



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Centro Regional das Beiras

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Relatório Final

Viseu, 2011
Ricardo Manuel Dias da Fonseca



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Centro Regional das Beiras

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Relatório Final

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
sob orientação de Mestre Olivério Ribeiro

Viseu, 2011
Ricardo Manuel Dias da Fonseca

Agradecimentos

Aos meus familiares, por todo o apoio que sempre me deram ao longo desta etapa

Aos meus amigos, pela amizade e apoio

Aos professores, pelos ensinamentos que me passaram

Ao Prof. Olivério, pela disponibilidade que sempre demonstrou

Ao CHCB, E.P.E., por ter permitido os meus estágios

Ao serviço de urgência e à unidade de cuidados intensivos, e respectivas equipas, pelo carinho, acompanhamento e pela maneira agradável como me receberam

Ao Enf.º Rato, pela ajuda e apoio que me deu

“As grandes oportunidades de ajudar os outros raramente acontecem, mas as pequenas surgem todos os dias.”

Sally Koch

“Não há maior demonstração de insanidade do que fazer a mesma coisa, da mesma forma, dia após dia, e esperar resultados diferentes.”

Albert Einstein

Índice de Siglas

AVC - Acidente Vascular Cerebral
CCI - Comissão de Controlo da Infecção
CHCB, EPE - Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial
CO₂ - Dióxido de Carbono
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
ECL – Equipa coordenadora local
ECR - Equipa coordenadora regional
EEMC - Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EGA - Equipa de gestão de altas
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EV – Endovenosa
FAV - Fístula arterio-venosa
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
IM – Intra muscular
O₂ - oxigénio
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAV - Suporte Avançado de Vida
SIPE - Sistema Internacional para a Prática de Enfermagem
SNS - Serviço Nacional de saúde
SO - Serviço de observações
SpO₂ - Saturações periféricas de O₂
SU - Serviço de Urgência
TA - Tensão arterial
TAC- tomografia axial computadorizada
TAC CE - Tomografial axial computadorizada crânio-encefálica
TCE - Traumatismo crânio-encefálico
TEP - trombo-embolia pulmonar
TOT – Tubo oro-traqueal
UAVC - Unidade de AVC
UBI - Universidade da Beira Interior
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Resumo

O presente relatório reporta-se aos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional das Beiras, em Viseu. Este estágio compreendeu 3 módulos, com a carga horária de 180 horas, distribuídos cronologicamente da seguinte forma: Módulo I- Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E, Covilhã, de 08 de Outubro de 2009 a 21 de Novembro de 2009; Módulo II- Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., Covilhã, de 11 de Dezembro de 2009 a 21 de Janeiro de 2010; Módulo III- três turnos na VMER do Hospital de São Marcos, Braga e trabalho sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Com este documento, pretende-se descrever, de forma reflexiva, o que foi feito no decorrer destes estágios e fazer a relação entre as atividades desempenhadas e a consecução dos objetivos (gerais, específicos e pessoais), a aquisição de competências e as motivações pessoais. A aplicação à realidade prática dos conhecimentos, com a contínua busca do aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados no contexto da pessoa em situação de saúde/doença, à pessoa em situação crítica e a atuação a nível do controlo da infeção hospitalar, bem como o contributo na formação dos alunos de enfermagem e a formação em serviço, foram aspetos aplicados e desenvolvidos no decurso destes estágios. A comunicação, gestão de conflitos, apoio ao cliente família em todo o processo de vivência saúde /doença foram aspetos também tidos em conta, sempre numa perspetiva reflexiva. Assim sendo, este documento visa descrever não só as atividades e as competências adquiridas, mas também a reflexão subjacente à análise da prática diária, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem, rumando à excelência da qualidade do cuidar.

Palavras-Chave- Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Competências; Comunicação

Abstract

The following report refers itself to the periods of internship carried through the Masters in Nursing with specialization in Medical Surgical Nursing, of Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional das Beiras, in Viseu. This period of internship covered 3 modules, with the duration of 180 hours, distributed chronologically by the following form: Module I- Emergency Room of the Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E, Covilhã, from October 08th 2009 to November 21st 2009; Module II- Intensive Care Unit Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., Covilhã, from December of 11th 2009 to January 21st 2010; Module III three shifts in the VMER of the Hospital of São Marcos, Braga and a paper based on the Continued Care National Network. With this document, it is intended to describe, in a reflexive form, the activities developed during these periods of internship and to relate these activities with the achievement of the goals (general, specific and personal), the personal acquisition of abilities and motivations. The application of the knowledge to the practice reality, with the continuous search of the improvement of the quality of the cares provided in the context of the person in health situation/illness, to the person in critical situation and the prevent the development and to control of the infections acquired in an in-hospital context, as well as contribution in the development of nursing students and the continuous educative sessions inside the wards, these where aspects that had been applied and developed during these periods of training. The communication, conflicts management, support to the client and family in the experience process sickness/ health where also taken seriously, always in a reflexive perspective. Thus being, this document aims not only to describe the acquired activities and abilities, but also the underlying reflection to the practical analysis of the daily routines, aiming to improve the quality of the Nursing cares of, heading to the excellence of the quality of caring.

Key-Words- Nursing; Specialist Nurse; Person in Critical Situation; Abilities; Communication

Índice

Introdução.....	9
1-Objectivos.....	13
1.1- Objectivos gerais.....	13
1.2- Objectivos Específicos.....	13
1.3- Objectivos Pessoais.....	15
2- Análise reflexiva sobre os campos de estágio.....	17
2.1- Serviço de Urgência- Áreas de intervenção.....	17
2.1.1- Actividades desempenhadas, reflexões e competências no SU.....	19
2.2- Unidade de Cuidados Intensivos.....	35
2.2.1- Actividades desempenhadas, reflexões e competências.....	38
2.3- Pré-Hospitalar.....	51
2.4- Cuidados Continuados Integrados.....	52
3- Discussão.....	55
4- Conclusão.....	61
Bibliografia.....	63

Anexos

Anexo I

“ A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”

Anexo II

“Abordagem à vítima de Trauma”

Anexo III

“Um estudo comparativo entre a “Downton © Falls Index” e a “Johns Hopkins
© Risk Assessment Tool”

Introdução

No âmbito do ensino clínico ministrado durante a frequência do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional das Beiras, Viseu, foi-nos proposta a realização de um relatório crítico e reflexivo sobre as actividades desempenhadas e experiências adquiridas no decurso deste ensino clínico.

Ao longo destes últimos meses, concomitantemente com o meu exercício profissional, dei início e continuidade a uma demanda com vista a um objectivo primordial: enriquecimento pessoal no desempenho da profissão que me é tão grata, que tão intrinsecamente faz parte de mim, da qual não posso, nem pretendo, dissociar-me. Esta demanda foi dura, exigente, mas ao mesmo tempo enriquecedora. Embora não considere ter atingido, na plenitude, tudo o que pretendia, todas estas enriquecedoras experiências me tornaram mais completo, mais conhecedor, mais realizado a nível pessoal e profissional.

Não penso, nem neste momento, nem ao iniciar este curso, que iria atingir o “topo”, ou que seria completo a nível profissional com a consecução do mesmo. Mantendo a mesma analogia, uma pessoa necessita de desafios, necessita de um desafio, para se valorizar, para se exceder a si próprio, para se por à prova e ter resiliência e adaptabilidade aos constantes e novos desafios que o dia-a-dia nos oferece.

Quem de nós não gosta de se sentir útil? Ou quantos de nós se sentem frustrados quando deparados com algo que escapa ao nosso controlo? Então, o que fazer para evitar ou minimizar estas sensações desagradáveis? Vontade de aprender, capacidade de auto-crítica, actualização, re-adaptação, confiança, humildade... características que nos devem acompanhar, para fazermos face aos desafios constantes. Qualquer situação nos pode ensinar algo de novo, mesmo que a sua base seja já sobejamente conhecida. Podemos aprender com os nossos pares, com os restantes técnicos da equipa multidisciplinar, com os alunos de enfermagem a quem nos é confiada a importante responsabilidade de contribuir para a sua formação, com as pessoas que cuidamos... bebendo de todas as possíveis fontes de conhecimento tornar-nos-emos mais completos e mais capazes de enfrentar o que se nos depara.

O conhecimento não é estanque, mas sim constantemente mutável. Todos os dias surgem novos avanços na ciência, novas evidências na melhoria do cuidar, novos factos passíveis de tornarem obsoletos os dados que tínhamos como certos.

Assim sendo, com o desenrolar do ensino clínico foram estabelecidos determinados objectivos, alguns propostos pela Instituição de ensino, outros por mim próprio, todos em consonância com o objectivo primordial de conseguir atingir as competências e capacidades exigidas a um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A execução deste relatório compreenderá uma introdução, uma resenha dos objectivos traçados, uma descrição dos campos de estágio e das actividades neles desempenhados, encetando posteriormente numa co-relação entre o que foi feito e a obtenção dos objectivos propostos. Constará também a reflexão sobre a prática, uma discussão sobre as perspectivas que tinha sobre estes ensinamentos clínicos e o contributo que estes tiveram para o meu futuro profissional, terminando com uma nota de conclusão.

Os campos de estágios escolhidos surgiram no intuito da consecução dos objectivos propostos e das motivações pessoais apresentadas

Foram seleccionados, de acordo com as minhas opções pessoais, o serviço de Urgência Geral do CHCB, E.P.E, a Unidade de Cuidados Intensivos do CHCB, E.P.E. e estágio em pré-hospitalar, do qual só foi possível a realização de 3 turnos na VMER do Hospital de São Marcos. Em sua substituição, a minha escolha recaiu sobre os Cuidados Continuados Integrados, um paradigma emergente no SNS nacional, que se reveste já de grande importância no contexto dos cuidados de saúde actualmente. Foi elaborado um trabalho de revisão bibliográfica sobre o tema e feito trabalho de colaboração com a Equipa de Gestão de Altas hospitalar.

Por contingência de tempo e proximidade geográfica, a escolha do local dos estágios recaiu sobre o Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., Covilhã

Não é, de todo, fácil conseguir exprimir através de um documento escrito todo o proveito obtido, todas as situações importantes de aprendizagem, todos os momentos de relação interpessoal criados, com profissionais das equipas ou com os clientes ao nosso cuidado. Seria injusto ou incorrecto assumir que com este relatório traduzirá tudo em absoluto. Não irá fazê-lo. Descreverá, sucintamente, as actividades que desempenhei, as competências técnicas que me facultou, as competências teóricas e seu proveito para a minha prática diária, uma reflexão sobre a prática e sobre situações que de algum modo foram mais marcantes e contextualizando todos estes aspectos na consecução dos objectivos propostos. Tudo isto confluirá no meu desejo de emergir como enfermeiro especialista, utilizando todas as capacidades e competências que obtive, com objectivo de partilhar esses conhecimentos com os meus pares, para melhorar a nossa prática diária de Enfermagem.

A reflexão diária sobre a prática da nossa profissão é o item que nos vai diferenciar de um simples executor, que nos vai conferir a capacidade de pensar Enfermagem, de dar um salto qualitativo que possa colocar-nos no nosso devido lugar como uma importante profissão da Saúde, como profissão independente, com um saber próprio e intrínseco, com uma identidade própria que nos eleva e nos gratifica.

O simples “fazer por fazer”, sem saber substanciar as nossas acções, sem questionar o porquê daquilo que estamos a executar, fazendo-o apenas “porque é assim” ou porque “o sr. Dr. disse” não é congruente com o facto de possuímos um curso de Licenciatura, com uma carga teórica e prática extensa, em que se requer que sejam formados pensadores executores, não apenas meros executores ou “cumpridores de ordens”. A imagem social da nossa profissão está a mudar, lentamente. Essa progressão quer-se firme, sem estagnações ou involuções. Caberá a todos nós, que gostamos daquilo que é a Enfermagem, que queremos ver-nos como valores seguros da sociedade, que queremos valorizar-nos pessoal e profissionalmente lutar pela nossa evolução, mudar a imagem de que somos apenas “criados do médico”, com todo o respeito que a Medicina merece, ou que apenas lá estamos para mudar fraldas. Se não partir de nós essa mudança de imagem, não conseguiremos atingi-la. Até no simples acto diário de cumprimentarmos a pessoa que está ao nosso cuidado podemos fazer a diferença. Em todas as actividades que desempenhamos devemos utilizar um pensamento científico, como base dos nossos actos, devemos acompanhar a família ou cuidadores informais desse cliente, ir de encontro aos seus medos, anseios e necessidades formativas, poderemos dar o salto qualitativo que nos considere, aos olhos de outros, como um valioso contributo para a resolução de problemas, para ajudar no que necessitarem, para contribuir para minimizar o problema que surgiu e para o qual estes não se sentem totalmente preparados para enfrentar.

Neste contexto, e especificando o papel do enfermeiro especialista, este tem o dever de influir de forma positiva na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, na sua melhor planificação, na abordagem científica com que enfrenta qualquer problema que surja na prática diária e ser um elemento fomentador e promotor da formação contínua em serviço.

Assim sendo, deveremos, antes de prosseguir, parar um pouco e reflectir sobre aquilo que pretendemos para a Enfermagem. Com isto em mente, o que pretendo com uma especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica? Pretendo qualificar-me pessoal e profissionalmente, ser um complemento valioso para a prática profissional no serviço em que trabalho, contribuindo para uma melhoria dos cuidados, sempre tendo em

atenção que poderei melhorar diariamente e que trabalhar em equipa para que a nossa imagem profissional seja reconhecida e saia fortalecida.

O que se pretende com o grau de Mestre em Enfermagem? Ser um vector positivo de desenvolvimento da nossa profissão, através da produção de conhecimento, reflectindo sobre a prática profissional, visando sempre a evolução positiva das práticas e comportamentos nos cuidados a prestar, na interacção com a família e na educação para a saúde, ao mesmo tempo que se contribui para a formação dos novos profissionais.

1 - Objectivos

Passam a descrever-se os objectivos, tal e qual constam no projecto de estágio, e as estratégias delineadas para obtenção dos mesmos.

1.1 - Objectivos gerais

Com o estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende-se com o aluno demonstre as seguintes competências:

- 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);

- 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 resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

1.2 - Objectivos específicos

- 1- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- 2- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- 3- Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e clara.
- 4- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

- 5- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- 6- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- 7- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- 8- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;
- 9- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- 10- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- 11- Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- 12- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- 13- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na área da EEMC;
- 14- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- 15- Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 16- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.
- 17- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- 18- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC;

- 19- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC;
- 20- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- 21- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- 22- Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;
- 23- Exercer supervisão e exercício profissional na área de EEMC;
- 24- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC;
- 25- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- 26- Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC;
- 27- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC;
- 28- Promover a formação em serviço na área da EEMC;
- 29- Colaborar na integração de novos profissionais.

1.3- Objectivos Pessoais

Objectivos pessoais no SU

- Desenvolver competências nas diversas valências do SU
- Desenvolver capacidades na área do atendimento intra-hospitalar emergente.
- Identificar a dinâmica do serviço e reflectir criticamente sobre a mesma.

Objectivos pessoais em UCI

- Identificar e manipular de forma adequada e especializada instrumentos de monitorização intensiva.
- Desenvolver competências a nível de técnicas de substituição renal.
- Identificar instabilidade hemodinâmica através da monitorização invasiva e não invasiva e actuar de forma especializada, reflectindo sobre a prática.
- Desenvolver mais competências a nível de ventilação invasiva e não invasiva e avaliação da função respiratória.

- Explorar a temática “quedas em meio hospitalar” na UCI.
- Identificar a dinâmica do serviço e reflectir criticamente sobre a mesma.

Objectivos pessoais no módulo de opção

- Compreender o funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

- Compreender a legislação subjacente à temática dos Cuidados Continuados Integrados

- Identificar as diversas valências subjacentes aos Cuidados Continuados Integrados

- Identificar o processo de referenciação e admissão na Rede

2 - Análise reflexiva sobre os campos de estágio

Este ensino clínico foi subdividido em módulos. De seguida passar-se-á a descrever o campo de estágio e as actividades desempenhadas no decorrer do mesmo, juntamente com uma reflexão sobre a prática.

2.1 - Serviço de Urgência- Áreas de Intervenção

O primeiro módulo de estágio foi realizado no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial (CHCB, E.P.E.), com início a 08/10/2009 a 21/11/2009, num total de 180 horas.

O Serviço de Urgência Geral do CHCB, E.P.E. é composto por:

- Hall de atendimento geral
- Entrada para macas, cadeiras de rodas e doentes emergentes
- Sala de emergência
- Gabinete de Triagem de Manchester
- Sala de Prevenção, Espera e Triagem para pandemia de gripe A
- Gabinetes médicos de atendimento a triagens azuis, verdes e amarelos e sala de tratamento, de Enfermagem
- Balcão Medicina Interna e Especialidades Médicas
- Balcão Ortopedia, Cirurgia e Especialidades Médicas, com uma sala de Ortopedia e sala de Cirurgia
- WC homens e mulheres
- Gabinetes médicos, de direcção de departamento e de enfermeira-chefe
- Serviço de Observação, com 5 camas, uma delas de isolamento.
- A funcionar aos fins-de-semana, existe uma sala de atendimento para realização de pensos ou administração de injectáveis.

A dotação de pessoal de enfermagem é, por turnos: 6 enfermeiros + enfermeira-chefe (um por sector mais um enfermeiro de apoio) no turno da manhã, 6 enfermeiros no turno da tarde, na mesma razão do turno anterior e 4 enfermeiros no turno da noite, um triador, um no atendimento a amarelos, verdes e azuis, um nos balcões de Especialidades Médicas e Especialidades Cirúrgicas e um no Serviço de Observações. Aos fins-de-semana, o enfermeiro de apoio fica responsável pelo atendimento a clientes de ambulatório, que vêm para execução de pensos ou administração de injectáveis. A equipa de enfermagem é composta por um total de 36 enfermeiros.

Em termos de “números”, em média recorrem cerca de 450 pessoas por dia a este serviço do CHCB, E.P.E..

Em relação às actividades que se desempenham no Serviço de Urgência (SU), passarão a descrever-se as actividades que são desempenhadas em cada sector, inicialmente de uma forma geral, passando depois a pormenorizar algumas particularidades do atendimento às pessoas que recorrem ao SU.

No gabinete de triador faz-se a triagem de Manchester a todos os clientes que são admitidos no SU. Consoante a prioridade de atendimento, assim serão atribuídas as cores, que são: vermelho, para situações emergentes, laranja, para situações muito urgentes, amarelo, para situações urgentes, verdes, para situações pouco urgentes e azuis, para situações não urgentes. De acordo com o que se acreditava ser o pico potencial da pandemia de Gripe A, a todos os clientes com sintomas respiratórios era-lhes colocada uma máscara de protecção e conduzidos a uma sala de espera criada para o efeito (a clientes triados como urgentes, pouco urgentes ou não urgentes).

Na sala de tratamento de atendimento a clientes triados com amarelo, verde ou azul faz-se avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica e sua vigilância, encaminhamento para exames complementares de diagnóstico, colheita de espécimes para análises (sangue, urina) e vigilância, dentro das limitações que se impõem num SU, dos clientes e sua evolução.

No balcão de atendimento de Medicina Interna e Especialidades Médicas faz-se o atendimento a clientes triados com a cor laranja cuja necessidade de atendimento passe por uma destas especialidades, faz-se o atendimento a clientes que necessitem de atendimento diferenciado nestas especialidades, e que tenham já tido uma avaliação prévia pela Clínica Geral, vigilância de parâmetros vitais e monitorização contínua, quando possível, administração de terapêutica e sua vigilância, colheita de espécimes para análises e culturas e preparação e encaminhamento para a realização de exames complementares de diagnóstico.

No balcão de atendimento de Cirurgia, Ortopedia e Especialidades Cirúrgicas o princípio de atendimento é o mesmo do balcão descrito anteriormente, apenas para este tipo de especialidades. Executam-se pensos, colocação de aparelhos gessados, pequenas cirurgias e tratamentos.

No serviço de observações prestam-se os cuidados de um serviço de internamento, com monitorização contínua de parâmetros vitais, elaboração de um plano de cuidados, administração de terapêutica e sua vigilância.

2.1.1- Atividades desempenhadas, reflexões e competências no SU

Triagem de Manchester

No gabinete de triador, tive oportunidade de por em prática os conhecimentos sobre a triagem de prioridade de Manchester. Esta consta de um conjunto de fluxogramas, com um conjunto de critérios que são passíveis de selecção, consoante a queixa inicial que o cliente apresente. Esta avaliação compreende, em alguns casos a avaliação de parâmetros vitais, como temperatura timpânica, frequência cardíaca e ritmo, saturação periférica de oxigénio (O₂) e glicemia capilar.

O primeiro critério que se verificar é aquele que ficará registado e ditará a cor atribuída e, conseqüentemente, a prioridade de atendimento. Como já foi anteriormente referido, existem cinco cores que ditam cinco prioridades diferentes. O vermelho equivale a uma situação emergente, que deverá ser assistida de imediato. O laranja refere-se a situações muito urgentes, que deverão ser assistidas num espaço de dez minutos. A cor amarela refere-se a situações urgentes, podendo ter um tempo de espera de 60 minutos. A cor verde, relativa a situações pouco urgentes, e a azul, que retrata situações não urgentes, podem ter tempos de atendimentos de 2 a 4 horas, respectivamente.

Emerge a necessidade de triar prioridades para identificar as pessoas que necessitam de atendimentos prioritários em relação a outras. Nota-se, na realidade prática, que o recurso a um serviço de urgência se faz de forma banal, muitas vezes sem se encontrar uma necessidade evidente de atendimento que possa considerar-se como urgente. Muitas situações poderiam ser resolvidas facilmente com o recurso ao médico de família, ou ao centro de saúde.

Verifica-se, na prática, que muitas pessoas se encontram renitentes em compreender a necessidade de estabelecer prioridades no atendimento de quem se desloca a um SU. Escutam-se muitas reclamações, especialmente direccionadas aos enfermeiros, acerca do atraso no seu atendimento e que “aquelas pessoas vieram atrás de mim e já foram vistas e eu continuo aqui”. O enfermeiro tem aqui um papel de educador e gestor de conflitos, na medida em que estas situações podem, em potência, tornar-se um problema que cause mal-estar e incómodo em todas as pessoas que se sentem doentes e nos profissionais que deles vão cuidar. Outra situação que gera conflitos, não raras vezes, é a demora na observação pelos médicos de especialidades, nomeadamente as que não requerem uma presença física de 24 horas no SU. No SU do CHCB, para além dos dados informatizados, possui também dados em formato de papel

devido a alguma renitência em alguns médicos utilizarem o sistema informático ALERT.

Numa das situações que presenciei, e na qual tive papel activo na gestão do conflito gerado, um acompanhante de uma cliente encontrava-se a observar as fichas que estavam colocadas para atendimento de Cirurgia. Após detectar esta situação, desagradável, encaminhei-me junto do senhor explicando-lhe, calmamente, que as fichas não se destinam a consulta por parte dos clientes ou seus acompanhantes. Este reagiu de forma exaltada, dizendo que já estava há muito tempo à espera do médico e que queria ver a hora de admissão no SU para saber há quanto tempo ali estava à espera. Foi-lhe dito que, para esse efeito, existe um balcão de atendimento a utentes, que facilita informações aos familiares e acompanhantes. O senhor manteve a postura exaltada, tendo-lhe sido pedido que reduzisse o tom de voz, para não incomodar outras pessoas. Foi-lhe comunicado que compreendíamos a sua exasperação, pela elevada demora e por ver a sua familiar a sentir-se mal, mas que o seu descontentamento estaria mal canalizado, uma vez que o atendimento de Enfermagem tinha sido feito correctamente, e que o atendimento pendente não passaria por esses profissionais. Após algum tempo de diálogo, a situação ficou resolvida. Esta foi uma das situações que me permitiu desenvolver competências relacionais, de gestão de conflitos, de acordo com objectivos propostos.

Em relação à triagem de prioridades, para além das 5 cores que compõem o sistema de Manchester foi incluída uma outra cor: o branco. Atribui-se esta cor sempre que um cliente vem referenciado para algum médico, ou a pedido de algum médico, ou para realização de algum tratamento ou administração de terapêutica intra-muscular (IM).

Neste contexto, e estando a Consulta Externa fechada durante o fim-de-semana, os clientes que necessitem tratamentos diários têm que deslocar-se ao SU e pagar a taxa moderadora do SU, que é largamente superior à da Consulta Externa (8 euros ao invés de 2,60 euros).

O aparecimento do branco no contexto da triagem de Manchester é susceptível de gerar controvérsia, na medida em que se pode considerar uma subversão em relação aos princípios de um serviço de urgência. A crescente emergência do paradigma economicista na saúde dita que tente maximizar-se a produtividade e as receitas.

Se do ponto de vista institucional se consegue compreender o objectivo, os benefícios para o utente desses serviços já serão mais discutíveis. Dois aspectos a reter: o utente/ cliente beneficiaria mais se o centro de saúde ou a consulta externa prestassem

serviços ao fim-de-semana e certamente ser-lhes-ia menos dispendioso. Mas, como muitas vezes se ouve, “quem precisa tem que se sujeitar”.

Ao fim de semana ou feriados, a execução de pensos e outros tratamentos passe pela...urgência. O cliente faz ficha de urgência e, caso seja o caso, paga a taxa moderadora de um episódio de urgência para muitas vezes lhe ser administrada uma injeção IM. No caso dos pensos, não existe registo da evolução dos mesmos, nem portam cartas de enfermagem com o registo de execução dos mesmos, perdendo-se a continuidade do tratamento. Mas, mais preocupante, é o facto de se desviarem recursos humanos deste serviço para estas actividades descontextualizadas.

A onda de medo que se gerou com a hipótese de pandemia por Gripe A foi também um dos factores que, no gabinete do triador, contribuiu para uma análise dos motivos que levam alguém a recorrer a um serviço de urgência. O medo, muitas vezes por falta de informação, outras por presença de informação desadequada levou muitas pessoas a recorrerem ao SU. Do plano de contingência interno, existia a possibilidade de abertura de um segundo balcão de triagem de Manchester, com sala de espera própria, onde os casos suspeitos seriam acomodados. Não raras vezes, se verificou uma expressão de medo de uma pessoa que espera para ser atendida ao ver passar alguém a utilizar uma máscara (que era atribuída a todas as pessoas com sintomas respiratórios). Das situações catalogadas como suspeitas de Gripe A, apenas uma quantidade mínima se confirmou como infecção activa pelo vírus H1N1. Felizmente o cenário de pandemia não chegou a verificar-se e, a pouco e pouco, foi-se esfumando o medo e a constante abordagem sobre este assunto nas conversas diárias e na comunicação social.

A triagem de Manchester não é necessariamente rígida e inflexível. No caso de existir alguma alteração no estado geral, como aparecimento de um quadro de convulsão ou dispneia, ou alteração importante nos parâmetros vitais (por exemplo hipo ou hiperglicemia ou presença de febre), deve proceder-se a uma re-triagem de prioridades.

Como situações de activação das “vias verdes” encontram-se as situações de via verde coronária e via verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Neste particular, independentemente da cor atribuída, caso se detecte sintomatologia compatível, estas pessoas são encaminhadas para a zona de atendimento respectiva. No caso de algum recurso por toracalgia de origem não traumática, a pessoa é encaminhada para a realização de electrocardiograma (ECG), prévia ao atendimento médico, para despiste de síndromes coronários agudos. Caso se confirme, a pessoa é encaminhada para o

balcão de especialidades médicas, é feita enzimologia cardíaca e encaminhada para fibrinólise, caso se considere apropriado.

No caso de via verde de AVC, após se detectar sintomatologia compatível, com início conhecido até 3 horas antes, o cliente é encaminhado para o balcão de Especialidades Médicas e é feita colheita de sangue para análises, encaminhado para realização de tomografia axial computadorizada crânio-encefálica (TAC CE) e, caso se confirme, encaminhado para a Unidade de AVC.

Balcão Triage

No balcão de atendimento a clientes triados com amarelos, verdes ou azuis, onde opera um enfermeiro, 2 médicos de clínica geral e um auxiliar de acção médica, executam-se uma série de técnicas, como punções venosas periféricas e administração de terapêutica via IM e endovenosa (EV). Executam-se imensas colheitas de sangue para análises, algumas colheitas de urina para tipo II. Avaliam-se alguns sinais vitais, administra-se terapêutica IM, EV (especialmente analgésicos, como Metamizol Magnésico, Paracetamol, relaxantes musculares e anti-inflamatórios), aerossolterapia, oxigenioterapia e procede-se à vigilância de estado geral, como foi referido, atendendo às condicionantes de um SU. Existem muitas situações que se enquadram nesta secção, nomeadamente a dor, ansiedade, desarranjos gastro-intestinais, dispneia, reacções alérgicas, controlo de tensão arterial (TA).

Nesta área de atendimento, verificamos que o maior motivo que leva as pessoas a recorrer ao SU é a dor. Seja ela torácica, nos membros, de garganta, lombalgias... afigura-se como aquela preocupação primária que leva alguém a procurar atendimento médico. A febre juntamente com a tosse e o mau estar é também um motivo relevante.

No caso da dor, não raras vezes a dor é crónica. Um seguimento periódico com actualização da medicação analgésica seria um contributo importante para o bem-estar da pessoa com dor e contribuiria para não existirem tantos recursos ao SU.

Em algumas situações verificam-se recursos múltiplos e repetidos ao SU. Alguém que foi à urgência por ter uma dor e a medicação que deram não fez efeito, ou porque sente mal-estar geral (ou vómitos, ou tosse, ou diarreia) que ainda não passou, entre outras situações. Uma vez que se banaliza o recurso a uma urgência, muitas vezes o desgaste físico e psicológico faz com que a uma situação, que à primeira vista foi avaliada como de fácil resolução, não se lhe dê o seguimento mais correcto. Outras por um certo “relaxamento” na abordagem à mesma. Outras porque a situação foi correctamente abordada, mas piorou. Outras por se tornar uma “rotina” recorrer à

urgência. Todos estes aspectos (e outros mais) são passíveis de reflexão: o que está na base destes comportamentos? Na maioria das situações, o comportamento de enfermagem não está no epicentro. Contudo, se o afluxo (muitas vezes enorme, diga-se) de clientes não fosse tão concentrado, exigindo múltiplas colheitas, múltipla avaliação de sinais vitais, de administração de medicação, talvez abrisse um pouco o espaço a reflexão e a uma avaliação mais individualizada do cliente.

O trabalho, neste posto particular, torna-se tão mecânico (fazer, fazer, fazer...) que se torna complicado ter um pouco de tempo para respirar e para dialogar com quem se sente doente. Um só enfermeiro para tal afluxo torna-se pouco. E por vezes pormenores que podem escapar à atenção do médico conseguem ser captados pelo olhar atento do enfermeiro. E esse é um aspecto extremamente importante. Ser enfermeiro não é só fazer e saber fazer. E em múltiplos casos, conversando com o cliente, obtêm-se dados novos, de importância para o seguimento da abordagem ou de importância para o bem-estar do próprio cliente.

Quantas vezes não estão em pânico “por causa das agulhas”... e às vezes falando um bocadinho, humanizando o acto causador do medo, a pessoa se sente mais confortável, mais apoiada, num momento em que precisa, em que não se sente bem. E isso faz toda a diferença. Outros casos, paradoxalmente a estes, mostra pessoas que “querem” ser fortes e se sentem mal após, mas quer num quer noutro caso a nossa intervenção é muito importante. Quem não gosta de ouvir uma palavra amiga, de conforto quando não se sente bem? Quem gosta de estar num ambiente estranho, por vezes assustador, sem sentir uma presença de alguém em quem possam confiar, a quem possam falar quando não se sentirem tão confortáveis, tão seguros? A mecanização do atendimento em serviços de urgência ocorre, muitas vezes por manifesta impossibilidade. Mas podemos fazer a diferença. Devemos fazer a diferença. Está dentro de nós a motivação para poder confortar alguém durante uma experiência desfavorável, que é sentir-se doente, ou ter dor. Não deve pôr-se de lado a ideia de que o cansaço físico e psicológico que envolve este atendimento causa. Esse é um facto. Mas não seria resolúvel com estratégias de coping planeadas pela instituição e integradas no dia a dia dos serviços? Ou com o reforço de meios humanos? Ou com algum incentivo extra (dias de descanso, talvez em preferência ao monetário)?

O recurso em massa ao SU afigura-se então como uma realidade problemática, o que fecha o ciclo vicioso da abordagem mecânica. Seguem-se padrões, como ao doente X com dor torácica faz-se ECG, análises e Metamizol magnésico e ao doente Y faz-se... ECG, análises e Metamizol magnésico. E ao doente Z...e por aí fora.

