da excelência de cuidados. Esta reflexão pessoal foi feita informalmente com os enfermeiros dos serviços de Urgência e UCIP, e nas passagens de turno, bem como através da leitura de artigos e da realização de pesquisas bibliográficas, descritas neste capítulo.

Da análise global da prática de cuidados na Urgência do HSTV, constata-se que os cuidados são humanizados, personalizados e de continuidade, fruto do esforço e competência da equipa multidisciplinar. Mas, ainda assim, existem situações concretas detectadas quer pela observação, quer pela prestação de cuidados, que poderiam ser melhoradas.

Uma das áreas preocupantes diz respeito ao atendimento e prestação de cuidados na denominada “sala aberta”, situada no hall do corredor, onde os doentes ficam à espera, após o primeiro contacto médico, para serem observados por especialidades médicas, realizarem colheitas de sangue, exames auxiliares de diagnóstico ou outros procedimentos de enfermagem. Este é um espaço frequentemente cheio de macas, onde de um lado ficam os homens e do outro as mulheres, sem qualquer divisória física, sem privacidade e com pouca segurança.

A vigilância dos utentes, por parte dos profissionais de saúde, é diminuta. Os enfermeiros encontram-se no gabinete de atendimento desta sala, os médicos estão nos seus gabinetes e os assistentes operacionais passam pelos doentes no corredor com pressa para fazer as suas tarefas.

A desadequação da estrutura física e a inexistência de recursos humanos exclusivos para esta sala coloca questões relativamente à vigilância dos doentes que aqui permanecem. Assim, seria importante que, enquanto não fosse reestruturado o espaço físico, fosse distribuído um enfermeiro por turno para esta sala, com o objectivo

de auxiliar os doentes nas suas necessidades humanas mais básicas e de os apoiar na situação de stress que se encontram.

O elevado número de pessoas que diariamente recorre aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde e, em particular, à Urgência Geral do HSTV, provoca demora no seu atendimento, desde a triagem à decisão final, constituindo situações de ansiedade para o doente, para a sua família e para os profissionais de saúde.

Em relação aos familiares, a sua ansiedade deve-se, muitas vezes, pela falta de informação adequada e em tempo útil, secundária ao seu afastamento aquando da admissão no serviço de Urgência.

A experiência de serviços de urgência hospitalar demonstra de forma inquestionável que um doente inquieto e inseguro é um elemento perturbador da organização e funcionamento de uma urgência. E, naturalmente, é uma dificuldade acrescida para o sucesso e eficácia dos cuidados prestados. A presença de um acompanhante, familiar ou amigo, junto do doente certamente que lhe proporcionaria tranquilidade e estabilidade emocional, *“não apenas enquanto espera para ser atendido mas também nos intervalos (por regra longos), entre observações, exames ou tratamentos. Este acompanhamento dá conforto psicológico, gera confiança nos serviços e reforça a disponibilidade do doente para aceitar e cumprir as orientações prescritas”* (Semedo, 2008). Por outro lado, não raras vezes, o acompanhante é essencial para um conhecimento mais detalhado da história clínica do doente, facilitando o diagnóstico e tratamento da situação actual de doença.

Face a esta realidade, a Assembleia da República decretou o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, através da lei nº33/2009, de 14 de Julho, que veio permitir um acompanhante junto do doente, com excepção de situações em que a sua presença possa comprometer as condições e requisitos mínimos necessários à realização de determinados exames ou tratamentos. Em consequência desta alteração, e ainda de acordo com a mesma lei, os serviços de urgência que não disponham de instalações adequadas para receber os acompanhantes, sem perturbação do funcionamento do serviço, deviam efectuar as alterações necessárias nas suas instalações físicas, bem como ao nível da sua organização e funcionamento, até 14 de Julho de 2010.

Relativamente à Urgência Geral do Hospital de São Teotónio, actualmente assiste-se, muitas vezes, à entrada de um acompanhante por cada doente, sem que isso esteja regulamentado pela instituição. No entanto, e apesar das instalações não terem sofrido ainda alterações significativas, a presença de um acompanhante pouco perturba o normal funcionamento da urgência, devendo, por isso, haver um esforço de todos os profissionais de saúde em regulamentar, com clareza e rigor, as normas da sua aplicação. Desta forma, surge a necessidade de informar os familiares/amigos dos utentes do Serviço de Urgência Geral sobre os seus direitos e deveres como acompanhantes através da disponibilização de posters, folhetos ou outros instrumentos informativos. Como ainda não existia nenhuma informação nesse sentido, durante a realização do Ensino Clínico, elaborou-se um poster “10 regras de Ouro” (Anexo IV) e um desdobrável “Guia do Acompanhante” (Anexo V), para informação do comportamento adequado que um acompanhante deve ter dentro de um serviço de urgência. Estes trabalhos foram apresentados ao Enfermeiro Chefe do Serviço para a respectiva aprovação.

Outra situação detectada ao longo deste Ensino Clínico foi a admissão pontual de crianças na Urgência Geral do HSTV.

Investigações feitas por psicólogos e pediatras nos anos 50 demonstraram que o atendimento na urgência ou a hospitalização de crianças em unidades de saúde para adultos resultava em perturbações emocionais diversas nas crianças, que podiam prolongar-se no tempo (EACH, 2009). Sendo assim, *“as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança”* (artigo 6º da Carta da Criança Hospitalizada, 1998).

Tendo em conta que o HSTV tem um Serviço de Urgência Pediátrica, de acordo com as orientações da Carta da Criança Hospitalizada, importa reflectir sobre a presença de crianças na Urgência Geral.

O Regulamento Interno do Serviço de Urgência Geral refere que, salvo raras excepções, nenhuma criança deve ser observada neste serviço. Essas raras excepções podem estar relacionadas com o facto de alguns equipamentos necessários a uma avaliação por parte das áreas de Oftalmologia e Otorrinolaringologia se encontrarem fixos na Urgência Geral. Contudo, os casos conhecidos de crianças que foram

observadas neste serviço poderiam ter sido recebidas na Urgência Pediátrica, uma vez que lá existem os meios e infra-estruturas que eram necessários à sua observação (não foram observadas pelas áreas médicas referidas). Importa, então, elucidar a equipa multidisciplinar sobre a importância de um ambiente acolhedor à criança, aquando do seu contacto com os serviços de saúde, para que lhe transmita tranquilidade e confiança, com o objectivo maior de facilitar a sua adesão aos cuidados de saúde.

Para aprofundar a reflexão pessoal sobre este assunto, realizou-se o artigo de revisão bibliográfica “A criança no Serviço de Urgência de Adultos” (Anexo VI).

Na UCIP procurou-se também reflectir sobre a prática de enfermagem nestas unidades, realizando-se um artigo de revisão bibliográfica intitulado “Cuidar em Cuidados Intensivos”, com o objectivo de identificar algumas situações menos positivas, frequentes nestas unidades, para desenvolver actividades que tentassem ultrapassá-las (Anexo VII).

A UCIP do HSTV é uma unidade aberta a pessoas com patologias diversas nas áreas da medicina intensiva e cirurgia, em que se prevê que os doentes irão necessitar de suporte ventilatório e uma vigilância intensiva na área da monitorização hemodinâmica, resultando na necessidade de grande responsabilidade dos profissionais nesta unidade. O simples facto de se trocar uma seringa perfusora com aminas pode ser o suficiente para alterar a estabilidade hemodinâmica de um doente, se não for feito com especial cuidado e rigor. A estes profissionais não se exige apenas conhecer a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos; exige-se especialmente uma vigilância intensiva do doente, uma vez que o risco de interacções medicamentosas e a disfunção de órgãos são acontecimentos muito frequentes.

Se por um lado, a tecnologia permite colher constantemente informação fidedigna, com consequente aumento da qualidade e segurança da vigilância, por outro lado, afasta os profissionais de saúde do doente, uma vez que os monitores satisfazem as necessidades de informação necessária ao planeamento de cuidados, substituindo a observação directa e a interacção com o doente.

Os enfermeiros desta unidade reconhecem a importância das tecnologias na monitorização dos doentes, no entanto afirmam que não se pode minimizar o valor dos seus cinco sentidos para uma vigilância intensiva, aliada ao seu bom senso e

experiência. Para além disso, é importante que o enfermeiro interaja com o doente, consciente ou inconsciente, verbalmente ou não, o que nem sempre acontece nesta unidade. Assim, realizou-se uma pesquisa bibliográfica com o tema comunicar com o doente ventilado.

Esta pesquisa bibliográfica passou a acção de formação em serviço descrito no próximo capítulo, com o objectivo de despertar a reflexão dos enfermeiros sobre a sua relação e comunicação com os doentes.

Ao longo deste Ensino Clínico colocaram-se em prática algumas técnicas de comunicação com os doentes ventilados, nomeadamente através de gestos simples e da escrita. Procurou-se também orientar os doentes no tempo, no espaço e na pessoa e explicar os procedimentos a realizar, mesmo se estivessem inconscientes.

Outra problemática que resulta da especificidade da UCIP é a escassa privacidade a que algumas vezes se assiste, justificada pela necessidade de uma vigilância contínua de todos os doentes. Deste modo, os doentes não têm roupa interior, vestindo apenas uma bata aberta atrás. Tal situação provoca-lhes grande incómodo e vergonha quando é necessário prestar cuidados que envolvam retirar parte ou a totalidade da bata, uma vez que não existem cortinas que individualizem cada unidade de internamento da UCIP. Para tentar contornar este problema, retirava-se a bata o mínimo possível, tentando salvaguardar as áreas consideradas mais íntimas, e recorreu-se a biombos que se mostraram pouco eficazes e práticos.

Apesar de ser aceite por quase todos os profissionais, o princípio da autonomia muito raramente é exercido pelo doente na UCI. Facilmente se faz pelo doente e não com ele, até porque a maioria dos doentes deste serviço se encontram sedados, sem capacidade de decisão. Mas, não se pode esquecer que aqueles que estão conscientes, mesmo que não comuniquem verbalmente, mantêm essa capacidade, sentindo-se despersonalizados e frustrados quando não o deixam participar nos seus cuidados de higiene, por exemplo. Foi feito um esforço para que o doente realizasse as acções que a sua situação clínica permitisse, para que se sentisse mais activo na sua recuperação, mesmo que necessitasse de ajuda parcial.

Em todos os cuidados prestados se procurou evitar ser o vector de infecções nosocomiais, com a adopção das precauções universais, como a higienização das mãos e

o uso de luvas. Para além da prevenção primária, assim que se detectassem sinais que pudessem indicar infecção agia-se precocemente de modo a evitar infecções graves (prevenção secundária). No caso das linhas arteriais ou do CVC, realizava-se a mudança de penso segundo técnica asséptica para evitar introduzir microrganismos no local de inserção. Se estes apresentassem algum sinal indicativo de infecção, ponderava-se com a equipa médica a mudança da linha arterial ou do CVC com o objectivo de evitar o desenvolvimento de uma infecção grave.

Ainda em relação a medidas preventivas de infecção, realizaram-se algaliações na UCIP segundo a nova norma que indica não haver vantagem na desinfecção da área peri-uretral. Assim, antes da algaliação propriamente dita realizou-se a higienização genital, com posterior lavagem com soro fisiológico, como medidas de prevenção da infecção urinária.

Cuidar de um doente na UCIP envolve também apoiar e cuidar da sua família. Esta é, muitas vezes, evitada pelos profissionais de saúde pela sua dificuldade em aceitar e em comunicar o agravamento inevitável do estado de saúde do doente, bem como pelo contacto com o sofrimento da família.

Na tentativa de contornar esta dificuldade, quando algum doente recebia a visita de um familiar, proporcionava-se algum tempo privado, e falava-se com eles para conhecer as suas dúvidas e desmistificar a situação clínica. É importante que os enfermeiros demonstrem disponibilidade para auxiliar a família, se esta o desejar.

Uma das realidades cada vez mais frequente, origem de alguma inquietação e questionamento, é a manutenção de pessoas na UCIP, após ter ocorrido morte cerebral, para realização de colheita de órgãos para transplante. Durante o Ensino Clínico teve-se a oportunidade de participar nesse processo, desde a admissão e estabilização na UCIP, bem como a realização de provas comprovativas de morte cerebral e posterior ida para o BOC, para ser realizada a colheita de órgãos.

Perante esta situação, sentiu-se a necessidade de uma pesquisa bibliográfica sobre a colheita e transplante de órgãos, na tentativa de conhecer melhor a realidade, para a conseguir perceber quer ao nível científico, quer ao nível burocrático.

Da análise contextual da transplantação importa referir que se deverá ter sempre em conta que o transplante com dador vivo só se faz com o intuito de uma

melhor qualidade de vida da pessoa receptora do órgão, sem causar dano irreversível na vida do dador. No caso de dador cadáver, cabe ao enfermeiro zelar pela dignidade do seu corpo.

Em todas as circunstâncias de prestação de cuidados, tal como se fez neste caso, se deve conhecer os fundamentos técnico-científicos que justificam a acção e os princípios ético-deontológicos orientadores da prática de cuidados. Mas, não basta só conhecê-los. É preciso também reflectir sobre os factos e relacioná-los com os princípios já referidos, para poder emitir juízos fundamentados sobre questões complexas e actuar em conformidade com eles.

Ao longo dos Ensinos Clínicos procurou-se reflectir e actuar em conformidade com os princípios que regem a profissão de Enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro), bem como com as orientações regulamentadas em Diário da República e com Tratados ou Acordos de Organismos defensores dos direitos dos utentes (por exemplo, a Carta da Criança Hospitalizada).

3.4. PROMOVER A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A formação é um dos pilares para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde. A formação em serviço deve ser, um processo dinâmico e interactivo de modo a permitir novos conhecimentos e aprendizagens, garantindo a aquisição de competências que projectam a enfermagem para um proveitoso desenvolvimento pessoal e profissional.

Além de ser um direito, a formação é um dever do enfermeiro para com o utente, ser humano com direito a cuidados de elevada qualidade. Neste sentido, o Código Deontológico do Enfermeiro enuncia que para alcançar a excelência do exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de *“manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (artigo 88º, alínea c).

Para Platão, *“o instrumento não servirá para nada a quem não tiver o conhecimento de cada arte ou praticado os exercícios necessários”* (in Cornu, 2003:27), o que denota a importância da aprendizagem para saber fazer algo. Para saber exercer correctamente uma tarefa é necessário saber fazê-lo, e para o saber fazer é necessário aprender e

treinar, pelo que Aristóteles arcaicamente definia aprendizagem como o conjunto de *“ensaios preliminares que é necessário ter realizado e aos quais é necessário habituar-se para depois executar as operações e as obras”* (in Cornu, 2003:28).

Durante alguns anos pensou-se que a aprendizagem ocorria principalmente nos primeiros anos de vida. Mas se a educação é uma forma de socialização das crianças, para os adultos a formação não é mais do que um meio de enriquecimento de saberes e de desenvolvimento de aptidões, que lhes permite melhorar ou reorientar a sua esfera de actuação. Assim, a formação contínua de adultos é um conjunto de acções educativas, colectivas ou individuais, com o objectivo de melhorar as suas competências profissionais (Frederico e Leitão, 1999). Esta formação, quando realizada em contexto de trabalho, permite-lhe reflectir e aprender com base nas dúvidas e problemas que surgem com a prática profissional (Mestrinho, 2004).

Durante os ensinamentos clínicos reflectiu-se sobre a prática clínica da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, identificando-se algumas situações que necessitariam de uma abordagem formativa, com o intuito de despertar a atenção sobre o assunto, de forma a modificar comportamentos.

