



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

DO CONHECIMENTO AO SABER

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

por Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

PORTO, maio de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

DO CONHECIMENTO AO SABER

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

por Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

Sob orientação da Mestre Patrícia Coelho

PORTO, maio de 2012

A MINHA JANELA

Entram pela
janela
salpicos de mar
Lágrimas salgadas
noites de luar

Que sorte
é a minha
que tenho janela
Para o mar
Entrar

Gente sem janela
a dar para o
mar
não vê as gaivotas,
retalhos de azul,
sonhos a chegar,
pura fantasia
nos ombros das ondas
pronta a navegar

M. Alcina Marques de Almeida

RESUMO

O relatório surge como documento final do percurso iniciado aquando do ingresso no 4º Curso de Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica do Porto, no ano letivo 2010/2011.

No decurso deste trabalho pretendemos fazer uma súmula das experiências que este período de formação nos proporcionou, dando visibilidade à unidade curricular estágio, pela sua importância na aquisição de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na abordagem ao doente adulto ou idoso em estado crítico. Neste sentido os locais de estágios que nos permitiram desenvolver essas competências em contexto de trabalho foram: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP - Hospital de Braga) e Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia (UCIC - Hospital de Braga).

Para além de cumprir um requisito avaliativo, a elaboração deste documento tem como objetivo geral, dar evidência à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, ilustrando as competências adquiridas, numa perspetiva do Enfermeiro Especialista.

A metodologia seguida na composição deste documento é uma metodologia descritiva e analítica, para que melhor se possa perceber o percurso decorrido contextualizando a sua análise.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três partes. Numa primeira fase fazemos uma introdução onde fica expresso o enquadramento do relatório no curso, uma breve descrição dos locais de estágio e a justificação da seleção dos campos, bem como a fundamentação da creditação na área da urgência.

No desenvolvimento do documento descrevemos as situações de aprendizagem com que nos deparamos, dando evidência às atividades desenvolvidas, no sentido de adquirir as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

De modo a facultar uma leitura mais interessante, subdividimos o corpo do trabalho nos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Enumeramos as competências adquiridas, descrevendo as atividades que levaram à sua consumação, reportando-nos a cada um dos domínios.

Por último deixamos uma nota conclusiva onde fazemos uma análise retrospectiva das principais aprendizagens, das contingências que cunharam o percurso, e das marcas que todo este período formativo deixou no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Abordamos ainda os contributos que deixamos nos serviços por onde passamos e inferimos sobre as implicações do aumento da formação na melhoria dos cuidados prestados à população, e no seu contributo para o desenvolvimento da enfermagem em geral.

ABSTRACT

This report results as the final document of the trajectory which started when we joined the 4th Post-graduate Course in Medical-Surgical Nursing, at Universidade Católica do Porto, in the academic year 2010/2011.

In the course of this work, our intention is to summarize the experiences that this training period provided us with, giving visibility to the internship curriculum unit, because of its importance in acquiring skills in the area of Medical-Surgical Nursing, and on the approach to the adult or elderly person patient in a critical condition. In this sense, the internship workplaces that have allowed us to develop these skills, in the field, were: the Intensive Polyvalent Care Unit (UCIP-Hospital de Braga) and the Intermediate Care Unit of Cardiology (UCIC-Hospital de Braga).

In addition to fulfilling an evaluative requirement, the drafting of this document aims, in general, to highlight the critical-reflexive analysis underlying the activities that we have realized, illustrating the skills we acquired, according to the Specialist Nurse perspective.

The methodology we used in the composition of this document is descriptive and analytical, which makes it easier to understand the route we have traveled, contextualizing its analysis.

Structurally, this work is divided into three parts. As a first step, we make an introduction, where it is explained the way this report fits into the framework of the course, and then we proceed to provide a brief description of the internship locations and a justification for the selection of the studied fields, as well as the rationale for crediting on the urgency area.

In the course of the document, we describe the learning situations we have faced, highlighting the activities we carried out in order to acquire the skills inherent to the specialist nurse in medical-surgical nursing.

In order to provide a more interesting reading, we subdivided the body of the work into the four areas of common competence of the specialist nurse: the Legal, Ethical and Professional Responsibility; the Continuous Improvement of Quality; the Management of Care and the Development of Professional Learning. We enumerate the skills we have acquired, describing the activities that led to their achievement, referring to all of these areas.

Finally, we draw a conclusive note, where we make a retrospective analysis of the main learnings, of the contingencies that signalized our route, and of the marks that this training period engraved in our personal and professional development.

We discuss also the contributions that we have made to the services in which we have done work, and we draw some inferences on the implications of an increased training in improving the care provided to the population, and on its contribution to the development of nursing in general.

AGRADECIMENTOS

Aos doentes.
Àqueles de quem já cuidamos e aos que virão a necessitar dos nossos cuidados.

À minha família.
Pela ausência e pela presença ausente a que os sujeitei.

À Professora Patrícia Coelho.
Pelo estímulo, orientação, paciência e capacidade de me manter no caminho.