E será que todas as situações são de obrigatório recurso ao SU? Talvez não... se funcionasse em plano a rede de cuidados de saúde primários. Os centros de saúde se, na realidade que possuímos, trabalhassem na plenitude das suas capacidades, evitariam este recurso sistemático ao SU. O médico de família, ou um médico que estivesse em atendimento a situações não planeadas no centro de saúde, poderia de forma efectiva dar resposta a muitos dos casos que diariamente se nos apresentam no SU. Esse trabalho médico, juntamente com actuação adequada de enfermagem a esse nível, reduziria francamente os episódios de urgência. E, muitas vezes, seria mais cómodo para os clientes, por motivos de proximidade, maior rapidez de atendimento...

Este é um serviço regido pela imprevisibilidade e em que, a qualquer momento se pode dar um afluxo enorme e inesperado de clientes.

Balcão Medicina e Especialidades Médicas

No balcão de Medicina e Especialidades Médicas presta-se atendimento, como já foi referido, a clientes triados com a cor laranja, brancos que venham referenciados para o médico da respectiva especialidade ou clientes triados com outras cores mas que necessitem observação diferenciada de especialidade.

Dentro das situações mais frequentes encontradas nesta área de atendimento, verificam-se as dificuldades respiratórias, com baixas saturações periféricas de O₂ (SpO₂) e sinais de exaustão respiratória, pré-cordialgias, arritmias por taquicardia ou bradicardia, AVC, síndromes coronários agudos, descompensações metabólicas, desidratações, insuficiências renais, situações de prostração, hemorragias digestivas, vómitos incoercíveis ou diarreia, entre as situações mais frequentes.

Neste sector, laboram um enfermeiro, um médico especialista em Medicina Interna, um interno de Medicina Interna e um assistente operacional. Estes são os elementos de permanência física, excepto o médico interno, que permanece até às 00 horas. De prevenção, em regime de chamada, estão os restantes especialistas das chamadas Especialidades Médicas, como Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Gastrenterologia e Pneumologia.

De entre as actividades desempenhadas nesta área, destacam-se a vigilância e monitorização de sinais vitais em clientes instáveis, a administração de terapêutica, de varias etiologias, a gestão de oxigenioterapia, colocação de sondas vesicais e sondas nasogástricas e a colheita de espécimes para análises e culturas. Colabora-se, também, na realização de alguns actos médicos, tais como colocação de drenos torácicos ou paracenteses. Contudo, o acto mais importante aqui desempenhado é a capacidade de

observação e identificação de situações de risco e actuar em conformidade sempre que estas se verificarem. A actuação face ao doente crítico é uma das prioridades de um enfermeiro especialista, e assim aproveitei esta passagem profícua por este campo de estágio para desenvolvimento de tais competências, a nível cognitivo e técnico.

Durante a minha presença neste sector, verifiquei que as patologias mais frequentes que são atendidas são as cardíacas e as respiratórias. Descompensações cardíacas, com episódios de insuficiência cardíaca congestiva, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida ou bradicardias importantes, síndromes coronários agudos, taquicardias ventriculares ou supraventriculares, bloqueios aurículo-ventriculares afiguraram-se como situações em que foi possível aumentar o meu grau de conhecimentos e a minha experiência na abordagem a este tipo de situações, o que contribui, de sobremaneira, para a minha prática profissional diária.

Apesar de estas situações não me serem desconhecidas, é sempre importante desenvolver mais competências, ganhar mais segurança e dominar melhor a abordagem a situações deste género. O conhecimento, não apenas teórico, mas também prático, permite-me abordar qualquer tipo de situação com mais confiança e segurança, conhecendo a farmacologia adequada aos tipos de situação, para além do seu método de actuação e efeitos secundários, a utilização de manobras não farmacológicas para a resolução da situação, tais como as manobras vagais e a cardioversão química ou eléctrica.

Noutro ângulo, também é interessante saber o follow-up da situação, e para isso contribui a minha passagem pela Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde se colocaram electro-catéteres de pacemaker externo, até à colocação definitiva de pacemaker, ou realização de cateterismo em caso de síndrome coronário agudo. Em relação às patologias respiratórias, verifica-se a presença de algumas situações de edemas agudos de pulmão, situações de broncoespasmo ou descompensação de asma brônquica, infecções respiratórias, nas quais se verificou uma prevalência importante durante a época em que se desenrolou o estágio. Em relação a estas situações, a minha prática diária confere-me alguma segurança na abordagem destas patologias, pelas características do serviço onde trabalho. A diferença está no facto de ser uma situação de urgência, de alguém que aparece de repente à nossa frente de forma inesperada e em que um enfermeiro apenas, que tem tanta gente já ao seu cuidado, tem que redefinir prioridades e dirigir a sua atenção para a situação mais emergente.

Como já foi dito, um serviço de urgência é imprevisível e por vezes existe um tão grande afluxo de pessoas a recorrer a ele que a capacidade de resposta, quase sempre formatada para os mínimos previstos, é manifestamente insuficiente.

Muitas outras situações, tais como hipoglicemias, alterações do estado de consciência, AVC, distúrbios gastrointestinais ou insuficiências renais são conhecidas de um serviço de medicina interna, que é um dos principais destinos da maior parte dessas pessoas. Também de ressaltar que uma grande percentagem dos clientes da medicina interna é a população idosa, verificando-se isso nos internamentos que são efectuados

Para além desta parte, eminentemente prática, há a ressaltar uma outra parte, que também já foi referida como muitas vezes descurada num serviço com estas características: a relação interpessoal. Existem situações que revelam que nem tudo está bem no nosso sistema de saúde, na nossa sociedade.

Numa dessas situações, uma idosa deu entrada com hipoglicemia severa, que foi corrigida com administração de soro glicosado. Fez-se o controlo da situação e vigilância de parâmetros, até se atingir um estado estável. Essa senhora era também insuficiente renal por nefropatia diabética, prestes a iniciar diálise, já tendo sido submetida a intervenção para realização de fístula artério-venosa. Este não era o primeiro recurso à urgência pelos motivos supracitados. Do diálogo com a senhora, descobre-se que reside sozinha, com apoio, dentro das limitações que a actividade laboral confere, de uma filha. Insulinotratada, administrando sempre a insulina prescrita...mas não se alimentando convenientemente, omitindo várias refeições. A senhora mantinha ainda um grau de independência considerável, mas um conhecimento não demonstrado sobre as complicações da diabetes. Foi realizado um ensino, falando-se sobre a importância da alimentação adequada, principalmente se administrando insulino-terapia. Foi-lhe dito que se compreendia que pudesse não ter apetite, mas que deveria ingerir alimentos, mesmo que em pequena quantidade, com frequência regular. Caso a perda de apetite persistisse, deveria contactar o médico de família, para encontrar a etiologia dessa perda de apetite e tentar corrigi-la. Foi também encaminhada a situação para a assistente social, para avaliação do contexto sócio-familiar.

Existem falhas, de todos os profissionais, a nível do ensino ao cliente. É de extrema importância que alguém com diabetes mellitus esteja documentado adequadamente sobre a sua patologia, complicações possíveis e métodos de controlo. É importantíssimo ressaltar a alimentação como um dos factores de controlo major. A adesão e gestão do regime terapêutico, cuidados com lesões cutâneas e pés, vigilância

de valores de glicemia e seus significados são tudo acções que devemos desempenhar para a melhoria da saúde e prevenção de complicações.

Como pode resolver-se isso? Por exemplo, a nível da saúde primária. Claro que exigiria mais recursos humanos, mas por que não convocar as pessoas aos centros de saúde ao invés de esperar que elas se dirijam lá? Por que não atribuir-lhes um papel activo e de responsabilização da sua saúde? Por que não dar incentivos e reforços positivos pelos comportamentos adequados em relação à promoção da saúde? Não só em relação à diabetes, mas como em muitas outras patologias ou, ainda mais importante, em pessoas com factores de risco, tentando evitar ao máximo o desenvolvimento de patologias ou complicações. Será que este investimento não seria recompensado, a longo prazo? Prevenindo, por ano 10 enfartes, 20 AVC (isto sendo números apenas arbitrários), quanto não se pouparia no seu tratamento, no seu internamento hospitalar, com múltiplos exames complementares de diagnóstico, com múltiplas intervenções multidisciplinares, com o custo diário de uma cama hospitalar (de cuidados intensivos, ou de internamento em serviços de medicina, cardiologia, neurologia) e com os tratamentos de reabilitação, muitas vezes tão demorados. Quanto não beneficiaria, em termos de saúde, essa pessoa? Quanto não beneficiaria a sua família? Essas situações são depois passíveis de institucionalização, seja em cuidados continuados integrados, que resolve muitos problemas e traz benefícios à população, ou em lares. .

Numa outra perspectiva, verificam-se situações que denotam alguma falta de sensibilidade da parte de familiares em relação às pessoas que têm a seu cuidado. Uma situação que se passou teve a ver com a recorrência de uma senhora idosa ao SU, já com alguns antecedentes de doença neurológica degenerativa, que se demonstravam por períodos de desorientação alopsíquica. Mantinha ainda alguma independência no autocuidado. Esta senhora foi atendida e não apresentava critérios de internamento hospitalar. Ao contactar-se o familiar directo, neste caso um filho, este deslocou-se ao SU e recusou-se liminarmente a levar a sua mãe para casa, dizendo que ela estava no hospital, era responsabilidade do hospital, e que não a levaria, saindo do serviço. Para resolução dessa situação, desbloqueou-se uma vaga no Hospital do Fundão. Depois surgiu um outro problema: a senhora não queria ir, porque ia para casa com o filho, ou assim pensava. Recusava-se a entrar na ambulância e a colaborar em qualquer situação. Só após muito tempo e paciência, com diálogo, se conseguiu resolver esta situação.

É muito complicado gerir uma situação deste tipo. Por vezes os familiares descartam responsabilidades totalmente. Poderia ter-se entrado em diálogo e tentar uma resolução mais favorável.

O SU da Covilhã possui uma “relações públicas” mediando o contacto entre os familiares de clientes com os profissionais de saúde, de forma a manterem-se actualizados sobre o estado do seu ente. Mas não seria benéfico também existir um assistente social em permanência ou um psicólogo? Os serviços de urgência são um local onde muita coisa pode acontecer. Por vezes as pessoas ficam gravemente doentes ou falecem. É um choque terrível para a família. Por que não existir uma sala própria de atendimento (que não existe) para num ambiente mais sereno se possa receber a família de uma pessoa que faleceu, para lhe dar a notícia e para tentar dar-lhe conforto neste clima de perda? Um psicólogo seria certamente uma adição importante para estes casos. No caso do assistente social, a sua permanência física permitiria despistar precocemente possíveis situações de necessidades sociais e certamente seriam encaminhadas de forma mais rápida e eficaz. Também não raras vezes se observa que os acompanhantes de pessoas idosas são também eles... pessoas idosas. E são eles os cuidadores principais.

A relação interpessoal e comunicação entre profissional de saúde e clientes são sempre benéficas. Auxilia a que a pessoa que se sente doente fique mais calma e se sinta mais apoiada e segura.

Balcão Especialidades Cirúrgicas

No balcão de Cirurgia, Ortopedia e Especialidades Cirúrgicas laboram um enfermeiro, um assistente operacional (AO) (que divide o seu trabalho entre este balcão e o das Especialidades Médicas), um cirurgião e um ortopedista escalados de urgência, mas que não permanecem durante as 24 horas em presença física. Em regime de chamada temos a Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Neste sector presta-se atendimento a situações de todas estas especialidades. Fracturas, entorses, luxações, politraumatismos, situações cirúrgicas, como drenagem de abscessos alterações hepato-biliares, abdómen agudo, situações de pequena cirurgia, atendimento a algaliados crónicos, situações de retenção urinária, lesões oftálmicas entre outras situações.

De entre as actividades que assisti e que desempenhei destacam-se a colaboração em drenagem de abscessos (perianais, cervicais), colocação de tubo duplo J, execução de pensos a úlceras de pressão infectadas, a úlceras venosas ou arteriais, execução de pequenas suturas (por cortes ou traumatismos, no nariz, mãos, pernas e antebraço), algaliação de doentes crónicos, colocação de ligaduras Gerdy e Velpeaux, colaboração

na redução de fracturas e luxações, colocação de aparelhos gessados e preparação para intervenções cirúrgicas, lavagens oculares, administração de terapêutica EV ou IM. Estas foram algumas das actividades que desempenhei e que contribuíram para aumentar o meu grau de conhecimentos.

A aprendizagem prática nesta área permitiu-me avaliar melhor este tipo de situações e adquirir competências práticas na execução de um determinado conjunto de técnicas nas quais eu não possuía total destreza, sendo útil para a minha evolução profissional.

Contrariamente ao balcão de Especialidades Médicas, onde a maior fatia de população atendida é idosa, nesta área encontra-se uma maior faixa de pessoas em idade activa.

Uma situação que ocorreu incluiu um homem jovem com uma fractura exposta, no decorrer de um acidente laboral. Esse senhor acordou, normalmente, iniciando o seu dia dentro da rotina. De um momento para o outro, depara-se com uma situação de incapacidade temporária. Um homem jovem, tem uma queda de uma altura de 20 metros, na sequência da sua actividade profissional, tendo acabado por falecer. A vida é efémera, não a temos como garantida, pois a qualquer momento nos podemos ver dela privada. O início de dia daquele homem, casado e com filhos pequenos, não diferiu do normal de outros dias. Terminou, de forma abrupta, inesperada, cruel, até. Como dar essa notícia? Como acompanhar ou dar uma palavra de apoio a uma pessoa que teve uma perda irreparável? Que acompanhamento para reorganização de papéis e reconstrução de um projecto de vida terão essas pessoas? Será que não poderia ter acontecido a qualquer um de nós?

Neste sector o funcionamento com o sistema ALERT[®] não é o mais funcional, uma vez que existe renitência em alguns médicos operarem com ele. A informação é por vezes colocada a nível informático, outras colocada em formato de papel. Por exemplo, as prescrições de análises para um cliente são colocadas informaticamente, as prescrições terapêuticas em papel, o que torna complicada a adaptação em relação às rotinas laborais neste sector e existe o risco de perdas de informação ou de atrasos no tratamento a efectuar, uma vez que a ficha de identificação em papel do cliente não é colocada em nenhum local fixo.

Sala de Emergência

Na sala de emergência presta-se atendimento a situações emergentes, por enfartes agudos de miocárdio instáveis, situações de choque, situações graves de trauma

e paragens cardio-respiratórias. Durante o estágio presenciei algumas utilizações da dita sala, equipada com material diverso, de trauma, de ressuscitação, de colocação de acesso venosos periféricos e colheita de espécimes e de monitorização. Numa situação, uma paragem cardio-respiratória com 40 minutos de evolução sem evidência de recuperação, já com a pessoa em cianose central, não foram iniciadas manobras SAV. Numa segunda situação, uma senhora dialisada com hemorragia severa via fístula arterio-venosa (FAV), tendo-se feito controlo da hemorragia externa e reposição de volume, normalizando-se a situação de pronto.

Numa outra situação deu-se o atendimento sequencial à vítima de trauma nesta sala, na sequência de um acidente de viação, que, felizmente, não revelou a gravidade que inicialmente se previa.

A sala de emergência tem uma entrada própria, facilmente acessível, e dispõe de uma campainha de aviso de situações emergentes. Geralmente, é feito um contacto prévio do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), informando da chegada iminente de uma situação emergente ou sempre que justificável.

Serviço de Observações

No serviço de observações (SO) funciona-se de maneira semelhante a um serviço de internamento. Tem como critérios de funcionamento receber clientes que necessitem de observação mais intensiva, por um período não superior a 72 horas. Caso seja necessário manter a vigilância e estudo da situação, deverá ser encaminhada para um serviço de internamento. O SO possui 5 camas, uma delas preparada para servir de isolamento, opera com um enfermeiro, um AO e um médico de Medicina Interna de permanência das 9 às 00 horas. Esse médico fica também responsável por dar apoio às enfermarias quando for necessário. Nesta área de atendimento do SU, que confesso, foi aquela que mais descurei, pelas semelhanças óbvias com o serviço de internamento em que trabalho, prestam-se cuidados de enfermagem planeados de forma mais calma e programada, uma vez que este sector é menos imprevisível, abarcando apenas um máximo de 5 pessoas. As entradas no serviço e as transferências ou altas definitivas configuram-se como as únicas situações mais “descontroladas” neste sector.

Asseguram-se os cuidados de higiene e conforto, assegura-se uma maior privacidade que no SU, faz-se monitorização mais apurada de parâmetros vitais, e monitorização contínua de ECG e SpO2 e faz-se um registo completo das ocorrências dos clientes ao cuidado do enfermeiro do SO. Ao contrário do restante serviço de urgência, neste sector não se funciona com o sistema informático ALERT[®]. Também

não é utilizado o Sistema Internacional para a Prática de Enfermagem (SIPE), como na maioria dos serviços do hospital, excepto UCI e Unidade de AVC (UAVC). Continua a utilizar-se o processo antigo, manuscrito, pelo que por vezes a passagem para o internamento acarrete por vezes perda de informação.

Controlo da Infecção no SU

Em termos do controlo de infecções cruzadas, como não é difícil de compreender, é muito complicado cumprir todas as normas que vigoram. Por falta de acessibilidade de lavatórios para lavagem das mãos, por indisponibilidade física do local, que às vezes se encontra tão repleta de pessoas que têm que ocupar espaços reduzidos e por vezes ficam “em cima” umas das outras, não sendo, de forma alguma, possível manter uma distância de pelo menos um metro entre os clientes. Muitas vezes os corredores se encontram peçados de pessoas, não havendo possibilidade de acomodá-las conforme os critérios da comissão de infecção hospitalar. Dentro de todas as limitações que se encontram, respeitei sempre que possível as normas da Comissão de Controlo da Infecção (CCI), rompendo os veículos de transmissão cruzada de infecções associadas aos cuidados de saúde. Mudança de luvas e fricção com soluto alcoólico antes e após o contacto com cada cliente foram algumas das medidas passíveis de serem aplicadas. Em alguns procedimentos, pelo seu cariz urgente ou emergente, a assepsia fica por vezes um pouco descuidada, sendo essa uma razão para se preconizar a mudança de cateteres EV à chegada a um serviço de internamento.

Contudo, cumpri sempre os procedimentos com assepsia e rigor. O facto major que escapou ao meu controlo foi a colocação dos clientes, não sendo, por inúmeras vezes, possível manter a distância que se preconiza.

Reveste-se de particular importância reflectir sobre a necessidade de actuar nos vectores de transmissão de infecções, uma vez que é um problema real e actual que deve preocupar todos os profissionais de saúde. Cada vez mais nos deparamos com a emergência de microrganismos multirresistentes, causadores de infecções graves e de difícil resolução, já para não falar nos gastos que o tratamento dessas infecções acarretam, juntamente com um prolongado tempo de internamento e a utilização dos equipamentos de protecção individual. As infecções associadas aos cuidados de saúde têm diversas etiologias, manifestando-se multifactorialmente, e em que muitos comportamentos dos profissionais de saúde podem contribuir para reduzir o impacto prejudicial que estas têm sobre o panorama actual da saúde. Torna-se importante adoptar comportamentos positivos, contribuir para a formação da população em geral

para que, quando se deslocem às instituições de saúde, adquiram também comportamentos positivos e contribuam para quebrar os elos da cadeia do processo de transmissão de infecções.

Na altura do desenrolar deste estágio existiu uma campanha vigorosa de transmissão destas informações à população, por parte da comunicação social. Muitos locais públicos tinham também afixadas informações e panfletos informativos sobre a importância da lavagem das mãos, sua correcta técnica ou a fricção com solução alcoólica, devido à possibilidade de pandemia por infecção pelo vírus H1N1. Se bem que se deve ressaltar a importância destas divulgações, os moldes em que foram efectuadas não merecem a minha inteira concordância. Criou-se um “medo” generalizado e notava-se, de um modo geral, um pânico colectivo que levava a alguns comportamentos compulsivos de lavagem e desinfecção das mãos. A informação deve ser divulgada num ambiente mais calmo e facilitador de compreensão, ao invés de um ambiente incitado pelo medo. Algum tempo após o assunto ter “saído de moda”, vê-se uma regressão desses comportamentos, uma vez que não foi entendida a importância dos mesmos. Como já não se fala tanto na Gripe A, já não há motivo para ter cuidados. Se isto não se verifica, felizmente, em toda a população, a maior parte das pessoas envereda pela linha de pensamento acima descrita.

Caso se fizessem campanhas de informação não só nesta altura, mas com frequência, ao longo do ano, poderiam ser adoptados comportamentos positivos e benéficos para todo o país.

A CCI do CHCB, E.P.E. tem colocados em locais visíveis vários panfletos informativos e disponibiliza solução alcoólica em locais de fácil acessibilidade, devidamente identificados.

Sessão formativa no SU

Durante o decorrer do estágio fui tentando descobrir alguma área de necessidade formativa em consonância com o responsável pela formação do SU e decidi-me pela realização de um trabalho no âmbito da abordagem à vítima de trauma, trabalho que será anexado posteriormente. Como conteúdos dessa sessão formativa encontram-se alguns dados sobre a epidemiologia do trauma, a biomecânica das lesões e, essencialmente, a abordagem à vítima de trauma, abrangendo a avaliação primária e secundária, dando ênfase à necessidade de um seguimento lógico, visando realçar a importância do ABCDE, atendendo primeiro o que pode matar primeiro (**Comité de**

Trauma del colegio americano de cirujanos- *Manual de Curso ATLS*; septima edicion)

A apresentação decorreu dentro do esperado, num clima de partilha de informações e experiências, que penso ter sido proveitosa para todos os intervenientes e para mim próprio. A formação contínua é um instrumento valioso, para actualização e evolução, configurando-se também como uma óptima oportunidade para reflexão sobre a prática da profissão e para a mudança de comportamentos menos correctos. Assisti também a uma formação sobre electrocardiografia, ministrada por uma colega que também fez estágio de especialidade. Esta troca de informações foi interessante e importante.

Em jeito de resumo, esta passagem pelo SU do CHCB, E.P.E. foi proveitosa em diversos níveis. Foi proveitosa em termos de desenvolvimento de algumas técnicas com as quais não estava tão familiarizado, especialmente no sector de Especialidades Cirúrgicas, em termos da avaliação imediata das situações que iam surgindo no SU, em termos de noção do percurso que um cliente leva desde a sua entrada no hospital até à sua chegada a um serviço de internamento, de actuação em situações urgentes e emergentes, de aquisição de destreza na manipulação do sistema informático ALERT[®] e de reflexão sobre a prática de Enfermagem. Fui bem recebido, o ambiente foi facilitador da aprendizagem e tudo correu dentro da normalidade, em que, tendo como finalidade beneficiar em termos de aprendizagem, se configurou como uma mais-valia. Todas as oportunidades de aprendizagem foram aproveitadas para uma aquisição de capacidades e competências que se irão revelar fundamentais no desempenho do papel de enfermeiro especialista.

Em jeito de resumo, no decurso desta passagem pelo SU foi-me possível desenvolver actividades que me permitiram desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, na área do saber, do saber fazer e do saber ser e na importante área da resolução de conflitos.

Todas as actividades desenvolvidas foram de encontro aos objectivos propostos, gerais, específicos e pessoais.

Foi-me possível, neste campo de estágio, atingir os objectivos gerais deste curso, em termos de conhecimentos teóricos, práticos, relacionais e comunicacionais. Consegui aplicar, de forma diferenciada, conhecimento teóricos à prática profissional, de forma organizada, metódica e bem fundamentada, integrada na equipa multidisciplinar.

2.2 - Unidade de Cuidados Intensivos

Este módulo desenrolou-se no período de tempo compreendido entre 11/12/2009 e 25/01/2010, na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., num total de 180 horas.

Em termos de estrutura física, descrevendo de forma sucinta, este serviço é composto por:

- Porta de acesso, cuja entrada se dá por intermédio de um cartão ou por intermédio do toque de uma campainha, aguardando-se posteriormente que alguém abra a porta de acesso.

- Hall de entrada, onde se encontram os vestiários, masculino e feminino, gabinete de secretariado, sala de espera, sala de roupa, sala de arrumos, copa, gabinetes médicos e de enfermagem e sala de reuniões.

- Zona de circulação de pessoas, que dispõe de um lavatório e material de protecção individual.

- Zona de transfer de camas

- Zona de acesso à unidade, com sala de limpos, sala de sujos, sala de equipamento e sala de materiais.

- 2 quartos de isolamento, com zona de acesso mas sem adufa

- Unidade ampla, com capacidade para 6 camas, com boxes totalmente equipadas.

De forma global, esta é a estrutura física da unidade. Apesar de ter capacidade real para 8 clientes, a capacidade real da unidade são 6 clientes, por motivos de ratio. Não existe pessoal suficiente para assegurar ratios adequados (2 clientes : 1 enfermeiro, no máximo). Contudo, para ainda ser mais correcta a distribuição, ao existirem pessoas com infecções activas, o ratio para essa pessoa deveria ser de 1:1.

Como foi referido, apesar de estrutura física para mais, apenas existe uma lotação máxima de 6 internamentos, sendo que se faz a gestão de camas, transferindo-se para outros serviços clientes em situação mais estável quando a lotação está completa e é necessária uma admissão urgente. Como critérios de admissão numa UCI encontramos a instabilidade hemodinâmica, com insuficiências respiratórias graves, distúrbios metabólicos severos, bradi-taquiarritmias, bloqueios aurículo ventriculares de 2º ou 3º grau, situações em que é necessário colocar electrocatéteres de pacemaker provisórios até colocação de um pacemaker definitivo, enfartes agudos de miocárdio, trombo-embolias pulmonares, pós-operatórios complicados, distúrbios gastrointestinais

severos, hemorragias de difícil controlo, situações de choque ou sépsis, insuficiências renais graves, intoxicações acidentais ou voluntárias e todas as situações que necessitem de monitorização intensiva e intervenções intensivas diferenciadas. Não é frequente a existência de pessoas com traumatismo crânio-encefálico (TCE), pela inexistência de neurocirurgia no hospital.

A sala aberta é composta das unidades ou boxes individuais, totalmente equipadas, de uma zona central com computadores que permitem monitorizar todas as pessoas internadas, de um balcão com acesso a medicação, que contem também um cofre selado contendo os estupefacientes. Na sala aberta existe uma visualização directa das pessoas nela presente. Das pessoas nos quartos de isolamento não se consegue uma visualização directa, directamente da sala aberta, conseguindo-se a monitorização cardíaca, pressão arterial invasiva ou não invasiva e de oximetria.

São permitidos dois visitantes por dia, para cada cliente. Estes entram na unidade devidamente equipados com os equipamentos de protecção individual apropriados e após terem conhecimento do processo de lavagem das mãos e fricção com solução alcoólica das mesmas.

As unidades dispõem de um sistema monitorização que se configura com o sistema informático utilizado no serviço para em tempo real apresentar e registar os valores de frequência cardíaca, oximetria, pressão arterial invasiva ou não invasiva, pressão venosa central ou qualquer outro parâmetro que seja pertinente observar, com a pressão intra-abdominal. Adicionando-se a esta monitorização “básica”, pode acrescentar-se a monitorização da função cardíaca através do monitor *Vigileo*[®] ou *PICCO*₂[®]. O sistema informático também é passível de ser configurado com as perfusões contínuas colocadas nas bases das unidades, que estão conectadas ao computador e que se podem configurar em conjunto com o software informático. O programa informático *CareAid*[®], utilizado na UCI, é um programa completo, passível de utilização por toda a equipa multidisciplinar, onde são colocados os registos das actividades desempenhadas e dos cuidados prestados. O programa, como já foi referido, monitoriza de forma contínua os parâmetros vitais, em tempo real com o monitor, possui avaliação inicial, nota de admissão médica e de enfermagem, vigilância intensiva, onde se colocam todas as inserções, alterações da integridade cutânea ou informação pertinente, registo de ingestão de líquido e alimentos, registo de dados sobre alimentação entérica, registo da eliminação intestinal, registo horário da diurese (ou sempre que possível, caso a pessoa não se encontre algaliada), registo das saídas (drenagens torácicas, abdominais) cálculo automático do balanço hídrico com cálculo

das perdas hídricas insensíveis, monitorização dos parâmetros da técnica de substituição renal, monitorização do risco de úlcera de pressão pela escala de Braden[®], cálculo dos índices de gravidade (TISS 28, APACHE II, SOFA), registo de perfusões e medicação prescrita, registos de fisioterapia, avaliação nutricional ou avaliação neurológica e diários de enfermagem (por turno) e diários clínicos. Este programa configura-se como um instrumento de trabalho que permite um registo sistemático e completo de todas as intervenções, parâmetros vitais, e actividades, permitindo também um planeamento de cuidados.

Cada unidade é também composta por 2 rampas de vácuo para aspiração, 2 rampas de oxigenioterapia e 2 rampas de ar comprimido. A isto adiciona-se um ventilador mecânico em cada unidade. Estes ventiladores possuem as modalidades de ventilação IPPV, BiPAP, CPAP/ASB e SIMV. Consoante a modalidade de ventilação adequada podem ser configurados os parâmetros e pode ser ajustado o *interface* para exibir os parâmetros que pretendemos avaliar, sejam eles a pressão, o volume, o fluxo, a percentagem de dióxido de Carbono (CO₂) ou os valores numéricos do processo ventilatório. Configura-se a frequência respiratória, mandatória ou espontânea, volumes mandatórios, PEEP, P ASB, trigger, tempo inspiratório vs tempo expiratório. Uma particularidade destes ventiladores é a modalidade *Auto Flow*, dentro da modalidade IPPV. A modalidade IPPV permite controlar os volumes desejados, a PEEP e a frequência respiratória pretendida. Na modalidade clássica IPPV com volume controlado, é o ventilador o responsável por todo o processo, sendo que se a pessoa tenta iniciar um ciclo respiratório o ventilador não deixa, e considera-se uma desadaptação ao ventilador. Com a variante *Auto Flow*, este processo torna-se mais simbiótico, e o ventilador deixa que a pessoa possa fazer alguns ciclos respiratórios por si própria, de forma natural. Os parâmetros ventilatórios ficam também registados em monitorização contínua.

Em termos de outros materiais, encontramos solução alcoólica para desinfeção das mãos, antisséptico tópico, material de punção venosa ou gasometria, filtros e espaço morto para os ventiladores, sondas de aspiração, luvas de vinil, luvas esterilizadas, material de avaliação de glicemia capilar, fitas de nastro, adesivos, seringas e agulhas EV.

Existe um carrinho com material de higiene e conforto e um que contém material para execução de pensos.

Nos arrumos encontra-se material diverso, sistemas de administração de soros, sistemas para bombas infusoras, sistemas para alimentação enteral, traqueias de

ventiladores, filtros, sensores de fluxo e outro material para montagem de ventiladores, linhas arteriais, cateteres venosos centrais, electrocatéteres, soros, tubos de Guedell, canulas nasofaríngeas, material de oxigenioterapia, entre muito outro tipo de material que faz parte do rol de uma Unidade de Cuidados Intensivos, sendo tal em número que não se vislumbra como importante enumerar. O objectivo foi conhecer todo este material e saber manuseá-lo de forma adequada, tendo sido o estágio bastante proveitoso nesse aspecto. Nesta sala encontra-se também um sistema de vácuo de transporte de espécimes ao laboratório e uma aparelho de análise se sangue para gasometria arterial.

De um modo global esta é uma abordagem ao aspecto físico das unidades, do que delas consta.

2.2.1- Actividades desempenhadas, reflexões e competências

Após esta breve introdução à UCI, importa, então, referir, qual foi a utilidade que este estágio teve para mim, a maneira como contribui para a aquisição de competências e capacidades. De uma forma geral, numa UCI estamos perante de situações de instabilidade hemodinâmica em que é importante saber identificar e reconhecer qualquer situação emergente e saber actuar em conformidade em relação a elas.

Durante o decurso deste ensino clínico encontrei-me perante situações de insuficiências respiratórias graves, agravadas por infecções respiratórias, situações de falência cardíaca que requereram colocação de suporte externo (pacemaker externo), até ao seu encaminhamento para a colocação de pacemaker definitivo, preparação para cateterismos cardíacos, em situações de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), fibrinolises em situações de trombo-embolia pulmonar (TEP), intoxicação por organofosforados, acidoses metabólicas e cetoacidose metabólicas diabéticas e pós operatórios complicados, com necessidade de cuidados intensivos. Todas estas situações, todas as pessoas que foram colocadas ao meu cuidado, todo este contexto contribuiu para a aquisição de competências na temática dos cuidados intensivos.