Através da observação da prática da equipa multidisciplinar, detectou-se que, por vezes, os assistentes operacionais da Urgência não conheciam nem desenvolviam uma relação interpessoal com os doentes da forma mais adequada, utilizando uma linguagem desadequada ao doente e ao momento. Para além disso, os mesmos profissionais, em determinadas situações, desenvolviam a sua acção sem articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Após contacto com o enfermeiro responsável da formação em serviço, percebeu-se que este problema tinha sido já detectado, e estava agendado para formação em serviço. Assim, em parceria com as colegas da EEMC assumiu-se o papel de formadora em serviço, com a realização de duas sessões de formação sobre *“Comunicação, Cooperação e Trabalho de Equipa”*, apresentadas nos dias 18 e 20 de Maio de 2010 (Anexo VIII).

Com estas sessões de formação pretendeu-se fomentar a reflexão dos assistentes operacionais sobre a sua interacção e comunicação com os utentes e acompanhantes da urgência, e sobre a importância da sua participação nas decisões da

equipa a que pertencem, como contributo para a coesão da mesma e para uma sintonia na prestação de cuidados por toda a equipa.

Durante a realização do Ensino Clínico na Urgência do HSTV, a equipa multidisciplinar encontrava-se num período de reflexão e formação relativamente a novos procedimentos e protocolos a implementar.

Face aos dados apresentados na Circular Normativa sobre a Criação e a Implementação da Via Verde Sépsis⁴, a DGS determina, por recomendação do Departamento de Qualidade na Saúde, a criação da VVS, a nível nacional, até final de 2010. Com vista à sua implementação na Urgência do HSTV, foi realizada formação em serviço, durante o mês de Maio de 2010, a todos os enfermeiros do serviço.

No sentido de aprofundar conhecimentos sobre o assunto, propôs-se, aos tutores, a realização e respectiva apresentação de um poster nas V Jornadas Urgência/Emergência, que decorreram nos dias 18 e 19 de Junho em Viseu. Este poster obteve a 3ª classificação entre os posters expostos (Anexo IX).

A VVS surge como um mecanismo organizacional que permite uma rápida identificação e intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico, com o objectivo de melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis Grave.

Em relação ao Ensino Clínico realizado na UCIP do mesmo hospital, procurou-se também identificar situações potenciais de desenvolvimento pessoal e da equipa e, quando possível, desenvolver acções formativas que permitissem promover a identificação, reflexão e modificação dessas situações.

Os profissionais de saúde em geral, encorajam pouco as perguntas por parte dos doentes, não escutam, nem se interessam por conhecer as preocupações e expectativas dos doentes. Por outro lado, os doentes acabam por adoptar, frequentemente, atitudes passivas e dependentes, concordantes com o modelo biomédico, que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação (Teixeira, 1996). Dada a natureza do

⁴ A Circular Normativa “Criação e Implementação da VVS” informa que 22% dos internamentos em UCIP ocorrem devido a Sépsis adquirida na comunidade, representando 38% da taxa de mortalidade hospitalar. É de salientar que, em casos mais graves de Sépsis (choque séptico), esta taxa chega a atingir 51%.

ambiente da UCIP, o mesmo se verificava, por vezes, neste serviço, valorizando-se os cuidados de manutenção da vida e colocando em segundo plano a comunicação interpessoal com o doente.

Na profissão de enfermagem é cada vez mais necessário explorar a comunicação porque representa um papel crucial no relacionamento enfermeiro/utente, e essa relação é muito importante na qualidade dos cuidados prestados. A comunicação é fundamental para a eficácia dos cuidados de enfermagem por oferecer confiança ao utente, estabelecer uma compreensão mútua entre enfermeiro/utente e facilitar a sua recuperação. O relacionamento enfermeiro/utente tem de se integrar num processo terapêutico de interacção, de afinidade, de conhecimento mútuo e de aceitação, onde a comunicação deve imperar.

Assim, considerou-se importante abordar o tema “Comunicação com o doente ventilado”, com o intuito de reforçar o interesse e empenho da Enfermagem Especializada em desenvolver um pensamento crítico sobre a própria acção, no sentido do aperfeiçoamento profissional dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem da UCIP.

Deste modo, foram realizadas 2 sessões de formação intituladas “Comunicar com o doente ventilado”, ocorridas nos dias 25 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2011, com duração de 1 hora e 30 minutos cada. Este trabalho foi realizado em parceria com a colega de EEMC. Para uma melhor compreensão do desenvolvimento das sessões pode ser consultado o Plano de Sessão que se encontra em anexo (Anexo X). Com a realização destas sessões conseguiu-se reforçar a importância da comunicação com estes doentes, principalmente com o visionamento de um resumo, bastante apelativo, do filme “O Escafandro e a Borboleta”.

Perante a azáfama desta UCIP e a importância dada aos cuidados físicos capazes de manter a vida humana, por vezes, esquece-se que o doente se encontra vulnerável não só ao nível físico, mas também ao nível psicológico, social e espiritual. Importa valorizar todas estas vertentes, incluindo a espiritual que pode constituir como mecanismo de coping para os doentes conseguirem enfrentar a sua situação de fragilidade. Entenda-se espiritualidade, não como religião, mas como a procura de sentido para a própria vida e sofrimento, capaz de fortalecer a sua mente e corpo.

A Espiritualidade tem vindo a ser valorizada na reabilitação física, psicológica e espiritual e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos doentes, tal como descrevem Pestana, Estevens e Conboy (2007). Assim, o enfermeiro e toda a equipa de cuidados deverão facilitar a participação da pessoa em actividades religiosas ou, simplesmente, a sua reflexão pessoal espiritual. Ou melhor, o enfermeiro deverá descobrir, ajudar a expressar e *“ter a ousadia de perguntar-lhes o que pode alimentar seu espírito e trazer-lhes paz”* (Hennezel e Leloup, 2004:19).

Considerou-se a realização de uma conferência face à denegação da morte e à onnipotência da técnica, a que algumas vezes se assiste na prática diária dos cuidados de saúde nesta UCIP. Deste modo, realizou-se no dia 23 de Fevereiro de 2011 a Conferência “Terapia e Espiritualidade”, em parceria com uma colega da EEMC, com a colaboração da UCIP e do DEP (Anexo XI).

Dada a gravidade dos doentes das UCIP’s, a Paragem Córdio-Respiratória é frequente e, habitualmente, não é um acontecimento súbito e inesperado. É antes o resultado de uma falência progressiva, pelo que a prevenção da PCR é a melhor estratégia. Mas, nem sempre se consegue evitar.

Em muitas situações, o SBV não é suficiente para recuperar a circulação espontânea do doente, sendo necessário recorrer a medidas adicionais que optimizem a função cardio-respiratória do doente. Em meio hospitalar, pode recorrer-se ao chamado SAV como forma de diminuir a probabilidade de PCR irreversível.

A adopção de medidas de suporte de vida, como sejam o SBV e o SAV, requerem a uniformização dos procedimentos, de forma a rentabilizar esforços e evitar erros. Assim, é fundamental que as acções sejam praticadas do mesmo modo por todos os profissionais, baseados nos mesmos fundamentos científicos, rigor na execução da técnica e a sua actualização.

Como meio de uniformizar a actuação dos profissionais, encontrava-se fixado na parede da UCIP, junto ao carro de reanimação, um poster alusivo ao SAV. No entanto, detectou-se que se encontrava desactualizado, pelo que se propôs um novo poster de SAV, segundo as recomendações ERC, CPR, Guidelines de 2010 (Anexo XII). Desta forma, promoveu-se a qualidade dos cuidados de enfermagem através do contributo na actualização de conhecimentos da equipa da UCIP.

Sem descurar as oportunidades para melhorar o desenvolvimento profissional individual, participou-se, como formanda, nas acções de formação em serviço desenvolvidas no hospital e que, de alguma forma, convergiam com preocupações ou dúvidas pessoais. Assim, participou-se nas seguintes sessões:

- ◆ “Cuidados de Enfermagem a doentes com Hemorragia Digestiva”, realizada no dia 23 de Junho de 2010, no SU;
- ◆ “Esclarecimento de dúvidas sobre o preenchimento da folha de registo em enfermagem e Abordagem ao Método de Avaliação da Confusão a implementar na UCIP”, que decorreu no dia 25 de Janeiro de 2011, com duração de 1 hora e 30 minutos;
- ◆ “Nutrição Entérica/Parentérica na UCIP”, no dia 25 de Janeiro de 2011, com duração de 3 horas;
- ◆ “Higienização das mãos”, a 14 de Fevereiro de 2011, com duração de 1 hora, realizada pela CCI na UCIP.

A participação pessoal na formação em serviço desenvolveu-se ao longo das diversas fases da sua implementação, desde a detecção das necessidades até à implementação da acção formativa, geralmente, com grande envolvimento dos formandos. Num tão curto período de tempo de realização dos Ensinos Clínicos não se conseguiu avaliar se a formação elucidou os profissionais de modo a modificar comportamentos de prática de cuidados. Acredita-se, porém, que se conseguiu comunicar as principais conclusões de forma clara, quer a enfermeiros, quer a assistentes operacionais, com o objectivo principal de despertar a atenção e reflexão de todos os envolvidos.



4. CONCLUSÃO

As competências de enfermagem têm despertado o interesse de vários autores como Collière (1999), Hesbeen (2000), Benner (2001) e Watson (2002). Estes têm se ocupado no desenvolvimento do estudo da problemática das competências profissionais e na construção de perfil do enfermeiro que terá por base fundamental as competências de natureza técnica e científica.

Sendo a enfermagem uma profissão que estabelece pontes de relação com o utente e/ou cuidadores também desenvolve competências de relação de ajuda, empatia e comunicação, essenciais na eficácia e eficiência dos cuidados prestados.

Assim, os profissionais em geral e os enfermeiros em particular, definem o seu perfil de competências técnico/científicas e ético/relacionais no decurso da sua experiência profissional em contexto de trabalho.

É neste relatório, objecto de descrição, análise e reflexão das actividades que se reflecte a acção profissional desenvolvida e a aprendizagem conseguida ao longo do Prática Clínica. A sua redacção foi orientada pelos objectivos definidos no Projecto de Estágio, construídos com o intuito de alcançar as competências de um enfermeiro especialista nos cuidados ao doente crítico. Perante a interligação de todos os objectivos definidos e a transversalidade das actividades realizadas, tornou-se difícil compartimentar a descrição da aprendizagem por áreas específicas, mas pensamos ter conseguido transmitir os principais aspectos a reter neste percurso de construção de competências.

A realização deste curso de EEMC nasce da necessidade de procura e aprofundamento de conhecimentos em relação aos cuidados ao doente crítico, face às lacunas pessoais que se foram detectando na prática profissional exercida no BOC do HSTV e pela necessidade de conhecer outras realidades complementares deste serviço (como é o caso do SUG e da UCIP), para melhor compreender o enquadramento dos cuidados prestados no BOC. Para além de influir directamente numa melhoria do desempenho profissional, contribui também para uma maior satisfação profissional e autonomia da classe profissional.

Ao longo desta EEMC, e de forma especial no Ensino Clínico, procurou-se fomentar uma aprendizagem auto-dirigida, através da tomada de iniciativa no

desenvolvimento e participação nas diversas actividades formais ou informais, e de um esforço pessoal de reflexão sobre a prática de cuidados. Deste modo, assumiu-se um papel activo no percurso de construção de competências, iniciado com esta EEMC e aperfeiçoado futuramente com a prática de cuidados e outras acções formativas ou investigações a realizar.

Os serviços onde se realizou o Ensino Clínico demonstraram ser óptimos locais de aprendizagem, pela diversidade de situações que apresentam e pela consequente necessidade de mobilização de uma panóplia de conhecimentos teórico-práticos, relacionais e ético-deontológicos, para a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade.

Denota-se que os cuidados prestados em ambos os serviços são humanizados, fruto de um grande esforço da equipa de enfermagem na luta diária contra a escassez de recursos humanos. Ainda assim, a falta de espaço das instalações (no SUG), associada a essa escassez de recursos humanos, dificulta a vigilância e a manutenção da intimidade dos utentes que lá permanecem à espera de ser observados e cuidados pela equipa multidisciplinar.

O trabalho e esforço dos enfermeiros nem sempre é reconhecido pelos doentes e pelos outros profissionais. Cabe, então, a cada enfermeiro reconhecer a sua profissão como uma mais-valia para a sociedade, para que outros também a reconheçam como área autónoma dos cuidados de saúde. Para que tal aconteça é necessário que se detectem as dificuldades e potencialidades da acção de enfermagem através de uma reflexão crítica na e sobre a prática, individual e colectiva, de cuidados, para implementar mecanismos de promoção da competência dos enfermeiros. Só através do desenvolvimento de competências sólidas e da valorização das intervenções autónomas por parte dos enfermeiros se caminha para um reconhecimento social da Enfermagem como profissão independente.

Agora terminado o Ensino Clínico, tem-se a noção de que tudo o que se adquiriu nos torna numa enfermeira diferente, dotada de novos conhecimentos e vivências que consideramos pertinentes para a construção de uma enfermagem mais diferenciada, especializada mas igualmente consciente e humanizada. Tem-se agora uma visão mais ampla e completa sobre a necessidade da continuidade de cuidados não só na equipa de um serviço, mas entre toda a instituição hospitalar. É importante que,

enquanto enfermeira a exercer funções no BOC, haja uma preocupação de articulação com o SUG e a UCIP, suas principais portas de entrada e de saída, para rentabilizar recursos materiais, humanos e financeiros, e para que, acima de tudo, o doente sinta que está a ser cuidado de forma global e holística por todos os profissionais envolvidos no seu processo de recuperação.

Ao longo deste percurso de aprendizagem e construção de saberes procurou-se encontrar um sentido e um fundamento para os cuidados prestados e actividades planeadas, com vista à excelência dos cuidados ao doente crítico e sua família, aprofundando saberes praticados no BOC e desenvolvendo outras capacidades complementares.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família constituiu, certamente, um dos maiores desafios mas também um dos momentos de grande envolvimento e crescimento pessoal, base da área de competência de enfermagem, pouco desenvolvida no BOC. Em relação aos cuidados de vigilância e de manutenção da vida do doente crítico, muitos já eram conhecidos e dominados por nós, facilitando a integração em cada serviço. No entanto, pontualmente, surgia a oportunidade de desenvolver capacidades em novas técnicas, como é o caso da hemofiltração.

Acreditamos ainda que a nossa presença contribuiu para a melhoria dos cuidados no SUG e na UCIP, no que diz respeito à partilha de experiências pessoais e a pequenos contributos que facilitam a prática de cuidados, como é o caso da reorganização da terapêutica na sala de Emergência do SUG ou a actualização do poster de SAV da UCIP. Para além destes, desenvolveram-se algumas obras a serem implementadas, se houver condições organizacionais, como o “Guia do acompanhante” da Urgência ou a realização de um Website da UCIP, entregue em suporte informático para, após aprovação da Administração do HSTV, fazer parte do site deste hospital.

Através da formação e da investigação, os enfermeiros melhoram a sua praxis clínica, cuidando com qualidade, numa prática de constante inovação, de modo a dominarem o presente e encontrarem os caminhos do futuro.