À Enfermeira Aida e à Enfermeira Rosa Luísa.
Pelos modelos que foram e pelo suporte técnico e humano que souberam transmitir.

A todos os profissionais com os quais contactei.
Pelas oportunidades de aprendizagem com que me brindaram.

A todos, o meu MUITO OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS/ACRÓNIMOS

BIA – Balão Intra-Aórtico

BIS – Índice Bispectral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DVC – Doenças Cardiovasculares

EEG – Electroencefalograma

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica

EPI – Equipamento de Protecção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC – Pressão Intra-Craneana

PVC – Pressão Venosa Central

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	16
1 – PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	20
1.1– Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	21
1.2– Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
1.3– Domínio da Gestão dos Cuidados	36
1.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	43
2 – CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	57

ANEXOS

ANEXO I - Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga

ANEXO II - Caracterização da Unidade de Cuidados Intermédios da Cardiologia, Laboratório de Hemodinâmica e Eletrofisiologia do Hospital de Braga

ANEXO III - "Silêncio que se vai Comunicar" - Trabalho no âmbito da Comunicação em cuidados intensivos

ANEXO IV - " Silêncio que se vai Comunicar" - Poster elaborado no âmbito da comunicação em cuidados intensivos

ANEXO V - Plano da Formação e Diapositivos das Sessões de Formação: Emergência Intra Hospitalar - Critérios de Ativação

ANEXO VI - Ativação da Emergência Intra Hospitalar - Trabalho no âmbito da Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

APENDICES

APENDICE I - Protocolo de Atividades do Doente - Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

APENDICE II - Avaliação Inicial do Doente - Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

APENDICE III - Protocolo de Profilaxia Antibiótica - Laboratório de Pacing do Hospital de Braga

APENDICE IV - Protocolo de Prevenção da Nefropatia de Contraste - Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Braga

0 – INTRODUÇÃO

O relatório surge integrado no plano de estudos da Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa como unidade curricular final, após termos iniciado este percurso frequentando dois semestres teóricos e progredindo por dois módulos de prática, eles próprios constituindo uma única unidade curricular estágio.

Este trabalho pretende documentar todo este percurso, evidenciando as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas, do ponto de vista de uma nova filosofia de ensino-aprendizagem, que pressupõe maior investimento por parte do estudante na persecução dos seus objetivos, filosofia essa consonante com o novo paradigma de ensino, decorrente do Processo de Bolonha.

O contexto da prática configura-se como um tempo e espaço repleto de possibilidades formativas, dando possibilidade ao aluno de desenvolver aptidões específicas na área em que se pretende especializar. Neste sentido os módulos de estágio preconizado pela escola para a área da Médico-Cirúrgica são: Módulo I - Serviços de Urgência; Modulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios; Módulo III – Opcional, havendo lugar a cento e oitenta horas de contato efetivo com cada uma destas valências.

No que concerne ao serviço de urgência, este módulo foi-nos creditado, havendo lugar à validação e certificação de competências, considerando o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006, tendo em conta um período de oito anos de exercício profissional no serviço de urgência do Hospital de S. Marcos-Braga.

Nesta unidade cuidamos de doentes do foro médico/cirúrgico em estado grave, na procura da sua estabilidade hemodinâmica e na antecipação da falência multiorgânica, munidas das nossas competências técnico-científicas e psicossociais e recorrendo aos instrumentos e técnicas ao dispor do doente crítico. Trabalhamos em contexto de sala de emergência, integramos a equipa de emergência interna, aplicamos triagem por prioridades, de acordo com o protocolo de Manchester, aderimos à formação em serviço como formadoras e formandas, exercemos cargo de responsável de turno e adquirimos aptidões ao nível da comunicação agindo no interface doente/família/comunidade.

Relativamente ao módulo II, que decorreu de vinte e sete de abril a vinte e cinco de maio de dois mil e onze, selecionamos a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga, serviço onde pensamos estar reunidos critérios de assistência ao doente crítico, seja pela necessidade da presença de equipas multidisciplinares com necessidade de grande formação na área do intensivismo, seja pela tecnologia de ponta aplicada aos cuidados de saúde.

A UCIP é uma unidade aberta, inserida num hospital central cuja abrangência cobre uma área de cerca de um milhão e cem mil habitantes, admitindo doentes tanto do foro médico

como cirúrgico em idade adulta, com critérios de gravidade multiorgânica e necessidade de vigilância contínua, com potencial de reversibilidade do seu estado, cuja caracterização física e de recursos humanos remeteremos para anexo (anexo I).

Tivemos oportunidade de desenvolver competências relativas ao controle da infeção hospitalar, à prestação de cuidados de enfermagem a doentes com necessidade de suporte ventilatório invasivo/não invasivo, submetidos a técnicas como a hemodiafiltração, ventilação invasiva, monitorização da Pressão Intra- Abdominal (PIA) ou Balão Intra- Aórtico (BIA), dando evidência às aprendizagens teóricas adquiridas durante a fase letiva.