Ao invés do serviço de urgência, em que a actuação se baseia numa imprevisibilidade, numa UCI existe uma imprevisibilidade “previsível”, na medida em que a qualquer momento um doente instável pode agravar-se, mas a monitorização intensiva e a presença contínua, com observação directa, por parte dos profissionais de saúde, num ambiente mais pequeno e controlado permite que exista uma intervenção

mais rápida e direccionada a problemas detectados de forma mais precoce. A grande diferença emerge nos ratios, em que num SU pode chegar aos 20:1 e na UCI chega no máximo a 2:1. Numa UCI converge um contexto favorável a um melhor planeamento de cuidados e aferição das necessidades afectadas de cada pessoa. Trabalha-se com pessoas em estado crítico, mas, ao mesmo tempo, de forma mais segura, pelos mesmos motivos acima descritos.

O momento mais “descontrolado”, por assim dizer, de uma UCI é o momento de recepção de uma pessoa na unidade. Para o efeito, é preparada a unidade, com as necessidades previsíveis, dadas por uma comunicação prévia pelo SU ou qualquer outro serviço de onde essa pessoa seja transferida. Configura-se o sistema informático, os monitores, faz-se a montagem e o teste do ventilador, testam-se as rampas de vácuo, de oxigénio e de ar comprimido, verificam-se as conexões e faz-se a reposição de material, feita pelos auxiliares de acção médica. Em caso de necessidade prepara-se o material para intubação orotraqueal, preparam-se os sistemas para a avaliação de pressão arterial invasiva e pressão venosa central e prepara-se o material para colocação de linha arterial e cateter venoso central. Como medidas imediatas, verifica-se a preparação do ambiente físico e do material que se acredite ser necessário no imediato, tendo sempre em atenção um atendimento prioritário e a mnemónica ABC. Uma vez que, geralmente, a abordagem é feita em equipa, múltiplas tarefas são desempenhadas em simultâneo. A partir do momento em que o ambiente está preparado e que tudo está pronto para receber a pessoa, contacta-se o serviço e procede-se à transferência. Coloca-se a cama articulada na zona de transfer, onde se dá a transferência da pessoa, que depois é encaminhada à unidade.

No decorrer deste estágio, apliquei sempre uma máxima que me permitiu desenvolver um trabalho de qualidade, que foi avaliar todas as intervenções que fazia, o que confere uma metodologia científica personalizada e avançada, numa perspectiva de Enfermeiro Especialista.

Durante a minha presença neste campo de estágio, tive oportunidade de assistir, colaborar e planear algumas admissões na UCI, prestando primeiro atenção às prioridades e posteriormente iniciando o registo informático. Aproveitei todas estas situações para identificar o problema que emerge e que causou o encaminhamento para uma unidade de cuidados diferenciados, permitindo-me desenvolver competências cognitivas, a nível de conhecimentos teóricos e capacidades de planeamento.

Com este estágio, ao integrar-me progressivamente na equipa e no trabalho desenvolvido neste serviço, consegui adquirir importantes competências cognitivas e

técnicas, ao nível da observação, da execução, da colaboração em procedimentos, da manipulação de materiais e instrumentos de monitorização intensiva e da manipulação do ventilador mecânico, juntamente com a respectiva avaliação e monitorização.

De modo global, considero que este estágio foi muito proveitoso a vários níveis. Consegui aplicar os meus conhecimentos pré-existentes e os conhecimentos adquiridos nas aulas à realidade prática. Consegui evoluir diariamente, na autonomia dos cuidados a prestar e, especialmente na manipulação dos diversos materiais e instrumentos que se encontram num serviço com estas características.

Em termos de aprendizagem, a nível quantitativo e qualitativo, considero que aprendi muito e potencieei largamente as minhas capacidades, sendo certo que muito haveria e há que aprender, mas, dentro das oportunidades de aprendizagem de que dispus, tenho a noção de que foi muito favorável para o meu futuro desempenho como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para os meus turnos em Cuidados Intensivos, foi-me atribuído um orientador de estágio, com o qual estive grande parte dos dias. Os clientes que me eram distribuídos eram os mesmos do orientador que estivesse comigo nesse dia, sendo, como acima referido, um máximo de dois. Inicialmente prestando os cuidados preferencialmente ao cliente que se encontrava em estado mais crítico, geralmente com ventilação mecânica invasiva, fui evoluindo diariamente na integração, destreza e planificação de cuidados, prestando cuidados a todas as pessoas que ficassem a meu cargo e colaborando com os restantes colegas em alguma necessidade que tivessem.

As situações ocasionais de clientes que não me estavam distribuídos mas que se configuravam como boas oportunidades de aprendizagem foram também aproveitadas.

Tal como já foi acima referido, o trabalho em cuidados intensivos tem diferenças em relação a um serviço de urgência. Um é mais programado, pode estabelecer-se uma rotina, no outro é sempre dotado pela imprevisibilidade, excepto no serviço de observações. Durante o período de ensino clínico, trabalhei durante os turnos da manhã e tarde. No turno da manhã prestam-se os cuidados de higiene e conforto, executam-se os exames imagiológicos previstos, realizam-se as sessões de fisio e cinesiterapia respiratória, executam-se os pensos, mudanças de sondas previstas, avaliação integral da condição da pessoa, vigilância do seu estado clínico e monitorização de parâmetros vitais, administração de medicação, entre outras actividades ocasionais que possam surgir. No turno da tarde procede-se aos posicionamentos e cuidados com a integridade cutânea, administração de terapêutica, mudança dos sistemas de administração de terapêutica, na periodicidade prevista e à vigilância da condição clínica e monitorização

de parâmetros vitais. A colheita de espécimes para análises programadas é realizada no turno da noite. De um modo geral, é esta a “rotina” do trabalho em cuidados intensivos. Mas não se pode deixar de ter em atenção que o ratio enfermeiro vs cliente é propício a que se possam prestar cuidados personalizados, de forma intensiva, em que existe tempo para se prestarem os melhores cuidados possíveis e para continuamente se monitorizar a condição do cliente.

Nas enfermarias, por outro lado, a quantidade de clientes e o escasso número de profissionais e de recursos materiais não permite que se possa despender tanto tempo quanto o desejável com cada cliente, o que às vezes incorre numa certa despersonalização dos cuidados.

Em relação aos cuidados em que participei de forma activa ou de forma colaborativa, estes foram variados, em número e em qualidade. Para os descrever, uma vez que se torna difícil colocar em palavras, todas as acções que foram executadas serão colocadas numa abordagem cefalocaudal, em termos de prioridades de actuação.

Em relação a actividades relacionadas com a **via aérea**:

Em clientes com via aérea artificial, a manipulação desta, a vigilância de todos os focos de atenção e detecção precoce de complicações foram os principais vectores de aprendizagem.

Em termos de conhecimentos teóricos, possuía uma base que me permitia enfrentar com alguma confiança esta temática, mas é sempre diferente enveredar por um conhecimento prático, associado à teoria, do que possuir apenas conhecimentos teóricos, o que permitiu desenvolver competências cognitivas e técnicas.

A manipulação do tubo oro-traqueal (TOT), vigilância da sua posição, auscultação dos campos pulmonares, aferição do ponto de insuflação do cuff, de modo a identificar a pressão necessária, de modo a não permitir fugas ou potenciar fenómenos de compromisso tecidual, a sua fixação com nastro, e a importância desta fixação, os cuidados a ter para que não existam feridas na comissura labial, a aspiração de secreções via TOT e oro ou nasofaríngea, a importância da pré-oxigenação antes deste tipo de actividade, os possíveis problemas que podem surgir ao proceder-se a esta técnica, tal como a hipóxia ou a bradicardia por estimulação vagal, tudo isto foi importante para desenvolver capacidades e novas competências práticas na abordagem ao doente crítico.

Também na abordagem da via aérea, o critério na escolha e na averiguação da necessidade de utilizar adjuvantes da via aérea e a técnica a utilizar na aspiração de

secreções, seja por via aérea artificial (traqueostomia, TOT), por via directa ou por adjuvantes foi um parâmetro de aprendizagem.

Os cuidados a ter na aspiração, na fixação, os cuidados ao estoma, a gestão de oxigenioterapia ou ventilação mecânica via traqueostomia, entre outras actividades relacionadas com este aspecto contribuíram para enriquecer o meu conjunto de conhecimentos.

Em relação à parte da **ventilação e respiração**, os conhecimentos aplicados e adquiridos acerca de modalidades de ventilação invasiva e não invasiva emergem como factores de enriquecimento importantes durante este estágio. Para além dos conhecimentos sobre as modalidades, parâmetros configuráveis e mensuráveis, também foi importante aumentar o grau de conhecimento sobre o funcionamento e montagem de ventiladores, os riscos associados à ventilação mecânica, os baro ou volutraumas, saber reconhecer a adequação de cada modalidade ventilatória à situação que está à nossa frente, saber executar de forma correcta e segura o desmame da prótese ventilatória, saber verificar a função respiratória e metabólica por intermédio da gasometria arterial ou verificar a adaptação ao ventilador.

Durante o processo de desmame, é importante vigiar analiticamente a eficiência do mesmo através dos parâmetros da gasometria arterial, bem como através do esforço respiratório, da expansão torácica, da auscultação pulmonar e do estado geral da pessoa. Foi importante identificar as situações em que existia necessidade de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, afigurou-se como um contributo valioso na abordagem ao doente crítico.

A gestão de oxigenioterapia, em aportes por óculo nasal, máscara de Venturi ou de Hudson, a gestão da aerosolterapia e do posicionamento por forma a otimizar a ventilação foram também actividades desenvolvidas. Colaborei na colocação de drenos torácicos, identificando a necessidade da sua colocação e monitorizando os parâmetros importantes em relação à drenagem torácica, nomeadamente a sua colocação, se se encontra oscilante e/ou borbulhante, a quantidade e características do líquido drenado, os cuidados na sua manipulação e o registo detalhado destas informações.

A maioria das situações que assisti na UCI que requereram a colocação de drenos torácicos prendiam-se com a presença de pneumotórax, associado à ventilação mecânica. Assisti na drenagem de pneumotórax hipertensivo, seguida da colocação de dreno torácico. Desenvolvi também capacidades ao nível da auscultação pulmonar e sua interpretação. Toda esta gestão e avaliação deve ser tomada em conta para a aferição da

função respiratória, planeamento adequado dos cuidados a prestar e prever a evolução do estado geral.

Em relação à parte da **circulação**:

A avaliação da função circulatória é outro dos indicadores essenciais a ter em conta na monitorização hemodinâmica intensiva. A avaliação da frequência cardíaca, do ritmo cardíaco, das possíveis anomalias que podem surgir, como bloqueios aurículo-ventriculares, bradicardias, taquicardias, braditaquiarritmias, síndromes coronárias agudas, a avaliação da pressão arterial, essencialmente a invasiva, surgem como sinais de alarme, caso seja detectada alguma alteração, por mínima que seja, sendo necessário estar sempre desperto a qualquer situação que possa alterar-se.

A avaliação da pressão venosa central surge também como um auxílio para avaliar a função circulatória. O manuseamento dos diversos materiais, das mangas de pressão, saber identificar se estes estão a apresentar uma leitura correcta da realidade, saber manipulá-los de forma adequada é importante. Saber os pontos de referência para a aferição real dos valores de pressão arterial invasiva e pressão venosa central (PVC), saber os factores que levam a que surjam oscilações na avaliação, a importância de calibrar com alguma frequência os zeros do monitor afigura-se como essencial para uma correcta monitorização invasiva.

A manipulação da linha arterial, que funciona como um importante instrumento de monitorização e de colheita de sangue para análises e gasometrias arteriais, a assistência na sua colocação e manutenção, a cateterização venosa central, na qual colaborei diversas vezes, os cuidados a ter na sua utilização, a gestão das linhas para administração terapêutica, com a sua mudança a cada 72 horas como meio de controlo da infecção hospitalar, o conhecimento sobre as interacções medicamentosas em perfusão contínua, enfim todas as manipulações e cuidados foram prestados e contribuíram para uma aprendizagem prática importante e produtiva.

O conhecimento consolidado acerca de toda a farmacologia intensiva concomitante com a aplicação prática do mesmo foi também importante e recompensador. A avaliação da função renal, com a avaliação directa da diurese, a monitorização de entradas e saídas, a observação física e da monitorização de parâmetros vitais foi também um complemento para consolidar os conhecimentos e abordagem ao doente crítico, bem como a identificação de instabilidade hemodinâmica. A vigilância dos valores analíticos e gasimétricos, os indicadores clínicos de instabilidade, enfim toda a abordagem ao doente crítico foi desenvolvida e aprofundada,

obtendo-se mais e melhores conhecimentos, uma maior e melhor sensibilidade para a identificação precoce de possíveis complicações.

A colaboração na colocação e manipulação dos electrocatéteres e da vigilância da sua função, verificando o seu funcionamento foi também uma valiosa adição ao meu repertório de conhecimentos.

Na **abordagem ao doente cirúrgico crítico**, obtive experiência com um cliente com síndrome compartimental abdominal. Uma pessoa que apresentava parâmetros clínicos e analíticos de sépsis, com necessidade de abordagem vasoactiva e inotrópica agressiva, necessidade de volume, presença de três drenos abdominais, necessidade de executar pensos frequentes por constante repasse serohemático, avaliação de pressão intra-abdominal, situação esta que também foi uma proveitosa oportunidade de aprendizagem.

Como exemplo de resolução de problemas na área da EMC, uma sutura abdominal em que detectei um aumento do volume abdominal e um repasse serohemático em um dos bordos. Nesse bordo tentei fazer aspiração e verifiquei a saída de uma quantidade muito significativa de líquido. Optou-se pela colocação de um sistema de drenagem, que ao todo, drenou cerca de 3000cc. Contactou-se o cirurgião, que concordou com a intervenção e elogiou a iniciativa e a fundamentação com que foi realizada aquela acção. Dentro de um problema que surgiu, encontrou-se uma solução pouco habitual, criativa e efectiva para um problema que se detectou

A avaliação do estado de consciência, a mobilização, todas as intervenções efectuadas a este e outros clientes foram situações de extrema utilidade prática que penso ter aproveitado da melhor forma. Foi muito importante desenvolver competências na abordagem integral ao doente crítico, aspecto no qual penso ter atingido os objectivos que se exigem a um enfermeiro especialista.

Em relação à **técnica de substituição renal**, apenas dispus de uma oportunidade para montagem e manipulação do aparelho *Prisma*[®], tendo sido útil para dispor de uma ideia global, embora tenha a noção que muito ainda teria que aprender para dominar, de forma prática, toda a abordagem da técnica de substituição renal.

Apesar de ser muito importante encontrar-me dotado de uma bagagem teórica que me permite compreender os aspectos desta técnica específica, o manuseamento dos aparelhos e a monitorização objectiva dos parâmetros que pretendemos identificar reveste-se também de particular importância para um desempenho eficaz.

Também desenvolvi competências na **abordagem nutricional** ao doente crítico, avaliando as suas necessidades específicas, conhecendo os protocolos do serviço inerentes à administração da nutrição entérica, a escolha do componente alimentar, as velocidades de infusão, o teste do resíduo gástrico, a avaliação da estase e a actuação quando se detecta alguma anomalia.

Também obtive desenvolvimentos na abordagem das necessidades de nutrição parentérica e cuidados a ter com a sua administração, nomeadamente os cuidados a ter com a sua perfusão e com os sistemas de administração, que se afiguram como um meio de crescimento bacteriano óptimo. A preparação dos sacos de alimentação parentérica não é efectuada no serviço, sendo realizada na farmácia, local de onde já vêm preparados e prontos a administrar.

Outro aspecto interessante foi o conhecimento e aplicação prática do protocolo de insulinoterapia intensiva utilizado no serviço, e a compreensão da sua necessidade, sendo este protocolo utilizado com base nos valores anteriores *versus* valores da avaliação seguinte, onde se determina o aumento, diminuição ou manutenção do débito de perfusão de insulinoterapia, bem como a periodicidade de avaliações (que será de 2 em 2 horas, excepto se oscilações major dos valores de glicemia).

Outro dos aspectos que gostaria de realçar desta experiência em Cuidados Intensivos é a **comunicação**.

A comunicação com pessoas que apresentam limitações na forma como podem exprimir-se, que se vêm privadas da sua independência e subitamente se vêm com tubos e máquinas por tudo quanto é sítio, é uma situação delicada e complicada. Em primeira instância, por podermos imaginar o pânico, o medo que toda a situação pode gerar, por a pessoa se ver num ambiente hostil, muitas vezes sem ter a noção de como ali chegou ou de onde está. Em segundo lugar, é compreensível imaginarmos a sensação de frustração de alguém querer exprimir um pensamento e a pessoa que está do outro lado não consegue perceber. Tudo isto é uma realidade em UCI.

A presença de pessoas ventiladas, muitas delas em estado crítico ou sob sedação e analgesia, tendo o estado de consciência toldado, num ambiente pouco propício à privacidade e que é, aos olhos de quem está deitado na cama, hostil.

Durante este período de estágio, deparei-me com situações em que a comunicação não era muito fácil, situações onde era preciso mais do que a avaliação física objectiva directa para detectar alterações. Situações em que alguém quer falar, e não pode. Porque tem algum desconforto, tenta comunicá-lo, mas não consegue, o que aumenta a sua ansiedade.

Da parte dos profissionais deve haver sensibilidade para esta questão. De experiência directa, apercebi-me dos obstáculos à comunicação efectiva, mas também de que existem estratégias para os superar. O uso de auxiliares visuais, um quadro de escrita, a escuta activa, a linguagem não verbal, são objectos de que nos podemos socorrer para ultrapassar essas barreiras.

Como exemplo utilizarei o de uma jovem, de 33 anos, de Lamego, que foi transferida para a Covilhã por inexistência de vagas em Cuidados Intensivos na sua área de residência. Chegou à UCI com hipoxémia severa e alteração do estado de consciência. Quando despertou, viu-se num ambiente hostil, cheia de tubos, com muitas máquinas em seu redor, em que as pessoas a tentavam chamar à realidade, dizendo-lhe que estava no hospital, explicando-se a necessidade dos tubos e a sua função. Esta jovem foi gradual e lentamente recuperando, até que 30 dias depois foi extubada. A nível da comunicação, sempre se tentou estabelecer a maior efectividade possível. Da minha parte, uma vez que muitas vezes ficou ao meu cuidado, existia uma melhor compreensão sobre as suas necessidades e sobre as suas formas de comunicação. Quando se eliminaram as barreiras major à comunicação, foi possível escutar os seus pensamentos, as suas sensações, sobre aquilo que tinha passado. Referiu que foi muito complicado o primeiro impacto, quando lhe disseram que estava no hospital, e o que tinha ocorrido. Apesar de compreender a necessidade de lhe ser comunicado o que se tinha passado e a orientação para a realidade, sentiu que foi um choque tremendo, para o qual não se sentia preparada. Referiu, também, as dificuldades e a frustração que sentiu ao querer exprimir-se e ao não poder, como se sentiu por estar longe de toda a sua família (que frequentemente a visitava) e que seria proveitoso que houvesse um seguimento de cuidados por parte da mesma pessoa, sempre que possível, não por questionar o método de trabalho, mas por ser mais fácil a comunicação com alguém que estivesse mais familiarizado.

Este relato na primeira pessoa foi importante e proveitoso para mim. O acompanhamento da situação desta pessoa foi muito útil para a minha evolução profissional no âmbito dos cuidados intensivos. Para não falar que é muito gratificante presenciar (e fazer parte activa) a evolução favorável de alguém que esteve em estado muito crítico e que recupera progressivamente a sua independência. Esta é uma das experiências que me permitiu desenvolver competências relacionais em UCI

A **dor** é o 5º sinal vital, é algo que deve sempre ser valorizado e mensurável. Pelos mesmos obstáculos que se levantam em relação à comunicação, se torna difícil avaliar a dor em situações de pessoas em que a comunicação não se torna fácil

(ventiladas) ou em pessoas inconscientes. Neste caso, é necessário recorrer a escalas que permitem uma observação directa de parâmetros, tais como a expressão facial, o tónus muscular e a adaptação ao ventilador. A utilização de instrumentos de avaliação da dor é feita diariamente, como parte do plano de cuidados a prestar ao cliente.

O **controlo da infecção hospitalar** é um problema pertinente em Cuidados Intensivos, visto que estas unidades são locais potencialmente infectados. As medidas a tomar por parte de todos os profissionais, de acordo com as normas da CCI, devem ser as adequadas e devem aplicar-se sempre que justificável. Como já foi referido acima, a UCI está dotada de recipientes com solução alcoólica e lavatórios em locais com fácil acessibilidade. A questão de não existir adufa na entrada dos quartos de isolamento foi colocada à enfermeira chefe, que concordou com a observação que foi feita, tendo comunicado ao director clínico, situação que aguarda evolução. Em situações com pessoas com infecções activas, é aconselhável ratio 1:1, de modo a limitar os vectores possíveis de transmissão da infecção, mas por indisponibilidade de pessoal isso não é cumprido sempre. Esta é uma questão que merece reflexão, ao nível profissional e ao nível da gestão.

Numa UCI lida-se diariamente com situações passíveis de evoluir negativamente e em que é necessário possuir um leque de conhecimentos e competências que permitam uma actuação eficaz, efectiva e adequada.

Existiram algumas situações de actuação emergente, como drenagem de pneumotórax hipertensivo, controlo com drogas vasoactivas e volume em situações de choque séptico, entubações endotraqueais urgentes, pela deterioração do estado geral, aplicação das manobras de SAV, entre outras.

Todas estas situações tiveram um vector comum: ajudaram-me a conseguir desenvolver capacidades no reconhecimento destas situações, a prever possíveis complicações e a actuar directamente em situações que possam ser susceptíveis de criar complicações, permitindo-me desenvolver competências cognitivas e técnicas.

Reflectir directamente sobre todas as intervenções que realizamos, criar uma metodologia de trabalho científica e reflexiva, ao invés do eminentemente prático. Toda a minha acção foi direccionada neste sentido e o meu desempenho teve o reflexo positivo desta conduta.

Como gerir situações em que o estado geral de alguém é mau...e tem familiares distantes? Como gerir situações em que um familiar prefere que não se comunique “toda a verdade” a um outro, quando a pessoa doente não pode manifestar a sua vontade? É complicado responder directamente a uma pergunta do género: “estou no

Luxemburgo, acha que devo ir para aí?”. A vida das pessoas está dependente de um sem número de factores. O facto de ter alguém de quem se gosta gravemente doente é um deles, por vezes sobrepondo-se à parte profissional ou ao estilo de vida. Surgiu uma situação deste tipo, onde, via telefone, todas as informações foram facultadas a um filho, com constante actualização do estado. Uma vez que a sua mãe era já idosa, e com antecedentes de doenças cardíaca, esse senhor solicitou que não fosse dita toda a verdade à sua mãe. Contudo, ela visitava o marido, observava directamente o estado geral. As suas perguntas eram respondidas, tinha esse direito. O filho acabou por vir a Portugal. Este compreendeu que não podíamos ocultar factos, até porque a senhora se deslocava várias vezes ao hospital. E felizmente o seu pai começou a apresentar sinais de recuperação. As competências relacionais são uma parte importante da nossa prática profissional, na medida em que trabalhamos directamente com pessoas, muitas vezes com grande fragilidade a nível psicológico.

A prática leva-nos a reflectir. Verificamos muitas vezes que pessoas activas se vêm privadas de parte da sua independência, por motivo de uma doença súbita e, por vezes incapacitante. Leva-nos a pensar que poderia acontecer a qualquer um de nós. Depois leva-nos a reflectir sobre como será o futuro daquela pessoa...qual o acompanhamento que terá, como se reflectirão as suas vidas a nível sócio-económico, se a sociedade está pronta a estender a mão às pessoas que padeceram de doenças com potencial incapacitante, que com o aumento da esperança média de vida, vivem mais anos com essas limitações.

Globalmente, notam-se algumas insuficiências nos apoios a estas pessoas, que possuem limitações, na nossa sociedade. Mas, felizmente, emerge um novo conceito no âmbito da saúde, em Portugal. Os cuidados continuados integrados afiguram-se como uma filosofia que vem dar uma resposta a algumas necessidades e lacunas detectadas na sociedade e no sistema de saúde. Nos cuidados intensivos, em unidades de AVC, muitas vezes surgem situações incapacitantes em que, de um momento para o outro, uma pessoa se vê privada da sua independência, em que a família, de modo inesperado, vê alguém perto de si ficar dependente, o que leva a dúvidas e a medos. Cabe ao enfermeiro, no hospital, ir apoiando a família, explicando-lhe os cuidados que se prestam, capacitando-os com conhecimentos e dotando-os de informação. A questão dos cuidados continuados surge como uma questão reflexiva lógica nestes contextos. O primeiro passo deverá sempre ser do enfermeiro do serviço, que detecta a situação, dialoga com a família, e, caso necessário dá início aos trâmites apropriados para aquela pessoa. Não só em UCI, mas como em todo e qualquer serviço hospitalar. Neste

particular, a acção do enfermeiro especialista deve ser pró-activa, na medida em que deve ser reconhecer a pessoa não só como indivíduo, mas também como unidade funcional, inserida numa família, num determinado contexto social e económico.

A interacção dos profissionais com os familiares ou cuidadores informais é não só aconselhável como exigível, na medida em que, grosso modo, se reveste de particular importância na evolução do cliente como no modo como será cuidado após a alta hospitalar. Nós, como enfermeiros, devemos acolher os familiares ou cuidadores, que vêm a um local estranho visitar uma pessoa querida, que se encontra dependente. Certamente terão medos, dúvidas e questões, e algum receio de as manifestar. Cabe a nós dar o primeiro passo no sentido de uma “parceria” profícua e eficaz. De realçar que nem todos os familiares estão neste “comprimento de onda” e não denotam interesse em aprender ou colaborar, apenas no momento da alta se lembram que poderão haver problemas. Mas é de referir que quanto mais precoce for o envolvimento familiar ou do cuidador nos cuidados, mais precoce for a identificação de problemas ou obstáculos no pós-alta e quanto mais cedo se der início aos trâmites que ofereçam resposta aos problemas identificados, resumindo planear a alta de forma precoce, melhores resultados serão obtidos, maior satisfação haverá entre todas as partes envolvidas. Certo é que há um longo caminho a percorrer para atingir este patamar, mas com perseverança e intervenção activa da Enfermagem afigura-se um futuro prometedor. Neste particular, mais uma vez, importa referir a importância do enfermeiro especialista. Sempre que me foi possível ou oportuno, tentei ser um apoio, uma fonte de informação e elemento facilitador na interligação cliente-hospital-família.

No campo formativo, foi gratificante poder partilhar a minha visão sobre a temática das quedas em meio hospitalar, apresentando um trabalho por mim desenvolvido e que, potencialmente, será passível de integração na UCI. Para este facto é necessária a anuência do director clínico e enfermeiro director, mas os passos dados até agora são animadores!

Foi apresentado um estudo comparativo entre a Escala de *Downton*© e a *Johns Hopkins*© *Risk Assessment Tool*.

Em jeito de comentário final ao estágio na UCI, este foi um óptimo instrumento de aprendizagem, que se constituiu como um valor acrescentado na minha formação. Agradeço a todos os que para isso contribuíram e a forma como fui recebido no serviço. Muito mais haveria a acrescentar, como é óbvio, mas aproveitei todas as oportunidades de que dispus para evoluir da melhor forma que pude.

Tal como no módulo anterior, todas as actividades foram direccionadas aos objectivos previamente traçados, gerais, específicos e individuais.

2.3 - Pré-Hospitalar

O pré-hospitalar surgiu como a minha primeira hipótese para o módulo de opção, mas, por motivos alheios à minha vontade, não foi passível de ser concretizado no tempo devido, sendo que, *a posteriori*, surgiu a hipótese de realizar alguns turnos neste módulo opcional.

Com muita pena minha, não foi possível realizar todos os turnos que tinha previsto, facto que foi comunicado ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) -Porto (ao qual desde já agradeço pela hipótese que me concederam de realizar este estágio) e ao professor Olivério, por motivo de incompatibilidade de horários. Consegui apenas realizar três turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital de São Marcos em Braga.

Como experiências, uma situação de possível síndrome coronário agudo, em que executei ECG, geri oxigenioterapia e administrei terapêutica e um acidente rodoviário, com duas vítimas, onde foi possível aplicar conhecimentos de trauma, imobilizações em plano duro e imobilizações de membros, administração terapêutica e avaliação global da situação, actuando em conformidade com as necessidades. Esta situação tornou-se um óptimo instrumento de aprendizagem e penso que a utilizei da melhor forma para a minha evolução.

A isto se limitou esta curta experiência pré-hospitalar, muito ficou por fazer e por aprender, mas um conjunto de factores limitou a duração desta experiência (os compromissos pré-existentes com a escola e os compromissos profissionais).

Lamento não ter sido possível a realização deste módulo, como inicialmente previsto não tendo oportunidade de seguir o planeamento pré-definido, o que, em parte, me penalizou. Mas são imponderáveis que ocorrem, e há que saber contorná-los. Encontrou-se uma solução e trabalhou-se de forma a prosseguir o meu objectivo de terminar o curso a que me propus.

2.4 - Cuidados Continuados Integrados

Esta nova filosofia que emerge na nossa sociedade foi a solução encontrada para o meu módulo de opção, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Pude observar e colaborar no trabalho da equipa de gestão de altas (EGA) a nível hospitalar, colaborando com ela e aprendendo os trâmites em que se processa a sinalização (na plataforma informática existente) e posterior processo de transferência para uma das unidades ou serviços da Rede.

O seu funcionamento encontra-se descrito pormenorizadamente no trabalho escrito que desenvolvi, através da pesquisa bibliográfica, cooperação da EGA (à qual envio os meus agradecimentos) e de sessões formativas com a equipa coordenadora regional (ERC) do Centro, apresentadas pela Sr.^a Enfermeira Berta Augusto, subordinadas aos temas: “Plano Individual de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados” e “Reabilitação do doente em Cuidados Continuados Integrados”. Todos estes factores, aos quais se adiciona alguma experiência que o dia-a-dia profissional nos confere, contribuíram para que adquirisse conhecimentos e competências acerca da utilidade e funcionamento da Rede, o que me capacita como um vector de informação e formação acerca da mesma.

Durante este período de estágio consultei a legislação vigente sobre esta temática (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho), ficando a conhecer toda a abrangência da RNCCI, as tipologias de unidades presentes nesta filosofia de cuidados, a finalidade de cada tipo de unidade, a população alvo e os critérios de inclusão e de exclusão para admissão na Rede.

Descrevendo, de modo sucinto, o processo que decorre desde que uma pessoa é referenciada até à admissão na RNCCI, temos que em primeiro lugar é detectada a necessidade de continuidade de cuidados, ou exaustão de cuidador, por exemplo. Em ambiente hospitalar, o serviço onde o cliente se encontra internado faz a referência à EGA, que por sua vez avalia a situação e faz a introdução dos dados na plataforma informática, que funciona a nível nacional, ficando a decisão de avaliação final ao cuidado da ECL, que orientará a pessoa de acordo com os recursos físicos existentes. De salientar que a admissão terá sempre que ser sujeita a concordância do cliente ou representante legal. No caso de pessoas em ambulatório, a referência é feita directamente à ECL pelos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde familiar.

Não me alargarei muito acerca deste tema, uma vez que existe um trabalho escrito sobre o mesmo. Apenas de realçar a importância dos Cuidados Continuados no

panorama actual. Apresentam-se como uma solução, eficaz, ainda em fase de implementação, mas que já demonstra uma utilidade considerável, facto que pode ser atestado pelos milhares de clientes que já usufruíram dos serviços da Rede. É cada vez mais importante aproximarmo-nos das necessidades das pessoas, de modo a que a saúde ou a recuperação não sejam só possíveis para alguns, mas acessíveis a todos.

Ainda se verifica muito desconhecimento geral sobre esta temática e cabe a todos nós promovê-la e apoiá-la, uma vez que é uma resposta efectiva para pessoas com dependência, onde são prestados cuidados personalizados com vista a objectivos específicos para cada pessoa. É importante conhecer a sua estrutura, o seu funcionamento, o modo como se processa a identificação das situações, para onde se dirige a informação e quem dá resposta. E é importante criar hábitos de planificação precoce de alta, em todos os casos, sem excepção.