Para nós, estes são eixos prioritários no aperfeiçoamento profissional, tendo-se a perspectiva de abraçar novas áreas de formação e aprofundar ainda mais o

conhecimento nos cuidados ao doente crítico. Ao nível da investigação, gostaríamos de desenvolver estudos que permitissem verificar a vantagem da continuidade de cuidados entre o BOC, o SUG e a UCIP, serviços transversais nos cuidados ao doente crítico. Neste âmbito, pensamos que seria importante o intercâmbio, ainda que pontual, dos enfermeiros dos serviços mencionados, para que detectassem fragilidades passíveis de ser melhoradas, com o objectivo máximo da garantia de continuidade de cuidados.

Desejamos, futuramente, ter um papel mais activo na gestão dos cuidados no BOC, nomeadamente na selecção e utilização de recursos materiais de forma a rentabilizar os custos.

Como meio de partilha de conhecimento, é ainda nosso objectivo publicar alguns dos artigos redigidos, com o intuito de despertar a reflexão dos seus leitores, para melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O Ensino Clínico foi um momento de grande aprendizagem pessoal e profissional, alcançando-se os objectivos inicialmente propostos, mas tendo-se a noção de que esta EEMC foi apenas o início de uma longa caminhada na construção de competências sólidas na área dos cuidados ao doente crítico.

BIBLIOGRAFIA

Alves, José António da Conceição (2010), A liderança e a inteligência emocional dos enfermeiros: chefes e especialistas. Orientado por Célia Ribeiro. Viseu: [s. n.]. Tese de Mestrado em Gestão, especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Bellier, Sandra (2001), A competência. In Carré, Philippe; Caspar, Pierre (dir.). Tratado das Ciências e das técnicas de formação. Lisboa: Instituto Piaget. 539 p. ISBN 972-771-345-9.

Benner, Patrícia (2001), De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra : Quarteto. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

Berlanga, Afonso [et al] (2007), Manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma, 2ª ed. Barcelona: Elsevier. X, 292 p. ISBN 978-84-458-1713-1.

Bernardo, Andreia [et al] (2004), Análise das práticas – uma estratégia de construção de saberes na prática dos cuidados de enfermagem. Formar [em linha]. N.º46-50 , pp.42-52. ISSN 0872-4989. [consultado em 2011/03/08]. Disponível em «http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Formar/Documents/Formar%202004/FORMAR_46_49.pdf».

Caetano, Paula (2003), Formar... qualificar... os enfermeiros e as organizações. Servir. Vol. 51, n.º6 (Novembro/Dezembro), pp. 269-274. ISSN 0871-2370.

Collière, M.F. (1999), Promover a vida. Barcelona. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão Regional do Doente Crítico (2009), Recomendação: Carro de Emergência. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.

Cornu, Roger (2003), Educação, saber e produção. Lisboa: Instituto Piaget. 357 p. ISBN 972-771-566-4.

Cortesão, Luiza [et al] (2002), Trabalhar por projectos em educação. Uma inovação interessante, Porto: Porto editora. ISBN 972-0-34218-8.

Costa, Alexandra; Madeira, Alexandra; Matias, Elisabete (2004), Autonomia em Enfermagem. Sinais Vitais. N.º 56 (Setembro 2004), pp. 63-64. ISSN 0872-0844.

Decreto-Lei n.º107/2008. [em linha]. Diário da República 1ª Série. N.º121 (2008/06/25) 3835-3853. [consult. 2011/03/18]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf1sdip/2008/06/12100/0383503853.pdf>».

Decreto-Lei n.º74/2006. [em linha]. Diário da República I Série-A. N.º60 (2006/03/24) 2242-2257. [consult. 2011/03/18]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf1sdip/2006/03/060A00/22422257.pdf>»

European Association for Children in Hospital (2009), Anotações Carta da Criança Hospitalizada. [em linha]. 2ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. [consult. 2011/23/03]. Disponível em «http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf».

Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos (1999), Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra: Formasau. 193 p. ISBN 972-8485-09-3.

Gonçalves, Elsa [et al] (1998), Formação como estratégia de promover a reflexão na acção e a acção reflectida. Pensar Enfermagem. Vol. 1, nº 2 (1º semestre 1998), pp.11-16. ISSN 0873-8904.

Grande Enciclopédia Universal (2004). Lisboa: Edita Durclub.

Granitoff, Nina [et al] (1994), Sistema racional de atendimento: um modelo de assistência ao paciente em paragem cardio-respiratória Acta Paulista de Enfermagem. Vol.8, nº2/4 (Abril/Dezembro).

Grupo de Trabalho de Urgências (2006), O Serviço de Urgência: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [consult. 2011/03/23]. Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf>

Hennezel, Marie de; Leloup, Jean-Yves (2004), A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na actualidade. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 2-221-08220-6.

Hesbeen, W. (2002), Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança (1998), Carta da criança hospitalizada. [em linha]. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN 972-8003-14-5. [consult. 2011/03/23]. Disponível em <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf>.

Lei nº33/2009, Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. [em linha]. Diário da República 1ª Série. Nº134 (2009/07/14) 4467. [consult. 2010/06/11]. Disponível em <<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/13400/0446704467.pdf>, 2010/06/11>.

Manual de Enfermagem do Serviço de Urgência do HSTV, disponível no Serviço de Urgência Geral.

Mendonça, Susana (2009), Competências Profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar. Penafiel: Editorial Novembro. ISBN 978-989-8136-34-3

Mestrinho, Maria de Guadalupe (2004), Formação e Prática de Enfermagem: o Estado das Parcerias em Contextos Formativos. In Estrela, Albano; Ferreira, Júlia (org.), Regulação da Educação e Economia: Organização, Financiamento e Gestão, Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. pp.310-324.

Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério (coord.) (2005), Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

Nunes, Rosa (2005), Nada sobre nós sem nós: a centralidade da comunicação na obra Boaventura de Sousa Santos. s.l.: Cortêz Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2005), Regulamento do Exercício Profissional dos

Enfermeiros. In Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério (coord.), Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

Paschoal, Amarílis; Mantovani, Maria; Méier, Marineli (2007), Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. [em linha]. Vol.41, nº3. pp.478-484. ISSN 0080-6234. [consult. 2011/03/15]. Disponível em «<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>».

Pestana, João Paulo; Estevenes, David; Conboy, Joseph (2007), O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. (2007). [consult. 2011/03/17]. Disponível em «<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0391.pdf>».

Piscarreta, Carla (2000), Cuidar e Pedagogia. Enfermagem em Foco. Nº37 (Novembro/Janeiro). pp.35-41.

Portaria nº348/98. [em linha]. Diário da República I Série-B. Nº135 (1998/06/15) 2656-2658. [consult. 2011/03/23]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf1sdip/1998/06/135B00/26562658.pdf>»

Portugal. Direcção Geral da Saúde (2001b), Cuidados de Saúde Diferenciados. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [consult. 2011/02/16]. Disponível em «<http://www.dgs.pt>».

Portugal. Direcção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde/ Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional (2010), Criação e Implementação da Via Verde Sépsis. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [consult. 2010/06/20]. Disponível em «<http://www.dgs.pt>».

Portugal. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (2001b.) Rede hospitalar de urgência/emergência. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. ISBN 972-9425-99-X. [consult. 2011/03/24]. Disponível em «<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>».

Portugal. Direcção Geral da Saúde (2007), Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [consult. 2011/04/01]. Disponível em «<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>».

Portugal. Direcção Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - ECTS: European Credit Transfer System (Sistema Europeu de Transferência de Créditos). [em linha]. Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior. [consult. 2011/03/15]. Disponível em «<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo%20de%20Bolonha/Objectivos/ECTS>».

Portugal. Direcção Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - O Processo de Bolonha. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior. [consult. 2011/03/15]. Disponível em «<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/>»

Regulamento do Serviço de Urgência (2001), disponível no Serviço de Urgência Geral do HSTV.

Regulamento nº122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [em linha]. Diário da República 2ªSérie. Nº35 (2011/02/18) 8648-8653. [consult. 2011/03/11]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>».

Regulamento nº124/2011. [em linha]. Diário da República 2ªSérie. Nº35 (2011/02/18) 8656-8657. [consult. 2011/03/11]. Disponível em «<http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>».

Rispail, Dominique (2003), Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-42-8.

Semedo, João [et al] (2008), Projecto de Lei 503/X. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. [em linha]. Lisboa: [s.n.]. [consult. 2010/05/20]. Disponível em «<http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/paginas/DetalleIniciativa.aspx?ID=33>».

Tappen, Ruth (2005), Liderança e Administração em Enfermagem: conceitos e prática. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-00-3.

Teixeira, José (1996), Comunicação e cuidados de saúde: desafios para a psicologia da saúde. Análise Psicológica. Nº1 (Janeiro/Março). pp.135-140.

Teixeira, Sebastião (2005), Gestão das Organizações. Madrid: McGraw-Hill. ISBN 84-481-4617-4.

Tomey, Ann (2004), Virginia Henderson: Definição de Enfermagem. In Tomey, Ann; Alligood, Martha. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Watson, Jean (2002), Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma da Enfermagem. Loures:Lusociência.

Anexos

Anexo I

PLANTA FÍSICA DO SUG

HOSPITAL SÃO TEOTÔNIO EPE - VISEU



A – SALA EMERGÊNCIA
B – PEQUENA CIRURGIA

A – SALA ABERTA
B – SALA ESPERA AMARELOS
C – SALA ESPERA VERDES

A – SO
B – UDC
C – TRATAMENTOS ENFERMAGEM

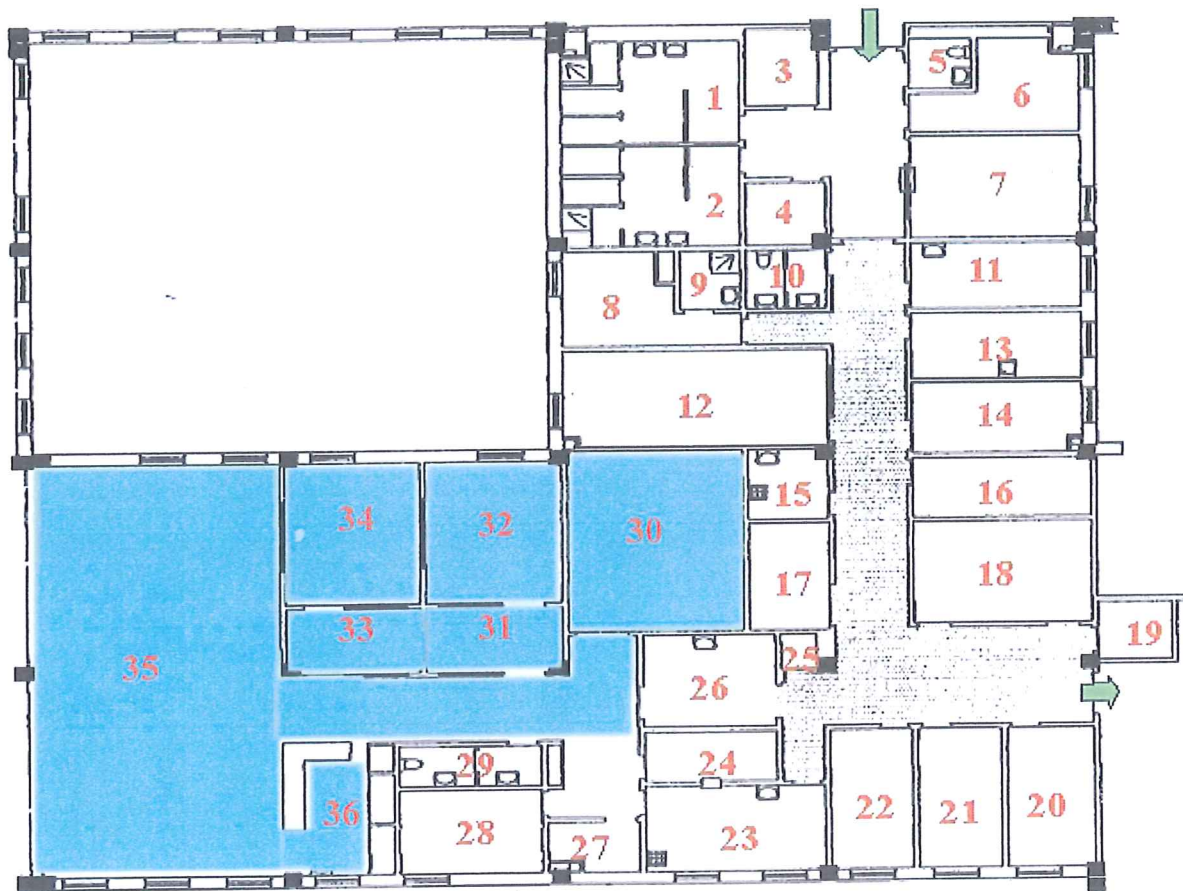
Revisto em _____

Anexo II

PLANTA FÍSICA DA UCIP



ESTRUTURA FÍSICA



Legenda:

- ↓ - Entrada principal
- - Acesso ao Bloco Operatório

Área de tratamento dos doentes

- | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Vestiário dos homens | 2. Vestiário das senhoras | 3. Lixo e roupa suja |
| 4. Sala de fardas | 5. Wc das Visitas | 6. Sala de visitas |
| 7. Secretariado | 8. Quarto médico | 9. Wc quarto médico |
| 10. Wc | 11. Sala de fumo | 12. Sala de reuniões |
| 13. Arrecadação | 14. Copa | 15. Material de limpeza |
| 16. Arrecadação | 17. Arrecadação | 18. Desinfecção de camas |
| 19. Asla de soros | 20. Gabinete director | 21. Gabinete médico |
| 22. Gabinete enf. Chefe | 23. Sala de sujos | 24. Sala de limpos |
| 25. Arrecadação | 26. Adufa de entrada | 27. Carros de higiene |
| 28. Sala de estar | 29. Wc sala aberta | 30. Camas 7 e 8 |
| 31. Adufa quarto 6 | 32. Quarto 6 | 33. Adufa quarto 5 |
| 34. Quarto 5 | 35. Sala Aberta | 36. Central monitorização |

Anexo III

CHECKLIST DE MATERIAL DA SALA DE EMERGÊNCIA



CHECK LIST DA SALA DE EMERGÊNCIA

CARRO DE TRAUMA		
Cesto Superior	Qtd.	Rep.
Fios de sutura seda 2/0	2	
Fios de sutura nylon 3/0	2	
Fios de sutura vycril 2/0	2	
Steristrip	2	
Spongostam	4	
Tamponamento Nasal	2	
Tamponamento Ouvido	2	
Gase gorda 10x10	1cx	
Gase gorda 10x40	1cx	
Adesivo	1rolo	
Frasco Iodopovidona espuma	1	
Frasco Iodopovidona dérmico	1	
Frasco Hipoclorito de Sódio	1	
Frasco Água Oxigenada	1	
Emb. Sicazine	1	
Frasco Lidocaína 2%	1	
Caixa de Lâminas Bisturi 22	1cx	
Caixa de Lâminas Bisturi 15	1cx	
Gillettes	2	
Cargas de Mâq. Tricotomia	2	
2.º Cesto		
Luvas Cirúrgicas 7,5	2	
Luvas Cirúrgicas 7	2	
Luvas Cirúrgicas 6,5	2	
Compressas Pequenas	5	
Compressas Médias	5	
Compressas Grandes	5	
3.º Cesto		
Ligaduras Elásticas 10	5	
Ligaduras Elásticas 15	5	
Ligaduras Algodão 10	5	
Ligaduras Algodão 15	5	
Ligaduras Pano 10	5	
Ligaduras Pano 15	5	