Aprofundamos ainda conhecimentos relativos à comunicação alternativa com doentes impossibilitados de utilizar a linguagem verbal, tendo deixado na unidade um trabalho fruto de uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática.

O módulo III decorreu na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia (UCIC), também no Hospital de Braga, no período compreendido entre três de outubro e vinte e seis de novembro de dois mil e onze.

Esta valência revestiu-se de carácter opcional e a nossa seleção pela área fundamenta-se na incidência que as doenças cardiovasculares têm tido junto da população, numa faixa etária cada vez mais jovem, constituindo a principal causa de morte prematura na Europa. Este facto aliado à possibilidade dos fatores de risco serem maioritariamente modificáveis e de existirem grandes avanços tecnológicos a favor das patologias deste foro, como por exemplo os cateterismos cardíacos e os balões intraórticos, despertaram o nosso interesse.

A nossa passagem por este serviço permitiu-nos ter contato com o Laboratório de Hemodinâmica e Eletrofisiologia, cuidando de doentes submetidos a angioplastia ou colocação de pace-maker, aumentar competência da área da comunicação doente/família, nomeadamente na vertente da educação para a saúde e desenvolver perícia no reconhecimento de ritmos cardíacos anómalos, atuando na prevenção de complicações. A caracterização da estrutura física e de recursos humanos da UCIC, Laboratório de Hemodinâmica e Eletrofisiologia serão remetidas para anexo (anexo II).

Por percebermos na equipa da UCIC, dúvidas relativamente à ativação da equipa de emergência intra-hospitalar, planeamos e executamos uma formação, no sentido de colmatar esta dificuldade, tendo elaborado um trabalho escrito fundamentando a pertinência do tema.

Durante todo o estágio procuramos nos contextos de trabalho, momentos de aprendizagem, tentando identificar situações problema, sugerindo ou implementando soluções adequadas, na tentativa de sermos também um motor de desenvolvimento para as equipas e para os cuidados.

Não podemos deixar de registar a particularidade relativa ao momento em que decorreu o nosso estágio, uma vez que tendo iniciado no Hospital de S. Marcos, decorreu maioritariamente nas novas instalações do Hospital de Braga, abarcando a mudança de

instalações da unidade hospitalar. Esta situação conferiu à nossa prática contingências que influenciaram a nossa aprendizagem e os contributos deixados às equipas.

As unidades viviam um tempo conturbado, próprio da mobilidade, e as necessidades sentidas pelos profissionais prendiam-se essencialmente com alterações organizacionais, estruturais e funcionais que influenciavam diretamente os cuidados prestados aos doentes. Neste sentido a nossa contribuição foi de encontro à premência dessas necessidades, sem no entanto deixarmos de identificar e sugerir melhorias passíveis de serem implementadas num futuro que auguramos breve.

É todo este percurso que pretendemos relatar no decorrer deste relatório cujos objetivos são:

- > Dar evidência às atividades desenvolvidas, durante o período da prática, na persecução dos objetivos previamente delineados no projeto de estágio;
- > Relatar a análise crítico - reflexiva efetuada às situações vivenciadas, corroborando-as com autores da área;
- > Ilustrar as competências adquiridas/desenvolvidas numa perspetiva do enfermeiro especialista;
- > Cumprir um requisito avaliativo.

A metodologia utilizada na elaboração deste documento tem por base a exposição descritiva e a análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em três partes. Nesta primeira fase fazemos o enquadramento deste trabalho no curso, efetuamos uma descrição breve dos módulos de estágio justificando a sua seleção e enumeramos os objetivos a que nos propomos.

A segunda parte do relatório debruça-se sobre o processo de aquisição de competências e consiste no corpo propriamente dito do trabalho, durante o qual se faz a descrição das atividades efetuadas durante o percurso do estágio, a análise crítico - reflexiva sobre elas numa perspetiva dos cuidados especializados, e a descrição das competências desenvolvidas neste processo. No sentido de facilitar a redação e leitura do documento subdividimos o desenvolvimento nos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, que a Ordem dos Enfermeiros preconiza: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Aprendizagens Profissionais;

Finalmente na conclusão, fazemos uma retrospectiva do processo de aprendizagem, evidenciando as principais aquisições pessoais e profissionais e perspetivamos acerca do nosso percurso no futuro.

Todos os apêndices referentes a protocolos, que foram mencionados ao longo do relatório, estão devidamente autorizados pela direção dos serviços, a serem utilizados. A referência a estes protocolos justifica-se pela pertinência que tiveram no desenrolar da nossa

integração nos cuidados prestados aos doentes, dentro de critérios de qualidade já definidos pelas equipas, para determinadas situações específicas.

O termo doente será privilegiado ao longo do texto, apenas pelo contexto em que a pessoa, alvo de cuidados, se encontra, não desvalorizando o seu papel ativo no quadro da relação de cuidados.