De um modo geral, o contributo que este módulo opcional me acrescentou foi positivo, actual e útil, na medida em que se trata de um tema pertinente na sociedade, no qual a Enfermagem deve ter um importante papel a desempenhar e em que o Enfermeiro Especialista deve ter um papel facilitador no meio deste processo, surgindo como um ponto de ligação entre o cliente e a família e o seu cuidador, integrando estes últimos nos cuidados, capacitando-os, informando-os e apoiando-os em todas as fases do processo do cuidar.

Foi-me possível desenvolver competências cognitivas nesta temática, bem como relacionais, na interacção com a EGA e com os clientes e familiares.

A aprendizagem do processo de referenciação via plataforma informática foi útil para compreender toda a abrangência relativa à avaliação completa e integral da pessoa proposta, demonstrando as reais necessidades afectadas de cada indivíduo, nas diversas esferas (físicas, psicológicas, sociais). São utilizadas diversas escalas de avaliação (de risco de queda, de risco de úlcera de pressão, do estado cognitivo, de dependência nas Actividades de Vida Diária). Desta forma, avalia-se, objectivamente o grau de dependência das pessoas e orienta-se para a tipologia adequada (unidades de dia, unidades de curta duração ou convalescença, unidades de média duração ou reabilitação, unidades de longa duração ou manutenção ou unidades de cuidados paliativos).

Este módulo permitiu-me obter os objectivos individuais propostos previamente, bem como os objectivos gerais. Em relação aos objectivos específicos, permitiu-me desenvolver competências relacionais e cognitivas nesta área de intervenção,

permitindo-me actuar de forma reflexiva sobre a prática profissional e sobre esta nova filosofia de cuidados.

Através do trabalho que realizei, identifiquei a legislação que serve de base à implementação da Rede, todas as suas valências e mecanismos de acção, protocolos de sinalização e entrada nos serviços ou unidades da Rede, os critérios de admissão e exclusão, os cuidados prestados e a importância da família ou cuidador informal no processo. A minha curta experiência na equipa de gestão de altas do hospital em que trabalho também foi uma experiência bastante positiva. Tudo isto me capacita com informações pertinentes e profundas sobre este paradigma emergente na sociedade e me permite surgir como um elemento facilitador de informação e formação sobre o mesmo. É importante estar documentado sobre cuidados continuados, uma vez que estão a conotar-se como um elemento incontornável dos cuidados de saúde em Portugal, e apresentam desde já resultados animadores, apesar de ainda não estar completamente implementada. Foi muito gratificante poder trabalhar este tema, e, como Enfermeiro Especialista, pretendo elevar-me ao nível da exigência das minhas competências.

3 - Discussão

Como foi já referido, torna-se muito complicado descrever tudo o que foi feito e todas as capacidades técnicas ou conhecimentos adquiridos. Como principal preocupação na elaboração deste relatório encontra-se mais uma perspectiva qualitativa e reflexiva do que foi feito do que um simples enumerar quantitativo. Surgiram questões eminentemente práticas, de aplicação imediata de conhecimentos teóricos dos quais já fui avaliado e cuja adequação prática foi mensurada neste estágio. Logo, tornou-se, na minha óptica, redundante descrever exaustivamente situações eminentemente teóricas. Uma vez que já fui avaliado em relação a isso, penso que se torna mais importante falar sobre o contributo reflexivo e importante na óptica de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Saber “ler” a prática, saber reflectir com vista à melhoria dos cuidados, ser um vector importante e facilitador da formação dos pares, contribuir para a sua evolução, ser um elemento activo na criação de uma relação terapêutica em que se inclui a família ou os cuidadores, o controlo da infecção hospitalar, avaliar as necessidades de saúde na população em geral, de acordo com o que a prática nos passa. Assim sendo, considereei mais importante apresentar, de forma crítica e reflexiva, algumas situações que avaliei e que significaram algo para mim. Situações que me fizeram pensar, que me fizeram reflectir, sobre o que poderia ser melhor. Só evoluiremos se pensarmos, se utilizarmos os nossos conhecimentos para tentar melhorar, de forma contínua. Tendo a noção que não será minimamente perfeito, creio também que esta reflexão contribuiu para a minha evolução e penso ter evoluído qualitativamente para a futura função de Enfermeiro Especialista e ter tocado em alguns pontos de reflexão importantes.

No decurso deste trabalho foram expostas e descritas situações que me permitiram atingir objectivos que foram propostos, seguindo-se uma opinião sumária sobre o que penso ter atingido.

Serve esta pequena nota introdutória para passar a uma parte muito importante deste documento, que é a discussão sobre os objectivos propostos. Neste particular serão apresentados os objectivos. Seguidamente falar-se-á sobre se foram ou não atingidos, abordando-se o que foi feito para a sua obtenção.

Como **objectivos gerais**, foram apresentados os seguintes:

- *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).

Creio que o objectivo foi atingido. A finalidade de um estágio é adquirir novos conhecimentos, neste caso no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com a base teórica que foi ministrada previamente, juntamente com os meus conhecimentos prévios e com a constante aprendizagem e pesquisa que realizei, foi possível encarar este desafio com alguma base de suporte. A realidade prática foi de extrema importância para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para aquisição de novas e variadas experiências, úteis para o meu desenvolvimento profissional. Penso que nas situações que se me depararam sempre tive boa resposta, sabendo adaptar-me a elas e agindo em conformidade conforme o que se pretendia. Na manipulação de materiais, conhecimento do seu funcionamento, realização de técnicas, colaboração em actos médicos, todas as oportunidades de aprendizagem com as quais me deparei foram aproveitadas para acrescentar algo à minha experiência profissional e conferir-me competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Adoptei sempre uma postura pró-activa, ao invés de passiva no meu processo de aprendizagem, sempre com a iniciativa para tentar saber cada vez mais e bebendo em todas as fontes de conhecimento possíveis.

- 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 resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Este objectivo foi atingido. É sempre importante estarmos despertos a novas informações ou a actualizações das informações que conhecemos. O conhecimento não é estanque, não é imutável. E se queremos evoluir, devemos estar abertos a essa evolução nos conhecimentos científicos e consequente alteração nos processos de pensamento que essa evolução requer. Foi sempre nessa linha de pensamento que agi, aproveitando todos os conhecimentos que pudesse obter da equipa multidisciplinar, pesquisando sobre matérias onde apresentasse algumas lacunas, trabalhando sempre no sentido de ter mais e melhores conhecimentos, sempre num espírito de partilha.

Muitas situações da prática diária são complexas, cheias de implicações éticas e morais, mas que carecem também de resolução, e das quais não nos

devemos descartar. É importante a interacção com todos os envolventes no processo: os profissionais, o cliente e a sua família ou cuidador informal. Durante todo o período de ensino clínico, creio que tentei aproveitar as situações em que era exigível uma intervenção diferenciada, apesar de não terem sido muito numerosas. Não me esquivei à iniciativa de contacto com os familiares, nem da iniciativa de colocar e discutir questões pertinentes com a equipa de Enfermagem e equipa multidisciplinar. Penso ter dado um contributo positivo e fundamentado para a resolução de questões que emergiram. Por exemplo, em situações, como acima descrito, de mau prognóstico e que um familiar pretende que outro não tenha toda a informação, tive uma participação activa e penso que correcta, corroborada pelos restantes elementos da equipa.

De modo global, aproveitei as oportunidades que surgiram para reflectir e intervir criticamente na resolução das situações do dia-a-dia, apresentando sempre um fundamento para as decisões tomadas, integrando novos conhecimentos ou actualizando os pré-existentes.

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

Este objectivo foi atingido. Durante todo o estágio comuniquei de forma eficiente e proveitosa com as equipas de enfermagem, fundamentando todas as minhas intervenções. Como já se referiu, não basta fazer apenas por fazer. Se não sabemos porque o fazemos, que valor tem? O que é que isso vai contribuir para a nossa afirmação como profissão independente, com um conjunto de conhecimentos científicos fundamentados e enraizados?

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;

Através da observação, detecção de problemas, planeamento e implementação de acções a nível da actuação face à pessoa em situação crítica ou adulto em situação de doença.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente

Através da observação, detecção de problemas, planeamento e implementação de acções a nível da actuação face à pessoa em situação crítica ou adulto em situação de doença, bem como do registo sistemático de dados e comunicação escrita e verbal com a equipa multidisciplinar, utilizando uma

metodologia científica direccionada e personalizada. Actuação metódica e direccionada a nível do doente crítico, com falência respiratória, renal ou multiorgânica, no doente do foro cardiológico ou no doente com desequilíbrios metabólicos, através da observação, detecção de problemas, planeamento e implementação de acções; registo sistemático de todos os dados relativos a estes clientes e comunicação escrita e oral com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC

Foram desenvolvidas competências técnicas na prestação de cuidados diferenciados nesta área, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados. Prestados cuidados de enfermagem no atendimento à pessoa em situação crítica, com o conhecimento diferenciado obtido previamente, em situações urgentes, tais como EAP, EAM ou falência respiratória.

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;

Comunicação verbal com o cliente/família, facultando as informações possíveis e necessárias sobre o estado de saúde; gestão de conflitos no SU, nomeadamente em situações relacionadas com o tempo de espera ou processo de triagem ou em situações de alta, com relutância dos acompanhantes em aceitar a alta dos seus familiares

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;

Os conhecimentos diferenciados obtidos na área da urgência/emergência, através de uma pós-graduação na área, juntamente com os conhecimentos obtidos na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram importantes para interpretar e agir em situações tais como insuficiência respiratória, EAP, EAM, AVC, desequilíbrio metabólicos. A experiência profissional prévia contribuiu também para otimizar a minha resposta nestas situações.

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

Todas as actividades que desempenhamos estão sujeitas a reflexão, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, da

metodologia de trabalho e da assistência global ao cliente, tal como descrito anteriormente durante o relatório.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

A interação com equipas multidisciplinares foi benéfica e produtiva. A comunicação entre todos foi sempre feita de forma adequada a um ambiente profícuo de partilha e desenvolvimento técnico e cognitivo

Identificar as necessidades formativas na área da EEMC; Promover a formação em serviço na área da EEMC; Explorar a temática “quedas em meio hospitalar” na UCI;

Juntamente com o elo de ligação responsável pela formação em serviço do SU, conclui-se que uma formação em Trauma seria pertinente. Em conjunto com outros elementos em estágio de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, foi proposto um dia para formação, onde foram apresentadas 3 sessões formativas. Executada sessão formativa denominada “Abordagem à vítima de Trauma. Foi apresentada uma sessão informal sobre quedas em meio hospitalar, sendo apresentado um estudo comparativo entre Escala de Downton© e a Johns Hopkins© Risk Assessment Tool.

Colaborar na integração de novos profissionais;

A colaboração na formação e integração de novos ou futuros profissionais é outra questão que também me é muito grata, e na qual tenho imenso prazer em participar, sabendo que posso fazer a diferença, pela positiva. Sendo o CHCB um hospital que recebe, com frequência, alunos de Enfermagem, foi bastante gratificante poder contribuir, enquanto enfermeiro em estágio, no desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos que passaram pela UCI e SU.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na área da EEMC; Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC

A resolução de problemas foi também um item trabalhado, utilizando estratégias comunicacionais na resolução de conflitos, utilizando as competências cognitivas que atingi para chegar à génese dos problemas e planificar, construtiva e fundamentadamente o que fazer para a sua resolução e utilizando competências técnicas para executar o planeado. Após observação,

análise e reflexão, passar à acção e, por vezes pensar “*outside the box*” para realizar alguma actividade que consiga suplantar o problema que se nos depara.

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Actuação ao nível da comunicação, verbal e não verbal (especialmente ao nível do contacto com a pessoa ventilada), e do diálogo com cliente/família e apoio no processo de luto.

Gestão da comunicação, utilizando meios auxiliares, providenciado auxílio visual, meios de comunicação escrita (quadro e marcador) e tentativa de percepção e optimização da comunicação através de gestos e expressões faciais, dirigindo as questões nesse sentido.

Apoio aos familiares, facultando informações e acompanhando no decurso do internamento

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

O processo de desenvolvimento pessoal e profissional é um processo contínuo, que não deve ser descurado, e que deve ser seguido, ao seu ritmo, por cada um. Durante este período, e actualmente, tento continuar esse processo.

Identificar e manipular de forma adequada e especializada instrumentos de monitorização intensiva; Identificar instabilidade hemodinâmica através da monitorização invasiva e não invasiva e actuar de forma especializada, reflectindo sobre a prática; Desenvolver mais competências a nível de ventilação invasiva e não invasiva e avaliação da função respiratória;

Através dos conhecimentos teóricos e conhecimento dos instrumentos, foi possível detectar precocemente as possíveis alterações e actuar de forma eficaz nas situações identificadas.

4 - Conclusão

Assim fica concluída esta fase da minha vida, com esta nota final sobre um estágio que tão enriquecedor foi. Correndo o risco de ser repetitivo, é difícil conseguir relatar toda a importância que este estágio teve para mim, todas as minhas ações, todo o meu esforço para o realizar, todas as simpáticas palavras que me concederam, todo o apoio que me deram nem o quão realizado me sinto com a sua consecução. Sei que poderia ter sido melhor, mais bem aproveitado, poderia ter sido noutra hospital, noutros serviços, noutras circunstâncias. Mas não podemos parar para pensar em suposições. As coisas são como são, têm o valor que têm, as experiências que surgiram foram as possíveis, logo restou-me aproveitá-las para construir o meu caminho de desenvolvimento profissional. Essas experiências têm muito valor. Mas isoladas nada são. Cabe-me a mim integrá-las na minha experiência de vida, na minha actividade profissional. Junto com todas as minhas experiências prévias, com os meus conhecimentos prévios serão aproveitadas para a minha evolução como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Todos os meus passos anteriores foram importantes até atingir este degrau. Agora resta-me superar este degrau e avançar para o próximo.

Mas o que é para mim ser um Enfermeiro Especialista? É ser alguém com a capacidade teórica e técnica para prestar cuidados diferenciados, contribuindo para a produção científica da Enfermagem. Mas para além disso, deve ser um elemento fomentador e promotor da formação dos colegas, deve ter intervenção importante na formação de novos profissionais, deve ser um elemento de interligação com os familiares dos clientes, integrando-os nos cuidados, avaliando a sua condição social e necessidade de cuidados pós-alta. Deve emergir ao nível da responsabilidade que se exige à profissão de Enfermagem, deve contribuir para a sua evolução, com rigor e orgulho. Pessoalmente, a minha constante busca de novos conhecimentos levou-me a trilhar este caminho, numa área com a qual me identifico e na qual me dá gosto trabalhar. Tenciono potenciar todas as capacidades que até agora adquiri como Enfermeiro Especialista, actualizando os meus conhecimentos e estando sempre atento a novas oportunidades de aprendizagem. A partilha de conhecimentos é importante. Com a humildade suficiente, devemos reconhecer que estamos sempre a aprender, e que com qualquer pessoa podemos aprender. Não é por

chegar a este patamar que se é superior. Apenas ficamos dotados de conhecimentos e competências técnicas e relacionais que devemos partilhar.

Na sua grande maioria, os objectivos propostos para este estágio foram atingidos. Para isso, as actividades que desempenhei nos campos de estágio foram um instrumento preponderante. Tudo o que fiz e aprendi, sendo avaliado durante o processo, foi importante para chegar ao final com o orgulho de ter chegado ao fim com a sensação de “dever cumprido”.

Agora resta-me cumprir os deveres que são exigidos à importância de um especialista, não apenas no papel, mas na prática diária, no relacionamento com os colegas, na relação com os clientes e família. Não basta um papel a conotar-nos como especialistas. É necessário demonstrá-lo diariamente. Saber assumir a liderança quando necessário. Saber fundamentar e argumentar. Saber assumir as responsabilidades, e isso é por mim assumido como um compromisso. O mesmo se aplicará caso obtenha o grau de Mestre.

Chega ao fim esta etapa, que com esforço e dedicação penso ter superado, chegando ao fim com o bem-estar que me é proporcionado pelas palavras elogiosas que me foram dispensadas durante os estágios, pelo reconhecimento do meu esforço e da qualidade do meu trabalho.

Assim vale a pena.

Bibliografia

AUGUSTO, B. (2009); Plano Individual de intervenção em cuidados integrados; SEF, Covilhã, Novembro de 2009

Comité de Trauma del colegio americano de cirurjanos- *Manual de Curso ATLS*; septima edicion

GUERREIRO, I. (2009); Cuidados continuados: Desafios de um modelo integrado; 2ª Edição, Lisboa, Abril de 2009; UMCCI

KOOL, D.; BLICKMAN, J. (2007)- Advanced trauma Life Support. ABCDE from a radiologic point of view; Am Soc emergency radiology, 2007

UMCCI (2009); Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

UMCCI (2007); Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados

UMCCI (2006); Manual de Planeamento e Gestão de Altas

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho

Trauma Nursing Core Course, 2006; ENA

Anexo I

“ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Centro Regional das Beiras

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

A Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

Viseu, Janeiro de 2010
Ricardo Manuel Dias da Fonseca



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Centro Regional das Beiras

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

A Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

Orientador: Prof. Olivério Ribeiro

Viseu, Janeiro de 2010
Ricardo Manuel Dias da Fonseca

Índice

Introdução.....	3
1-Contextualizando.....	5
2-Contexto legal.....	9
3- Filosofia da Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	23
3.1-Princípios da Rede.....	23
3.2- Objectivos da Rede.....	23
3.3- Intervenções em Cuidados Continuados.....	24
3.4-Plano de Intervenção da RNCCI.....	25
4-Organização da RNCCI.....	27
5-Referenciação e ingresso de utentes na RNCCI.....	29
5.1-A equipa de gestão de altas a nível hospitalar: seu funcionamento.....	29
5.1.1-A gestão das altas hospitalares.....	31
5.1.2-Competências da EGA e opções de alta.....	33
5.2-População-alvo e critérios de exclusão da Rede.....	34
5.3-Características exigidas nas unidades da Rede.....	36
5.4-Serviços assegurados pelas unidades da RNCCI.....	37
6-Enquadramentos dos cuidados na ENCCI.....	39
6.1-Orientações gerais.....	41
6.2-Orientações específicas.....	44
6.3- Cuidados pessoais e promoção do auto-cuidado e do bem-estar.....	46
6.4-A Avaliação Geriátrica Integral.....	49
7-As equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).....	51
8-O cuidador informal.....	53
Conclusão.....	55
Caso clínico.....	57
Bibliografia.....	58
Links úteis.....	58

Introdução

No âmbito do Mestrado profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica leccionado pela Universidade Católica Portuguesa – Campus de Viseu, surge, como parte do modo opcional, a hipótese de realizar um trabalho no âmbito dos Cuidados Continuados, um paradigma emergente na realidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Os Cuidados Continuados surgem, numa perspectiva recente, como forma de dar resposta às necessidades de saúde que cada vez mais acometem a população portuguesa, que tende a ter maior esperança média de vida, mas, concomitantemente, maior dependência no auto-cuidado. O envelhecimento demográfico é um facto confirmado. Com o envelhecimento, tende a haver uma maior dependência no auto-cuidado. Se somarmos a esta situação o facto de que, no contexto actual, não se verifica uma presença “contínua” da mulher no domicílio, uma vez que esta agora prossegue uma carreira, tem uma actividade laboral, verifica-se que nem sempre a família ou cuidadores mais próximos conseguem dar uma resposta satisfatória numa situação de doença incapacitante súbita. Nesta “*grey area*” que emerge na nossa sociedade verifica-se uma insuficiência ou inadequação de cuidados essenciais à recuperação (fosse ela parcial ou total). Para fazer face a este problema, surge, então, em 2006, a ideia de criar um módulo que conferisse resposta satisfatória para o acompanhamento e continuação de cuidados essenciais para uma recuperação mais eficaz e favorável ao cliente.

É uma ideia óptima, que apenas peca por tardia, na medida em que esta situação demográfica e social se vem a verificar há largos anos.

Surgem, então, os seguintes objectivos com a execução deste trabalho:

Objectivo geral:

- Apresentar, de forma global, a filosofia e orgânica inerentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Objectivos específicos:

- Apresentar o enquadramento legal da RNCCI;
- Demonstrar a dinâmica organizacional inerente à RNCCI
- Identificar os critérios de admissão na RNCCI;

- Apresentar os critérios organizacionais de uma unidade de cuidados continuados;

- Apresentar as necessidades físicas, materiais e humanas de uma unidade de cuidados continuados;

- Estabelecer os objectivos do atendimento aos utentes de cuidados continuados.

- Para a execução deste trabalho foi feita consulta de bibliografia existente, consulta da documentação que está disponibilizada no site da RNCCI e frequência de formações nesta área específica.

- Irá ser apresentada, inicialmente, de forma cronológica o desenvolvimento do projecto, começando pelo piloto até às orientações actuais

1- Contextualizando...

Porquê cuidados continuados? Qual a utilidade e seu enquadramento na realidade portuguesa?

Por um lado, aumenta, proporcionalmente ao aumento da esperança média de vida, o número de pessoas com doença crónica incapacitante. Assim, ao verificarmos a existência, na nossa sociedade, de um aumento progressivo da população idosa, de uma integração laboral da família que muitas vezes indisponibiliza tempo para exercer a função de cuidadores, a ausência de políticas familiares intergeracionais (falta de estruturas de suporte para o cuidador, bem como falta de incentivos a nível financeiro para manter a pessoa com doença crónica cuidada no seu domicílio) e uma insuficiência de estruturas de apoio e suporte à família/ cuidador, juntamente com um declive para uma sociedade eminentemente hedonista e materialista (a pessoa passa a ter a necessidade de trabalhar mais para obter bens materiais, na mesma medida em que trabalha muito “para si”, para cuidar da sua aparência e do seu bem-estar, excluindo na sua vida o “cuidar do outro), demonstra que cada vez existem mais pessoas com dependência...e muito menos cuidadores. Um dos factores que contribuem para este facto é, como já foi acima citado o “abandono” do domicílio por parte da mulher, que procura uma carreira profissional, inserida no mercado de trabalho, deixando de parte a faceta da “lida da casa” e, por conseguinte, a de cuidadora tradicional. Verifica-se que existe insuficiência de cuidados para o doente crónico dependente. Outra das situações que começa a emergir é o facto do cuidador principal ser de avançada idade. O cônjuge, ou um irmão ou irmã aparece como o cuidador principal, muitas vezes, também ele, com problemas crónicos de saúde, polimedicados, e já fisicamente débeis.

Verifica-se então a tal “grey area” para a qual não existia uma resposta satisfatória por parte das cúpulas da saúde.

Verificamos um progressivo aumento de pessoas com doença crónica incapacitante, o que paralelamente leva a um aumento das pessoas dependentes de cuidados. A nível hospitalar, nota-se um aumento de internamentos de doentes crónicos, com cuidados inadequados às suas reais necessidades, com elevados tempos de permanência em contexto hospitalar, o que acarreta elevados custos ao Estado. No contexto familiar, verifica-se que, em famílias que têm a seu cuidado pessoas com alto grau de dependência, verifica-se alguma desorganização nos processos familiares, com

exaustão do cuidador ou cuidadores, que vêm a sua actividade laboral afectada e se deparam com uma diminuição brusca do seu tempo de lazer. A nível de cuidados de saúde primários, verificamos uma sobrecarga de horas de cuidados eminentemente curativos, a um inadequado ratio de profissionais/pessoas a ser cuidadas, o que leva a inadequação de cuidados e incapacidade de dar resposta adequada às solicitações. Toda esta conjectura leva a que a pessoa com dependência sofra um défice de cuidados adequados, o que leva à institucionalização, que muitas vezes redundando em abandono e isolamento.

A evolução da ciência médica consegue prolongar a vida, mas ao mesmo tempo surge um fenómeno social denominado por cronicidade o que leva, muitas vezes, a uma categoria de doentes denominados de “sobreviventes”. Exemplos desta situação são os casos de pessoas com politraumatismos e em estado vegetativo. Surge um novo contexto, em que se afigura como desafio para os profissionais de saúde, agir para que o fenómeno da cronicidade não se torne numa desvantagem para os que dela padecem, nem para os que lhe são próximos, fazendo com que aquele tempo a mais de vida seja rico em qualidade de vida compatível com as potencialidades daquela pessoa. A pessoa, os familiares ou cuidadores e os profissionais de saúde devem construir um projecto para a saúde, ao invés de um projecto para a doença, promovendo a autonomia, prevenindo complicações, com vista à reabilitação e à recuperação de qualidade de vida.

Convém não esquecer que uma pessoa doente com dependência de cuidados não deixa de ser uma pessoa, com identidade própria, com direito à dignidade, com direitos e deveres, com história de vida única, que lhe confere valores morais e crenças, inseridas num contexto sócio-familiar. São pessoas que necessitam de cuidados específicos adequados à sua situação, com objectivos individualizados e específicos. No cuidado a esta tipologia de pessoas, os profissionais de saúde agem como um parceiro em exercício com o doente ou com a família, não fazendo para ou em vez destes. É um trabalho em conjunto, que implica partilha, capacidade de estar presente e de dar atenção. Têm como função educar e treinar o doente e a família, conservando as capacidades que mantêm e maximizando potencialidades. (Augusto, B., 2009)

Assim, deparamo-nos com uma necessidade de encontrar respostas para apoiar essas pessoas em situação de dependência, sendo que “reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no momento, a nível global.” (Guia da RNCCI, 2009)

Definiu-se, de forma concertada entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o da Saúde a criação de estratégias, para desenvolver, de forma progressiva um conjunto de serviços que respondessem às necessidades desta cada vez maior fatia da população. Estas estratégias visam promover a “continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal”. (Guia da RNCCI, 2009)

Cria-se, então, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2-Contexto legal

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho surge como a resposta à lacuna que se detectou, pelo Ministério da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, na sociedade portuguesa em termos de continuação de cuidados de saúde e optimização dos potenciais de melhoria e recuperação de autonomia ou *coping* adequado das suas limitações pela pessoa com doença crónica. Assim, neste documento, “...verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.” Interpretando esta transcrição do Documento, detecta-se a necessidade e a insuficiência de cuidados a esta tipologia de clientes, bem como o contexto demográfico que emerge na sociedade.

Este Decreto-Lei legisla, também, que as respostas a serem dadas devem ser “ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais” e “facilitadoras da autonomia... e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com estas situações...promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, contribui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.” Verificamos, neste parágrafo, alguns dos objectivos primordiais por trás da filosofia dos cuidados continuados integrados, nomeadamente a necessidade de uma intervenção ajustada às necessidades da pessoa com dependência e por forma a proporcionar o máximo de autonomia possível, potencializar capacidades e capacitar a família como um agente facilitador de todo este processo.

As políticas de saúde e de segurança social visam “desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade e ajustar ou criar respostas

adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.”

A localização desta nova filosofia de saúde situa-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, apresentando-se como um “meio termo” entre os cuidados a nível comunitário e os cuidados hospitalares, cujas unidades e equipas de cuidados seriam financeiramente sustentáveis, dirigidos à pessoa em situação de dependência providenciando as respostas adequadas em relação às necessidades efectivas dessas mesmas pessoas. Esses resultados serão obtidos através de parcerias públicas, sociais e privadas, dotando as unidades de recursos técnicos e humanos passíveis de proporcionar cuidados de saúde diferenciados, continuados e integrados.

Para a elaboração desta rede, houve interligação entre o Ministério da Saúde, do Trabalho e Solidariedade Social, criando-se a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Condição de Dependência, com colaboração da Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Federação Nacional dos Médicos, Federação Nacional dos Sindicatos de Enfermeiros, Sindicato Independente dos Médicos, Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses, União das Misericórdias Portuguesas, Comissão Nacional de Protecção de Dados e Associação dos Municípios Portugueses.

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho compõe-se de XII Capítulos e 51 Artigos, que se passam a resumir;

Capítulo I – Disposições Gerais

Nesta área do documento legal, cria-se a denominação e composição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que será constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas”, organizando-se em a nível regional e local (Artigo 2º).

No Artigo 3º temos um conjunto de definições importantes no âmbito dos Cuidados Continuados, que passam a transcrever-se:

“a) “Cuidados continuados integrados” – o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;

b) “Cuidados paliativos” – os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

c) “Acções paliativas” – as medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva;

d) “Continuidade dos cuidados” – a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social;

e) “Integração de cuidados” – a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;

f) “Multidisciplinaridade” – a complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) “Interdisciplinaridade” – a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

h) “Dependência” – a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

i) “Funcionalidade” – a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente;

j) “Doença crónica” – a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada;

l) “Processo individual de cuidados continuados” – o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;

m) *“Plano individual de intervenção” – o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais;*

n) *“Serviço comunitário de proximidade” – a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir;*

o) *“Domicílio” – a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.”*

No artigo 4º descrevem-se os objectivos gerais e específicos da Rede, que passam a transcrever-se:

Como objectivo geral temos a *“prestação de cuidados de saúde integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”*

Como objectivos específicos:

“a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.”

Os cuidados continuados integrados regem-se pelos 3 R's: readaptação, reabilitação e reinserção social, bem como pela manutenção do conforto e qualidade de vida mesmo em situações sem previsível recuperação. Na vertente dos cuidados paliativos, a acção centra-se no alívio do sofrimento, no dar conforto e qualidade de vida das pessoas e no apoio às respectivas famílias. (Artigo 5º)

Capítulo II – princípios e direitos

No artigo 6º estão descritos os princípios pelos quais os cuidados continuados integrados se regem, sendo eles:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;*
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;*
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;*
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;*
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;*
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;*
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;*
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;*
- i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;*
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.”*

Os direitos da pessoa admitida em cuidados continuados integrados são o direito à dignidade; à preservação da identidade; à privacidade; à informação; à não

discriminação; à integridade física e moral; ao exercício da cidadania e ao consentimento informado das intervenções efectuadas. (Artigo 7º)

Capítulo III – Modelo e coordenação da Rede

O modo de acção da Rede assenta numa intervenção integrada e articulada entre diversas unidades e equipas de prestação de cuidados e em apoios sociais, que funciona nos termos que passam a descrever-se:

“a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;

b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;

c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;

d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;

e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.” (Artigo 8º)

No Artigo 9º descreve-se o modo de coordenação da Rede. Esta é coordenada a nível nacional, regional e local. A nível local, as equipas deverão ser constituídas, no mínimo, por médico, enfermeiro e assistente social.

As equipas coordenadoras regionais articulam-se com o nível nacional e local, assegurando planeamento, controlo e gestão da Rede, tendo as seguintes competências:

“a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;

b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;

d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;

e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;

f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;

h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;

i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.” (Artigo 10º)

A nível local, as equipas coordenadoras locais responsabilizam-se pelo acompanhamento e avaliação a nível local, articulando e coordenando recursos e actividades, tendo como competências:

“a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas;

b) Consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;

c) Divulgar informação actualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;

d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;

e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade;

f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;

g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.” (Artigo 11º)

Capítulo IV – Tipologia da Rede

No Artigo 12º estão descritas as diversas modalidades de intervenção da Rede. Assim, a prestação dos cuidados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As tipologias das unidades

de internamento são: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. A nível ambulatorio temos as unidades de dia e de promoção da autonomia.

Constituem-se como equipas hospitalares as equipas de gestão de altas e as equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos. A nível domiciliário existem as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos.

As unidades de convalescença são unidades de internamento independentes, integradas em hospitais de agudos ou outras instituições, articuladas com a gestão hospitalar, para proporcionar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar por patologia aguda, recorrência ou descompensação de patologia crónica.

Tem por objectivo a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória da autonomia, potencialmente recuperável, mas que não carece de cuidados hospitalares de agudos.

Destina-se a internamentos previsíveis não superiores a 30 dias consecutivos por cada admissão. Estas unidades podem coexistir com as unidades de média duração ou reabilitação. (Artigo 13º)

Os cuidados de saúde assegurados pelas unidades de convalescença, sob direcção médica, são: Cuidados médicos permanentes; Cuidados de enfermagem permanentes; Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; Prescrição e administração de fármacos; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer. (Artigo 14º)

As unidades de média duração e reabilitação caracterizam-se como unidades de internamento, com espaço físico próprio, articulada com hospitais, para prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, decorrente da recuperação de uma patologia aguda ou de descompensação de patologia crónica, a pessoas com perda de autonomia transitória potencialmente recuperável. Estas unidades têm como finalidade a estabilização clínica e a avaliação e recuperação integral da pessoa com critérios para admissão nestas unidades.

O período de internamento nestas unidades é previsivelmente superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão.