CARRO DE APOIO À CIRCULAÇÃO		
Cesto Superior	Qtd.	Rep.
Biobox	1	
Kits de punção venosa	3	
Cateter PV n.º 16 e 18	3	
Compressas	qb	
Adesivos	qb	
Frasco desinfectante	1	
Prolongadores	6	
Torneiras	6	
Sistemas de soros	6	
Sistemas de bomba infusoras	6	
Seringas infusoras	6	
Sistemas hol lyne	2	
Glicose 5% 100ml	2	
NaCl 100ml	2	
NaCl 500ml	2	
NaCl 1000ml	2	
Lactatos de Ringer	2	
Venofundim 500ml	1	
Gelofusine 500ml	1	
PES 500ml	1	
PEG 500ml	1	
SG Isotônico 5% 500ml	1	
SG 10% 500ml	1	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	1	
Bicarbonato de Sódio 1,4%	1	

CARRO DE APOIO À VIA AÉREA		
Cesto Superior	Qtd.	Rep.
Cabo de laringoscópio	1	
Lâmina n.º 4	1	
Lâmina n.º 3	1	
Lâmina n.º 2	1	
Nastro	1	
TET 7; 7,5; 8; 8,5	1	
Seringa 20cc	1	
Pinça de Maguill	1	
Tubo de Guedel 2, 3, 4	1	
Adrenalina + Atropina + Serin.	2	
ML	1	
Condutor	2	
2.º Cesto		
Máscara de Venturi	2	
Máscara de alta concentração	2	
Máscara intermédia	2	
Máscara com copo nebulizador	2	
Sondas de aspiração: 14/Yankauer	2	
Nariz artificial	2	
3.º Cesto		
Sonda nasogástrica 16 e 18	1	
SG dupla via 18 e 20	1	
Saco de drenagem	1	
Seringa de 100cc	1	
4.º Cesto		
Resguardos	3	
Compressas médias e grandes	6	
Penso absorventes	3	

1.º ARMÁRIO DE REPOSIÇÃO		
1.ª Prateleira	Qtd.	Rep.
Condutores	2	
Tubos de Guedel n.º 2, 3, 4	4 cda	
TOT n.º 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5; 9; 9,5	2 cda	
Cânulas Traqueostomia n.º 6, 8	2 cda	
Sondas de Black More	2	
Kit Cricotomia	1	
Kit Pericardiocentese	1	
Kit Traqueostomia	1	
2.ª Prateleira		
Máscaras de O ₂ simples	4	
Máscaras de O ₂ Venturi	4	
Máscaras de O ₂ MAC	4	
Máscaras de O ₂ nebulização	4	
Tubos de cristal	4	
Tubos torácicos n.º 36	4	
Tubos torácicos n.º 32	4	
Tubos torácicos n.º 30	4	
Tubos torácicos n.º 26	4	
Tubos torácicos n.º 24	2	
Frascos de drenagem torácica	2	
Tubuladura drenagem torácica	3	
3.ª Prateleira		
Kit de punção venosa	15	
Kit de colheita	20	
Kit de colheita c/ Butterfly	20	
Adaptador de colheita	20	
Adaptador simples de colheita	20	
Torneiras	16	
Tampas	16	
Perfuradores	16	
Kit Gasometria	20	
Cateter central 3 vias	2	
Cateter de infusão rápida	2	
Aagulhas de Implantofix	2	

2.º ARMÁRIO DE REPOSIÇÃO		
1.ª Prateleira	Qtd.	Rep.
Gelofusine 500 ml	6	
Lactato de Ringer	10	
Soro Fisiológico 1000 ml	10	
Soro Fisiológico 500 ml	10	
Soro Fisiológico 100 ml	10	
Dextrose 10% 500 ml	6	
Manitol 250 ml	6	
Glicose 5% 1000 ml	6	
Glicose 5% 500 ml	10	
Glicose 5% 100 ml	10	
2.ª Prateleira		
Ionosteril Simples 1000ml	6	
Ionosteril Simples 500ml	6	
Ionosteril c/ Glicose 1000ml	6	
Ionosteril c/ Glicose 500ml	6	
Água bidestilada 1000ml	6	
Dextrose em S.F. 500ml	6	
Glicose 10% 1000ml	6	
NaCl 45% 500ml	6	
Bicarbonato de Sódio 1,4%	6	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	6	
Tetraspan 500ml	6	
3.ª Prateleira		
Luvas n.º 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5	10 cda	
Sondas rectais n.º 20,25	2 cda	
Aspirador de colheita de secreções	2	
4.ª Prateleira		
Seringas infusoras	16	
Prolongadores 25mm	16	
Prolongadores 150mm	16	
Sistemas de seringa infusora	16	
Sistema de soros	16	
Sistema de sangue	4	
Sistema Hotline	2	
5.ª Prateleira		
Sondas NSG dupla via n.º 16,18,20	4 cda	
Sondas NSG de via única n.º 14,16,18	4 cda	
Seringas lavagens	8	
Sondas Vesicais n.º 14,16,18,20	4 cda	
Clamps de Sonda NSG	8	

Equipamentos		
Equipamentos	Qtd.	Rep.
Aquecedor de fluidos	1	
Ambú	4	
Bala de O ₂ Portátil	?	
Infusora	4	
Kit de Cricotirotomia	1	
Máquina de cortar cabelo	1	
Máquina de Glicémias	1	
Monitor Desf. Life-pack	4	
Rectosigmoidoscópio	1	
Seringa infusora	4	
Venilador Siem	1	
Oxilog.	3	

Data ___/___/___

Enfermeiro _____ N.º Mec. _____

Anexo IV

POSTER “10 REGRAS DE OURO”



Hospital de São Teotónio, EPE
Serviço de Urgência Geral

SR(A) FAMILIAR/AMIGO(A)

Sabia que...

...Você pode acompanhar o doente na urgência?

Mas, para isso terá que cumprir as **10 regras de ouro!**

1. O acompanhante é uma pessoa indicada pelo utente

- O utente tem direito a um acompanhante. Quando o utente não puder expressar a sua vontade, o serviço de urgência deve promover o seu acompanhamento por algum familiar/amigo.

2. Respeite as indicações dos profissionais de saúde

- Se violar as indicações dos profissionais de saúde pode ser impedido de permanecer junto do utente.

3. Ausente-se quando lhe for solicitado por qualquer profissional

- A sua presença pode comprometer as condições mínimas necessárias à realização de determinadas intervenções (exames, tratamentos, ...).

4. Apenas pode obter informação sobre o utente que acompanha

- Pode obter informação desde que o utente o permita e que não esteja reservada a segredo clínico. Não pode obter informação de outros utentes.

5. Não circule livremente pela urgência

- A urgência tem zonas de acesso restrito e reservadas aos profissionais de saúde.

6. Não dê comida/bebida ao utente sem autorização prévia

- O utente pode estar em jejum para a realização de determinadas intervenções (exames, cirurgia ...). Quando se justificar, os profissionais de saúde darão comida/bebida ao utente.

7. Solicite autorização ao enfermeiro para mobilizar o utente

- O utente poderá ter indicação para repouso e/ou necessitar de mais do que uma pessoa para se movimentar.

8. Contribua para a manutenção de um ambiente calmo

- Desligue o seu telemóvel ou mantenha-o em silêncio.
- Fale apenas o indispensável e o mais baixo possível.

9. Mantenha a sua identificação sempre visível

- Colabore na manutenção de um ambiente seguro, sem pessoas desconhecidas.

10. Forneça informações que facilitem o tratamento do utente

- As informações sobre os antecedentes pessoais ou familiares, medicação habitual ou alterações que possam surgir na urgência constituem factores importantes no tratamento do utente.



Torne a sua presença valiosa.

Referências Bibliográficas:

*DIÁRIO DA REPÚBLICA – Lei n.º 33/2009 – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde [em linha] 14 de Julho de 2009. [Consultado a 11/06/2010]. Disponível em <<http://dce.pt/dce/tribuna/2009/07/13/00000446704467.pdf>>

*MINISTÉRIO DA SAÚDE – O serviço de Urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergências. [em linha] [consultado a 11/06/2010] Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/ivro%20urgencias%202006.pdf>

Realizado por: Morais, Paula
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009/2010 da Universidade Católica de Viseu
Orientadora: Mestre Teresa Borges

Anexo V

DESDOBRÁVEL “GUIA DO ACOMPANHANTE”

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Podem obter informações através de

- Gabinete de Voluntariado
- Telefone: 232 420 540

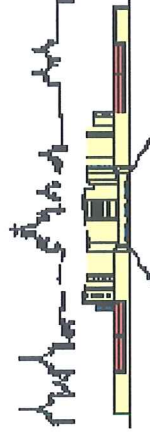
Ajude a humanizar o
atendimento na urgência.



HOSPITAL DE
SÃO TEOTÓNIO, EPE

Torne a sua
presença valiosa.

GUIA DO ACOMPANHANTE



HOSPITAL DE
SÃO TEOTÓNIO, EPE

Avenida Rei D. Duarte
3504-508 Viseu

Tel: 232 420 500
Fax: 232 420 581
Correio electrónico:
geral@hsv/aeu.minae.upe.pt

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

ACOMPANHANTES NA URGÊNCIA GERAL

NORMAS PARA

OS ACOMPANHANTES

- Qualquer utente da Urgência Geral pode ter um acompanhante.
- Um acompanhante é um familiar ou amigo do utente que permaneça junto de si durante o atendimento na urgência.
- Para que o normal funcionamento do Serviço de Urgência Geral não seja perturbado, o acompanhante deverá respeitar as normas existentes.
1. Um acompanhante é uma pessoa indicada pelo utente
 2. Respeite as indicações dos profissionais de saúde
 3. Ausente-se quando lhe for solicitado por qualquer profissional
 4. Apenas pode obter informação sobre o utente que acompanha
 5. Não dê comida/bebida ao utente
 6. Não circule livremente pela urgência
 7. Solicite autorização ao enfermeiro para mobilizar o utente
 8. Contribua para a manutenção de um ambiente calmo
 9. Mantenha a sua identificação sempre visível
 10. Forneça informações que facilitem o tratamento do utente

INFORMAÇÕES ÚTEIS

SR(A) ACOMPANHANTE:

- Se não se sente capaz de acompanhar o utente, pode pedir informações no Gabinete de Voluntariado
- Pode ser substituído por outro familiar/amigo, desde que o utente e os profissionais de saúde o permitam
- Se pretender ausentar-se do Serviço de Urgência, informe os profissionais de saúde

Anexo VI

ARTIGO “A CRIANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE ADULTOS”

A CRIANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE ADULTOS

Investigações feitas por psicólogos e pediatras nos anos 50 demonstraram que os cuidados recebidos por crianças hospitalizadas eram prejudiciais para o seu bem-estar psicológico e emocional. A sua quase completa separação das famílias, procedimento comum na altura, bem como o atendimento na urgência e hospitalização de crianças em unidades de saúde para adultos, tinha como resultado perturbações emocionais de diversos graus que podiam ter um efeito de longa duração (EACH, 2009).

A partir daí, iniciaram-se grandes mudanças que levaram a um maior envolvimento das famílias nos cuidados das crianças doentes, mudanças que gradualmente ganharam o apoio do pessoal dos cuidados de saúde (EACH,2009).

No Reino Unido, em 1961, começaram a formar-se associações voluntárias para o bem-estar da criança. Estas associações foram criadas em vários países europeus com a finalidade de aconselhar e apoiar pais e todos aqueles que cuidam da criança, e também para informar e cooperar com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde (EACH, 2009).

Em 1988, doze destas associações reuniram-se em Leiden, na Holanda, para a sua 1ª Conferência Europeia. Nesta conferência, delineou-se a Carta de Leiden que descreve, em dez pontos, os direitos da criança hospitalizada (designada por Carta da EACH - *European Association for Children in Hospital*; em Portugal, Carta da Criança Hospitalizada), que tem por base a Convenção dos Direitos das Crianças da Nações Unidas. Em 1993, a EACH tornou-se a organização que agrupa as associações não-governamentais sem fins lucrativos envolvidas no bem-estar da criança hospitalizada e cujo objectivo é a implementação da Carta da EACH (EACH, 2009).

A implementação da referida carta provocou uma gradual reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente dos que dão resposta a utentes em idade pediátrica, no sentido de se criarem unidades de saúde destinadas exclusivamente para o atendimento e hospitalização de crianças, sendo esta uma das principais preocupações da carta, ou seja, as crianças são ainda admitidas ou atendidas em serviços de saúde de adultos.

O artigo 6º da Carta da Criança Hospitalizada (1988) espelha essa preocupação ao referir que *"As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem*

ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limite de idade". Numa explicação a este artigo as Anotações à Carta da Criança Hospitalizada (2009) acrescentam, *"Os cuidados de crianças e adultos na mesma enfermaria não são aceitáveis, e conseqüentemente: as crianças não devem ser admitidas ou tratadas nas enfermarias de adultos; os adultos não devem ser admitidos ou tratados nas enfermarias de crianças; devem existir áreas separadas para cuidar de crianças e adultos, tais como a recepção, urgência, cirurgia, ambulatório e hospital de dia, assim como salas de observação e tratamento".*

Margarida Pinto do Carmo, Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica do Hospital Garcia de Orta, refere no seu artigo *Crianças e Adultos - Carta da Criança Hospitalizada*, publicado no Boletim 51, Janeiro/Março de 1999, do Instituto de Apoio à Criança, que *"O 6º direito diz-nos que as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Estes, perante o indiscutível impacto que um internamento no hospital provoca em qualquer criança, seja qual for a sua idade, estão longe de conseguir assegurar assistência em ambiente pediátrico como elas têm direito, o que se traduz por desvantagens universalmente reconhecidas. Trabalhar com crianças e jovens implica formação pediátrica, motivação pessoal e o desenvolvimento de um treino pediátrico que implica uma preparação específica longa, que se adquire através dos anos, todos os dias. Um serviço de adultos não concentra estes requisitos, nem a utilização de actividades lúdicas e educativas, redutoras de stress, e de que a criança e o jovem tanto necessitam durante o internamento".*

O estudo "Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital", realizado em 2007 pelo Sector da

Humanização do Instituto de Apoio à Criança com o apoio da Fundação GlaxoSmithKline, dá conta de que num universo de 106 hospitais existentes em Portugal, à data, existem 28,1% (18) dos hospitais com Pediatria que refere não ter urgência pediátrica autónoma, levando a que um elevado número de crianças seja atendido no serviço de urgência em conjunto com os adultos, o que vai contra o que é recomendado (Artigo 6º da Carta da Criança Hospitalizada).

Esta reflexão surge neste contexto, por ter constatado, durante o estágio no Serviço de Urgência Geral, inserido no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que apesar de no Hospital

São Teotónio de Viseu existir uma Urgência Pediátrica autónoma com as condições acima descritas e preconizadas, crianças que necessitam de ser atendidas por algumas especialidades médico-cirúrgicas, frequentemente Ortopedia e mais raramente Cirurgia, são atendidas no Serviço de Urgência Geral, destinado a adultos.

Atendendo aos factos acima descritos e sendo este um aspecto previsto no Regulamento Interno do Serviço de Urgência Geral, que refere que salvo raras excepções nenhuma criança deverá ser observada neste serviço, e uma vez que o serviço de Urgência Pediátrica está munido de meios e infra-estruturas para que os médicos especialistas das especialidades acima descritas possam desenvolver o seu trabalho e prestar assistência às crianças que delas necessitam com a melhor qualidade, este comportamento deverá modificar-se.