1 – PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O ingresso na Pós-Licenciatura em Enfermagem surge da necessidade de nos tornarmos mais competentes nos cuidados que diariamente exercemos juntos dos doentes, sempre com o objetivo de prestarmos cuidados especializados que efetivamente proporcionem benefícios reais junto da população. Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro), preconiza determinadas competências comuns do enfermeiro especialista atribuindo-lhe conhecimento aprofundado num determinado domínio, que o leva a evidenciar altos níveis de julgamento na tomada de decisão.

Os domínios de competência configuram-se como áreas específicas de responsabilidade, que conjugam um grupo de aptidões, interligadas entre si, no que respeita a um determinado campo de ação (*idem*). Estas competências, comuns em qualquer que seja a especialização, encontram-se divididas em quatro domínios: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Este relatório pretende ser uma descrição, fundamentada e crítica, das atividades desenvolvidas nos dois módulos que constituíram a unidade curricular estágio, que de alguma forma concorreram para o aperfeiçoamento ou para a aquisição de competências nos quatro domínios referidos. Pretendemos relatar um percurso da prática, que possibilitou a integração de conhecimento teórico novo, mobilizar o já existente, vivenciando-o em contexto real, o que nos permitiu a atribuição de significado às novas aprendizagens, e nos ajudou a cimentar o "agir em situação", aptidão cada vez mais consonante com os novos paradigmas da formação (Rua, 2011).

Subdividiremos este capítulo em quatro, aos quais será atribuído a designação dos domínios de competência do enfermeiro especialista, para tentar organizar de forma mais clara e metódica a redação das atividades desenvolvidas, situações-problema identificadas, sugestões de melhoria e estratégias implementadas ou sugeridas. Em suma pretendemos relacionar competências adquiridas nos campos de estágio, com um domínio específico das competências comuns do enfermeiro especialista.

1.1– Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A pertinência da abertura deste domínio revela-se de primordial importância na prestação de cuidados ao doente, pois encerra em si a essência do respeito pelo outro e pelo próprio cuidador. A excelência do exercício profissional, aliada ao respeito pelos direitos humanos e pelos valores universais é o corolário de uma profissão que se assume na relação com o indivíduo em qualquer fase da sua vida.

O saber ser, estar e fazer, refletindo sobre a prática diária e assumindo ética e juridicamente o resultados dos seus atos, fazem parte da conduta de qualquer enfermeiro, que rege a sua atividade na observância pelo código deontológico da sua profissão. Estes aspetos assumem uma importância acrescida à medida que as competências se vão desenvolvendo, pois o acréscimo de sabedoria arrasta consigo um acréscimo de responsabilidade.

É expectável que após a especialidade o enfermeiro cresça enquanto indivíduo e profissional, melhorando a interação com o doente, contagiando os pares e dando um contributo para o papel da enfermagem na sociedade em geral.

Passaremos a descrever as competências que adquirimos durante o estágio, correspondentes ao domínio supracitado, fazendo uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no contexto da prática.

Competências: *Desenvolvimento de uma prática profissional e ética; Demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionamento terapêutico no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; Gestão e interpretação de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; Comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; Produção de discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde.*

Atividades: Prestação de cuidados inerentes ao resguardo da privacidade e intimidade do doente; elaboração de registos de enfermagem; comunicação com o doente e família/pessoa significativa; elaboração de trabalho de pesquisa bibliográfica sobre comunicação em cuidados intensivos intitulado “Silêncio que se vai comunicar”; execução de sessões de educação para a saúde; envolvimento do doente no seu próprio processo de restabelecimento.

UCIP (Modulo II) – A UCIP do Hospital de Braga é segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva uma unidade nível III, o que lhe confere capacidade de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários à assistência do doente crítico, capacidade de implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, tendo programas de ensino e treino na área, tudo isto com quadros próprios de pessoal qualificado, em presença física nas vinte e quatro horas (Ministério da Saúde, 2003).

As unidades de cuidados intensivos configuram-se como serviços onde a tecnologia envolvida na prestação de cuidados e a eminência do risco de vida, tendem a sobrevalorizar as competências técnicas das equipas, estimulando o saber-fazer. Sem descuidar a vertente técnica, procuramos neste ambiente de grande hostilidade para o doente/família e para os próprios profissionais, prestar e estimular cuidados de saúde humanizados. A possibilidade de atingir uma prática bela nasce do fortalecimento de uma posição ética perante o outro em articulação com cuidados técnicos e científicos validados (Salicio, 2006).

Ao longo do estágio procuramos orientação para a tomada de decisão, quando nos debatemos com problemas éticos. Socorremo-nos dos quatro princípios da bioética, da teoria principialista de Beauchamp e Childress, considerados deveres *prima facie*: 1) não maleficência; 2) beneficência; 3) respeito à autonomia; 4) justiça (Beauchamp [et al], 2001).

O início do estágio coincidiu com os últimos dias de funcionamento do antigo Hospital de S. Marcos, e com a abertura do novo Hospital de Braga. Este facto conferiu a este período, contingências que influenciaram a nossa atuação, permitindo-nos uma reflexão na e sobre a prática, que nos permitissem prestar cuidados de qualidade.