As unidades de média duração e reabilitação podem diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. (Artigo 15º)

Estas unidades são geridas por um técnico na área da saúde ou da área psicossocial, assegurando: Cuidados médicos diários; Cuidados de enfermagem permanentes; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer. (Artigo 16º)

As unidades de longa duração e manutenção são unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestação de apoio social e de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes graus de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Têm como finalidade providenciar cuidados que previnam ou retardem o agravamento de situações de dependência, promovendo o bem-estar e qualidade de vida por um período de internamento superior a 90 dias.

A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. (Artigo 17º)

Tal como as unidades de média duração e reabilitação, são geridas por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, assegurando: Actividades de manutenção e de estimulação; Cuidados de enfermagem diários; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Animação sócio-cultural; Higiene, conforto e alimentação; Apoio no desempenho das actividades da vida diária; Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

As unidades de cuidados paliativos são unidades de internamento, com espaço físico próprio e de preferência localizadas num hospital. Destinam-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa ou avançada incurável e progressiva, como previsto no Plano Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

São geridas por um médico e asseguram: Cuidados médicos diários; Cuidados de enfermagem permanentes; Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e

radiológicos, próprios ou contratados; Prescrição e administração de fármacos; Cuidados de fisioterapia; Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; Actividades de manutenção; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer. (Artigo 20º)

As unidades de dia e promoção da autonomia são unidades de prestação de cuidados de saúde integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Devem articular-se com a Rede ou com respostas sociais já existentes. Esta unidade funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis. (Artigo 21º)

Estas unidades asseguram: Actividades de manutenção e de estimulação; Cuidados médicos; Cuidados de enfermagem periódicos; Controle fisiátrico periódico; Apoio psicossocial; Animação sócio-cultural; Alimentação; Higiene pessoal, quando necessária. (Artigo 22º)

A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. Encontra-se sediada em hospitais de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social. (Artigo 23º). Esta equipa assegura a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares; A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede; A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência. (Artigo 24º)

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar de um hospital de agudos, com formação em cuidados paliativos, com espaço físico próprio, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos

doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação. (Artigo 25º)

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos deve assegurar: Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; Cuidados médicos e de enfermagem continuados; Tratamentos paliativos complexos; Consulta e acompanhamento de doentes internados; Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; Cuidados de fisioterapia; Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto. (Artigo 26º)

A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para prestação de cuidados domiciliários. Providenciam uma avaliação integral (feita em articulação com o centro de saúde e a entidade que apoio social), cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença, que não requerem internamento, mas em que as pessoas não podem deslocar-se de forma autónoma.

Esta equipa apoia-se nos recursos existentes a nível local, em cada centro de saúde, articulando-se com serviços comunitários e autarquias locais. (Artigo 27º)

A equipa de cuidados continuados integrados assegura cuidados de enfermagem e médicos, de natureza curativa, preventiva, de reabilitação, e com acção paliativa, devendo essas visitas ser programadas e regulares, conforme as necessidades avaliadas pela equipa, cuidados de fisioterapia, apoios psicossocial e ocupacional, envolvendo familiares e cuidadores, educação para a saúde para as pessoas cuidadas, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das NHB e no desempenhos das AVD e das actividades instrumentais de vida diária, e coordenação e gestão de casos com recursos de saúde e sociais. (Artigo 28º)

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos, devendo ter na sua composição, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Têm por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e longa duração ou manutenção. (Artigo 29º)

Estas equipas são, sob a direcção de um médico, responsáveis por assegurar formação às equipas de saúde familiar do centro de saúde e equipas que prestem

cuidados continuados domiciliários, avaliação integral do doente, tratamentos e intervenções paliativas, gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais, apoio e assessoria às equipas de cuidados de saúde integrados e a familiares e cuidadores. (Artigo 30º)

Acesso à rede, ingresso e mobilidade

Os destinatários das unidades e equipas da Rede são pessoas que se encontrem com dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacto psicossocial ou doença severa, em fase avançada ou terminal. (Artigo 31º)

O ingresso na Rede dá-se através de proposta das equipas de cuidados continuados ou das equipas de gestão de altas, através do diagnóstico de situação de dependência. A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas, através do diagnóstico da situação de dependência que se verificou pela equipa que preparou a alta hospitalar, sendo que, nas unidades de média duração e reabilitação, o acesso deve ser determinado pela equipa coordenadora local. Nas unidades de longa duração ou unidades de dia ou promoção da autonomia a admissão é determinada pelas equipas coordenadoras locais, de acordo com o diagnóstico efectuado. Em unidades de cuidados paliativos ou equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos, o acesso é determinado por indicação médica.

A admissão nas unidades de internamento está dependente da impossibilidade da prestação de cuidados no domicílio e de não existirem critérios de internamento em hospital de agudos.

A admissão nas equipas de cuidados continuados integrados é feita através de proposta do médico do centro de saúde ou das equipas de gestão de altas dos hospitais da área de referência. Quando é previsível a necessidade de apoio social, a proposta deverá ser avançada pelo responsável social da equipa coordenadora local. (Artigo 32º)

Quando não são atingidos os objectivos terapêuticos até ao fim do tempo de internamento, deve ser preparada a alta, com vista ao ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, para a melhoria da situação clínica e recuperação da autonomia e qualidade de vida. A alta deve ser precocemente preparada e deve incluir

informação médica, de enfermagem e social, de modo a existir uma base de partida para as unidades ou equipas da Rede. Neste processo, é necessário englobar a pessoa, a família e toda a equipa de prestação de cuidados de saúde. (Artigo 33º)

Em cada unidade ou serviço da Rede deverá existir um sistema de informação próprio, com um processo individual de cuidados continuados a pessoas em situação de dependência, que devem englobar o registo de admissão, as informações da alta, o diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência, um plano individual de intervenção e um registo de avaliação semanal e actualização do processo individual de intervenção. (Artigo 35º)

Todos os instrumentos utilizados na Rede devem ser uniformes, para permitirem a melhor gestão interna da informação a nível da Rede.

As unidades prestadoras de serviço na Rede são entidades públicas com autonomia administrativa e financeira, instituições particulares de solidariedade social, entidades privadas com fins lucrativos e Centros de Saúde do SNS, devendo as mesmas prestar os cuidados e serviços contractualizados no processo de implementação da Rede e facultar às equipas coordenadoras da Rede o acesso às instalações das unidades e equipas para avaliação e fiscalização das suas actividades. (Artigo 36º e 37º)

Ao nível dos recursos humanos, a política da Rede rege-se por padrões de qualidade, que requerem formação inicial e contínua, sendo que as equipas de cuidados paliativos necessitam formação específica. A prestação dos cuidados nestas unidades e equipas é assegurada por equipas multidisciplinares, em ratios adequados de forma a garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade, podendo também abranger o trabalho de voluntários com formação específica. (Artigo 40º)

Estas equipas e unidades são financiadas pelo Ministério da Saúde ou pela Segurança Social, consoante a tipologia de cuidados a prestar.

As unidades de cuidados paliativos e de convalescença, equipas de gestão de altas e intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos e domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são da responsabilidade do Ministério da Saúde. As unidades de média duração e reabilitação, as de longa duração e manutenção e as unidades de dia e promoção da autonomia e equipas de prestação de cuidados integrados são da responsabilidade dos dois sectores. (Artigo 47º)

Este documento foi visto e aprovado a 16 de Março de 2006 e promulgado a 22 de Maio de 2006.

3- Filosofia da Rede Nacional de Cuidados Integrados

3.1 – Princípios da Rede

Conforme descrito em *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados* (Março 2007), a RNCCI é regida pelos seguintes princípios:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares, cuidador principal ou representante legal na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede
- Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

3.2- Objectivos da Rede

O objectivo geral é a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situações de dependência. Como objectivos específicos encontram-se:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos

os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida

- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação

- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social

- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados

- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação

- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Todos estes objectivos têm em vista a diminuição da demora média dos internamentos em hospitais de agudos, diminuir a taxa de ocupação de camas hospitalares, reduzir os internamentos ou re-internamentos de pessoas com situação de dependência e redução de custos nas unidades hospitalares de agudos.

3.3- Intervenções em cuidados continuados

As intervenções que caracterizam a acção em cuidados continuados centram-se no cuidar, englobando o cliente e família/ prestador de cuidados, propondo-se atingir objectivos traçados em conjunto, tendo em vista otimizar as potencialidades individuais de cada pessoa com dependência.

Assim sendo, pretende-se que em cuidados continuados se proceda a:

- Agir com o doente/ família/ prestador de cuidados e não para estes.

- Agir personalizado e individualizado para cada pessoa, não enveredando em cuidados executados por rotina.

- Agir preventivamente, desenvolvendo intervenções para minimizar possíveis complicações.

- Agir por antecipação.

- Agir cientificamente.

- Agir com responsabilidade.

- Agir com respeito, dignidade e sensibilidade.
- Agir terapêutico.
- Agir profissional.

3.4- Plano de intervenção da RNCCI

Até 30 de Setembro de 2009, os dados existentes apontam para um total de 15303 utentes referenciados e para 14275 utentes assistidos, números muito animadores.

O plano de cobertura , iniciado com a experiência piloto realizada entre Junho de 2006 e Julho de 2007 (Fase 1- 2006-2008) previa 30% de cobertura, tendo um total de 1145 camas, com 413 camas em unidades de convalescença, 304 em unidades de média duração, 382 em unidades de longa duração e 46 em cuidados paliativos. Na fase 2, entre 2009 e 1012, prevê-se atingir até 60% de cobertura, com 5162 camas, aumentando os valores para 997 camas em unidades de convalescença, 1139 em unidades de média duração, 2720 em longa duração e 326 em cuidados paliativos. Para a 3ª fase, prevê-se 100% de cobertura, com 14529 camas, 2318 unidades de dia e promoção de autonomia, 1 EGA por hospital, 40 equipas de cuidados paliativos intra hospitalares, 50 equipas de suporte em cuidados paliativos e 1 ECCI por centro de saúde.

Em termos de diária de internamento por utente fixam-se em:

89,39 euros, em encargos com cuidados de saúde em unidades de convalescença;

89,39 euros, em encargos com cuidados de saúde em unidades de cuidados paliativos;

74,67 euros, repartidos em 55,09 euros em encargos com cuidados de saúde e 19,58 euros em encargos com cuidados sociais, em unidades de média duração;

48,37 euros, repartidos em 18,39 euros em encargos com cuidados de saúde e 29,98 em encargos com cuidados sociais.

4- Organização da RNCCI

Quanto à hierarquia organizacional, a RNCCI compõe-se da seguinte forma:

-Unidade de missão de cuidados continuados integrados (UMCCI) – é responsável pela coordenação nacional da rede de cuidados continuados. Articula-se intimamente com as estruturas governamentais, o Ministério da Saúde e com o Ministério do Trabalho e Segurança Social.

- Equipas coordenadoras regionais (ECR)- são responsáveis pela coordenação a nível regional, articulando-se com a unidade de missão e com as equipas locais. Existem cinco equipas coordenadoras regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. São responsáveis pela divulgação de informação à população sobre a Rede, por analisar as propostas de adesão à Rede, por acompanhar e controlar as finanças e gerir recursos, por garantir a qualidade dos cuidados a serem prestados, por monitorizar periodicamente e controlar a actividade desempenhada na Rede, por garantir equidade e adequação no acesso à rede, pela formação dos profissionais que a integram e por garantir a articulação entre entidades e parceiros.

- Equipas coordenadoras locais (ECL)- responsáveis pela gestão de recursos a nível local. São responsáveis pelo ingresso na rede. É esta a equipa responsável por deferir ou indeferir as propostas para ingresso na rede e adequar a resposta da rede, seja em unidades ou com equipas de intervenção em cuidados continuados, a cada caso específico. Funciona a nível comunitário. Articula-se com a ECR. Uma pessoa proposta para a RNCCI pode ser colocada em qualquer unidade que possua vagas, a nível nacional, mas pretende-se que exista sempre algum suporte familiar na zona. São também responsáveis por assegurar a articulação das unidades e equipas a nível local, pelo apoio e acompanhamento dos cumprimentos contratuais definidos, por assumir os dados de referenciação dos utentes à Rede, por actualizar o sistema de informação da Rede, por assegurar a preparação das altas, por monitorizar a utilização dos recursos da Rede e pela promoção de parcerias para a prestação de cuidados continuados integrados.

As respostas a nível comunitário são as ECCI (equipas de cuidados continuados integrados e as ECSCP (equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos). As unidades de dia e promoção de autonomia englobam-se também nesta área. No entanto, actualmente, existem apenas duas a nível nacional.

- Equipas de gestão de altas (EGA)- funcionam a nível dos hospitais de agudos e são responsáveis pelo processo de referenciação de casos detectados a nível hospitalar à rede. Na admissão prevê-se quais serão as necessidades de continuidade de cuidados que poderão não ter resposta no domicílio, são comunicados os dados à EGA, que executa o processo de referência na plataforma informática. As ECL dão resposta até 48 horas após terem recebido os dados da EGA (processo será descrito mais adiante).

Poderão ser activadas as equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos ou a situação ser encaminhada para unidades de cuidados paliativos, unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação ou unidades de longa duração e manutenção.

5- Referenciação e ingresso de utentes na RNCCI

A referenciação de utentes vai de encontro ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições de reabilitação possíveis aos cidadãos que dela necessitem. O ingresso da pessoa com dependência na RNCCI obedece a um processo de referenciação próprio e com critérios específicos. Pode ser originário de um Hospital ou do Centro de Saúde.

O ingresso é da responsabilidade das ECL, não obstante a tipologia de cuidados (internamento, ambulatório ou apoio domiciliário).

As ECL asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local e faz, como referido anteriormente, a articulação e coordenação de recursos. As EGA responsabilizam-se pelas altas a nível hospitalar, obtendo o feedback posterior das ECL acerca da decisão de admissão do utente referenciado pela EGA. Existindo esta interligação entre a EGA e a ECL pretende-se conseguir a continuidade de cuidados e potencializar o uso dos recursos hospitalares e da comunidade, identificando e avaliando as reais necessidades da pessoa com dependência.

Para ingressar na rede, para além de serem activadas as devidas instâncias para dar provimento ao processo, é necessário, também, existir um consentimento informado por parte do utente e/ ou cuidador/ familiar. São necessários, como documentos do utente, o Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte, Cartão de Utente e Cartão do sub-sistema de saúde. Do familiar ou cuidador requer-se o Bilhete de Identidade, o Cartão de Contribuinte e o Cartão do Sub-sistema de saúde. Após ser verificado todo o contexto do utente, inclusive a situação sócio-económica, é proposta ao utente a contribuição monetária de acesso à Rede, calculada e devidamente ponderada (nas unidades de Reabilitação e de Manutenção). Após ter conhecimento de todo este processo e do custos que lhe serão imputados, é aceite ou rejeitada a proposta de entrada na Rede.

5.1 – A equipa de gestão de altas a nível hospitalar: seu funcionamento

Ao existir uma admissão hospitalar, deve, de forma precoce planear-se a alta hospitalar. Este planeamento visa “garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o

uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes, de acordo com parâmetros estabelecidos”. (Manual de planeamento e gestão de altas, Maio 2006)

Essa alta deve ser planeada, em consonância, entre as EGA (composta por enfermeiro, médico e assistente social), os serviços de internamento, com as pessoas internadas, seus familiares e as equipas de saúde e apoios social comunitárias. Uma detecção precoce de pessoas que tenham indicação para a continuidade de cuidados exige-se na medida em que se pretende utilizar de forma eficiente os recursos hospitalares e comunitários. Dando início de forma atempada a este processo, a situação pode ser mais precocemente resolúvel.

A esta premissa estão sujeitos todos os clientes internados que, previsivelmente, possam necessitar cuidados de reabilitação ou manutenção no contexto de doença subjacente e suas envolvências sociais e familiares, logo após um internamento hospitalar para tratamento de situação aguda. Adicionam-se a estes casos clientes cujo grau de dependência não permita um regresso ao domicílio em situações de segurança ou aqueles em que seja necessária uma melhor avaliação do grau de dependência e respectivas potencialidades.

Actualmente, no serviço e na instituição onde exerço funções, na altura da admissão de qualquer cliente faz-se uma avaliação sumária do contexto sócio familiar e condições de apoio social ou de cuidados já em vigor. Caso se detecte algum indicador de potencial problema social, faz-se a respectiva activação do pedido de colaboração da assistência social. Neste processo global, que envolve a equipa multidisciplinar, verifica-se o contexto dessa pessoa e dialoga-se com a família ou cuidador formal para aferir das opções que se dispõem. Se bem que muitas vezes, infelizmente, por diversos motivos, este processo não é conduzido na perfeição, verifica-se muitas vezes que um processo que parece estar bem encaminhado sofre muitos reveses. Quer em casos onde o encaminhamento para a Rede está completado e existem oposições de última hora por parte do cliente ou família, quer em casos em que não se verificam entraves iniciais ao regresso da pessoa ao domicílio e de forma súbita se colocam uma série de entraves a esse processo e, por vezes, se solicita o apoio dos cuidados continuados, o que revela um ainda grande desconhecimento dos princípios e da utilidade da RNCCI.

Outra situação que carece do esforço de todos os profissionais de saúde para uma melhor aceitação da população e, conseqüentemente, melhor informação acerca dos cuidados prestados nessas unidades, é a questão dos cuidados paliativos, que muitas

vezes são vistos sob um estigma difícil de contrariar. Outra das situações que por vezes se verifica, ao pretender-se uma transferência para a RNCCI é a renitência das pessoas à ida para a cidade do Fundão, onde se situa uma unidade da Rede. Surge, por vezes, de forma automática, a recordação da justamente afamada Unidade de Cuidados Paliativos da mesma cidade, uma vez que emerge o estigma de “que quem vai para o Fundão é para falecer”. E isso exige um trabalho informativo e contínuo por parte dos enfermeiros e de toda a equipa multidisciplinar no sentido de uma melhor interligação e circulação de informação entre a equipa e o cliente/ família/ cuidador formal.

O que se verifica na realidade é que existe ainda alguma falta de (in)formação dos profissionais acerca deste novo paradigma que são os cuidados continuados integrados.

5.1.1- A gestão das altas hospitalares

Esta gestão tem como objectivos:

- Garantir a existência de um programa atempado e integrador dos cuidados necessários no local adequado, de modo a assegurar a máxima independência do doente;
- Assegurar a continuidade de cuidados ao doente ao longo de todo o processo de internamento;
- Criar registos adequados, referentes a todas as fases do processo de transferência, com a identificação das acções, dos intervenientes, da situação do cliente e eventuais incidentes críticos;
- Garantir a permanência da pessoa no hospital apenas o tempo necessário aos procedimentos de avaliação ou tratamento da situação clínica, não passíveis de serem efectuados em regime ambulatorio;
- Implementar o planeamento da alta.

(Manual de planeamento e gestão de altas, Maio 2006)

A decisão de atribuir alta clínica a um cliente é competência e responsabilidade do médico que o assiste ou, na ausência deste, a um médico que seja designado pelo director de serviço para o substituir.

De forma idealística, a alta deve ser preparada desde o momento da admissão. Por este motivo, a EGA é responsável por implementar o Planeamento de Alta.

Este processo deve ser aplicado a todos os doentes que se preveja que possam necessitar cuidados de reabilitação ou manutenção no contexto de doença subjacente e suas envolvências sociais e familiares, logo após um internamento hospitalar para tratamento de situação aguda. Adicionam-se a estes casos clientes cujo grau de dependência não permita um regresso ao domicílio em situações de segurança ou aqueles em que seja necessária uma melhor avaliação do grau de dependência e respectivas potencialidades, tal como acima foi referido. As pessoas que apresentem estes critérios deverão ser referenciadas pelo serviço aonde se dá o seu internamento à EGA, preferencialmente até 72 horas após o internamento de modo a proceder-se a um planeamento de alta de forma articulada. Caso o cliente não cumpra critérios, programa-se alta para outros recursos assistenciais ou para o domicílio. Caso cumpra critérios, efectua-se a activação pré-alerta, na plataforma informática definida para o efeito, emitindo-se a nota de alerta. A este procedimento segue-se o envio da informação pré-alta à ECL (24 a 48 h antes da alta prevista, sendo que idealmente as ECL confirmam resposta após 24 horas de receberem as informações devidas) e segue-se a efectivação da alta, com a nota de Alta.

No momento da alta hospitalar, o cliente deve fazer-se acompanhar de:

- Nota de alta médica
- Nota de alta de enfermagem
- Notas do serviço social
- Notas do nutricionista ou psicólogo clínico
- Instruções de ensino ao cliente e família
- Cópia dos exames complementares de diagnóstico ou outros
- Informações sobre o programa de follow-up e sobre a marcação das próximas consultas ou exames complementares de diagnóstico, identificando-se o responsável pelo seguimento da pessoa

Identificação de todos os profissionais intervenientes no processo de alta.

Da nota pré-alta devem constar os seguintes itens:

- Identificação da pessoa (nº de utente, nome e idade)
- Identificação do hospital, serviço hospitalar e cama
- Data de internamento e circunstâncias do mesmo
- Data de alta prevista

- Diagnóstico clínico principal
- Situação funcional de pré-alta
- Necessidade e plano individual de cuidados médicos e de enfermagem, quanto à sua frequência e periodicidade
 - Avaliação da situação sócio-familiar, especificando os trâmites que foram iniciados e o estado desse processo, bem como as necessidades de apoio social
 - Identificação das ajudas técnicas necessárias
 - Tipo de unidade ou equipa da RNCCI de destino e finalidade da sua intervenção
 - Centro de saúde de referência
 - Médico de família
 - Cuidador principal e seu contacto
 - Identificação do profissional de contacto no hospital (nome, forma de contacto e seu horário)
 - Transporte (forma e hora prevista)

Da nota de alta de alta devem constar:

- Identificação da pessoa (nº de utente, nome e idade)
- Identificação do hospital, serviço hospitalar e cama
- Data de internamento e circunstâncias do mesmo
- Avaliação médica
- Avaliação de enfermagem
- Plano terapêutico
- Avaliação social, caso necessário e trâmites em processo
- Programação das consultas e exames a realizar no hospital após a alta
- Identificação do médico, enfermeiro e assistente social responsáveis pela avaliação.

5.1.2- Competências da EGA e opções de alta

Compete à EGA facilitar a identificação e avaliação precoces dos doentes que requeiram cuidados continuados integrados, recomendar opções para a continuidade de cuidados, indo ao encontro das necessidades e preferências que foram identificadas,

estabelecer a ligação com os recursos da comunidade, promovendo-se o acesso das pessoas aos recursos necessários. A decisão da unidade que receberá o cliente e a sua referência devem ser feitos com uma antecedência mínima de 48 horas em relação à alta. Deve também colaborar com a pessoa, família e equipa multidisciplinar no planeamento e facilitação do processo de alta e garantir apoio e acompanhamento à pessoa e família durante todo este processo de planeamento de alta.

Posto isto, após se terem identificado as necessidades de cuidados dos clientes, as opções de alta são consideradas com a ECL. Assim, em cada caso identificado, a pessoa poderá ir para casa, com suporte familiar e/ou equipas de saúde do sector privado, sempre que a pessoa ou família manifestem essa vontade; para casa, com suporte das equipas de cuidados domiciliários do SNS, sempre que seja manifestada essa vontade pela pessoa ou família e a nível local se esteja dotado de equipas com os recursos adequados à prestação dos cuidados necessários; ou para qualquer uma das unidades da RNCCI, de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de cuidados paliativos ou unidades de dia e promoção da autonomia, conforme a tipologia de necessidade de cuidados identificada.

5.2- População- alvo e critérios de exclusão da Rede

Como já foi referido anteriormente, o acesso à RNCCI pretende-se para pessoas com dependência funcional transitória, para pessoas idosas com critérios de fragilidade, para pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave, progressiva ou permanente ou pessoas que padeçam de uma doença em situação terminal. O uso das unidades de convalescença pode ser alargado à estabilização de situações crónicas que se agudizem, como DPOC.

Como critérios de exclusão observam-se as pessoas com doença em fase aguda, pessoas que aguardam resposta a necessidades unicamente de cariz social, pessoas cujo objectivo de internamento seja o estudo diagnóstico ou pessoas que necessitem exclusivamente de cuidados paliativos (quando não admitidas em unidades de cuidados paliativos). A utilização activa de medicamentos de uso exclusivo hospitalar é também um critério de exclusão, bem como a presença de infecção actual activa. Pretende-se que a continuação dos cuidados seja efectuada quando não existem mais critérios de

internamento hospitalar, sendo excluídos para este efeito a utilização de medicação unicamente utilizada no hospital. Em casos de pessoas com infecções respiratórias, urinárias ou bacteriémias, subentende-se o uso de antibióticos de uso exclusivo hospitalar e a utilização de medidas de prevenção de contaminação.

São destinatários destas unidades:

Pessoas idosas com critérios de fragilidade, pessoas em situação de dependência com incapacidade para desenvolver actividades básicas ou instrumentais de vida diária ou que possuam síndromes geriátricas, tais como desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais, entre outros.

Pessoas com doenças crónicas, que apresentem frequentes episódios de agudização e que necessitem de seguimento e controlo no domicílio, tais como pessoas com DPOC ou ICC graves.

Pessoas com doença grave, em fase avançada ou terminal, com doença progressiva ou incurável, sem possibilidade de resposta razoável a nenhum tratamento específico, com múltiplos sintomas, intensos, multifactoriais e instáveis, com prognósticos de vida limitados e que englobem situações de grande impacto emocional à pessoa, família ou cuidador. De referir que deve sempre respeitar-se a vontade da pessoa falecer no seu domicílio, desde que se cumpra o critério de terem apoio de um cuidador.

Pessoas com necessidade de tratamentos iniciados em hospitais, centros de saúde ou centros de tratamento, tais como tratamentos de feridas, úlceras, ostomias, sondas ou drenagens, reabilitação domiciliária, ensinamentos para uso correcto das ajudas técnicas, ensino de adesão ao regime terapêutico e supervisão dessa adesão ao regime terapêutico e administração de terapêutica.

Cuidadores principais que necessitem de apoio e ensino para administração e controlo de terapêuticas e prestação de cuidados a pessoas com dependência.

Em caso de agudização de uma situação patológica de um utente da RNCCI, que exija internamento hospitalar, há um prazo de 5 dias úteis até perca da vaga na instituição da Rede. Pode haver ajustes em conformidade com o diálogo entre o hospital e a Rede, do alargamento desse prazo de manutenção da vaga desse indivíduo.

5.3- Características exigidas nas unidades da Rede

Pretende-se que as unidades que compõem a RNCCI obedeçam a determinados critérios, sendo que, para sua aprovação, será necessário que obedeçam a um conjunto de características pré-definidas. Assim sendo, as unidades terão que ser dotadas de:

- Recepção, com um átrio que disponha de um posto de atendimento, um espaço para visitantes e um WC;

- Área administrativa, com uma zona de funcionamento de secretariado;

- Área de refeições e Lazer, composta por uma copa, um refeitório (em que o espaço mínimo entre as mesas seja de 8 m²), uma sala de convívio, WC e cabeleireiro;

- Os quartos deverão ser individuais ou, no máximo, de 2 camas. Preconiza-se manter sempre o máximo de privacidade e individualidade nestas unidades, utilizando-se cores vivas, uma decoração adequada e facilitar a presença de objectos pessoais nos seus dormitórios. Cada quarto deverá ter um WC e uma sala de banho assistido;

- A área médica e de enfermagem deverá ser composta por um posto de enfermagem, para preparação de terapêutica, uma sala de tratamentos, um gabinete de Enfermagem e um gabinete médico;

- A área de medicina física e reabilitação deverá compor-se de um ginásio, sala de fisioterapia, terapia ocupacional, electroterapia, terapia da fala e WC;

- Uma área de pessoa, com sala de trabalho/ lazer, vestiários masculinos e femininos e WC;

- A área logística deve ser composta de armazém de material clínico, zona de materiais de consumos, zona de roupa limpa, zona de equipamento de limpeza, sala de desinfecção, sala de desinfecção de arrastadeiras, sala de sujos e sala de limpos;

- Deve também constituir-se de uma capela e uma casa mortuária.

Devem, também, dotar-se de pessoal suficiente para assegurar a prestação de cuidados de qualidade, nos ratios devidos.

As unidades criadas de raiz para a RNCCI serão aprovadas se estiverem de acordo com estas características. Contudo, existem algumas que não foram criadas de raiz, sendo adaptadas as suas instalações e que se contratualizaram com a Rede numa fase inicial da sua implementação que podem não ter preenchidas todas as características supracitadas.

5.4- Serviços assegurados pelas unidades da RNCCI

Nas unidades de convalescença, que visam internamentos não superiores a 30 dias, pretende-se que sejam assegurados cuidados médicos e de enfermagem permanentes, facilita-se a execução de exames complementares de diagnósticos, laboratoriais ou radiológicos, a prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, providenciam-se cuidados de higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Nas unidades de média duração e reabilitação, que visam internamentos entre 30 e 90 dias, asseguram-se cuidados médicos diários e cuidados de enfermagem permanentes. Nestas unidades não se preconiza a realização de exames complementares de diagnóstico. A prescrição e administração de fármacos é garantida, bem como cuidados de fisioterapia ou terapia ocupacional. Tal como na unidade descrita anteriormente, providenciam-se cuidados de higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

As unidades de longa duração e manutenção, visando internamentos superiores a 90 dias, asseguram cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, cuidados de enfermagem diários, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, controlo fisiátrico periódico, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, prestação de cuidados de higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das AVD e nas actividades instrumentais da vida diária. Estas unidades visam, também, internamentos para promover o descanso do cuidador principal (90 dias por ano).

As unidades de cuidados paliativos são responsáveis por assegurar cuidados médicos diários, prescrição e administração de fármacos, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais ou radiológicos, cuidados de fisioterapia, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, providenciam cuidados de higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Nas unidades de dia e promoção da autonomia asseguram-se, em regime ambulatorio durante 8 horas por dia, actividades de manutenção e estimulação, cuidados de enfermagem periódicos, cuidados médicos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, animação sócio-cultural, cuidados de higiene pessoal e alimentação.

Encontram-se como pontos fortes da RNCCI o entusiasmo dos profissionais que dela participam, a qualidade elevada das suas instalações, o apoio conferido aos utentes e seus cuidadores e a criação de novos postos de trabalho.

No outro lado, como pontos fracos, identificam-se uma reduzida formação na área dos cuidados continuados, uma reduzida percentagem de profissionais em horário completo, uma deficiente dotação de recursos, inadequada distribuição de camas por tipologias de cuidados, uma cobertura nacional e regional ainda desequilibrada, o facto de as ECCI na comunidade serem ainda insuficientes e, em alguns casos inexistentes, a inexistência de unidades de ambulatório e o facto de as necessidades serem demasiadas em relação ao número de camas actualmente disponíveis.

Parte destes aspectos que se afiguram como pontos fracos constam das áreas prioritárias da Rede para o ano de 2010. Prevê-se obter equidade na cobertura a nível regional, criar e implementar, de forma funcional, ECCI nas comunidades, criar Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, estimular o apoio domiciliário integrado, adequar as dotações às reais necessidades de cuidados, monitorizar a qualidade, definindo com rigor os seus indicadores e, muito importante, monitorizar os ganhos em saúde.

6- Enquadramento dos cuidados na RNCCI

A prestação de cuidados na RNCCI visa providenciar os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e ou família ou cuidador com necessidades específicas em contextos específicos. Para isto deve ser aplicada a melhor evidência prática possível, potenciando as capacidades profissionais dos seus colaboradores, como capacidades técnicas, de pensamento crítico, de comunicação, de relação interpessoal, de conhecimentos científicos e respeito pelos valores do indivíduo. Na RNCCI vai-se de encontro às expectativas e objectivos que a pessoas ou família possuam, uma vez que isto se reveste como uma parte importante na qualidade dos cuidados a prestar. A participação activa do próprio no seu processo de reabilitação vai influenciar a sua saúde e o seu bem-estar. A pessoa deve ser envolvida em situações da vida diária, dando o seu contributo para a recuperação de actividades que se revestem, para o próprio, de grande importância. A perda de funções ou limitações físicas tendem para dependência e diminuição da qualidade de vida. Envolvendo-se o indivíduo neste processo, como parte activa, melhora os resultados e a qualidade de vida. Preconiza-se a implementação de procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e cognitivas que possam levar à maior autonomia possível.