De realçar que não foram referidas especialidades como Otorrinolaringologia e Oftalmologia, uma vez que os

médicos destas especialidades que necessitam de observar uma criança, precisam de equipamentos que são fixos e que se encontram no Serviço de Urgência Geral e como tal não podem ser transportados até ao serviço de Urgência Pediátrica, que não dispõe dos mesmos, sendo neste caso obrigatória a deslocação da criança a um serviço destinado para prestar cuidados de saúde a adultos.

Espero com esta reflexão alertar para o problema e contribuir para a mudança de atitude, e conseqüentemente de comportamento, uma vez que se sabe que um ambiente agradável que traduz confiança e prazer, tranquiliza a criança, favorecendo a sua adesão à prestação de cuidados quer quando frequenta um serviço para a vigilância de saúde (factor importante no processo de promoção da saúde), quer quando está doente. Um bom ambiente facilita o tratamento e também a cura. Na verdade, hoje em dia, ninguém põe em causa a importância dos factores emocionais na evolução do processo de uma doença.

Bibliografia

HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA - Carta da criança hospitalizada, INSTITUO DE APOIO À CRIANÇA, Lisboa, 1988.

HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA - Carta da criança hospitalizada - Anotações, INSTITUO DE APOIO À CRIANÇA, 2ª edição, Lisboa, 2009.

<http://www.enfermeiros.com.pt//>

HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA - Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital, INSTITUO DE APOIO À CRIANÇA, Lisboa, 2006.

Margarida Pinto do Carmo, Boletim 51 do Instituto de Apoio à Criança - *Crianças e Adultos - Carta da Criança Hospitalizada*, Lisboa, Janeiro/Março, 1999.

Anexo VII

ARTIGO “CUIDAR EM CUIDADOS INTENSIVOS”

Cuidar em Cuidados Intensivos

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surgiram da necessidade de aperfeiçoamento técnico, profissional e humano para satisfazer as necessidades do doente crítico, e são consideradas como um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital.

Estas unidades são caracterizadas pela vigilância intensiva dos doentes críticos, de modo a detectar precocemente alterações fisiológicas que, quando corrigidas, previnem uma espiral de acontecimentos que pode culminar na morte do doente. Para poder antecipar o desenvolvimento de situações irreversíveis, actualmente as UCI possuem uma grande concentração de meios tecnológicos, de diagnóstico e terapêuticos, operados por uma equipa multidisciplinar, altamente especializada.

A introdução da tecnologia na UCI mudou alguns aspectos da interacção do enfermeiro com o doente. Se por um lado, a tecnologia permite colher constantemente informação fidedigna, com conseqüente aumento da qualidade e segurança da vigilância, por outro lado, afasta os profissionais de saúde do doente, uma vez que os monitores satisfazem as necessidades de informação necessária ao planeamento de cuidados, substituindo a observação directa e a interacção com o doente, até porque *“o acesso à sua cabeceira é dificultado por uma selva densa e impenetrável do hardware de electromedicina”* (Ponce, 2002:141).

A UCI, apesar de oferecer cuidados especializados, com observação constante e equipamento tecnológico avançado e de alta precisão, não deixa de ser uma fonte geradora de stress e angústia para as pessoas que a vivenciam. Todo o aparato tecnológico e os múltiplos procedimentos realizados exacerbam o grau de stress dos doentes que se encontram isolados e privados do seu meio natural (Almeida e Ribeiro, 2008). Para além disso, os doentes sentem-se despersonalizados face à sua dependência total (ou quase total) de máquinas e de outras pessoas, para que as suas necessidades mais básicas sejam satisfeitas, e pela incapacidade em comunicar (Roxo, 2008). A sua privacidade é, assim, constantemente invadida para poder manter as suas funções vitais. Em conseqüência desta invasão e do excesso de estímulos auditivos e visuais de uma UCI, o doente não consegue descansar nem ter a percepção do ciclo dia/noite.

Nesta situação, conectado a uma parafernália de tecnologia que vigia ou mantém a função dos seus órgãos vitais, o doente perde o direito de auto-determinar o tipo de assistência que vai receber e poder optar entre as várias alternativas de tratamentos e procedimentos propostos. O doente perde, assim, o seu direito de autonomia em relação ao seu corpo.

Apesar de ser aceite por quase todos os profissionais, o princípio da autonomia muito raramente é exercido pelo doente na UCI. Pois, de um modo geral, o acto médico é exercido sob o princípio ético da beneficência em que o médico opta pelo tratamento que acha mais adequado, sem consultar o doente consciente, ou porque este não tem capacidade de decisão.

Mas, não é só o doente que sente angústia numa UCI. A sua família também sofre com o seu internamento, temendo pelo futuro do seu ente querido, porque encontrando-se numa UCI, significa que a sua vida está em risco. Para além disso, o desconhecimento do ambiente de uma UCI e das suas características físicas e funcionais, provoca-lhes maior ansiedade, tendo necessidade de informação e acompanhamento da situação do doente..

Geralmente, os horários de visita são rígidos, com um número restrito de visitantes por doente e com um tempo de visita muito curto, dificultando o acesso da família ao doente e aos profissionais de saúde capazes de lhes fornecer alguma informação e lhes esclarecer algumas dúvidas. Assim, importa reflectir sobre uma questão: quantas vezes os profissionais de saúde orientam as visitas na azáfama destas unidades e lhes explicam o que podem ou não fazer? Não basta permitir a sua entrada na unidade. É necessário orientá-la para reduzir o impacto do ambiente de uma UCI e do estado de saúde do seu familiar.

A família é, muitas vezes, evitada pelos profissionais de saúde pela sua dificuldade em aceitar e em comunicar o agravamento inevitável do estado de saúde do doente. No entanto, a família apenas precisa de sentir que é apoiada, pois “para que as famílias cumpram o seu papel de suporte ao paciente, também elas precisam de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais” (Fontes e Ferreira, 2009:36).

No entanto, a UCI contém factores de stress não só para os doentes e sua família, mas também para os próprios profissionais. A constante exigência de conhecimentos técnico-científicos, bem como a necessidade de rapidez de actuação perante as especificidades dos doentes críticos, fazem destas unidades verdadeiros campos de batalha contra a morte. E, reside precisamente aqui uma das maiores dificuldades dos

profissionais, treinados maioritariamente para salvar vidas a todo o custo. A morte, muito frequente nestas unidades, é encarada como consequência de um erro ou uma forma de negligência perante a segurança obtida com a tecnologia (Ponce, 2002).

Neste contexto, é importante reflectir em relação ao cuidar nestas unidades: até que ponto se cuida do doente com dignidade, investindo essencialmente num poder tecnológico? A maioria dos profissionais da UCI apresenta preocupações centradas no tratamento da causa disfuncional, numa assistência ao doente com qualidade tecnológica, em detrimento da valorização de sentimentos (ansiedade, angústia) e medos, quer do doente, quer da família.

O cuidar em enfermagem não pode prescindir do aspecto humanístico e relacional. No entanto, na UCI onde a tecnologia e o tecnicismo predominam, estes aspectos, por vezes, são desconsiderados ou pouco valorizados. Aqui, o cuidar ainda é orientado pelo modelo biomédico cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos (Côrte-Real, 2007).

A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UCI faz com que os profissionais de saúde, por vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o doente que está ao seu cuidado. Mas, como refere Hesbeen (2006:28), o Cuidar implica o envolvimento pessoal de quem cuida e *“que se mostre interesse pelo outro”*, pela sua singularidade e necessidades. E, o mesmo autor chama ainda à atenção para as *“pequenas coisas”* (Hesbeen 2000, 2001) do Cuidar, tão simples, mas que proporcionam uma grande atenção, revelam a preocupação do enfermeiro para com o outro e dão sentido à vida do doente. *“Pequenas coisas”* como um olhar carinhoso, um ouvir atento, um tom de voz amável e uma presença disponível farão certamente a diferença para o doente e para a sua família.

A humanização dos cuidados numa UCI deve envolver não só o doente, mas também todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde/doença – família e equipa multidisciplinar, onde deverão reinar *“a assertividade, a autenticidade, a aceitação incondicional e a escuta activa”* (Fontes e Ferreira, 2009).

Bibliografia

Almeida, Maria Celeste Bastos; Ribeiro, José Luís Pais (2008), "Stress dos doentes nos cuidados intensivos" , Referência, 2ª série, nº7, Outubro, pp.79-88.

Disponível em:

http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2107&id_rev=4&id_edicao=23 consultado a 01/02/2011.

Côrte-Real, Isabel (2007), "Enfermagem em cuidados Intensivos" , *Revista Portuguesa de Bioética*, nº1, Maio, pp.115-123.

Fontes, Ana Isabel Costa; Ferreira , Andreia Cristina Oliveira Santos (2009), "Do outro lado da porta... Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos", *Sinais Vitais*, nº85, Julho, pp.33-38.

Hesbenn,, Walter (2000), Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar Loures, Lusociência.

Hesbenn,, Walter (2001) Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar, Loures, Lusociência.

Hesbenn, Walter (2006), Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: emergir como o autor do seu próprio pensamento, Loures, Lusociência.

Ponce, Pedro (2002), "Cuidados Intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica" *Análise Social*, vol. XXXVIII, nº166, pp. 139-153. Disponível em

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218738074K1eRN3tw6Ar03NU4.pdf> consultado a 01/02/2011.

Roxo, José Reis dos Santos (2008), "O toque na prática clínica", *Referência*, 2ª série, nº6, Junho, pp.77-89. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2097&id_rev=4&id_edicao=22 , consultado a 01/02/2011.

Anexo VIII

ACÇÃO DE FORMAÇÃO “ COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR, TRABALHO DE EQUIPA E COOPERAÇÃO

Plano da Sessão de Formação

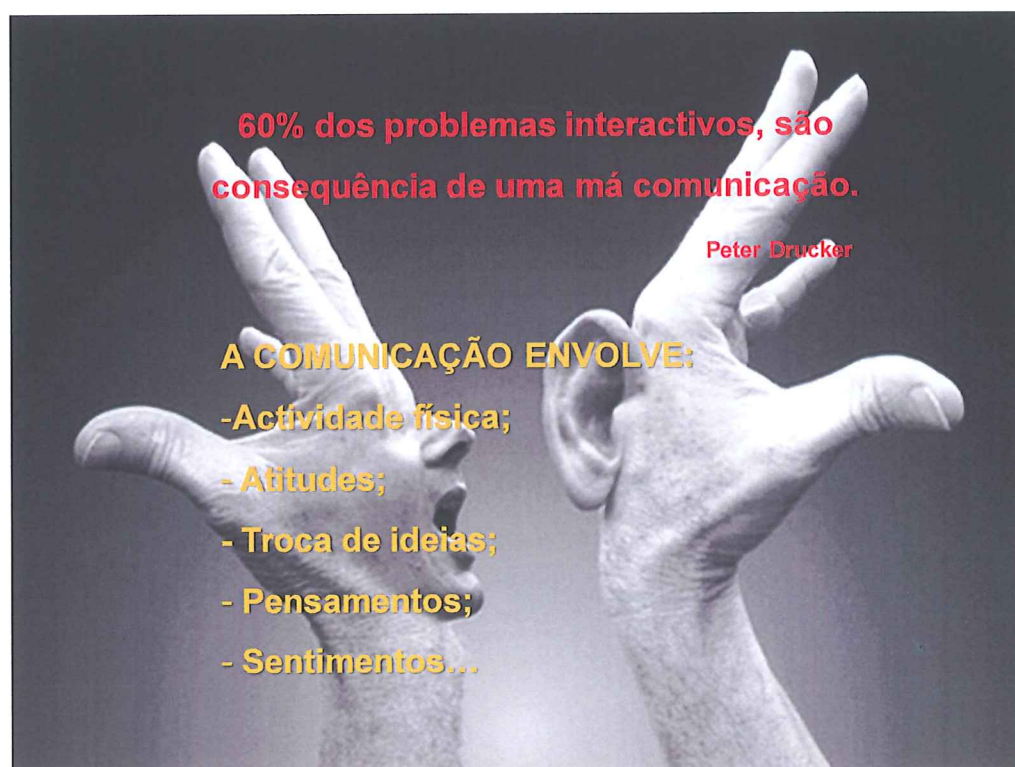
Declaração da acção de Formação





**PODEMOS NÃO
COMUNICAR???**

NÃO.....



**60% dos problemas interactivos, são
consequência de uma má comunicação.**

Peter Drucker

A COMUNICAÇÃO ENVOLVE:

- Actividade física;**
- Atitudes;**
- Troca de ideias;**
- Pensamentos;**
- Sentimentos...**

COMUNICAÇÃO PESSOAL E INTER PESSOAL

MODOS DE COMUNICAÇÃO:

❖ Verbal

Oral – informar, entrevistar, instruir.

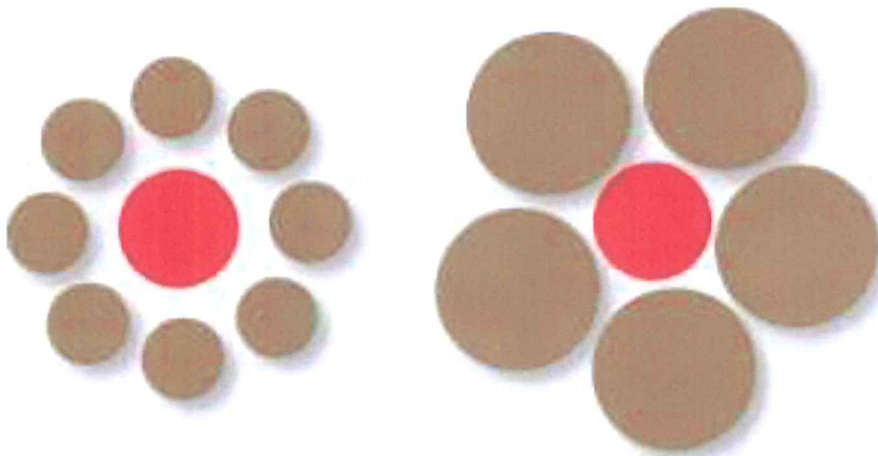
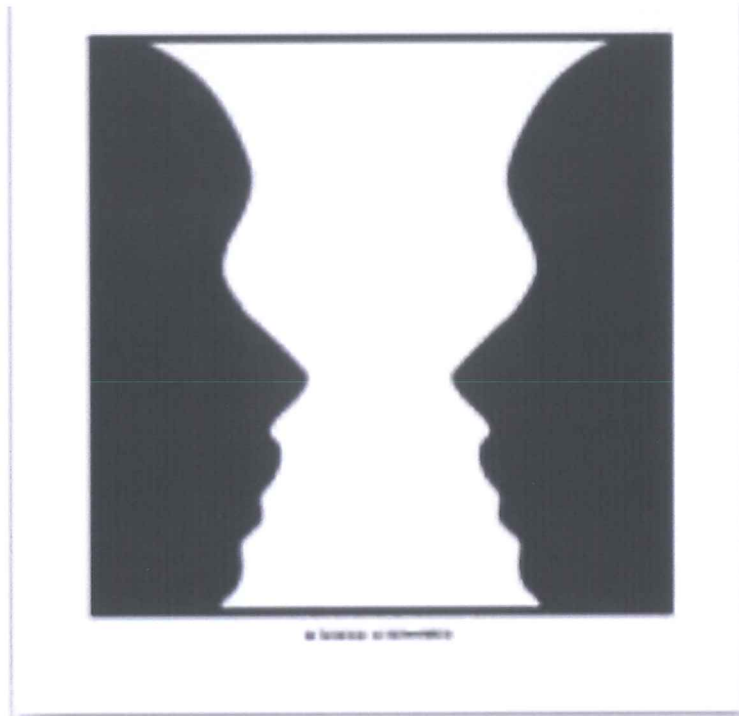
Escrita – relatórios.