O resguardo da privacidade esteve presente em todas as nossas intervenções, tendo sido encontradas algumas dificuldades estruturais relativas à sua manutenção, fruto da situação anteriormente mencionada, referente à mudança de instalações. Foi identificada uma situação problema que consistia na ausência de cortinas divisórias entre as unidades dos utentes. No sentido de colmatar esta dificuldade, e após conversa informal com a equipa, utilizamos lençóis que colocávamos nas calhas, simulando cortinas.

O corpo não é apenas matéria, e continua a ser necessário contrariar o conceito de corpo não habitado, muito ligado à medicina ocidental e ao modelo biomédico, que tende a retirar ao corpo a sua determinação espiritual (Santos, 2002). Pautamos a nossa atuação por uma visão holística que confere unicidade ao corpo detentor de espiritualidade, crenças e histórias de vida, tendo em conta que é dever do enfermeiro, salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa, tanto no exercício das suas funções como nas que delega (OE, 2009).

A instabilidade hemodinâmica que acomete os doentes internados neste serviço, implica a adoção de medidas curativas ou preventivas que interferem no normal funcionamento da comunicação. Doentes sedados, sujeitos a ventilação invasiva, traqueostomizados, obrigam os profissionais de saúde a uma nova abordagem e à adoção de novas estratégias comunicacionais.

Na tentativa de minimizar algumas dificuldades, percebidas na relação existente entre os cuidadores e os seus doentes, especialmente entre os colegas mais novos na profissão, foi efetuado um trabalho de pesquisa bibliográfica (anexo III) abordando algumas técnicas comunicacionais e instrumentos passíveis de serem utilizados na efetivação da comunicação com doentes impedidos de utilizar a linguagem verbal, denominado “ Silêncio que se vai Comunicar”. Este documento foi entregue, para apreciação, à enfermeira tutora e à enfermeira chefe da unidade, e passou a constar da pasta de informação da equipa de enfermagem. Esta pasta encontra-se dentro da área de cuidados, o que torna a sua consulta acessível, a qualquer momento e por todos os elementos.

Este trabalho culminou na elaboração de um poster (anexo IV) relativo à temática, que foi elaborado perto do final do estágio após conversas informais com vários colegas, que iam no sentido de dar mais visibilidade ao conteúdo do trabalho. O poster foi entregue à nossa tutora para ser afixado nas instalações definitivas da UCIP, numa área a combinar com a enfermeira chefe.

Dentro deste domínio de competência, refletimos sobre a importância desta temática do ponto de vista ético e profissional, pois trata-se de procurar restituir ao doente a necessidade básica de qualquer ser humano, de se expressar e de ser compreendido.

O conteúdo do trabalho gerou interesse no seio dos enfermeiros, pois para além de dar visibilidade aos benefícios da comunicação no restabelecimento dos doentes, incorpora instrumentos e tecnologia ao serviço da efetivação da mesma, permitindo dar voz ao doente na caminhada conjunta do processo de cuidar.

Este período da prática permitiu-nos refletir sobre a importância da linguagem não-verbal no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e do potencial da família na construção de pontes entre o doente e o profissional de saúde.

O horário das visitas neste tipo de unidade é bastante restrito, no entanto a comunicação entre os enfermeiros e as famílias decorria sem pressas, sendo estas muitas vezes envolvidas nos cuidados. Os conviventes foram incentivados a manter conversação sobre acontecimentos do seio familiar, sobre a hora do dia da visita, sobre as condições atmosféricas e sob supervisão convidados a participar em determinadas atividades como hidratação da mucosa oral, massagens ou pentear os cabelos. Estes períodos, embora curtos em tempo, permitiam a continuidade da unidade familiar, através da preservação do lugar do doente no seu seio familiar (Ribeiro, 2005).

Frequentemente era pedida colaboração da pessoa significativa no sentido de desvendar mensagens não perceptíveis pelo profissional, pois sendo o internamento um período de interregno na vida do indivíduo, ninguém melhor do que os familiares para conhecerem expressões, trejeitos, hábitos e ansiedades vividos ao longo de um contínuo, que é o seu percurso de vida. Relembramos a angústia de uma doente que após o desmame ventilatório e ainda incapaz de comunicar verbalmente levava as mãos à cabeça, agitando-a

permanentemente. Após contato com familiares inquirimos sobre esta atitude e imediatamente nos desvendaram que há inúmeros anos a doente usava uma peruca, que não retirava na presença de ninguém. Pedimos que a trouxessem e logo após a sua colocação a senhora acalmou, tendo sido observada estabilização dos valores da frequência cardíaca.

Doente, família e enfermeiros funcionaram como uma verdadeira tríade terapêutica, tendo presente que doente e família gozam de uma relação simbiótica que não deve ser quebrada, mas sim valorizada durante este período de internamento e que tornam tanto utente quanto a sua família alvo de cuidados por parte dos profissionais (Rabiais, 2003).