Segundo o guia de “Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados”, de Março de 2007, os cuidados a prestar na Rede devem ser:

- Equitativos, devendo garantir-se equidade no acesso e na prestação de cuidados a todas as pessoas em situação de dependência;
- Responsáveis e pró-activos, tendo a capacidade de prevenir, retardar ou compensar aumentos nos graus de dependência, identificando situações de risco e adequando as suas intervenções;
- Personalizados, devendo os cuidados ser adaptados à condição funcional associada ao grau de dependência e tendo em conta os contextos pessoais, familiares, ambientais, residenciais e espirituais, ajustando-se sempre às necessidades individuais da pessoa;
- Dinâmico, sendo que os cuidados e apoio social devem ajustar-se de forma dinâmica e interactiva em função das necessidades e expectativas em cada momento da evolução do cliente, reajustando de forma contínua recursos e intervenções a realizar;

- Eficientes, devendo os cuidados de saúde e apoio assistencial assentar em planeamento de objectivos e produção de resultados positivos mensuráveis, numa perspectiva de rentabilizar meios de acesso universal;

- Baseado na evidência, devendo haver lugar à divulgação dos avanços na investigação a nível nacional e internacional conquanto a estratégias de intervenção social, protocolos terapêuticos, dinâmicas de organização de cuidados de saúde e de apoio social de modo a uniformizar as melhores práticas por parte dos profissionais.

Esta intervenção fundamenta-se no princípio dos 3 R's, sendo estes Reabilitação, Readaptação e Reinserção. Neste contexto, deve efectuar-se uma avaliação multidisciplinar da pessoa, inicial, contínua e final, revendo frequentemente os planos de cuidados, promover, de forma integrada, a autonomia através de um plano individual de cuidados e capacitação para o cuidado do cuidador informal, e acompanhamento e avaliação contínua, com revisão dos planos de cuidados. O indivíduo é sempre o centro de todos os serviços prestados. Faz-se, desta forma, uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objectivos partilhados a alcançar em função de períodos de tempo definidos e que constam do Plano Individual de Intervenção (PII).

Esta abordagem vai implicar:

- Envolvimento do doente, familiares ou cuidadores informais na elaboração de um PII, tendo em conta as suas capacidades, necessidades e preferências;

- Respostas organizadas e flexíveis, de acordo com as necessidades e preferências dos clientes;

- O reconhecimento de que os profissionais de saúde e de acção social são parte de um mesmo sistema em que os objectivos e recursos são partilhados.

Esta abordagem multidisciplinar, integral e integrada, assenta no trabalho de equipa, com reuniões periódicas frequentes com todos os profissionais, sempre centrando o utente e família ou cuidador na discussão.

Este PII visa construir um projecto para a saúde e não tanto um projecto para a doença, devendo, para isso, ser único, individual e personalizado.

Em situações de doença crónica, deve tornar-se claro para o indivíduo que apesar da manutenção da situação de doença, ainda é possível o seu envolvimento em situações de vida diária e a desempenhar actividades, ainda que para este desempenho seja requerida uma adaptação. Devem englobar-se o conhecimento das necessidades,

potencialidades e limitações para poder adequar os recursos e suportes para promover a autonomia dos clientes.

Na avaliação do grau de dependência e necessidades da pessoa deve ter-se em conta a gravidade, natureza e estabilidade da patologia subjacente, o impacto a curto, médio e longo prazo da dependência para o desempenho de actividades que são importantes para o próprio, a compreensão que a pessoa tem das suas limitações e situação clínica e quais são as expectativas da pessoas em relação aos resultados dos tratamentos e cuidados e dos profissionais ao prestarem esses cuidados.

Faz-se uma avaliação multidisciplinar centrada no indivíduo, tendo em vista a prestação de cuidados personalizados, considerando as potencialidades e capacidades do mesmo, as suas perspectivas pessoais e os factores que possam contribuir para a participação do próprio nos cuidados. Todo o contexto do indivíduo pode constituir obstáculos à sua recuperação, ocupação e participação nos tratamentos e cuidados. Um indivíduo motivado de forma positiva para a abordagem dos cuidados a serem prestados adere melhor ao PII definido com consequentes ganhos em termos de saúde.

A necessidade de profissionais com conhecimentos e competências especializadas verifica-se de forma mais vincada uma vez que a prevalência de alterações cognitivas, limitações sensoriais e comorbilidades levam a condicionalismos na recuperação ou adaptação.

6.1- Orientações Gerais

As orientações gerais estipuladas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados são:

- Identificar as necessidades do utente e as suas limitações;
- Ter uma atenção particular com os utentes portadores de limitações, sejam elas visuais, auditivas, de percepção e orientação auto e alopsíquica ou coordenação motora;
- Integrar, sempre que possível, os cuidadores informais na elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados;
- Promover a participação do utente em todo o processo do cuidar;
- Incentivá-lo ao auto-cuidado;
- Promover a independência funcional;

- Estabelecer ou restaurar capacidades e potencialidades não desenvolvidas ou que se encontrem limitadas;

- Promover a melhor capacitação possível para todos os indivíduos, independentemente das suas características;

- Promover estratégias de vida activa, na vertente física, cognitiva, psicossocial ou sensorial;

- Promover uma utilização racional da medicação;

- Avaliar o estado nutricional, a integridade cutânea, a cognição e o humor;

- Avaliar factores que afectam as AVD's e as AIVD's, tais como factores individuais, hábitos, rotinas, papel na família e sociedade, padrões de comportamento, contextos culturais, físicos, ambientais, sociais e espirituais, capacidades motoras e capacidade de comunicação ou interacção;

Reavaliar, de forma contínua, a mobilidade e o desenvolvimento ou potencialização da função;

- Facilitar a utilização de próteses, ortóteses e outras ajudas técnicas necessárias à promoção da autonomia, sempre que for necessário e adequado o seu uso;

- Compensar, modificar ou adaptar actividades ou ambientes com o objectivo de melhorar o desempenho e facilitar a participação nas situações de vida do dia-a-dia;

- Implementar medidas de segurança para a transferência da cana para outros locais e mobilidade na própria cama;

- Avaliar e intervir no estado de consciência, para reabilitação da continência urinária e fecal;

- Avaliar a necessidade de material adequado e estratégias para prevenção de lesões por pressão;

Promover vestuário adequado para encorajar a independência e promover o conforto e higiene pessoal. Pretende-se que os utentes utilizem, nas instituições da Rede, as suas roupas do dia-a-dia ao invés das roupas utilizadas no hospital, como pijamas ou camisas de dormir. Pretende-se tornar um ambiente familiar ao invés de se conotar com um internamento;

- Promover a participação activa de todos os profissionais em reuniões de discussão dos casos;

- Promover a comunicação com familiares e cliente, no contexto da equipa. A iniciativa do contacto deve partir do profissional de saúde, de modo a acolher e colocar

à vontade os familiares, para deste modo ser proactivo e facilitador de aprendizagem e envolvimento nos cuidados;

- Permitir o horário de visitas mais flexível possível, atendendo aos desejos do utente, sobretudo para familiares, dependendo da situação clínica e da disponibilidade da família e amigos;

- Promover a formação e educação dos profissionais que diariamente acompanham o utente e ao utente e sua família ou cuidador;

- Articular com as unidades promotoras de serviço de voluntariado a integração de voluntários nessas unidades e o papel que estes devem desempenhar;

- Implementar e monitorizar programas de prevenção de quedas e redução de lesões;

- Proceder à preparação da alta da pessoa ou da sua transição para outra unidade, de acordo com os protocolos existentes;

- Preparar a família para a alta e, caso seja necessário, proceder à sua informação e formação para que possam ser prestadores de cuidados informais de cuidados.

Dentro desta perspectiva do cuidar em Cuidados Continuados, existe uma premissa fundamental que deve ser considerada como fulcral. Essa premissa é a humanização. Pretende-se, como já foi referido, retirar a conotação de internamento à permanência destes utentes nas instituições da Rede, e promover um afastamento entre a realidade nestas unidades e o contexto que se verifica nos hospitais. Para isso, pretende-se que os quartos sejam individuais, ou no máximo de 2 pessoas, e incentiva-las a rechearem o quarto com objectos pessoais e utilizarem as suas roupas do dia-a-dia, de forma a tentarem ter o ambiente mais à-vontade possível, o mais familiar possível.

Assim sendo, é necessário respeitar a forma como o indivíduo quer ser tratado, respeitando a sua intimidade, privacidade e confidencialidade em todos os aspectos da prestação de cuidados. O utente deve, na medida do possível, ser informado quanto à sua situação e ao respectivo prognóstico. Esta informação deve ser facultada pelos elementos da equipa multidisciplinar. Quando se dá a admissão de uma pessoa na unidade, deve fazer-se o inventário de todos os bens que essa pessoa leva consigo para a unidade da RNCCI e arquivar-se uma cópia dessa lista de bens.

Para cada acto que se pretende instituir ou praticar, deve sempre assegurar-se o consentimento informado por parte do utente. Este deve ser informado acerca de como utilizar o telefone, como aceder a actividades ou serviços em vigor na instituição e do horário de visitas. Deve respeitar-se os horários estabelecidos para a toma de

medicação, sessões de reabilitação e realização de exames complementares de diagnóstico.

Para tornar o ambiente o mais familiar possível, o horário das refeições deve ser tornado um momento de prazer. As mesas devem ser arranjadas, deve instituir-se uma música ambiente calma e relaxante e devem respeitar-se as preferências alimentares de cada um.

Caso se verifique algum conflito, este deve ser gerido de forma calma e serena.

A assistência religiosa deve ser assegurada, de acordo com as crenças, valores e convicções do utente. Deve promover-se um ambiente em que existam meios que permitam a orientação para a realidade, tais como espelhos, quadros, relógios, notas informativas e cores apelativas. Os utentes devem ser tidos em conta para a criação de ambientes agradáveis, utilizando decorações agradáveis e respeitando as características regionais da zona em que a unidade se encontra.

6.2 – Orientações específicas

De uma forma mais específica, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados refere o seguinte:

Para a promoção da mobilidade, devem ter-se em conta a avaliação do risco de quedas e fracturas, a minimização de permanência prolongada na cama e prevenção do síndrome de imobilização, a promoção de exercícios individuais ou em grupo, o treino das AVD e AIVD, a melhoria do estado nutricional e a supervisão da marcha e da transferência.

Para a prevenção de quedas, estas podem minorar-se incutindo programas de exercício com o objectivo de aumentar o tónus muscular e melhorar o equilíbrio, tentar evitar medicação que afecte o equilíbrio e promover a utilização de auxiliares de marcha ou outros dispositivos. Devem avaliar-se aspectos na área cognitiva e emocional, que podem estar em associação directa com o medo de cair, e intervir nessas áreas. Deve, também, intervir-se multidisciplinar e multifactorialmente para minimizar os riscos ambientais e os riscos de saúde, promovendo um ambiente físico seguro, promovendo a existência de pisos não escorregadios, ausência de desníveis no piso, acesso fácil a instalações sanitárias e colocar, conforme adequado, camas a alturas adequadas para a transferência dos utentes.

Para promover a cognição e o estado emocional, tem-se em conta a avaliação pró-activa do risco de delírio, a promoção do controlo da dor e o implemento de medidas de prevenção do declínio da função cognitiva, nomeadamente encorajar actividades promotoras da estimulação cognitiva, encorajar a actividade física, ajustar a medicação, otimizar a estimulação ambiental e incluir a família e o cuidador informal na prestação dos cuidados. Como medidas para promoção do bem-estar e equilíbrio emocional, devem promover-se estratégias de sensação de auto-controlo, segurança interna e externa, promoção da auto-confiança e auto-estima e estimular rotinas positivas e gratificantes.

Para a manutenção da integridade cutânea, sabe-se que a imobilização, má nutrição ou pressão em excesso são factores a ter em conta. Assim sendo, deve ser efectuada a avaliação do risco de úlcera de pressão na admissão, bem como uma avaliação diária da integridade cutânea em pessoas de risco, otimizando-se sempre a higiene da pele e tegumentos, evitando a humidade e prevenindo ou minimizando os efeitos da incontinência, se presente. A mobilidade deve ser mantida e pretende-se, também, um adequado estado de nutrição e hidratação.

A alternância de decúbitos deve ser promovida (de 2/2 a 4/4 horas). A mobilização e transferência deve ser efectuada de modo a diminuir a fricção ao mínimo possível e os materiais anti-escaras devem ser utilizados sempre que necessário.

Para promover um bom estado nutricional, deve ser feita avaliação nutricional a todos os utentes nas unidades ou em acompanhamento. Entre as refeições principais deve fornecer-se uma refeição ligeira e líquidos em intervalos regulares. Caso seja totalmente dependente, o utente deve ser posicionado de forma adequada à sua situação. A depressão, presença de náuseas ou vômitos ou outras comorbilidades devem ser avaliadas e tratadas para prevenir o risco de malnutrição.

A alimentação deve ser adequado a cada utente, atendendo ao contexto multifactorial do mesmo. A alimentação, para além de necessidade básica, também deve ser vista como prazenteira, devendo-se, assim, ir de encontro às preferências de cada pessoa, salvaguardando as devidas restrições impostas.

Para prevenir complicações respiratórias, deve promover-se o ortostatismo e as variações de decúbitos em pessoas acamadas, promover uma boa expansão torácica, proceder a ensinamentos de posições de repouso e relaxamento, facilitar uma drenagem de secreções eficaz e aplicar técnicas de desobstrução ou tosse assistida, se necessário e garantir a hidratação adequada.

Deve promover-se o controlo de esfíncteres, e para tal deve, na admissão, identificar-se a existência de incontinência, avaliar-se o risco para incontinência transitória, modificarem-se factores ambientais constrangedores, promover a mobilização e a actividade, executar-se o treino vesical e dos músculos pélvicos, mantendo sempre um status de hidratação adequado.

Entendem-se como resultados negativos da prestação de cuidados indicadores, tais como a presença de infecções ou lesões não explicáveis, a inactividade dos utentes ou seu posicionamento inadequado, os erros de medicação, o aparecimento de úlceras de pressão e a presença de dor ou desconforto. Um estado nutricional inadequado, com variações não planeadas de peso é também um desses factores mensuráveis. Aspecto geral descuidado, interacções inapropriadas entre utente e profissionais, equipamento desadequado, instalações com má manutenção ou questões de segurança não identificadas ou não corrigidas são também factores que pesam negativamente na balança.

6.3- Cuidados pessoais e promoção do auto-cuidado e do bem-estar

Em situação total de dependência, a ajuda necessária para desempenhar determinada função pode ser total. Isto implica que o cuidador que facultar essa ajuda possua conhecimento, competência, capacidade física e paciência para o desempenho dessa tarefa.

Em relação à alimentação e à hidratação, deve sempre ser encorajada a autonomia. Devem verificar-se as próteses dentárias, se estão correctamente colocadas ou se não provocam inflamações nas gengivas, devem disponibilizar-se os utensílios correctos e adequados a cada necessidade, bem como alimentos que requeiram pouca actividade instrumental. Deve existir sempre um reforço positivo e estímulo da auto-estima e auto-confiança em cada actividade que o utente enceta.

No banho, cuidado da pele e tegumentos, deve otimizar-se o ambiente físico, providenciar equipamento adaptativo adequado e assistir, compensando possíveis incapacidades, sempre que necessário, mas sempre promovendo a maior autonomia possível.

A prestação de serviços periódicos de barbearia ou cabeleireiro é desejável e é um contributo valioso para a estimulação da auto-estima e de uma auto-imagem positiva. Em pessoas com diabetes ou medicados com anti-coagulantes recomenda-se o barbear com máquina eléctrica para prevenir cortes ou fissuras.

Em pessoas com diabetes mellitus, o cuidado com as unhas reveste-se de particular importância.

A pele deve ser mantida seca e limpa, especialmente em pessoas com incontinência e preconiza-se a utilização de um sabão neutro para limpeza da pele. Esta deve ser massajada com creme hidratante.

Os lençóis deverão manter-se limpos, secos e sem rugas.

Deve mudar-se a posição de pessoas dependentes de 2/2 ou 4/4 horas, no máximo. O uso de material de alívio de pressão é aconselhado.

Devem ser encorajados movimentos ou exercícios que estimulem a mobilização. Só o facto de se incentivar a pessoa a pentear-se sozinha é um factor que aumenta a auto-estima.

A roupa e calçado devem ser adequados e não serem apertados, de modo a não comprometerem a circulação periférica.

O aparecimento de lesões cutâneas ou eritemas devem ser tratados assim que se detectam.

A alimentação e hidratação correcta e adequada devem ser providenciadas.

Em relação ao controlo de esfíncteres, os utentes devem ser conduzidos ao WC de 2 em 2 horas. Em caso de obstipação ou alterações do trânsito intestinal, é recomendada a ingestão de frutos, vegetais e alimentos com fibras, bem como a ingestão de um mínimo de 8 copos de água. Alimentos obstipantes devem evitar-se e deve ser promovida actividade física, aquela que a pessoa possa tolerar, uma vez que o exercício físico é tido como uma das melhores maneira de manter a qualidade de vida, exercendo benefícios funcionais sobre o organismo.

Em relação ao auto-cuidado, é de ressaltar que alguém que se vê em situação de dependência na sequência de um episódio patológico agudo ou no decurso de uma doença crónica tem o direito a viver a vida de forma tão normal quanto for possível. As capacidades para o auto-cuidado que foram perdidas devem ser ajudadas a readquirir. Neste contexto, uma atitude proteccionista dos profissionais de saúde é desaconselhada, uma vez que impede o desenvolvimento ou aquisição de competências para o auto-cuidado. A auto-estima e auto-confiança devem ser reforçadas.

Os recursos humanos e comunitários devem ser canalizados de forma adequada para dar assistência àqueles que deles precisam para recuperação do seu bem-estar.

Assim sendo, a primeira estratégia é identificar as capacidades presentes, as necessidades afectadas e as expectativas em relação à saúde, à doença e às suas limitações e posteriormente executar um plano de cuidados global que integre como epicentro o indivíduo e a família ou cuidador informal.

O auto-cuidado implica permanecer activo e saudável, física e mentalmente, a capacidade de prevenir doenças e acidentes, a capacidade de adesão a um regime terapêutico e a gestão de doenças crónicas, sendo que, em resumo, a pessoa responsabiliza-se pela sua saúde e bem estar físico e emocional. Exige-se que, na RNCCI, a recuperação e manutenção destas capacidades seja assegurada pelos profissionais, que promovem a acção do utente. Por vezes pode ser necessário activar certas áreas de apoio, tais como apoio psicológico, com estímulo para a recuperação de competências e adaptação à situação actual e suporte financeiro e logístico.

Envolver os utentes e familiares ou cuidadores informais é sinónimo de melhoria da promoção do auto-cuidado, sendo importante a educação, o treino, a informação, as ajudas técnicas e as redes sociais bem implementadas para ajudar a pessoa a tornar-se mais confiante e a auto-cuidar-se mais facilmente. Aumentando a auto-confiança própria e a dos seus familiares ou cuidadores, faz com que estes fiquem mais activos e interessados na promoção e melhoria desse bem-estar. É aconselhável o desenvolvimento de uma relação de parceria e partilha de perspectivas com o objectivo de maximizar a recuperação de capacidades. No processo de partilha de informação, devem ser envolvidos os seus familiares ou cuidadores e ter em atenção o que estes pretendem ou não pretendem saber.

Deve estimular-se a pessoa em situação de dependência a fazer tudo o que lhe seja possível, não importando o pouco que possa ser, e fornecer-lhe a ajuda necessária para as suas necessidades. Para isto, devem ser identificadas as actividades que essa pessoa pode desempenhar parcialmente e aquelas para as quais necessita ajuda total. As instalações devem ser adaptadas à pessoa, de modo a que esta possa desempenhar um maior número de actividades de forma autónoma.

O utente deve ser incluído no planeamento dos seus cuidados e as alterações na saúde ou na capacidade deste devem ser precocemente identificadas, de modo a poder proceder-se ao ajuste do plano de cuidados.

Para promoção do bem-estar, deverá encorajar-se o convívio com amigos e familiares, seja através de visita, telefonema ou outro tipo de meio de contacto. A pessoa deve ser envolvida em ocupações significativas, proporcionando-se sempre novas oportunidade de socialização. Deve incentivar-se a partilha de sentimentos, instaurando-se a escuta activa, mantendo a privacidade do utente e facilitando a comunicação. Deve incentivar-se ao lazer e ao exercício.

O facto de alguém necessitar auxílio nas AVD não implica que este não tenha o direito de tomar decisões em relação a elas. Os cuidadores devem sempre ter em atenção o respeito pela vontade da pessoa dependente, não assumindo que esta perdeu a capacidade de pensar por si própria.

Em casos em que estejamos presentes a uma situação de deterioração cognitiva que possa desencadear episódios de confusão ou agitação, poderá ser útil encetar actividades de alteração às rotinas, optimizando o meio envolvente para uma estimulação que os contacte com a realidade, evitar a confrontação directa, tentando mudanças de assunto se a pessoa ficar demasiado agitada. A colocação de objectos familiares no meio pode facilitar uma reaproximação à realidade.

6.4- A avaliação geriátrica integral

Uma grande fatia dos utentes da Rede são pessoas idosas. Neste contexto, a instauração de um conjunto de medidas para uma avaliação global e eficaz das necessidades dessas pessoas reveste-se de grande utilidade.

Esta avaliação baseia-se numa observação clínica, funcional, mental e social da pessoa, atendendo aos seus recursos e possibilidades, visando aferir as suas necessidades afectadas. Com isto pode elaborar-se um plano de cuidados integral, progressivo e continuado, que vá de encontro à satisfação das necessidades da pessoa e família ou cuidador.

Segundo Augusto, B. (2009), a avaliação geriátrica integral tem como benefícios:

- Complementar o exame clínico tradicional e oferecer maior precisão diagnóstica;
- Determinar o grau e a extensão da incapacidade, a nível motor, mental ou psíquico;

- Identificar as possibilidades de declínio funcional;
- Avaliar riscos no estado nutricional;
- Ser um guia para restaurar e preservar a saúde através de medidas tais como a farmacoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional ou psicoterapia.
- Identificar factores para a iatrogenia e alertar para medidas de prevenção;
- Estabelecer parâmetros para acompanhamento da pessoa;
- Orientar mudanças e adaptações no meio físico do paciente, reduzindo desvantagens e preservando a independência;
- Estabelecer critérios para indicação de internamento hospitalar ou instituição de longa permanência.

A avaliação geriátrica integral avalia:

O equilíbrio e a mobilidade, junto com o risco de queda, através das escalas de Tinetti e Berg, e Morse ou Downton, respectivamente.

A função cognitiva é avaliada através do mini-exame do estado mental (MMS- Mini mental state), teste do relógio ou da fluência verbal.

Em relação aos défices sensoriais, devem ser questionados e testados os utentes em relação à acuidade visual e auditiva.

Em relação às condições emocionais ou sintomas depressivos, utiliza-se a avaliação geriátrica de Yesavage.

Para aferir da disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, bem como das condições ambientais em que reside, são realizadas perguntas ao utente e ao seu acompanhante, tal como ao responsável pela visita domiciliária.

Para avaliação da capacidade funcional, utilizam-se, para as AVD, os índices de Barthel, ou de Katz. Para as AIVS, utilizam-se as escalas de Lawton ou de Pfeffer.

Para avaliação do estado ou risco nutricional faz-se um levantamento de factores de risco, avalia-se a antropometria e procede-se à avaliação nutricional.

Este tipo de avaliação confere-nos uma percepção global do contexto e das necessidades de uma pessoa, o que permitirá instituir um plano de cuidados global e individualizado.

7- As equipas de cuidados continuados integrados (ECCI)

Estas equipas apoiam-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada Centro de Saúde e serviços locais de Segurança Social, conjugando-se com outros serviços comunitários e com as autarquias. São compostas por médicos, enfermeiros, assistente social, enfermeiro de reabilitação ou fisioterapeuta e poderão incluir psicólogos, nutricionistas, auxiliares de acção médica ou outros.

Prestam cuidados das 8 às 20 horas, nos dias úteis e, caso necessário asseguram cuidados nos fins-de-semana e feriados das 9 às 17 horas.

As actividades da sua responsabilidade encontram-se descritas no Decreto-Lei, como referido mais acima.

Como critérios de admissão para estas equipas, incluem-se pessoas que possuam pelo menos dois dos seguintes aspectos:

- Avaliação objectiva de deterioração significativa no desempenho das AVD;
- Alta recente de uma unidade de internamento (da Rede ou de um hospital);
- Incapacidade de gerir o regime terapêutico;
- Necessidade de cuidados paliativos;
- Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica (ex. fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional,...).

Como critérios de exclusão, verificam-se aqueles que são extensíveis a toda a Rede, acrescentando-se a inexistência de cuidador informal, no caso de pessoas com grau elevado de dependência ou pessoas institucionalizadas em lares ou residências assistidas.

8- O cuidador informal

Muitas vezes, os cuidadores informais não olham para o cuidador formal (profissionais de saúde) numa perspectiva de parceria, mas sim como alguém de quem precisam e de quem dependem, uma vez que, na globalidade das ocasiões, não se vêem envolvidos no processo de cuidados e na tomada de decisões em relação ao seu familiar.

Por outro lado, os profissionais de saúde tendem a ver o cuidador formal como um recurso, ou um co-cliente.

Para habilitar o cuidador para a prestação de cuidados, de forma a que possam encetar um papel activo na prestação e tomada de decisões, dá-se origem a um processo que, segundo Nolan (2001) se desenvolve em três fases sequenciais:

Envolvimento, onde são estabelecidos laços de confiança e respeito mútuo, encetando-se uma partilha de crenças, pontos de vista, valores e necessidades.

Colaboração, onde se institui uma parceria baseada em objectivos e estratégias comuns, formando-se uma equipa, onde se partilha informação relevante, se definem objectivos e se negocia a divisão de tarefas.

Capacitação, onde se partilha o poder e a responsabilidade, equitativamente entre o profissional e o cuidador informal. Existe uma elevada confiança mútua, criando-se um clima de confiança que permite correr riscos e expor vulnerabilidades. Existe a certeza, entre ambas as partes, que cada uma agirá sempre com responsabilidade e adequação. Dá-se uma transferência de funções e poderes.

Polly (1999) recria o modelo de delegação de funções ao cuidador informal em 4 fases:

Fase dominada, existindo uma dependência completa da família em relação aos profissionais.

Fase participada, na qual a família ou cuidador se começa a ver como um elo importante na tomada de decisões.

Fase de desafio, em que começa a transferência de poderes dos profissionais para a família.

Fase de colaboração, em que o cuidador informal assume a sua nova função e adquire auto-confiança.

Seja qual for a forma como se dê esta capacitação, é fulcral que os profissionais de saúde estejam despertos para a importância que o envolvimento da família e colaboração com o cuidador informal têm neste paradigma emergente.

9- Conclusão

Os cuidados continuados constituem-se como um paradigma emergente e incontornável da nossa sociedade actual. Ainda em processo de implementação, um pouco longe da sua conclusão, apresenta já valores mensuráveis da sua utilidade e da importância que terão para a evolução dos cuidados de saúde em Portugal.

Com a RNCCI, pretende-se potencializar ao máximo a pessoa com dependência, na medida em que esta, anteriormente, muitas vezes se via numa situação de estagnação e conseqüente deterioração da qualidade de vida.

Com o aumento da esperança média de vida, devido ao avanço científico, uma pessoa pode viver muito mais tempo, mas concomitantemente, muitas vezes, com bastantes limitações. Não existindo uma rede de suporte para fazer face ao fluxo de entrada de tantas pessoas com necessidades especiais e individuais, a criação de um modo de responder adequadamente a este problema major impunha-se.

Deve elogiar-se o empenho de todos os intervenientes neste processo de implementação, quer a nível nacional, regional ou local, uma vez que todos lutam para ser o mais equitativos na distribuição destes novos recursos que lhes foram atribuídos. Se bem que só possa obter-se uma conclusão após a implementação global e definitiva desta Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, os resultados até agora são animadores, e traduzem ganhos objectivos em termos de saúde para aqueles que tiveram necessidade de usufruir dos seus serviços.

Humanizando-se o cuidado nessas instituições, onde, muitas vezes, necessitam de permanecer grandes períodos de tempo, aumenta-se o bem-estar. Envolvendo a própria pessoa no processo, esta sente-se útil e empenhada. Envolvendo os familiares e cuidadores, aumentam-se as possibilidades de regresso ao domicílio e da garantia de continuação de cuidados com qualidade.

Os Cuidados Continuados Integrados vieram para ficar e para se imporem como uma importantíssima mais valia. Nesta fase, verifica-se ainda um desconhecimento de grande parte dos profissionais e da população em geral para esta questão. A divulgação adequada dos princípios pelos quais se regem e da sua finalidade é importante, e quanto mais precoce, maior potencial de optimização poderá atingir-se.

Caso clínico

A Sr.^a L. D., 49 anos, residente na cidade da Covilhã. Como antecedentes pessoais, uma queda há 5 anos redundou numa fractura vertebral com compromisso medular que causou paraplegia. Entretanto desenvolveu uma úlcera de pressão de grau IV na tuberosidade isquiática direita, com 7 cm de diâmetro e 4 cm de profundidade.

Apresenta tendência para obstipação, sendo necessária administração de bisacodil rectal a cada 2 dias. Cronicamente algaliada, fez alguma ITU de repetição.

Admitida na Rede em 2008 na unidade a funcionar no Fundão, para iniciar tratamento da úlcera de pressão, que continuava a agravar. Internada durante 7 dias no serviço de cirurgia para realização de enxerto cutâneo no local da úlcera, regressando às instalações da Rede posteriormente para manutenção do tratamento. Devido à proximidade em relação ao ânus e à consistência e frequência das dejeções, esse enxerto não obteve funcionalidade e deu-se uma regressão no estado cicatricial da úlcera novamente.

Posteriormente internada em Medicina II, para tratamento de ITU, onde permaneceu 3 semanas, mantendo a vaga na Rede. Durante essas 3 semanas, a execução do penso era diária, não obstante os materiais com que se executasse conferirem maior espaço temporal de renovação. Contudo, a localização da úlcera e a presença de dejeções assim o exigia.

Após tratamento com sucesso da ITU, e antes da alta hospitalar, teve observação de cirurgia (tem, aliás, consultas periódicas), onde se propôs a Sr.^a L. a realização de uma colostomia, que seria a opção que potenciaria as possibilidades de cicatrização da úlcera e as probabilidades de um novo enxerto cutâneo surtir efeito. Esta concordou com a opção.

Encontra-se de regresso na instituição da Rede, e aguarda-se chamada do hospital para a realização da colostomia e enxerto cutâneo.

Bibliografia

GUERREIRO, I. (2009); Cuidados continuados: Desafios de um modelo integrado; 2ª Edição, Lisboa, Abril de 2009; UMCCI

UMCCI (2009); Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

UMCCI (2007); Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados

UMCCI (2006); Manual de Planeamento e Gestão de Altas

AUGUSTO, B. (2009); Plano Individual de intervenção em cuidados integrados; SEF, Covilhã, Novembro de 2009

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho

Links úteis

<http://www.rncci.min-saude.pt/>

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0340203422.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Portariaregmodelar.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0729107296.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Tabela_precos.pdf

[http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0305403057\[2\].pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0305403057[2].pdf)

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0475204752.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0305403057.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Portariaregmodelar.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/subdelegacaocompetencias.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/portariameadensos.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/desapachounidadesrncci.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/gtpaliativos.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/gtpaliativos.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/0790307903.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/precos_portaria.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/criacaodaumcci.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/despachoministerialecrecl.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/decreto-lei_apoios_sfl.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/decreto_lei_101_2006.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Apresentacao%20do%20Piloto%20-%20GTIPOP%20Cuidados%20Continuados.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/GTIPOP.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/EU17%20RNCCI%20PRO.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Indicadores_Actividades_com_objectivos_RNCCI.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Doc_P_Modelar.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/ApresentacaoGTIPOP_Fev09.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RESUMOEXECUTIVORelat_Anual_RNCCI_13_04_09.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RESUMO_EXECUTIVO_17%2004%2009%20Translation.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/cuidados_continuados_desafios_final.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RNCCIreuniuemLisboaparaanalisarosdesafiosfuturos.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Apresentacao17SETEMBRO.pdf

http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/relatorio1semestre17-09-2009.pdf

Anexo II

“Abordagem à vítima de trauma”

Abordagem à vítima de trauma



Ricardo Fonseca

Dezembro de 2009

Definição de Trauma

“ Lesão nos tecidos e órgãos humanos, resultado da transferência de energia do meio. As lesões são causadas por um tipo de energia que está para além dos limites de tolerância do corpo”

TNCC, 2006

Dados epidemiológicos

- 4ª causa de morte nos EUA, 1ª até aos 44 anos
- Causa cerca de 151 mil mortes, 2,6 milhões de hospitalizações e 36,9 milhões de pessoas que recorrem ao hospital
- Dados de Portugal e EUA dizem que por cada pessoa que morre vítima de lesões secundárias por trauma, 3 ficam permanentemente incapacitadas

TNCC, 2006

Dados epidemiológicos

- No ano 1998, nos EUA, 19,4 milhões de pessoas sofreram lesões incapacitantes por trauma (1 a cada dois segundos!)
- Em Portugal, no ano de 1996, por cada morte causada por colisão de veículos, 31 sofreram lesões incapacitantes.
- Nos EUA, por cada morte por trauma, correspondem 19 hospitalizações e 233 episódios de urgência

ATLS, 7ª edição

Dados epidemiológicos

- Principal causa de morte antes dos 35 anos nos países industrializados
- Estima-se que, em 2020, será a segunda ou terceira causa de morte, em todos os países.