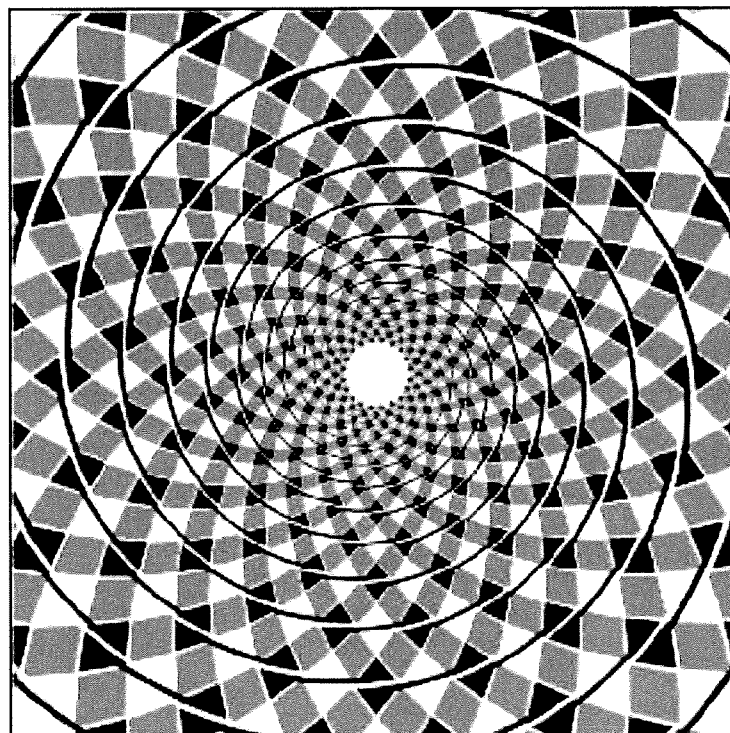
❖ Simbólica – retrato da personalidade.

❖ Não verbal – gestos









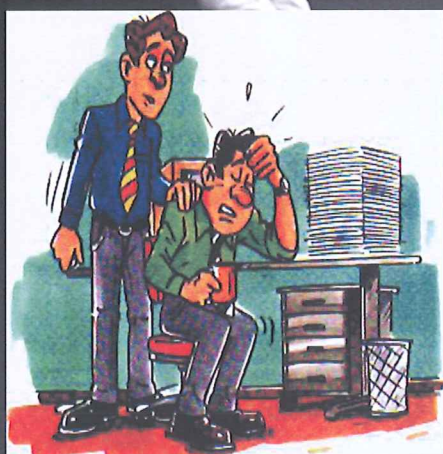
Comportamento gera comportamento

Agressividade gera agressividade

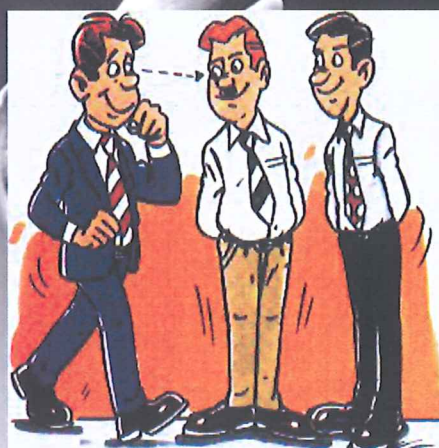


Simpatia gera simpatia

Procure compreender os outros



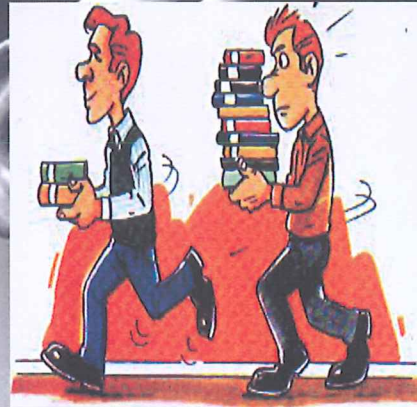
Procure conhecer os outros



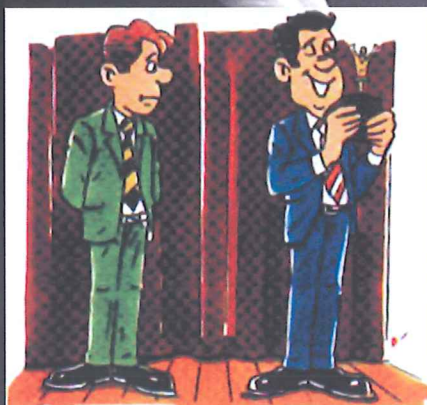
Seja um bom ouvinte



Não veja só os seus interesses



Aceite o sucesso dos outros



Procure conhecer-se a si mesmo



Não tenha mudanças repentinas no seu comportamento

Não pense que é rei de tudo e de todos



The top section features a background of two hands held up. On the left, a red text box reads "Não tenha mudanças repentinas no seu comportamento". On the right, another red text box reads "Não pense que é rei de tudo e de todos". Below these are two cartoon illustrations. The first shows three men in blue suits; the middle one is smiling broadly while holding a large stack of money. The second shows a man in a blue suit sitting on a wooden throne, wearing a crown. Two other men in suits stand before him, one holding a document.



Trabalho em equipa área da saúde

- ❖ Minimizar ou abolir falhas de comunicação entre profissionais de saúde;
- ❖ Reduzir a duplicação de serviços ou tarefas;
- ❖ Aumentar a importância atribuída ao utente durante o processo de intervenção.

Gardebring (1996)

Trabalho em equipa área da saúde

- ❖ Estruturar os serviços;
- ❖ Criar intervenções inovadoras;

Pinho (2006)

**Quais são as competências
necessárias para ter uma equipa
de cuidados de saúde de sucesso**

Gardebring (1996)



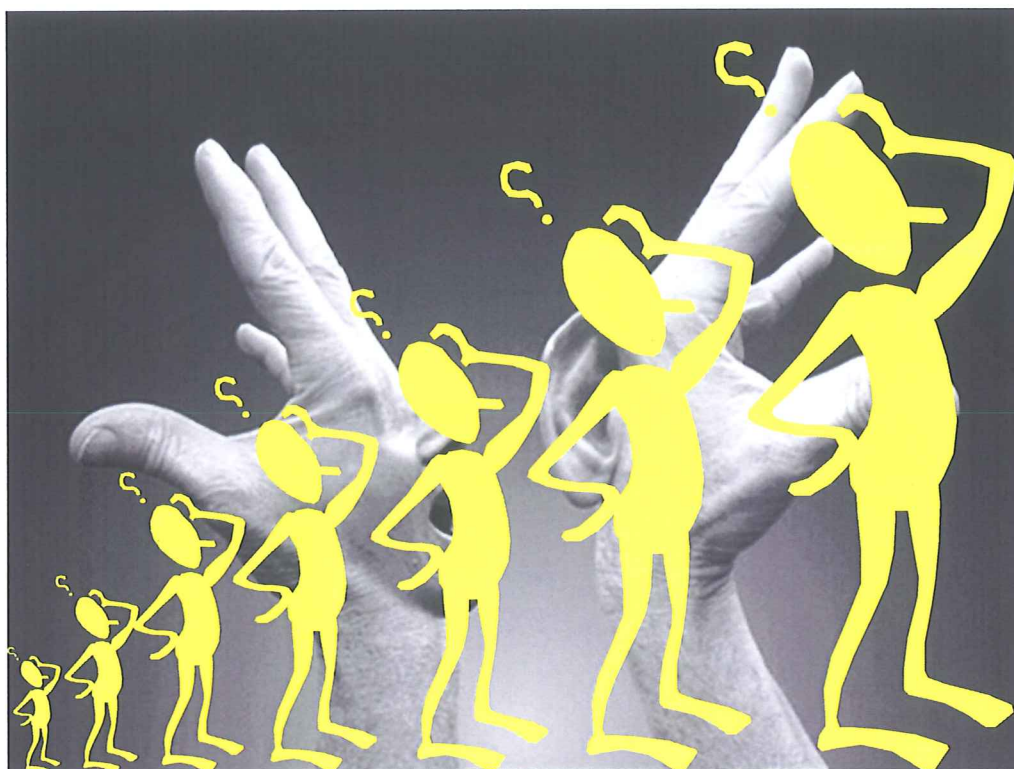
AMI AMERICAN MEDIA
INCORPORATED

**Equipa
de
saúde
de
sucesso**

- Centram a intervenção nos utentes;
- Estabelecem uma meta em comum (equipa/utente);
- Partilha de informação;
- Consciência dos papéis e funções;
- Confiança entre os membros da equipa;

**Equipa
de
saúde
de
sucesso**

- Flexibilidade e abertura à mudança;
- Compreensão das expectativas;
- Mecanismos para a resolução de conflitos;
- Desenvolvimento de uma rede de comunicação;
- Assumir responsabilidades pelas acções da equipa;
- Avaliação e *Feedback*...



Plano de Acção de Formação:

Tema: Comunicação, Cooperação e Trabalhar em Equipa no SU		Local: DEP	Datas: 18 - 06 - 2010; 20 - 06 - 2010		Duração: 60 minutos		
Formadores: Alexandra Santos; Cláudia Madeira e Paula Morais		Destinatários: Assistentes Operacionais do SU					
Orientadoras: Mestre Jorge Melo e Mestre Teresa Borges							
Objectivo Geral: No final da sessão os formandos devem reconhecer a importância de comunicar cooperar e trabalhar em equipa no SU							
	Objectivos Específicos:	Conteúdos programáticos:	Método	Técnicas / Estratégias	Recursos	Crítérios de avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os formadores - Apresentar o tema - Comunicar os objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização da realidade no SU - Motivação para o tema 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point -Jogo (quadro e marcador) 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão 	15m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os tipos de comunicação e importância - Reconhecer comportamentos positivos - Contextualizar comportamentos geradores de conflitos - Valorizar a cooperação e o trabalho em equipa 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição, tipos de comunicação e processo da comunicação - Factores que influenciam a C. - Definição das atitudes, comportamentos e cooperação - Ensino de estratégias no trabalho em equipa 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - Filme 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão - Reflexão 	25m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar conteúdos - Esclarecer dúvidas - Uniformizar procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos conteúdos abordados - Apresentação de questões e pontos de vista - Saudação 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point -Jogo (garrafa e cordel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão - Discussão 	20m

Ministério da Saúde
Direcção Geral de Saúde



Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Departamento de Educação Permanente

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que Ana Paula Ferreira Lopes Morais, Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica de Viseu, a estagiar no serviço de Urgência Geral, participou como **Formadora** nas seguintes Acções de Formação em Serviço, dirigidas a Assistentes Operacionais:

Data/Duração	Tema	Local
18.05.2010 1h	Comunicação Interdisciplinar – Trabalho de Equipa e Cooperação	DEP
20.05.2010 1h	Comunicação Interdisciplinar – Trabalho de Equipa e Cooperação	DEP

HST, E.P.E. 18 de Junho de 2010

A Vogal do DEP

(Maria Teresa da Cunha S.S. Pinto, Enf. Supervisora)

Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E.
Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E. Dep-hst, E.P.E.

Acreditação reconhecida por Despacho n.º 1136 de 25/11/99 da Ex.^{ma} Ministra da Saúde

Anexo IX

POSTER “VVS”

Certificado de Presença de Jornadas

Certificado de Poster

VIA VERDE SÉPSIS

Enfermeiros Especialistas: **Amaral, Ana; Antunes, Anabela; Pina, Fernando** - Serviço de Urgência Geral do Hospital S. Teotónio de Visu
 Aluna do Mestrado em Enfermagem c/ Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Morais, Paula** Orientadora Mestre Teresa Borges

INTRODUÇÃO

O elevado impacto social da SÉPSIS, bem como o reconhecimento da capacidade de influenciar significativamente o prognóstico desta situação com uma intervenção adequada e oportuna, tornam necessário que os sistemas de saúde se adaptem a responderem de forma apropriada a este problema crescente de saúde pública, como é o caso da VIA VERDE SÉPSIS (VVS).

A implementação da VVS começou, de forma autónoma no Hospital de São João, no Porto e depois no Hospital do Fundaçal, na Madeira.

Conhecendo essas boas experiências e da importância crescente da Sepsis, a ARS NORTE decidiu implementar VVS nos Hospitais da sua região:

HS João, CH Porto, H Matosinhos, H Vila Real, CH VN Gaia, H Bragança, H S Sebastião Feiral.

Um grupo de peritos nacionais da Direcção-Geral de Saúde (DGS), reuniu o documento da ARS Norte e foi publicado a circular-normativa (DQ/DGS/DQCO de 06 de Janeiro de 2010), que alarga o âmbito da Via Verde ao todo o país.

Esta decisão surge com base no facto de ser actualmente aceite que uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibiótica como de suporte hemodinâmico, pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sepsis grave e choque séptico.

A Ordem dos Enfermeiros congratula-se com todos os processos de qualidade implementados para benefício dos doentes, e realça que os seus membros detêm conhecimentos e competências que lhes possibilitam integrar os diferentes órgãos de decisão e acompanhamento na implementação de um processo de cuidados.

OBJECTIVOS

Como enfermeiros integrantes de uma equipa multidisciplinar de um Serviço de Urgência propomos:

Reforçar a importância da VVS, "doente certo no local certo, no mais curto espaço de tempo",

Motivar os profissionais de saúde para um conjunto de atitudes a tomar na fase precoce da doença,

Promover uma melhor compreensão do protocolo terapêutico da Sepsis,

Alertar para a eficácia e importância de sintomas de resposta rápida à Sepsis tendo em vista a redução da morbi-mortalidade e de custos hospitalares.



CONCLUSÃO

A equipa multi-profissional criada com o objetivo de cuidar pessoas com Sepsis, deve deter a formação adequada, visando manter o grau de conhecimento actual e dos indicadores de qualidade existentes. Face às evidências científicas desta temática.

Na fase pré-hospitalar, o doente afectado com Sepsis deve ser directamente orientado para um hospital adequado que preste cuidados com respeito no mais curto espaço de tempo.

De acordo com a circular da DGS, da VVS fazem parte todos os Serviços de Urgência (SU) locais, SU isolados (SUI), SU médico-quirúrgico (SUMQ) e SU polivalentes (SUP), sendo definidos dois níveis de responsabilidade:

- Nível 1: Serviços de Urgência sem cuidados intensivos (SUI) e SUMQ de hospitais que não possuem Unidades de Cuidados Intensivos;
- Nível 2: Serviços de Urgência com cuidados intensivos (SUMQ) que possuem Unidades de Cuidados Intensivos (SUI).

A implementação da VVS começou pelos Serviços de Urgência de Unidades de Saúde com Cuidados Intensivos (Nível 2), devendo esta primeira fase estar concluída até final de 2010. A concretização da rede deverá estar concluída até final de 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes Anabela and Amaral Ana. The use of the Sepsis Alert System (SAS) in the Emergency Department. ACEP/ACEM European Conference, October 2010, 10-14th.
- Antunes Anabela, Pina Fernando, Amaral Ana. Sepsis - A new challenge in the emergency department. - Chair 1911-10-2010.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência e Emergência (APUEE). Circular Normativa N.º 01/DGS/DQCO de 06/01/2010.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência e Emergência (APUEE). Circular Normativa N.º 01/DGS/DQCO de 06/01/2010.