Os momentos de visita serviam ainda para ajudar os familiares a lidarem com esta fase de doença, sendo aproveitada para desmistificar a panóplia de equipamentos que rodeiam o doente, fornecer informações relativas à evolução e prognóstico da situação, repetindo informação até à compreensão e também para recolher dados relativos aos antecedentes da pessoa.

O ambiente vivido nestas unidades é muito agressivo do ponto de vista das rotinas, dos ruídos constantes provenientes dos alarmes, da ausência de luz natural, sendo iminente o risco de morte, o que concorre grandemente para a destabilização da família do doente crítico (Gonçalves, 2001). Tivemos sempre a preocupação de acompanhar os familiares dos doentes que nos eram distribuídos, no sentido de pudermos esclarecer dúvidas e inquietudes, transmitindo segurança e disponibilidade, e orientando para outros profissionais, quando a necessidade de informação ultrapassava os nossos limites de ação.

O sigilo esteve sempre presente no tratamento de todos os conteúdos, fossem eles obtidos junto do doente ou família ou no seio da equipa multidisciplinar, partilhando-os apenas com os elementos da equipa envolvidos nos cuidados. Regemo-nos pelo princípio de que toda a informação obtida não é fornecida isoladamente, mas sim no contexto de uma relação terapêutica assente na confiança, e que a informação das pessoas é em última instância, “propriedade” dessas pessoas, sendo que a segurança dessa informação encontra proteção quer no Código Deontológico do enfermeiro, quer na Declaração dos Direitos Humanos (Sousa, 2010).

A gravidade do estado de saúde destes doentes e a conseqüente necessidade de adotar medidas urgentes, torna o consentimento informado, expressão privilegiada da autonomia do ser humano e afirmação efetiva da dignidade da pessoa humana, inalcançável, pelo que todos os cuidados são orientados pelo princípio da beneficência e alicerçados no consentimento presumido (Pinto, 2006). Neste contexto e do ponto de vista jurídico, o dever de prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo impossibilitado de transmitir um consentimento livre e esclarecido, nasce de um contrato entre duas partes (cliente - enfermeiro), tendo em vista a necessidade que o primeiro tem deles (Deodato, 2008).

UCIC (Modulo III) – A UCIC do hospital de Braga é um local que permite a monitorização e tratamento de doentes com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais, que embora não estando em estado grave, necessitam de vigilância organizada e sistemática durante as vinte e quatro horas do dia. Possui quadro de pessoal e requisitos técnicos que a incluem numa unidade de cuidados intermédios nível II. (Ministério da Saúde,2003).

Na UCIC, e no que concerne ao resguardo da privacidade, não existiam instalações sanitárias dentro da unidade, e este facto foi identificado como uma situação problema no sentido em que o doente era obrigado a satisfazer as suas necessidades de eliminação num espaço sem estrutura para minimizar ruídos e odores. Isto constituía um entrave ao padrão normal de funcionamento de muitos doentes. Se amiúde esta impossibilidade se validava no risco de esforço e impossibilidade de manter a monitorização numa fase aguda da doença, outras vezes estas limitações não estavam presentes. No sentido de poder minimizar esta situação, foi por nós colocada a hipótese de poder deixar deslocar os doentes a uma casa de banho, num espaço contíguo à unidade, sempre com supervisão. Esta ideia foi discutida com a equipa pluridisciplinar e foi implementada em doentes cuja restrição de atividade era baixa. Foi ainda ponderada a possibilidade de utilizar a telemetria, como meio de vigilância, proporcionando uma alternativa à cadeira higiénica que os doentes usavam junto ao leito.

Muitos dos doentes que permaneciam internados nesta unidade, necessitavam de manter repouso absoluto, principalmente os sujeitos a cateterismo ou colocação de *pace-maker* provisório ou definitivo, nas primeiras horas após a intervenção. No caso dos doentes com agitação psicomotora, houve por vezes necessidade de recorrer à restrição de movimentos, que foi efetuada dentro dos limites e vigilância preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2009).

Nas situações, em que o doente não possuía capacidade para agir intencionalmente, logo incapaz de decidir sobre o melhor para si próprio, procuramos fundamentar eticamente a nossa intervenção no princípio da beneficência, atuando tendo em vista o melhor para o doente e no princípio da não maleficência, pois o risco da contenção da mobilidade é francamente menor que o benefício que se obtém com a imobilidade, prevenindo complicações como a deslocação do *pace-maker* ou hemorragias.

Zelamos por envolver o doente em todos os procedimentos numa perspetiva do cuidar baseado no paradigma da Transformação, conceção de enfermagem onde intervir significa “ser com” a pessoa, num caminho escolhido pela própria (Silva, 2008). Esta natureza dos cuidados de enfermagem abandona a posição paterno/maternalista por parte do profissional de saúde, passando a existir uma “parceria epistemológica”, na qual o objetivo é atingido através de um percurso conjunto, sendo que esse objetivo é o bem-estar da pessoa tal qual ela o define (Cândido, 2004).