Novais, I. (2007)

Biomecânica e Mecanismos de lesão

Forças externas:

- Forças de desaceleração
- Forças de aceleração
- Outras forças – balas, facadas, objectos empalados, explosões, lesões por radiação

Biomecânica e Mecanismos de lesão

Forças internas:

- Tensão
- Compressão

Biomecânica e Mecanismos de lesão

Tipos de lesão:

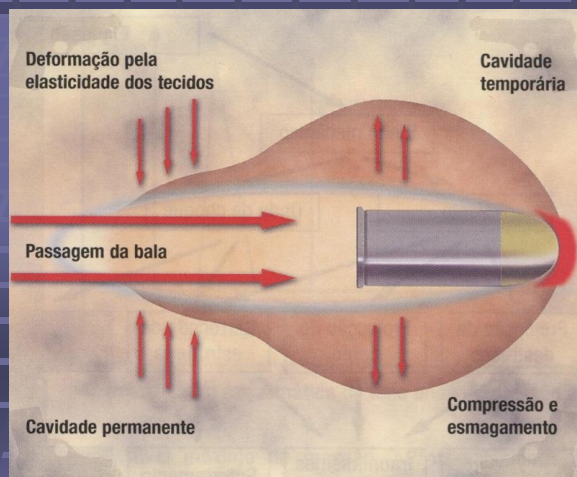
- Trauma fechado
- Trauma penetrante
- Feridas por arma branca
- Feridas por arma de fogo
- Quedas ou saltos

Biomecânica e Mecanismos de lesão

Mecanismos mais comuns:

- Agressão
- Quedas
- Explosões
- Acidentes Rodoviários

Biomecânica e Mecanismos de lesão



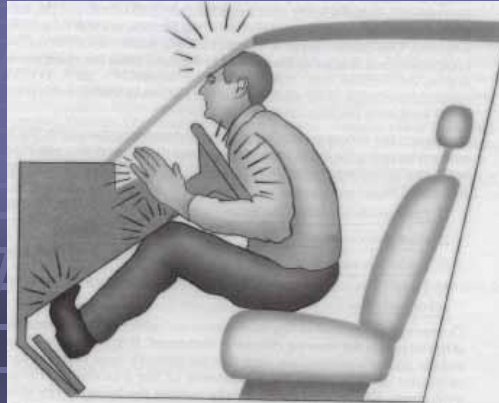
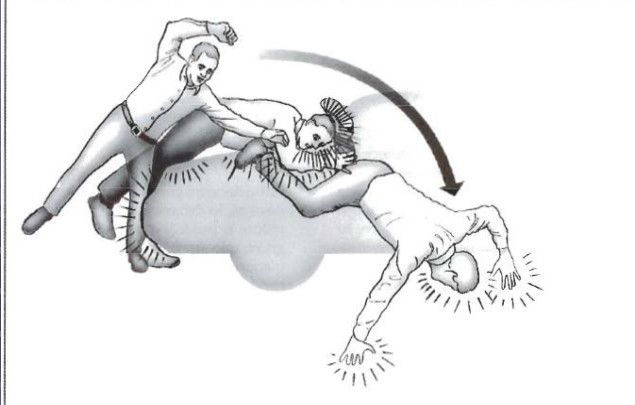


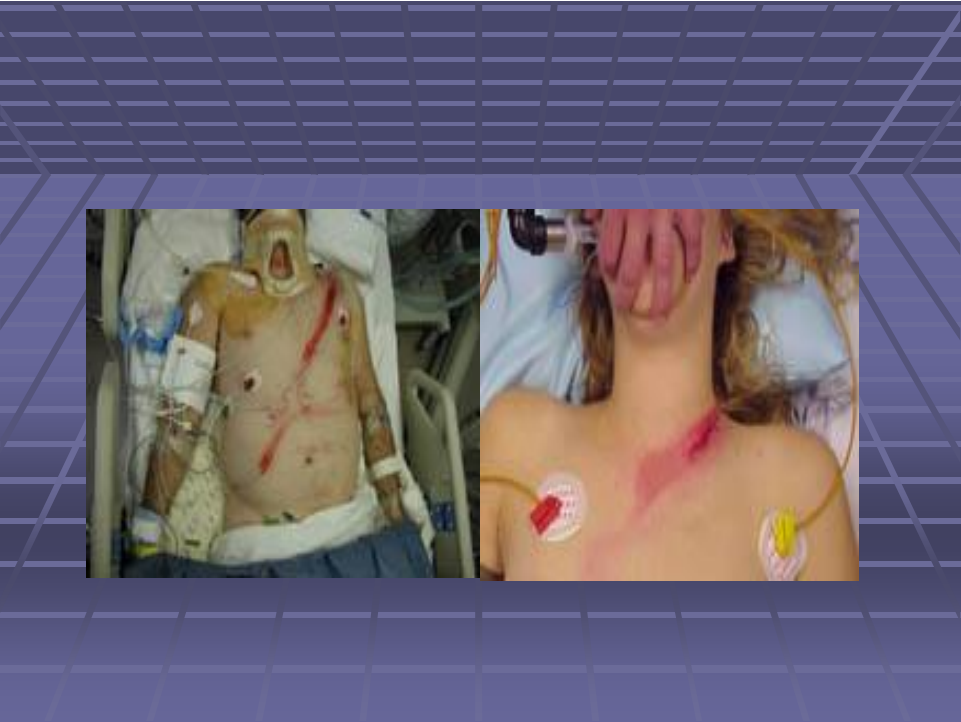
FIGURA 7
Uso Correcto e Incorrecto del Cinturón de Seguridad Pélvico

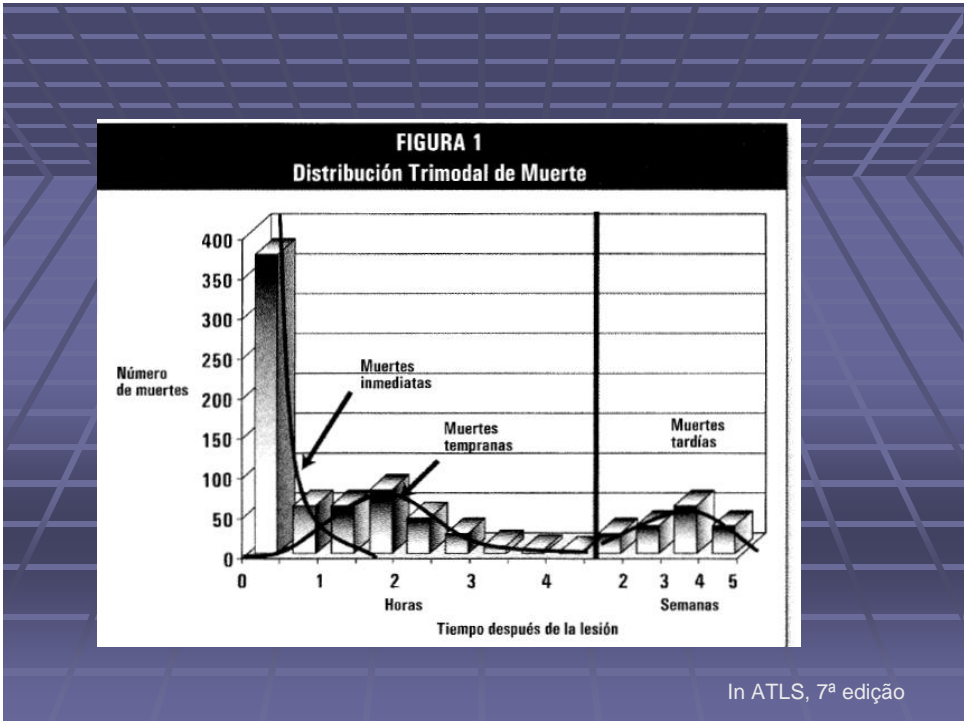
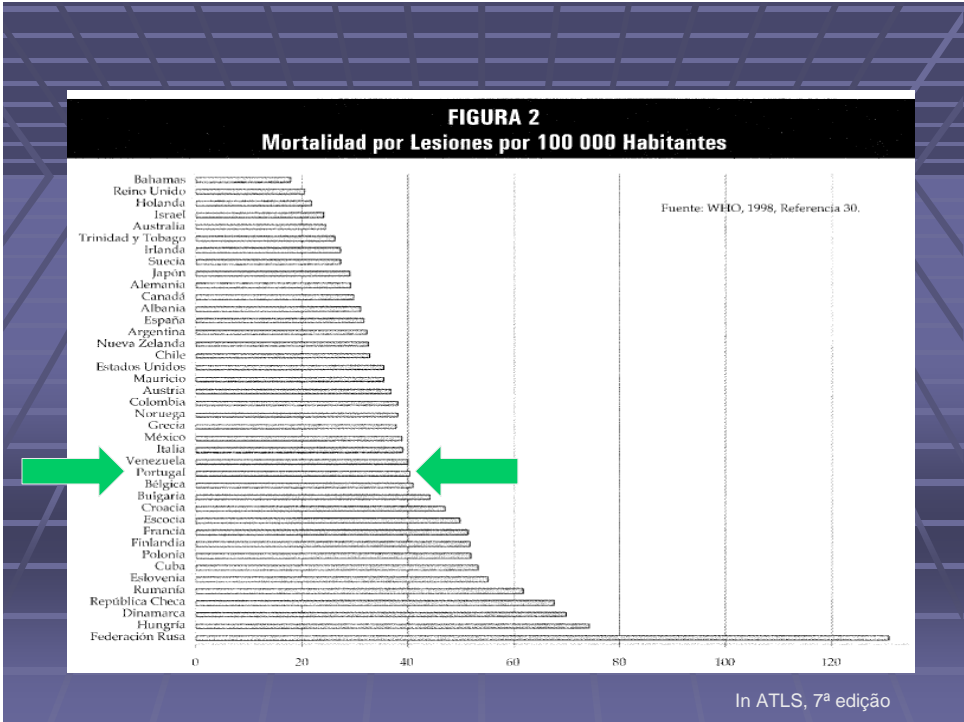


C

FIGURA 8
Triada de Lesiones en el Peatón Adulto







Mortalidade trimodal

Minutos iniciais

- Lesões neurológicas
- Lesões vasculares
- 40% evitáveis com programas de prevenção

Primeiras Horas

- Problemas respiratórios
- Problemas circulatórios
- Mortes maioritariamente evitáveis

Dias ou Semanas

- Sépsis
- ARDS

Novais, I. (2007)

Trauma

Pré-Hospitalar

- É muito importante a comunicação entre o pré-hospitalar e a assistência hospitalar imediata. Quanto mais completa e fidedigna for a informação, mais correcta poderá ser a preparação para receber a vítima de trauma.
- O mecanismo de lesão, a avaliação primária ABCDE feita no local, os tratamentos efectuados e o tempo aproximado de chegada deverão ser devidamente partilhados entre a assistência pré-hospitalar e o S. urgência de referência no caso.

Trauma

Mecanismos sugestivos de lesão grave

- Queda de altura superior a 6 metros
- Atropelamento por intermédio de viatura a peão ou motociclista
- Morte de outro ocupante da mesma viatura
- Projecção da pessoa do veículo motorizado
- Deformação major da viatura ou deformação marcada na área do passageiro
- Tempo de desencarceramento superior a 20 minutos
- Capotamento da viatura
- Lesão penetrante da cabeça ou tórax
- Qualquer lesão por arma de fogo

Trauma Care manual, 2001

Trauma

Imobilização

- Em acidentes automobilísticos ou perda de consciência, existe 5 a 10% de probabilidade de lesão (ou fractura) cervical
- Importante presumir sempre lesão cervical até prova em contrário
- Importante fazer imobilização cervical com colar cervical e apoios laterais, em plano duro
- De um total de 3% de incidência de lesões cervicais, esse valor pode aumentar para 10% se houver TCE e não existir adequada imobilização. (Sebusiani, B; 2001)

Trauma

Avaliação primária (baseia-se em três premissas)

- Tratar primeiro a maior ameaça à vida
- O tratamento indicado pode ser iniciado mesmo sem ter sido efectuado um diagnóstico definitivo
- Uma história detalhada não é necessária para começar a avaliação e o tratamento

Trauma

Avaliação primária

- Utiliza-se a mnemónica ABCDE, como recordação de que deve tratar-se primeiro o que mata primeiro
- ex.: uma obstrução de via aérea mata primeiro que uma dificuldade respiratória provocada por pneumotórax; uma pessoa morre primeiro devido a hemorragia major do que devido a um hematoma subdural.
- Lesões são diagnosticadas e tratadas conforme ABCDE
- Se houver alguma deterioração do status, regressar sempre ao "A"

Avaliação primária

- **A-** Via aérea com controlo cervical
- **B-** Ventilação
- **C-** Circulação com controlo da hemorragia externa
- **D-** Disfunção neurológica
- **E-** Exposição com controlo da temperatura

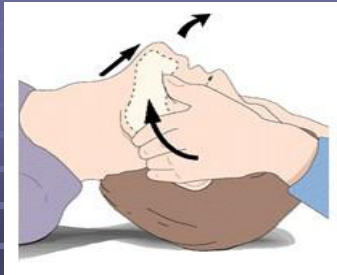
A- Via aérea com controlo cervical

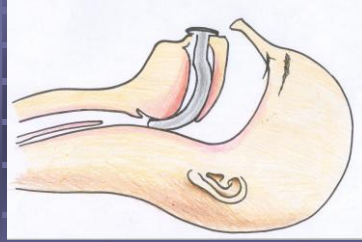
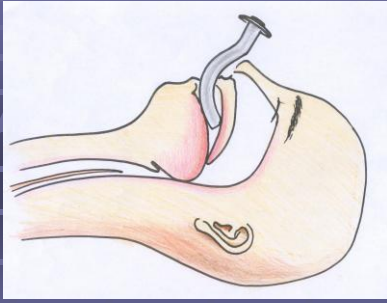
- Assegurar a permeabilidade da via aérea, ao mesmo tempo que se imobiliza a coluna cervical
- Verificar obstrução por queda da língua, corpos estranhos, dentes soltos, vômito, secreções, edema ou hemorragia
- Utilizar a subluxação da mandíbula como modalidade de permeabilização da via aérea.
- Inspeccionar e analisar anatomicamente a região cervical, fazendo tracção e imobilização
- Utilizar adjuvantes da via aérea (Guedell ou nasofaríngeos, se indicados)
- Cricotiroidectomia, se necessário.

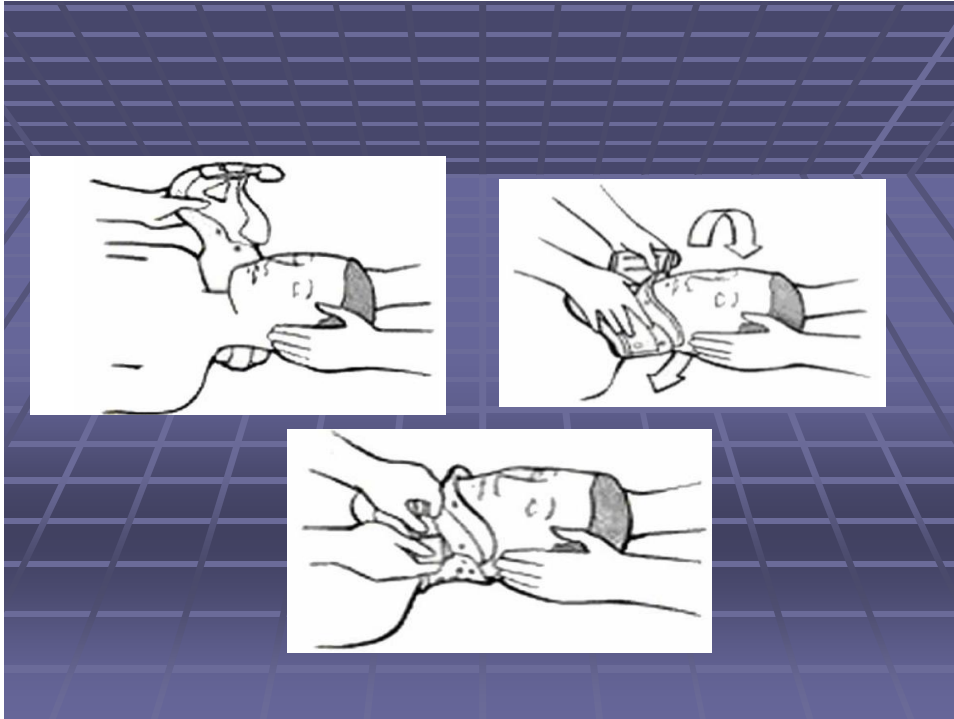
A- Via aérea com controlo cervical

Via aérea definitiva – indicações

- Apneia
- E. C. Glasgow = ou < a 8
- Lesão das vias aéreas superiores que comprometa a ventilação
- Elevado risco de aspiração
- Traumatismo instável da face
- Convulsões repetidas
- Incapacidade de permeabilizar via aérea
- Falência respiratória FR > 30, exaustão, utilização de músculos acessórios







B- Ventilação

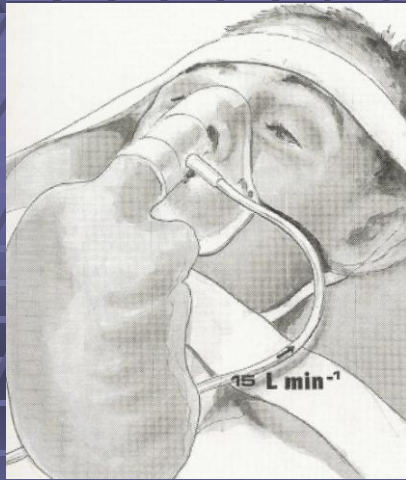
- Avaliar ventilação espontânea, elevação e depressão do tórax (simetria e profundidade), coloração da pele, taxa respiratória (normal, lenta ou rápida), padrão respiratório (regular, irregular ou *Cheyne-Stokes*), integridade das estruturas torácicas, uso de músculos acessórios, sons respiratórios bilaterais, veias jugulares e posição da traqueia

B- Ventilação

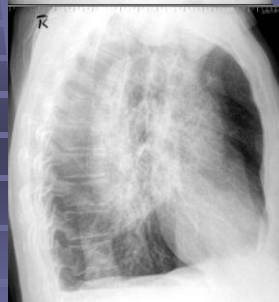
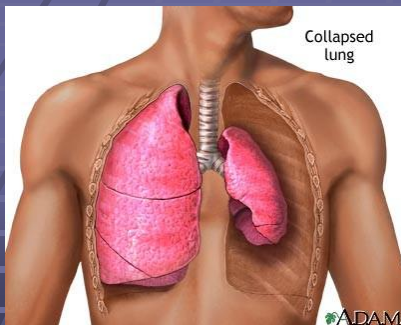
- Administrar O₂ por Máscara de Alta Concentração ou *Hudson* (12-15 l/min)
- Despistar cianose, assimetria na expansão torácica ou paroxismos na movimentação do tórax (*volet costal*), jugulares distendidas, diminuição dos sons respiratórios e desvio da traqueia.
- Em caso de pneumotórax hipertensivo, drenar com catéter G14 ou 16, no 2º espaço intercostal, linha clavicular média, no lado afectado

B- Ventilação

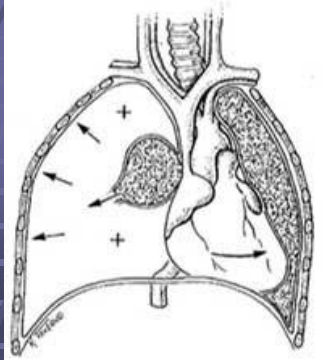
- Se ventilação ausente, oxigenar com insuflador manual (ratio 10 insuflações/minuto), assistir na EET e manter oxigenação até recuperação ou ventilação mecânica
- Atender a todos os pormenores passíveis de comprometer a respiração antes de passar à avaliação circulatória



Pneumotórax



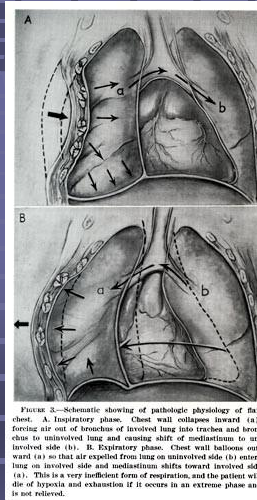
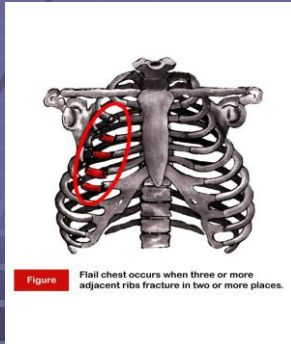
Pneumotórax hipertensivo



Hemotórax



Volet Costal



C- Circulação com controlo da hemorragia externa

- Palpar pulso central (femoral ou carotídeo) quanto à sua qualidade e ritmo, verificar tempo de preenchimento capilar, verificar pele quanto a cor, temperatura e sudorese, inspeccionar sinais de hemorragia, fazer auscultação cardíaca (poderá ser realizada ao mesmo tempo que se faz a pulmonar) e, se possível, avaliar TA.
- Controlar hemorragia externa, fazendo compressão directa sobre o local, ou elevando a extremidade sangrante, aplicando pressão sobre os pontos de pressão da artéria ou, em último caso, aplicar torniquete.

C- Circulação com controlo da hemorragia externa

- Cateterizar 2 acessos com catéter G 14 ou 16 (ou o maior calibre possível) para reposição de volume e infundir solução cristalóide ou colóide, conforme os objectivos
- Considerar PASG(fato pneumático anti-choque) para casos de hemorragia intra-abdominal ou pélvica com hipotensão
- Em caso de circulação ausente, iniciar manobras de RCP
- Devem debelar-se ou controlar-se os problemas detectados nesta fase antes de passar à avaliação neurológica

	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
PERDA SANGUÍNEA (ml)	Até 750	750-1500	1500-2000	> 2000
PERDA SANGUÍNEA (%)	Até 15%	15-30%	30-40 %	> 40%
FREQUÊNCIA CARDÍACA	< 100	> 100	> 120	>140
PRESSÃO ARTERIAL	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
PREENCHIMENTO CAPILAR	Normal	Diminuído	Diminuído	Diminuído
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	14 – 20	20 – 30	30 – 40	> 35
DÉBITO URINÁRIO (ml/hora)	30 ou mais	20 – 30	5 – 15	Praticamente ausente
ESTADO MENTAL	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso – confuso	Confuso – letárgico
FLUIDOTERAPIA (REGRAS 1:3 e 1:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e colóide	Cristalóide e colóide



D- Disfunção neurológica

- **A-** Alerta (se consciente e alerta)
- **V-** Verbal (se responde a estímulos verbais)
- **P-** *Pain*- Dor (se responde a estímulos dolorosos)
- **U-** *Unresponsive*-Sem resposta- se não responde a estímulos dolorosos

D- Disfunção neurológica

- Verificar o tamanho, forma, simetria e reactividade das pupilas
- Despistar possíveis deficits neurológicos com esta avaliação sumária, utilizando a mnemónica **AVPU**

Escala de Comas de Glasgow

1 ABERTURA OLHOS	ESPONTANEA	4
	ESTIMULO VERBAL	3
	ESTIMULO DOLOROSO	2
	AUSENTE	1
2 VERBAL (fala)	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	DESCONEXA	3
	INCOMPREENSIVEL	2
	AUSENTE	1
3 RESPOSTA MOTORA	CUMPRE ORDENS	6
	MOVIMENTO INTENCIONAL	5
	FOGE À DOR	4
	FLEXÃO À DOR	3
	EXTENSÃO À DOR	2
	AUSENTE	1

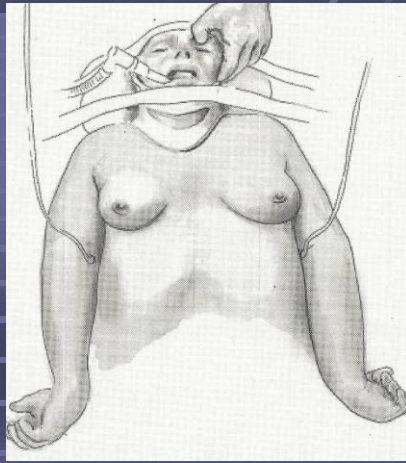
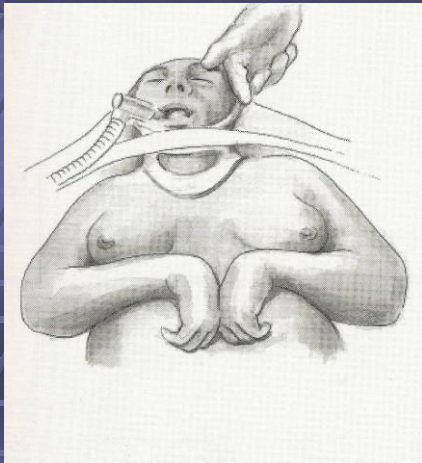


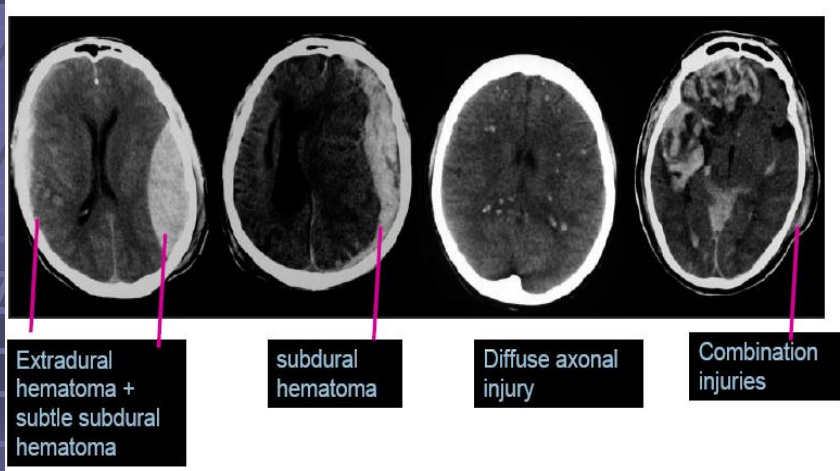
Midríase

Miose

Anisocória

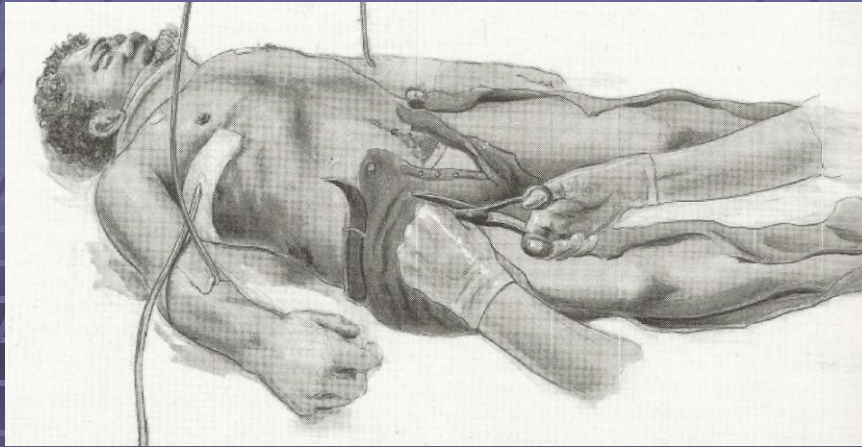
Pupilas normais





E- Exposição com controlo da temperatura

- Manter a imobilização cervical e utilizar técnicas de rolamento (*log roll*) para a mobilização
- Se necessário cortar as roupas para expor a vítima de trauma, no sentido de despistar lesões que possam ter passado despercebidas
- Manter a vítima aquecida, utilizando mantas térmicas ou utilizando soluções de infusão aquecidas, com intuito de prevenir hipotermia



Avaliação secundária

- **F-** (FFF) *Full- Five- Facilitate*
- **G-** *Give* (dar conforto)
- **H-** História
- **I-** Inspeção *Head-to-toe*

F- FFF

- *Full*- Avaliar todos os sinais vitais
- *Five*- 5 intervenções
- *Facilitate*- facilitar a presença da família

Full

- Avaliar todos os sinais vitais: TA, Fc, Fr, Temperatura, glicémia capilar, peso (nas crianças)
- Avaliar TA nos dois braços se suspeita de trauma torácico

Five

- Monitorizar o ritmo cardíaco
- Colocar oxímetro de pulso para monitorização de SpO₂ (ou fazer, se possível, gasometria no imediato)
- Inserir catéter urinário para monitorização do débito urinário horário (excepto se suspeita de fractura pélvica, deslocamento da próstata ou traumatismo uretral)
- Inserir SNG (ou orogástrica, se suspeita de # da face ou base do crânio), para descompressão ou esvaziamento gástrico e diminuição do risco de estimulação vagal.
- Promover as análises laboratoriais adequadas.

Facilitate

- Facilitar a presença de familiares, atendendo às suas necessidades, envolvendo-os, na medida do possível nos cuidados, destacando um elemento para lhes facultar informações e promover apoio emocional ou espiritual, se for solicitado



Give- Dar

Estabelecer medidas de conforto

- Controlo da dor
- Toque
- Posicionamento
- Técnica de relaxamento
- Redução de estímulos ambientais
- Escuta activa
- Estabelecer relação de confiança

História

Informação pré-hospitalar

- **M**- Mecanismo de lesão
- **I**- *Injuries* (suspeita de lesões)
- **V**- *Vital signs* (sinais vitais no local da ocorrência)
- **T**- Tratamento iniciado e resposta do doente

História

- Informação dada pelo doente
- Informação dada pela família
- Historial médico

História

- **M**- Medicação (uso ou abuso de)
- **A**- Alergias
- **P**- Passado (internamentos, cirurgias, doenças,...)
- **L**- *Last Meal* (última refeição)
- **E**- Eventos importantes no desencadear da situação

Inspecção *Head-to-toe*

- Inspecção
- Auscultação
- Palpação
- Percussão

Inspecção *Head-to-toe*

Aparência geral

- Posição do corpo
- Postura
- Movimentos de defesa
- Rigidez/flacidez muscular
- Posição dos membros (flexão ou extensão)
- Odores anormais (álcool, vômito,...)

Inspecção *Head-to-toe*

Cabeça e face

- pesquisar lacerações, abrasões, contusões, objectos empalados, equimoses, edema, lesões perfurantes, pesquisa de crepitações ou enfisema

Inspeção *Head-to-toe*

Deformidades ósseas

- # expostas
- Dentes partidos
- Depressões ou angulações
- Palpar # faciais

Inspeção *Head-to-toe*

Olhos

- Testar acuidade visual
- Equimoses periorbitais (*Raccoon's eyes*)
- Edemas
- Forma, simetria e fotorreactividade pupilar
- Corpos estranhos
- Movimentos oculares

Inspeção *Head-to-toe*

Ouvidos

- Equimoses retroauriculares (sinal de *Battle*)
- Arrancamentos da pele
- Drenagem de sangue ou LCR
- Não tapar a drenagem de fluido auricular no caso de LCR

Inspeção *Head-to-toe*

Nariz

- Pesquisar drenagem de sangue ou LCR
- Não tamponar no caso de LCR
- Pesquisar a posição do septo nasal
- Despistar fracturas

Inspeção *Head-to-toe*

Pescoço

- Procura evidência de trauma penetrante, objectos empalados
- Equimoses, edemas ou feridas abertas
- Posição da traqueia
- Aparência das jugulares
- Despiste de enfisema

Inspeção *Head-to-toe* - Tórax

Inspeção

- Observar ritmo, profundidade e esforço respiratório, uso de músculos abdominais e se existe respiração paroxística
- Procurar lacerações abrasões, feridas penetrantes, objectos estranhos, equimoses e edemas
- Avaliar expansão torácica e possíveis sinais de dor

Inspeção *Head-to-toe* - Tórax

Auscultação

- Verificar os sons respiratórios
- Despistar sons adventícios (roncos, sibilos,...)
- Despiste da auscultação cardíaca para murmúrios, hipofonese.