Sépsis é um grave problema de saúde pública

22% DE INTERNAMENTOS EM UCI — SÉPSIS ADQUIRIDA EM COMUNIDADE

3 VEZES SUPERIOR A CASOS DA AVC, INTERNADOS EM 2007

A INCIDÊNCIA DA SÉPSIS AUMENTA 1,5% AO ANO

CHOQUE SÉPTICO ATINGE 51% DE MORTALIDADE

Fonte: Circular Normativa N.º 01/DGS/DQCO de 06/01/2010

RECONHECER A NECESSIDADE DE MUDANÇA

Que podemos fazer para tornar o nosso sistema seguro?

DGS

Departamento Qualidade da Saúde

Criação e Implementação da Via Verde Sepsis
 (Circular Normativa N.º 01/DGS/DQCO de 06/01/2010)

PLANO DE MUDANÇA

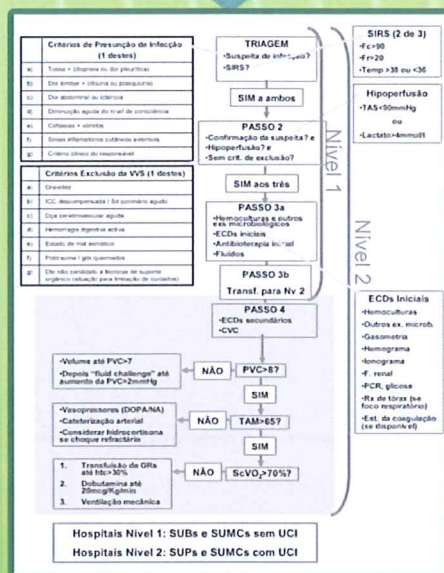
- CENTROS PARTICIPANTES
- ORIENTAÇÃO CLÍNICA
- ORIENTAÇÃO ORGANIZACIONAL - TRIAGEM DE DOENTES:

Passo 1: Identificação de caso suspeito sépsis
 Passo 2: Confirmação médica de caso suspeito
 Passo 3: Algoritmo terapêutico

- FORMAÇÃO
- MATERIAL
- CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

ALGORITMO TERAPÊUTICO

MOTIVAR, PREPARAR E EDUCAR TODA A EQUIPA PROFISSIONAL:
 A vida do doente com sépsis é da responsabilidade de todos



UMA MELHOR ADESAO NO CUMPRIMENTO DA VIA VERDE SÉPSIS:

- MUDANÇA DE CULTURA NA PRÁTICA CLÍNICA DE URGENCIA
- REDUÇÃO MORBI-MORTALIDADE
- RECONHECER O SUCESSO
- REDUÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde

5º Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência
V Jornadas de Urgência e Emergência

Certificado

Certifica-se que **Ana Paula Ferreira Lopes Morais** participou nas V Jornadas de Urgência e Emergência, subordinadas ao tema **REANIMAR Competências na Emergência do Cuidar**, realizadas nos dias 17 e 18 de Junho de 2010.

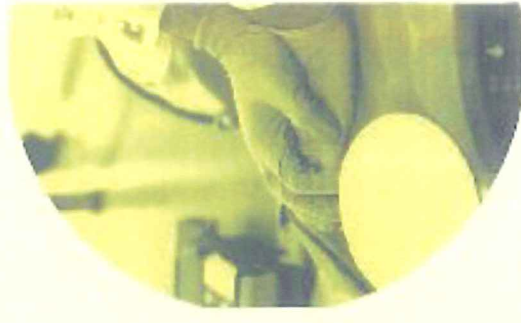
Duração : 12 horas

O Presidente da ESSV


Prof. Doutor João Carneiro Duarte

A Presidente do Conselho Técnico Científico


Prof. Doutora Manuela Ferreira





INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde

5º Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência

V Jornadas de Urgência e Emergência

Certificado

Certifica-se que o poster intitulado “Via Verde Sepsis” da autoria de **Ana Paula Ferreira Lopes Morais** foi apresentado nas V Jornadas de Urgência e Emergência, subordinadas ao tema “**REANIMAR Competências na Emergência do Cuidar**”, realizadas nos dias 17 e 18 de Junho de 2010, tendo obtido o 3º. lugar.

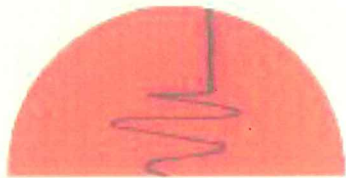
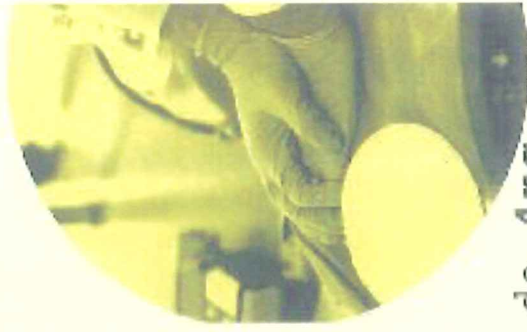
O Presidente da ESSV

Prof. Doutor João Carvalho Duarte

A Presidente do Conselho Técnico Científico

Prof. Doutora Manuela Ferreira

A PÓS-GRADUAÇÃO
EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Anexo X

FORMAÇÃO EM SERVIÇO “COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO”

Plano de Sessão de Formação

Declaração de Acção de Formação

Comunicação com o doente ventilado



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento das Ciências da Saúde

3.º Curso de Mestrado de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Daniela Ferreira

Paula Morais

Orientadoras:

Mestre Patrícia Coelho

Mestre Teresa Coelho

Objectivos

- Conhecer os princípios fundamentais da comunicação;
- Treinar a flexibilidade no acto comunicacional, aplicando técnicas para se adaptar a diferentes interlocutores e situações difíceis;
- Fornecer aos formandos um conjunto de competências e ferramentas que lhes permitam construir relações profissionais mais construtivas e eficazes.

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação

- *Communicare*: tornar comum, partilhar



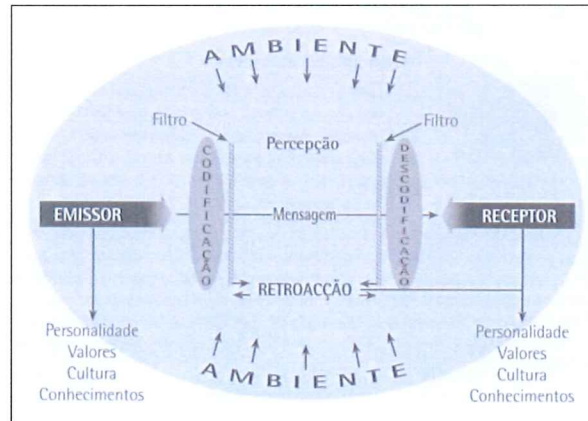
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação

- *Modelo cibernético*



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado (in Phaneuf, 2005:26)



Comunicação

“...a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”.

(Phaneuf, 2005:23)

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação



(Bitti e Zani, 1997)

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação em Enfermagem

- Permite:
 - Conhecer o utente.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação em Enfermagem

- Permite:
 - Conhecer o utente;
 - Identificar e satisfazer as necessidades.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação em Enfermagem

- Permite:
 - Conhecer o utente;
 - Identificar e satisfazer as necessidades;
 - Estabelecer uma relação terapêutica.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação em Enfermagem

- Permite:
 - Conhecer o utente;
 - Identificar e satisfazer as necessidades;
 - Estabelecer uma relação terapêutica;
 - Melhorar a qualidade dos cuidados.

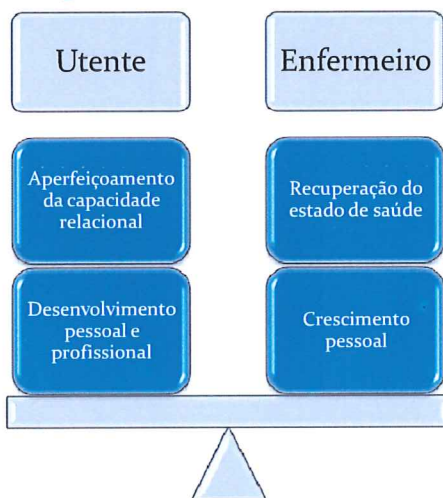


12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação em Enfermagem



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Barreiras à Comunicação

Enfermagem

- Barreiras sociais
- Barreiras da actividade
- Sigilo profissional
- Hierarquia

Doente

- Barreiras psicológicas
 - Interesses pessoais
 - Crenças e valores
 - Estado emocional (...)
- Barreiras físicas
 - Mal estar físico
 - Alterações na cognição
 - Alterações no aparelho vocal

Doente ventilado



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



O doente numa UCI



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

O doente ventilado

- Grande ansiedade
- Frustração
- Alteração da imagem corporal
- Perda de parte da identidade
- Dificuldades no relacionamento



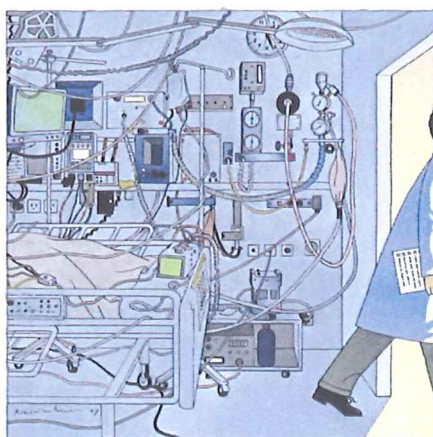
Sentem-se presos a um corpo sem voz,
a um corpo estranho...

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Comunicação com o doente consciente ventilado



A comunicação dos doentes conscientes ventilados:

- É limitada;
- Conversações pequenas;
- Não focada nas suas necessidades;
- Comportamentos desencorajadores pelos profissionais de saúde;
- Experiência negativa.

12-04-2011

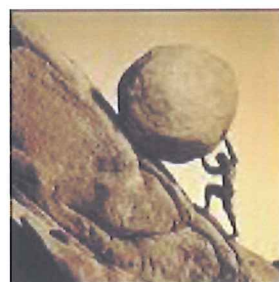
Comunicação com o doente ventilado



Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda.



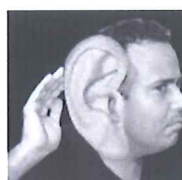
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
 - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
 - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
 - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
 - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
 - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família;
 - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
 - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
 - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família;
 - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação;
 - Avaliar o estado de consciência do doente.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Enfrentar as dificuldades de comunicação
 - Dar importância à comunicação e relação de ajuda
 - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa
 - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família
 - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação
 - Avaliar o estado de consciência do doente
 - Avaliar a capacidade física e cognitiva, para comunicar

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência;
 - Não interromper o doente.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência;
 - Não interromper o doente;
 - Estimular a comunicação do doente.



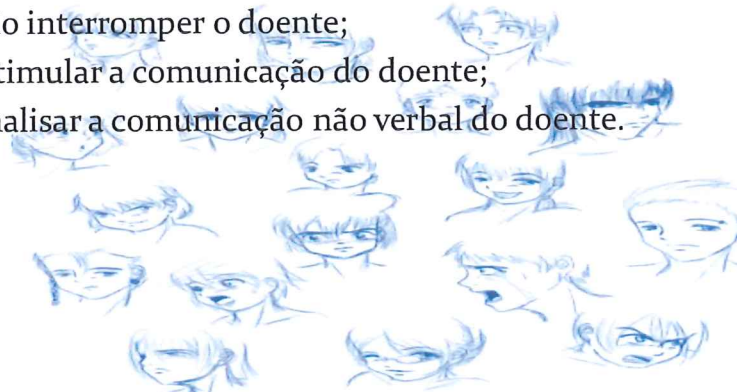
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência;
 - Não interromper o doente;
 - Estimular a comunicação do doente;
 - Analisar a comunicação não verbal do doente.



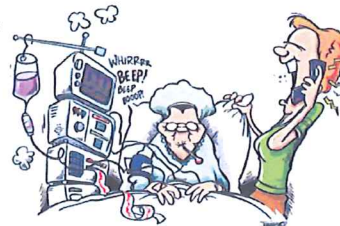
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência;
 - Não interromper o doente;
 - Estimular a comunicação do doente;
 - Analisar a comunicação não verbal do doente;
 - Assegurar um ambiente calmo.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicação com o doente consciente ventilado



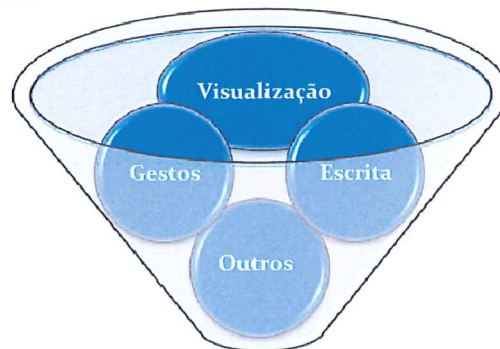
- Atitude do Enfermeiro:
 - Demonstrar interesse e paciência;
 - Não interromper o doente;
 - Estimular a comunicação do doente;
 - Analisar a comunicação não verbal do doente;
 - Assegurar um ambiente calmo;
 - Valorizar o toque terapêutico.



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Estratégias de comunicação



Comunicação eficaz com o doente consciente ventilado

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Desenvolvidas em colaboração com o doente
- Partilhadas com toda a equipa e família do doente



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Gestos



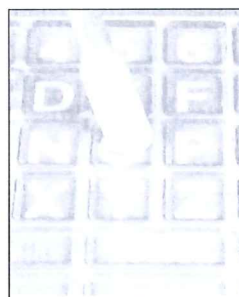
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Escrita



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Visualização



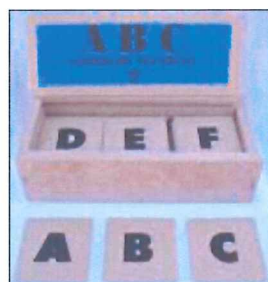
12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Visualização



12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Estratégias de comunicação

- Outros
 - Tubo traqueal de Pitt fenestrado
 - Fala esofágica

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

Comunicar com o doente ventilado em coma



- Prestação de cuidados como se o doente estivesse consciente

Orientação no tempo
e no espaço

“Voz calma, baixa, tranquila”
(Fernandes et al, 1995:52)

Chamar pelo nome

Explicação dos
procedimentos a realizar

Toque terapêutico

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

A reter...

- A competência comunicativa vai-se adquirindo e desenvolvendo na prática profissional, e

“...tem por base o crescimento e o desenvolvimento humano, o que implica o desenvolvimento de recursos cognitivos, afectivos e psicomotores do enfermeiro para bem cuidar o doente.”