Assumimos uma posição de aconselhamento baseado nas evidências científicas, para munir o doente de informação que lhe permitisse decidir com autodeterminação acerca do melhor para o seu projeto de vida, adotando uma postura ética de respeito à autonomia e devolvendo ao doente o *empowerment* que necessita para optar em liberdade.

Na fase aguda da doença, tivemos particular atenção aos limites de esforço aconselháveis aos doentes do foro cardíaco, atendendo ao seu grau de autonomia e ao protocolo de atividades utilizado na UCIC (apêndice I), tendo como exemplo o acordo terapêutico de facilitar material para que o indivíduo cuide da sua higiene parcial, nas primeiras vinte e quatro horas após o evento cardíaco, em detrimento do banho no leito, onde nesta fase o doente deverá ter um papel passivo.

Relativamente à educação para a saúde, visava essencialmente os fatores de risco cardiovasculares modificáveis, no sentido de capacitar o doente/família para a promoção da saúde e prevenção de complicações. Os conselhos não podiam ser desprovidos de sentido perante a realidade vivida pelo doente, pois a adesão a um regime terapêutico requer muitas vezes, mudanças no estilo de vida (Santos, 2010).

Inicialmente era efetuada uma entrevista no sentido de colher dados que nos permitissem por um lado obter informação sobre os seus hábitos de saúde e por outro lado monitorizar as lacunas relativas a estilos de vida saudáveis. Para este efeito era utilizado um documento implementado no serviço, denominado Avaliação Inicial do Doente (apêndice II). Uma vez detentoras desta informação, traçamos planos de ensino, recorrendo a materiais como panfletos, moldes ou ilustrações, existentes no serviço, para efetuar um paralelismo com a patologia que acometia cada doente.

Procuramos envolver o doente/família, encontrando soluções que tivessem em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos, o que nos permitiu intervir de uma forma autêntica na cultura de cada pessoa (Carvalho, 2006). Informamos sobre consultas de cessação tabágica, que decorriam no hospital e como aceder a elas, enfatizamos consumos alimentares com produtos, que as próprias famílias produziam, não havendo lugar a gastos mais exorbitantes, respeitamos tradições culturais, nomeadamente relativas a um doente de etnia cigana, cuja família insistia em levar todas as refeições ao hospital. Negociamos um meio-termo, permitindo a entrada do almoço, altura em que aproveitávamos para informar sobre a utilização de ervas que poderiam apaladar a comida de forma semelhante, reduzindo a ingestão de sal. Em suma tentamos que os cuidados de enfermagem integrassem processos educativos que promovessem o auto - cuidado do doente.

1.2– Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio engloba todas as competências envolvidas na preservação de um clima terapêutico seguro, abrange todos os programas relacionados com a melhoria da qualidade e dá enfoque às iniciativas estratégicas na área da governação clínica.

Globalmente o conceito de qualidade abarca a adaptação dos serviços fornecidos por um prestador às necessidades de quem os recebe, sendo que no caso da saúde engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito (Ministério da Saúde, 2009).

Tendo presente o âmbito deste domínio, passaremos a descrever as atividades por nós desenvolvidas relacionando-as com a aquisição de competências nesta área, tomando por base os padrões de qualidade do exercício profissional, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

Competências: Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Resposta eficaz na prevenção e controlo da infeção; Avaliação dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; Orientação e supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; Incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; Avaliação do processo e do resultado da tomada de decisão.

Atividades: Prestação de cuidados tendo presente a necessidade da prevenção e controle da infeção; Supervisão de tarefas delegadas; Preparação da unidade para receção do doente; Elaboração da alta da unidade; Elaboração de registos de enfermagem informatizados, de acordo com a CIPE, na aplicação informática “Glintt”; Acompanhamento de doentes em transporte intrahospitalar; Colaboração na transferência de doentes e equipamentos da UCIP para as novas instalações hospitalares; Avaliação do risco de queda segundo a escala de Morse; Avaliação do risco de aparecimento de úlceras de pressão segundo a Escala de Braden; Aplicação do Processo de enfermagem; Aplicação da escala TISS (Therapeutic Intervention Scoring System).

UCIP (Modulo II) – Como foi já referido, o início do nosso estágio deu-se ainda nas instalações do Hospital de S. Marcos, tendo permitido uma observação e participação nos preparativos para a transferência de edifício. Esta unidade foi juntamente com o serviço de

urgência um dos últimos serviços a ser transferido, tendo sido previamente acordado com outros hospitais da zona Norte a protelação de envio de doentes, por exemplo que pertenciam à nossa área de residência, no sentido de evitar dupla transferência.

A organização dos recursos materiais dava-se simultaneamente nos dois locais, havendo equipas destacadas apenas para esse efeito; a do Hospital de S. Marcos selecionava o material mínimo necessário à prestação de cuidados, embalando o restante, que era transportado por uma empresa contratada para efetuar as mudanças, e a equipa do novo hospital organizava o novo espaço, dotando todas as unidades do equipamento que já se encontrava disponível.