Inspeção *Head-to-toe* - Tórax

Palpação

- Despiste de enfisema
- Palpação da clavícula, esterno e costelas para pesquisar crepitações, angulações ou deformidades

Inspeção *Head-to-toe* - Abdómen

Inspeção

- Lacerações
- Abrasões
- Contusões
- Edemas, equimoses
- Objectos empalados
- Evisceração
- Distensão

Inspeção *Head-to-toe* - Abdómen

Auscultação

- Presença ou ausência de sons intestinais (RHA)
- Auscultar antes de palpar, uma vez que a palpação pode alterar a frequência dos ruídos intestinais

Inspeção *Head-to-toe* - Abdómen

Palpação

- Palpar os 4 quadrantes
- Despistar rigidez, defesa, massas ou áreas de tensão
- Palpar primeiro área sem visíveis lesões ou dores

Inspeção *Head-to-toe*

Pélvis/ períneo

- Procurar lacerações, abrasões, contusões, feridas perfurantes, objectos empalados, equimoses ou edemas.
- Despistar deformidades ósseas
- Despiste de sangue no meato urinário, vagina ou recto
- Despistar alterações neurológicas (priapismo, distonia de esfíncteres)
- Despiste de deslocamento da próstata

Inspeção *Head-to-toe*

Extremidades

- Pesquisa de corpos estranhos incrustados (não remover se função neurológica mantida)
- Cor, temperatura da pele e palpação dos pulsos periféricos
- Pesquisar hemorragia, lacerações, abrasões, contusões, feridas perfurantes, objectos estranhos, edemas, equimoses, angulações e feridas abertas

Inspeção *Head-to-toe*

- Despiste de lesões ósseas
- Verificação da função motora

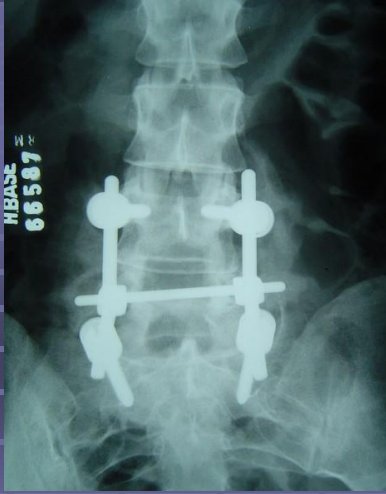
Inspecção *Head-to-toe*

Superfícies posteriores

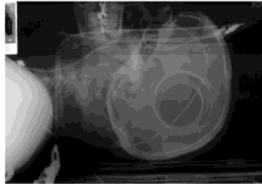
- Manter estabilização da coluna vertebral
- Fazer rotação em bloco (*Log Roll*)
- Despistar equimoses, abrasões, corpos estranhos, feridas perfurantes,...
- Palpar toda a superfície da coluna vertebral e ângulos costo vertebrais

Exames complementares de diagnóstico

- Rx Crânio, coluna cervical, tórax e bacia com coxofemurais
- Lavagem peritoneal dignóstica
- FAST ou ecografias
- TAC

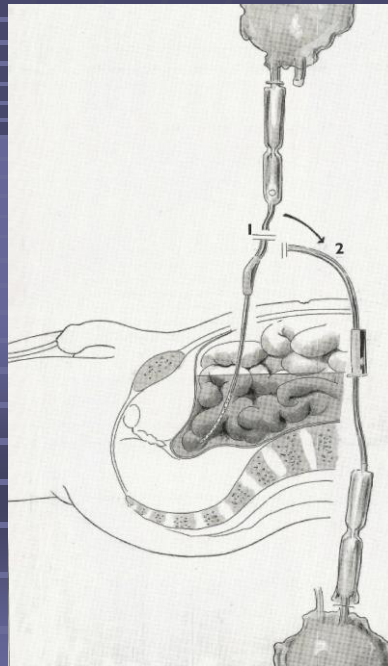
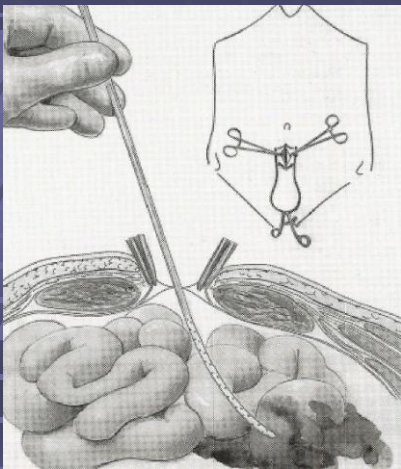
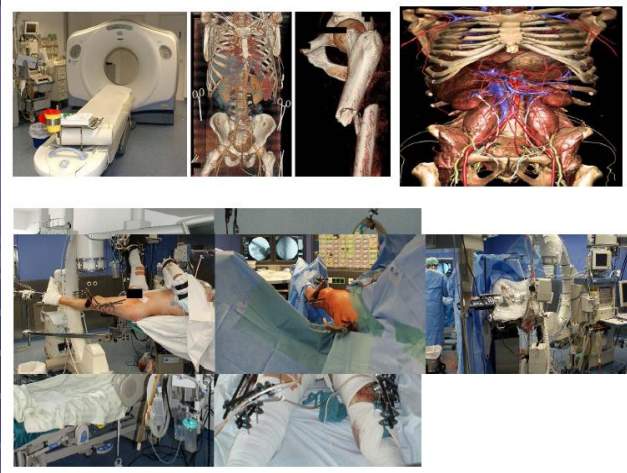


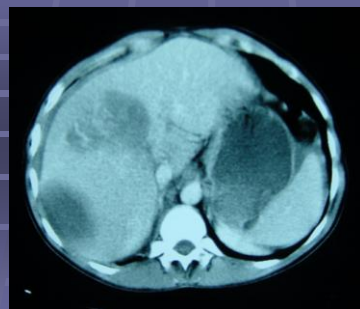
C-spine lateral - Trauma series



Chest radiograph - Trauma series







Bibliografia

- *Trauma Nursing Core Course*, 2006; ENA
- Comité de Trauma del colegio americano de cirujanos- *Manual de Curso ATLS*; septima edicion
- Kool, D.; Blickman, J. (2007)- *Advanced trauma Life Support. ABCDE from a radiologic point of view*; Am Soc emergency radiology, 2007

Bibliografia

- Sebusiani, B. (2001) – *Trauma cervical e do pescoço*
- Graves, I. et al (2001)- *Trauma Care Manual*; Arnold, London
- Peitzman, A. (2002)- *The Trauma Manual*; Lippincot, Williams and Wilkins publishing

Bibliografia

- Novais, I. – *Avaliação de um traumatizado* (2007)
- Ribeiro, M. – *Técnica de imobilização de coluna cervical* (2007); Núcleo de educação em urgências de Santa Catarina, Brasil

Muito obrigado pela atenção!



Anexo III

**“Um estudo comparativo entre a “Downton © Falls Index” e a
“Johns Hopkins © Risk Assessment Tool”**

Quedas em meio Hospitalar

*Um estudo comparativo entre a
"Downton® Falls Index" e a "Johns
Hopkins® Risk Assessment Tool"*

Covilhã, Setembro de 2009

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Ricardo Fonseca

Agradecimentos:

Ao Conselho de Administração do CHCB, E.P.E, na
figura do seu Enfermeiro Director

À Ex.ma Enfermeira Stephanie Poe, do Johns
Hopkins Hospital, por amavelmente autorizar o uso
da *Johns Hopkins Risk Assessment Tool*

A toda a equipa de Enfermagem da Enfermaria Dr.
Garcia de Oliveira

"Caí! Inúmeras vezes na minha vida eu caí. Nenhuma queda foi fácil de levantar. Mas não são as dores da queda, mas sim a vergonha proporcionada pelos tropeços, o que incomoda mais."

Jose Rafael Monteiro Pessoa

"O mundo é um lugar perigoso para se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer."

Albert Einstein

"As grandes oportunidades de ajudar os outros raramente acontecem, mas as pequenas surgem todos os dias."

Sally Koch

Nota Introdutória

Da prática baseada na evidência, surgem constante e continuamente novas dúvidas e novas oportunidades de fazer o melhor possível por aqueles que estão ao nosso cuidado. Neste particular, conquanto à temática das quedas, emerge a necessidade de obter um instrumento que nos possa auxiliar, de modo mais verosímil, a triar melhor os nossos clientes quanto ao verdadeiro potencial de queda.

Nota Introdutória

No seguimento de algumas lacunas detectadas com a utilização da “*Downton Falls Index*” (doravante denominada “Escala de *Downton*”), verifica-se a necessidade de encontrar um instrumento mais adequado à realidade encontrada no dia-a-dia de um internamento de Medicina Interna. Sendo a Escala de *Downton* desenvolvida por uma médica (e com todo o respeito que a classe merece), não se encontra totalmente de encontro ao trabalho que os profissionais de Enfermagem desenvolvem nas 24 horas que passam com o cliente.

Nota Introdutória

Lapsos como a aplicação deste instrumento a todas as pessoas internadas, sem excluir situações tais como doentes em coma, atribuindo-lhes alto risco de queda quando, na realidade, quedas dessas pessoas seriam por pura negligência, emergem de forma evidente. O facto de não providenciar um score ponderado e de apresentar uma elevadíssima taxa de classificações de “Alto Risco de Queda”, são outros dos factos identificados. Tais factos não permitem aos Enfermeiros identificar, instrumentalmente, quais os verdadeiros casos de risco e aplicar os recursos materiais e humanos adequados a cada caso.

Nota Introdutória

Surge então, neste contexto, a necessidade de encontrar uma alternativa válida, credível e aplicável à realidade com que nos deparamos. A “*Johns Hopkins Risk Assessment Tool*” é um instrumento desenvolvido por enfermeiros, para a prática de Enfermagem. Desenvolvida num hospital de referência a nível mundial, deu provas inegáveis da sua utilidade e aplicabilidade prática a nível Hospitalar. Apresenta scores ponderados e apresenta limitações óbvias à sua utilização

Escala de Downton[©]

Quedas Anteriores	Não / Sim *
Medicamentos	Nenhum Tranquilizantes / sedativos* Diuréticos* Hipotensores (não diuréticos)* Antiparkinsonianos* Antidepressivos* Outros medicamentos
Défi ce Sensorial	Nenhum Alterações visuais* Alterações auditivas* Nos membros*
Estado Mental	Orientado Confuso*
Marcha	Normal Segura, com ajuda Insegura com ou sem ajuda* Impossível*
Somar um ponto por cada asterisco. Três ou mais pontos indicam risco elevado de quedas.	

Johns Hopkins © Risk Assessment Tool

Fall risk factor category * (NA if comatose, complete paralysis, or completely immobilized)	Points
Age <ul style="list-style-type: none"> • 70–79 y (2 points) • ≥80 y (3 points) 	
Fall history <ul style="list-style-type: none"> • Fall within 3 months before admission (5 points) • Fall during this hospitalization (11 points) 	
Mobility <ul style="list-style-type: none"> • Ambulates or transfers with unsteady gait and NO assistance or assistive devices (2 points) • Ambulates or transfers with assistance or assistive device (2 points) • Visual or auditory impairment affecting mobility (4 points) 	
Elimination <ul style="list-style-type: none"> • Urgency/nocturia (2 points) • Incontinence (5 points) 	
Mental status changes <ul style="list-style-type: none"> • Affecting awareness of environment (2 points) • Affecting awareness of one's physical limitations (4 points) 	
Medications: One present (3 points); 2 or more present; or sedated procedure within the past 24 h (5 points) <ul style="list-style-type: none"> • Psychotropics (antidepressants, hypnotics, antipsychotics, sedatives, benzodiazepines, some antiemetics) • Anticonvulsants • Diuretics/cathartics • PCA/narcotics/opiates • Antihypertensives 	
Patient care equipment: One present (1 point); ≥ 2 present (2 points) (IV, chest tube, indwelling catheter, SCDs, etc)	
Total points	

*Moderate risk = 6–10 Total points, High risk > 10 Total points

Caracterização do Trabalho

Foi efectuado um estudo transversal, compreendido entre 12/12/2008 e 20/04/2009. Durante este período, foi feita a aplicação concomitante dos dois instrumentos de avaliação de risco de queda a uma amostra significativa de doentes internados na Enfermaria Dr. Garcia de Oliveira.

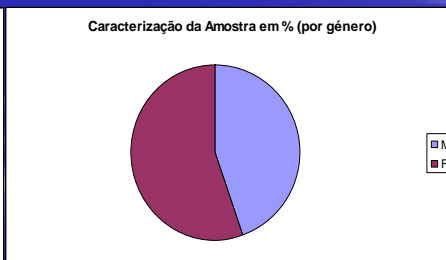
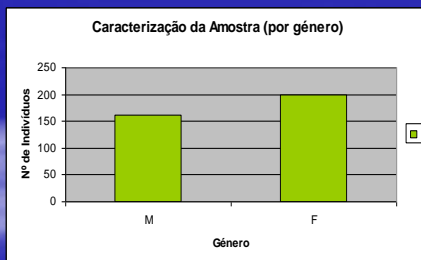
Caracterização da Amostra

Foi realizado o estudo, utilizando uma amostra significativa de 361 indivíduos, durante o período de tempo previamente indicado.

Caracterização da Amostra

Amostra (por género)	
M	181
F	200

Amostra em % (por género)	
M	44,80%
F	55,40%



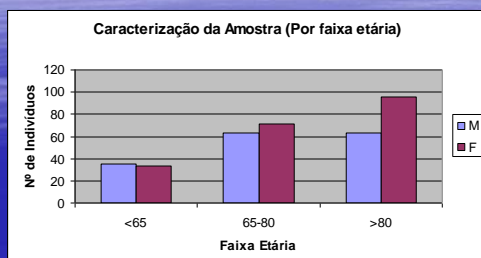
Caracterização da Amostra

Amostra (por faixa etária)			
	<65	65-80	>80
Total	68	134	159

Amostra (Por género e faixa etária)			
	<65	65-80	>80
M	35	63	63
F	33	71	96

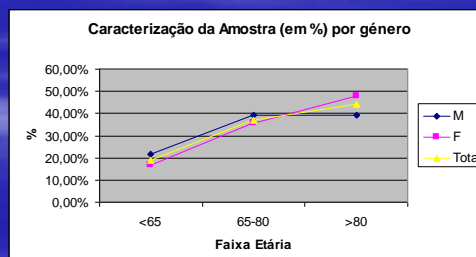
Amostra em % (por faixa etária)			
	<65	65-80	>80
M	21,70%	39,10%	39,10%
F	16,50%	35,50%	48%
Total	18,80%	37,10%	44,10%

Caracterização da Amostra



Amostra (Por género e faixa etária)			
	<65	65-80	>80
M	35	63	63
F	33	71	96

Amostra em % (por faixa etária)			
	<65	65-80	>80
M	21,70%	39,10%	39,10%
F	16,50%	35,50%	48%
Total	18,80%	37,10%	44,10%

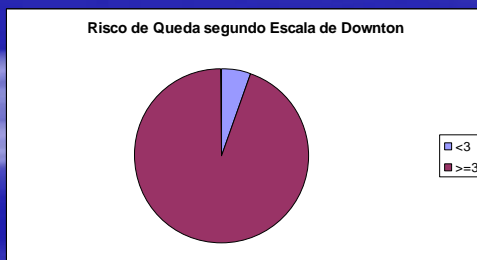
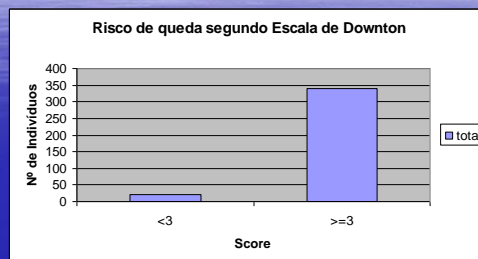


Caracterização da Amostra

- Amostra predominantemente feminina
- A percentagem de pessoas acima de 80 anos é congruente com o aumento da esperança média de vida crescente, especialmente em mulheres
- O escalão etário < 65 anos é claramente o menos presente em internamentos

Quanto ao risco de queda (pela escala de Downton)

	<3	>=3
total		20

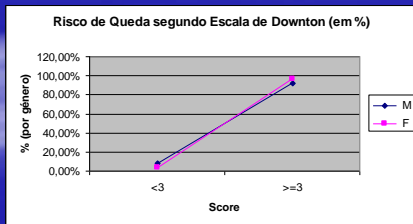
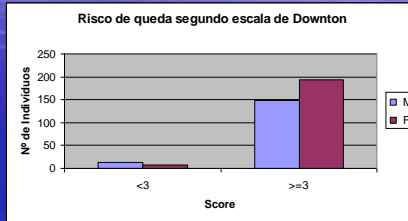


	<3	>=3
total	5,50%	94,50%

Quanto ao risco de queda (pela escala de Downton)

Score Downton em % (por género)

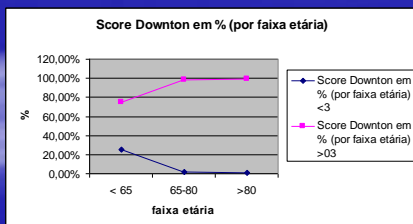
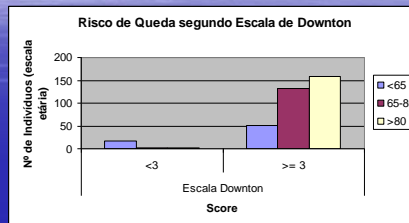
	<3	>=3
M	13	148
F	7	193



	<3	>=3
M	8,10%	91,90%
F	3,50%	96,50%

Quanto ao risco de queda (pela escala de Downton)

	Escala Downton (por faixa etária)	
	<3	>= 3
<65	17	51
65- 80	2	132
>80	1	158

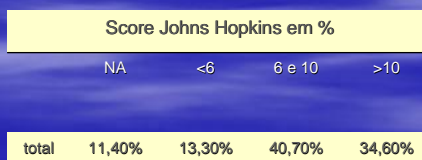
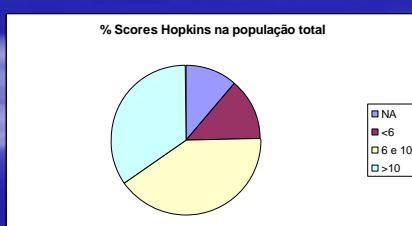
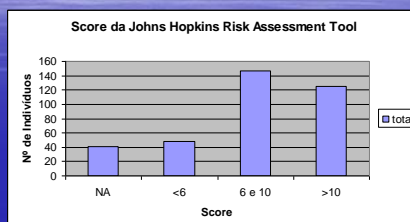
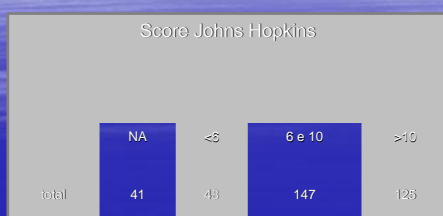


	<3	>=3
< 65	25,00%	75,00%
65-80	1,50%	98,50%
>80	0,60%	99,40%

Quanto ao risco de queda (pela escala de Downton)

- Verifica-se uma esmagadora maioria em qualquer género ou faixa etária de risco elevado de queda.
- Acima de 65 anos apenas 3 indivíduos não apresentavam risco elevado de queda.

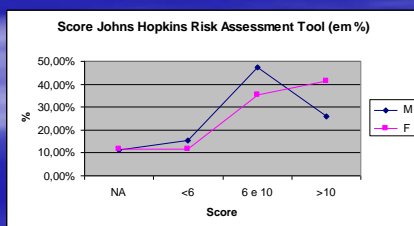
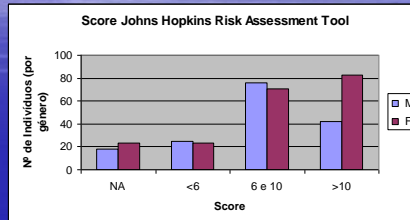
Quanto ao risco de queda (por Johns Hopkins)



Quanto ao risco de queda (por Johns Hopkins)

Score Johns Hopkins (por género)

	NA	<6	6 e 10	>10
M	18	25	76	42
F	23	23	71	83



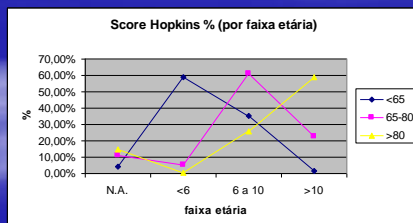
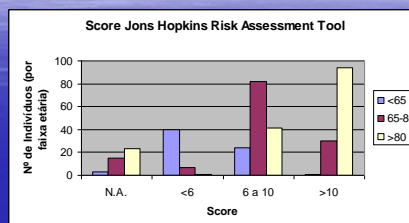
Score Johns Hopkins em % (por género)

	NA	<6	6 e 10	>10
M	11,20%	15,50%	47,20%	26,10%
F	11,50%	11,50%	35,50%	41,50%

Quanto ao risco de queda (por Johns Hopkins)

Score Johns Hopkins (por faixa etária)

	N.A.	<6	6 a 10	>10
<65	3	40	24	1
65-80	15	7	82	30
>80	23	1	41	94



Score Johns Hopkins em % (por faixa etária)

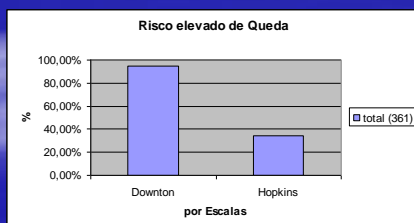
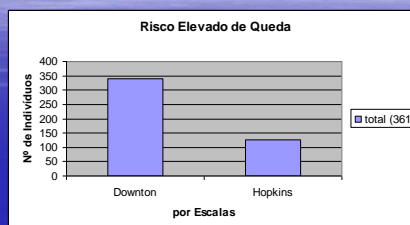
	N.A.	<6	6 a 10	>10
<65	4,40%	58,80%	35,30%	1,50%
65-80	11,20%	5,20%	61,20%	22,40%
>80	14,50%	0,60%	25,80%	59%

Quanto ao risco de queda (por Johns Hopkins)

- De acordo com os dados obtidos, verifica-se uma heterogeneidade dos mesmos.
- Quer por géneros, quer por faixa etária, existe uma variedade de resultados de risco de queda, bem como uma percentagem considerável de Não Aplicabilidade da escala.

Comparação de Resultados

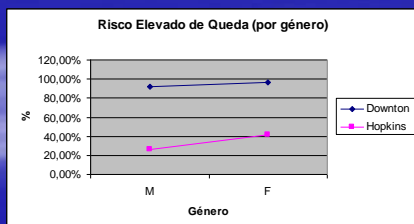
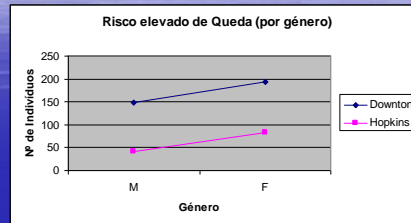
Relação Downton/Hopkins		
Risco Elevado de Queda		
	Downton	Hopkins
total (361)	94,50%	34,80%



Relação Downton/Hopkins em %		
Risco Elevado de Queda		
	Downton	Hopkins
total (361)	341	125

Comparação de Resultados

Relação Downton/Hopkins Risco Elevado de Queda (por género)		
	Downton	Hopkins
M	148	42
F	193	83



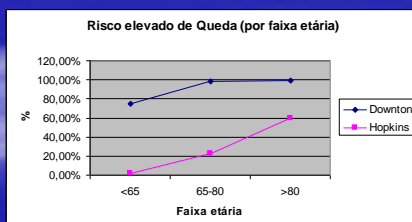
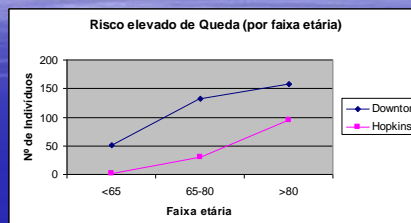
**Relação Downton/Hopkins %
Risco Elevado de Queda
(por género)**

	Downton	Hopkins
M	91,90%	26,10%
F	96,50%	41,50%

Comparação de Resultados

**Relação Downton/Hopkins %
Risco Elevado de Queda
(por faixa etária)**

	Downton	Hopkins
<65	75,00%	1,50%
65-80	98,50%	22,40%
>80	99,40%	59%



**Relação Downton/Hopkins
Risco Elevado de Queda
(por faixa etária)**

	Downton	Hopkins
<65	51	1
65-80	132	30
>80	158	94

Quedas

Quedas	
Total	7
M	3
F	4

Quedas em %	
Total	1,90%
M	1,90%
F	2%

Quedas e relação com avaliação do risco de queda

Relação Quedas/Idade/Scores			
Quedas	Idade	Score Hopkins	Score Downton
4	65-80	>10	>3
3	>80	>10	>3

DÍSCUSSÃO

- De acordo com as hipóteses lançadas previamente, verificamos que a *Johns Hopkins Risk Assessment tool* nos dá vários tipos de resultados consoante cada pessoa a quem é aplicado o instrumento. Verifica-se uma percentagem considerável de indivíduos aonde não pode aplicar-se a escala (e, note-se, variável consoante a característica da população internada; actualmente existem 12 em 30 doentes em que a escala não pode ser aplicada)

DÍSCUSSÃO

- Existe uma percentagem também considerável de indivíduos sem risco de queda, e a maior fatia cinge-se no grupo de moderado risco de queda.
- Com estes resultados, conseguimos fazer uma melhor e mais eficaz triagem do real risco de queda de cada doente, e, ao mesmo tempo, poder fazer uma melhor utilização de recursos humanos e materiais.
- Num serviço de Medicina Interna não é praticável dividir-se em risco de queda e sem risco de queda, ainda mais que uma larguíssima maioria pertence ao primeiro grupo.

DÍSCUSSÃO

- Com esta escala, aproximamo-nos de forma mais efectiva da realidade da prática de Enfermagem a nível Hospitalar. Como exemplo mais efectivo, sabemos empiricamente que se um indivíduo com E. C. Glasgow de 3, só cairá se atirado ao chão, ou se existir grave negligência. Logo, é, no mínimo, má prática de Enfermagem considerar, como a Escala de *Downton* faz, que esse indivíduo possui risco elevado de queda (com scores de 6,7...)

DÍSCUSSÃO

- A linguagem da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, dentro do seu programa SAPE, nas considerações compostas do fenómeno de Enfermagem “queda”, oferece diversas graus de risco. Logo, a *Johns Hopkins* estará mais em conformidade com tal linguagem, porque oferece risco moderado, risco elevado, sem risco e não aplicável, consoante um *score* ponderado e com critérios muito bem definidos.
- Ao contrário do expectável, o preenchimento da dita escala consome apenas cerca de 30 segundos, o que a classifica como “de fácil utilização”.

DÍSCUSSÃO

- Escalpelizando os dados, verificamos, por exemplo, que a percentagem de homens com alto risco de queda é significativamente superior em relação às senhoras. Isto vem de encontro à realidade, uma vez que os homens tendem a conservar maior independência durante a sua vida.
- A *Johns Hopkins* dá-nos uma significativa percentagem de alto risco de queda (59%) acima de 80 anos, o que é congruente com os dados da literatura

DÍSCUSSÃO

- Quanto à relação risco elevado de queda de ambos os instrumentos, verificamos, na faixa etária abaixo de 65 anos uma diferença abissal a nível da classificação como alto risco de queda (75% *Downton* contra 1,5% *Hopkins*). O valor de *Johns Hopkins* encontra-se congruente com a literatura, uma vez que é nas idades extremas que o risco de queda é maior.

Discussão

- O total de quedas desta amostra situou-se em 7 (4 na faixa etária entre 65 e 80 e 3 acima de 80). Todos os indivíduos com queda apresentaram Scores que lhes conferiam um risco elevado de queda, por ambos os instrumentos

Conclusão

- Pelos resultados que se conseguiram com o tratamento estatístico dos dados, chega-se à conclusão que efectivamente o instrumento que será mais adequado à prática de Enfermagem num serviço de Medicina Interna é a *Johns Hopkins Risk Assessment tool*.
- Apresenta resultados mais de encontro aos dados da literatura.
- Apresenta maior congruência e fiabilidade num processo de triagem de indivíduos com real risco elevado de queda.

Conclusão

- Poderá facilitar uma melhor utilização de recursos materiais e humanos a quem realmente possa precisar, na tentativa de diminuir a ocorrência de quedas.
- Reconhece as suas próprias limitações, na medida em que apresenta limites à sua utilização, o que lhe confere uma maior veracidade e verosimilhança nos resultados obtidos e apresentados.
- Demonstra uma clara aplicabilidade prática, o que não é de estranhar, devido ao *background* que apresenta, sendo um instrumento de uma instituição de referência a nível Mundial.

Conclusão

- Converte de melhor forma com a linguagem SAPE/CIPE do que a Escala de *Downton*.
- Em termos de facilidade e rapidez de aplicação, não apresenta agravamento em relação à escala de *Downton*. O preenchimento da *Johns Hopkins Risk Assessment Tool* consome apenas cerca de 30 segundos e os parâmetros são facilmente inteligíveis.

Reflexão Final

Na tentativa diária de lutarmos pelo reconhecimento da Identidade da nossa bela profissão, a Enfermagem, tentamos sempre fazer o nosso melhor em prol daquele que precisa de nós. Utilizando instrumentos elaborados pelos nossos pares, que realmente estudam e interpretam as nossas necessidades, aumentamos a nossa Auto-Estima profissional, elevando-nos ao patamar de excelência que procuramos encontrar, e através do qual queremos ser identificados pela outras classes profissionais.

Reflexão Final

Enfermagem é uma ciência na mesma medida em que é uma arte. É diariamente, na prática diária, que podemos fazer a diferença, o que faz toda a diferença. Nos pequenos gestos, num pequeno pormenor, podemos ajudar alguém, com uma palavra, com um gesto. Nós conferimos protecção, somos um porto de abrigo, advogado e defensor de quem de nós precisa. Inculcamos confiança e quando possível, conferimos para a recuperação da autonomia perdida, da auto-estima esquecida.

Reflexão Final

Conseguindo triar o risco de queda, conseguimos contribuir para maximizar o cuidado global e holístico que pretendemos implantar diariamente. Devemos aproveitar todas as oportunidades para ajudar, que, mesmo pequenas, surgem todos os dias. Ao aplicar um instrumento que vai mais de acordo às reais necessidades de todos aqueles que de nós precisam, ajudamos, fazemos, criamos algo bom, algo necessário, algo útil.

Reflexão Final

Não conseguiremos que as pessoas não caiam. Por mais que um Enfermeiro tente, não conseguirá eliminar totalmente este facto. Mas se conseguir reduzir a ocorrência, actuando direccionadamente, da melhor e mais eficaz maneira possível estamos a criar um trabalho de Enfermagem de qualidade. Utilizando um instrumento que retrata a realidade que encontramos, rumamos à excelência.

E, finalmente, utilizando um instrumento feito por Enfermeiros, para Enfermeiros, aumentamos a nossa independência e a nossa Auto-Estima!

Questões Futuras

- Esta, empiricamente será uma escala mais congruente com a realidade de um sem número de outros serviços, como UCI's, UAVC's, Ortopedias e Cirurgias.
- Em todos estes serviços se verifica a ocorrência de clientes que só cairão por negligência, ao qual é incorrecto aplicar-se a Escala de *Downton*.
- Por este princípio (e constatando o facto de a UCI do CHCB não utilizar a escala em vigor na instituição), a *Johns Hopkins Risk Assessment Tool* afigura-se como uma solução plausível

Questões Futuras

- A Enfermagem evolui diariamente e através da discussão entre os pares, tornamo-nos diariamente mais fortes. O trabalho desenvolvido pelo GEPQ é deveras louvável e significativo, mas todo o trabalho é passível de ser aprimorado e melhorado.
- Após a realização deste trabalho, verifica-se indubitavelmente uma maior precisão e adequação do novo instrumento testado, o que levará a ponderar o seu uso.



Obrigado pela Atenção!!!