(Sá, 2006:34)

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Bibliografia

- Bitti, Pio Ricci; Zani, Bruna (1997), *A Comunicação como processo social*, Lisboa, Editorial Estampa.
- Bolander, Verolyn Barnes (1998), *Enfermagem Fundamental – abordagem psicofisiológica*, Lisboa, Lusodidacta.
- Calero, Henry H.; Nierenberg, Gerard I. (1971), *Como observar as pessoas*, Lisboa, Livros do Brasil.
- Carvalho, Emília Campos; Stefanelli, Maguida Costa (2005), *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*, São Paulo, Manole.
- Ciuro, Ana Cristina (2007), "Comunicar com o doente sem voz: uma reflexão – várias vivências", *Sinais Vitais*, Julho, nº73, pp.12-21.
- Collière, Marie-Françoise (1989), *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, J. Almeida; Melo, A. Sampaio (1996), *Dicionário da Língua Portuguesa*, Porto, Porto editora.
- Davies, Patrick (1995), "Comunicação não verbal com doentes", *Nursing*, Abril, nº87, pp. 22-25.
- Fernandes, Ana Sofia [et al] (2009), "Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida", *Revista Investigação em Enfermagem*, Agosto, nº20, pp.48-58.
- Gomes, Anabela [et al] (1994), "Comunicação com o doente em fase terminal e sua família", *Divulgação*, Janeiro, nº29, pp. 6-23.
- Gomes, Andreia [et al] (2006), "Comunicação em Enfermagem", *Sinais Vitais*, Novembro, nº69, pp.23-28.
- Josien, Michel (2003), *Técnicas de Comunicação Interpessoal*, Lisboa, Bertrand editora.
- Lazure, Hélène (1994), *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*, Lisboa, Lusodidacta.
- Phaneuf, Margot (2005), *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures, Lusociência.
- Riopelle, L.; Grondin, L.; Phaneuf, M. (1993) *Cuidados de enfermaria. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*, Madrid, McGraw-Hill.
- Rispaill, Dominique (2003), *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de Enfermagem*, Loures, Lusociência.

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado



Bibliografia

- Rodrigues, Ana Paula (1997), "O enfermeiro e o doente ventilado", *Actas da VIII Semana de Enfermagem*, Vila Real, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J. (1995), *Modelo de Enfermagem*, Alfragide, McGraw-Hill, pp. 124-158.
- Rosa, Pedro Miguel Pavão (2008), "O Poder do Toque", *Nursing*, Fevereiro, nº230, pp.48-49.
- Rosário, Elsa Maria de Oliveira Cabeças do (2009), *Comunicação e Cuidados de Saúde – Comunicar com o doente ventilado em Cuidados Intensivos*, Lisboa, Universidade Aberta (dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde), disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>, consultado a 02/12/2010.
- Rosas, Manuel (1989), "Comunicação e enfermagem", *Nursing*, Março, nº14, pp.27-30.
- Sá, Engrácia Celeste Queirós Nogueira de (1999), "Comunicação com doentes ventilados", *Nursing*, Janeiro, nº129, pp.26-29.
- Sá, Tiago Gomes; Machado, Liliana Francisca Melo (2006), "Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem", *Sinais Vitais*, Julho, n.º 67, pp. 29-34.
- Santos, Lucinda; Pinto, Isabel (1998), "A comunicação enfermeiro/doente em Unidade de Cuidados Intensivos", *Sinais Vitais*, Janeiro, nº16, pp.23-26.
- Silva, Anabela [et al] (2006), "Técnicas de Comunicação com o doente ventilado", *Sinais Vitais*, Setembro, nº68, pp.49-53.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, *Guia para o transporte de doentes críticos*, disponível em <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>, consultado a 03/09/2010.
- Teixeira (1996), "Comunicação e cuidados de saúde: desafios para a psicologia da saúde", *Análise Psicológica*, Janeiro/Março, nº1, pp.135-140.
- Thelan, Lynne A. [et al] (1996), *Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*, Lisboa, Lusodidacta.
- Watzlawick, P.; Bavelas, J. Beavin; Jackson, D. D. (1997), *Teoria de la Comunicación Humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder.

12-04-2011

Comunicação com o doente ventilado

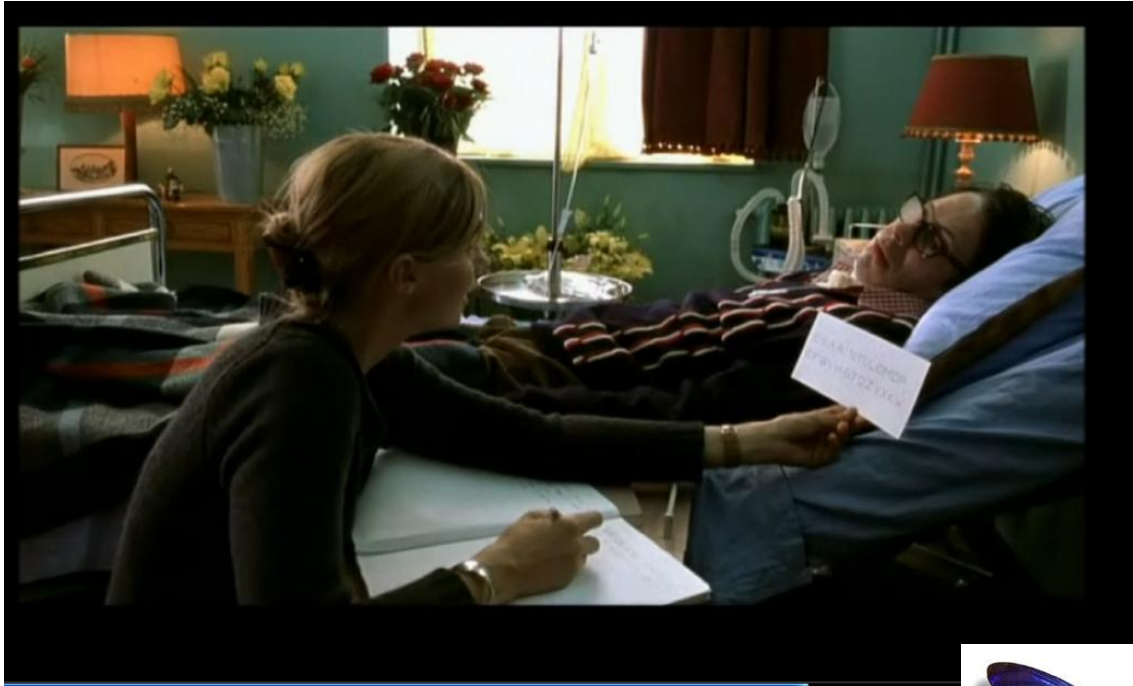


“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”

In “O Príncipezinho”, de Saint-Exupéry



FIM



“O escafandro e a borboleta”





Plano de Acção de Formação:

Tema: Comunicar com o doente ventilado	Local: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	Datas: 25 - 01 - 2011; 14 - 02 - 2011	Duração: 90 minutos
Formadoras: Daniela Ferreira; Paula Morais	Destinatários: Enfermeiros da UCIP	Orientadoras: Mestre Patrícia Coelho; Mestre Teresa Borges	
Objectivo Geral: No final da sessão os formandos deverão ser capazes de Comunicar eficazmente com o doente ventilado.			
	Objectivos Específicos:	Conteúdos programáticos:	Método
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os formadores - Apresentar o tema - Comunicar os objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização da Realidade nos UCIP - Motivação para o tema 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a comunicação dos cuidados prestados aos doentes ventilados - Visualizar o filme "Escafandro e a Borboleta" 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de comunicação - Processo da comunicação - Factores que influenciam a C. - Especificidades do doente ventilado - Definição das atitudes, enfermagem - Ensino de estratégias comunicação/Enf.º doente ventilado 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar conteúdos - Esclarecer dúvidas - Uniformizar procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos conteúdos abordados - Apresentação de questões e pontos de vista - Saudação 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo
		Técnicas / Estratégias	Recursos
		<ul style="list-style-type: none"> - Power Point 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel
		<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - Filme 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel
			Critérios de avaliação
			<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão
			<ul style="list-style-type: none"> - Discussão - Reflexão
			<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão - Discussão
			Tempo
			15m
			40m
			20m
			15m



Hospital de São Teotónio, E.P.E.

Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 506 361 578

Acreditação ACSS nº 8096

Declaração

Para os devidos efeitos, se declara que **Ana Paula Ferreira Lopes Moraes**, Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica de Viseu, a estagiar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), participou como **co-formadora** nas seguintes Acções de Formação em Serviço, dirigidas a Enfermeiros:

<i>Data/Duração</i>	<i>Tema</i>	<i>Local</i>
25-01-2011 1,5 horas	Comunicação com o doente ventilado	UCIP
14-02-2011 1,5 horas	Comunicação com o doente ventilado	UCIP

Viseu, 3 de Março de 2011

O Vogal do DEP



Anexo XI

CONFERÊNCIA “TERAPIA E ESPIRITUALIDADE”

Plano de Sessão de formação

Autorização do Conselho de Administração para utilização

do auditório do Hospital

Fotografias

Declaração de Sessão de Formação

CONFERÊNCIA

Terapia e Espiritualidade

23 de
fevereiro

das 14h30 às 16h30

Prelectores:

Dr.ª Isabel Martins

Médica Internista da UCIP - HST, EPE - Viseu

Prof. Dr. José Carlos Quaresma

Esc. Superior de Saúde de Leiria

Padre Nery

Capelão do HST, EPE - Viseu

Moderador:

Enf.º Belmiro Sequeira

Enf.º - Chefe da UCIP - HST, EPE - Viseu

Organização:

Alunas do 3º Curso EEMC da
UCP - Centro Regional das Beiras

Daniela Ferreira

Paula Morais

Tutores na UCIP - HSTV

Enf.ª Ana Teixeira

Enf.ª Helena Gomes

Enf.º Jorge Moita

Enf.ª Esp. Mamede Soares

Orientadoras:

Mestre Patrícia Coelho

Mestre Teresa Borges

Certificado de presença atribuído pelo



Departamento de Educação Permanente



Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu

UCIP

Unidade de Cefacos Interativos Polivalentes

Participação LIVRE



Plano de Acção da Conferência:

Tema: Terapia e Espiritualidade		Local: Auditório HSTV	Data: 23 – 02 – 2011	Duração: 2h 30m			
Prefectores: Dr. ^a Isabel Martins; Prof. Dr. Carlos Quaresma e Padre Nery		Destinatários: Enfermeiros e todos os Profissionais de Saúde	Orientadoras: Mestre Teresa Borges; Mestre Patricia Coelho Moderador: Enf.º Chefe Belmiro da UCIP				
Objectivo Geral: Sensibilizar a Comunidade de Profissionais de Saúde para prestação de cuidados de saúde na vertente Espiritual do doente.							
	Objectivos Específicos:	Conteúdos programáticos:	Método	Técnicas / Estratégias	Recursos	Crítérios de avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os Organizadores /Moderador / Prefectores - Definir o Âmbito da Conferencia - Definir Objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização da Realidade - Motivação para o tema 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão 	15m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer Problemática dos Temas - Saber - Promover Cuidados de Saúde de Qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivências na UCIP - O que é Espiritualidade em contexto de saúde - Respeito pela dignidade Humana 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão - Reflexão 	120m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar conteúdos - Esclarecer dúvidas - Uniformizar procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo das Apresentações - Debate 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Activo - Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Videoprojector - Suporte papel 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão - Discussão 	15m

A Exma Presidente do DEP
para informar.

19/01/11.



Exmo. Senhor Presidente
Do Conselho de Administração do
Hospital de São Teotónio - Viseu

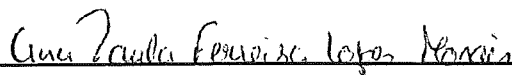
As mestrandas do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica da universidade católica portuguesa Daniela Ferreira e Paula Morais, a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente desta instituição, vêm por este meio, solicitar a vossa excelência autorização para utilização do auditório do hospital no dia 23 de Fevereiro entre as 14 horas e as 18 horas, a fim de realizar uma conferência no âmbito do estágio, subordinada ao tema: "Terapia e Espiritualidade".

Sem outro assunto de momento

Pedem deferimento

Viseu, 19 de Janeiro de 2011

As mestrandas



Ana Paula Ferreira Lopes Morais



Daniela Maria Moreira Ribeiro Gonçalves Ferreira

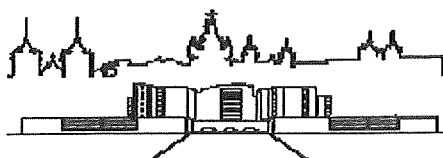
21/1/11
Ao Sr. Exmo
Direcção
O DEP pode
disponibilizar
o auditório
e meios audio
visuais.
Serão emitidos
certificados
de participação
A Presidente
DEP

M. J. Fernandes









Hospital de São Teotónio, E.P.E.

Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 506 361 578

Acreditação ACSS n° 8096

Declaração

Para os devidos efeitos, se declara que **Ana Paula Ferreira Lopes Morais**, Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica de Viseu, a estagiar no serviço de Urgência Geral, co-organizou a Conferência “**Terapia e Espiritualidade**”, realizada no dia 23 de Fevereiro de 2011, no Auditório do Hospital de São Teotónio – EPE Viseu, com duração total de 2 horas.

Viseu, 3 de Março de 2011

O Vogal do DEPS

Manuel Augusto P.



Anexo XII

POSTER "ALGORITMO SAV (ADULTO)

Algoritmo SAV (adulto)

Aspectos a reter:

- A reanimação do adulto começa por 30 compressões torácicas
- Enquanto a via aérea não estiver assegurada, fazer apenas compressões torácicas
- Compressões torácicas:
 - 30:2;
 - No centro do tórax;
 - Deprimir 4-5cm;
 - 100/min.
- Só se pesquisa pulso após os 2 min. de SBV
- Interromper SBV apenas para desfibrilhar ou pesquisar pulso

Não Responde?
Pesquisar sinais de vida

Pedir ajuda

SBV 30:2

Até desfibrilhador/monitor estar conectado

Identificar o ritmo

Desfibrilhável
FV / TV sem pulso

Não Desfibrilhável
DEM / assistolia

Retorno da circulação espontânea

1 choque

150-200J bifásico (1º choque)
150-360J bifásico (restantes)
360J monofásico

Retomar de imediato
SBV 30:2
durante 2 min.

Retomar de imediato
SBV 30:2
durante 2 min.

Durante a reanimação:

- Corrigir causas de PCR*;
- Proceder ou confirmar acesso venoso e via aérea/O₂;
- Após a via aérea estar assegurada, fazer compressões torácicas ininterruptamente;
- Considerar administração de sulfato de magnésio e bicarbonato de sódio.

4 H's:

Hipoxia
Hipovolemia
Hiper / Hipocaliémia / alt. Metabólicas
Hipotermia

*Causas de PCR

potencialmente reversíveis

4 T's:

PneumoTórax hiperTensivo
Tamponamento
Tóxicos / iaTrogenia a medicamentos
Tromboembolismo / obsTrução mecânica

Aspectos a reter (deste lado do algoritmo):

- Nada deve atrasar a desfibrilhação
 - Após o choque, reiniciar imediatamente SBV, com compressões
 - **Adrenalina:** 1mg EV/Intra-ósseo, imediatamente após o 3º choque (em simultâneo com compressões) e depois todos os 3-5 min. (depois dos choques ímpares)
 - **Amiodarona:** 300mg/20cc Dx 5% em água, depois do 3º choque
 - Quando se usa veia periférica, deve fazer-se um bólus de SF
- SEQUÊNCIA:** choque → SBV → pesquisar pulso

Aspectos a reter (deste lado do algoritmo):

- **Adrenalina:** 1mg EV/Intra-ósseo imediatamente e depois todos os 3-5 min (ciclos alternados)
- Quando se usa veia periférica, deve fazer-se um bólus de SF
- Após 2 min. de SBV, avaliar ritmo no monitor:
 - se mantiver assistolia, continuar com SBV
 - se organizado, pesquisar pulso
 - se dúvida continuar com SBV.
- A probabilidade de sobrevivência da vítima depende da capacidade de identificar e corrigir causas potencialmente reversíveis