No dia da transferência dos doentes, as equipas multidisciplinares foram reforçadas, tendo previamente sido acordada a ordem de transferência, para que o único doente infetado e em isolamento, fosse o último a ser mobilizado.

As corporações de bombeiros, bem como empresas privadas de transporte de doentes, haviam sido já contactadas e envolvidas na dinâmica da transferência.

Na manhã do dia da mobilidade dos doentes, incorporamos a equipa que os acolhia na nova unidade, e em termos de orgânica, recebíamos um telefonema dos colegas no momento em que abandonavam as antigas instalações, altura em que, após colocarmos os equipamentos de proteção individual necessários, descíamos até à entrada da urgência, onde as ambulâncias paravam para deixar os doentes. Estes eram encaminhados até à UCIP, ainda na maca dos bombeiros e acompanhados pelas duas equipas. No 4º piso e na área de entrada do serviço, os doentes eram transferidos para as suas camas, e a equipa responsável pelo transporte, assumia a continuidade dos cuidados.

Após colaborarmos na admissão de cada doente, iniciávamos o mesmo processo, até à última admissão.

Esta contingência no percurso do nosso estágio, possibilitou-nos a reflexão sobre os três níveis de decisão em saúde: o da prática clínica assistencial, o da gestão/administração e o da decisão política, sendo que cada um deles deve alicerçar-se na melhor evidência científica (Ministério da Saúde, 2009).

Relativamente à prática assistencial a participação nesta transferência, permitiu-nos observar a abrangência das medidas que precedem à própria mobilidade dos doentes, com o objetivo de trabalhar na antecipação do risco, promovendo uma prática segura e minimizando ao máximo o risco de diminuição da qualidade dos cuidados.

As equipas que prestavam cuidados diretos ao doente calcularam tempos de perfusão dos fármacos, verificaram baterias dos ventiladores e bombas perfusoras, reforçaram fixação de todos os dispositivos invasivos, muniram-se de fármacos de emergência e de insuflador manual, usaram EPI(s) para saírem da unidade, entre outras medidas, que permitissem um transporte inter-hospitalar seguro. No serviço recetor, as equipas tinham uma unidade devidamente equipada para receber o doente. No final da transferência pudemos aferir o

sucesso com que esta decorreu, sem se ter registado qualquer instabilidade no estado de saúde destes doentes.

Do ponto de vista da gestão dos cuidados, testemunhamos o reforço das equipas de saúde, dotando as duas unidades de pessoal para fazer face às necessidades em cuidados de saúde, a planificação da mobilidade através de contatos e aquisição de serviços de transporte, o reforço de materiais como ventiladores de transporte, bombas e seringas perfusoras, bem como a gestão de duas equipas a laborar em espaços físicos diferentes.

No que concerne à decisão política, esta é certamente uma área mais longínqua e relativa ao poder central, mas tendo trabalhado longos anos no hospital de S. Marcos, num edifício desgastado, geograficamente localizado no centro da cidade, sem acessos rodoviários facilitadores da acessibilidade, sem espaço para crescer no sentido de dotar estruturas físicas para valências necessárias às populações que servia, analisamos a construção de um novo hospital como um meio de assegurar cuidados de saúde hospitalares integrados num Serviço Nacional de Saúde que se quer moderno, de qualidade e equitativo, que sirva os habitantes do distrito de Braga.

Foi gratificante pudermos estar envolvidos neste grande tarefa que é uma transferência de instalações, podendo observar que um grande objetivo comum, dota as equipas de vontade e resistência no sentido de ultrapassarem com brio, um desafio maior. Não deixaram de ser reconhecidos pela chefia do serviço, que após ter todos os elementos na nova unidade, lhes prestou o devido reconhecimento, com palavras de agradecimento e incentivo, demonstrando sensibilidade relativamente à importância do elogio na motivação das equipas.

A capacidade de prestar cuidados de saúde em ambiente hospitalar, sem acarretar infeções associadas a esses cuidados, tem sido uma preocupação premente na gestão de um clima seguro para o utilizador. Esta é uma atividade com reconhecido potencial para causar danos colaterais, como resultado da sua complexidade e incerteza de resultados (Ministério da Saúde, 2009).

Ao longo do estágio detetamos algumas situações problema sobre as quais procurámos refletir, mencionando as respetivas propostas para a melhoria e intervenções implementadas para a sua resolução.

A tecnologia envolvida na assistência ao doente crítico, nomeadamente nas Unidades de Cuidados Intensivos, tornou-se ferozmente agressiva e o aumento de portas de entrada, fruto de procedimentos e dispositivos cada vez mais invasivos, em indivíduos imunocomprometidos e cada vez mais idosos, acarreta um acréscimo de suscetibilidade na aquisição de infeções (Dias, 2010).

Pudemos observar que embora o serviço tivesse uma equipa própria, sendo uma unidade polivalente, é visitada por profissionais das mais diversas áreas das especialidades médicas, técnicos de radiologia, terapeutas da fala, dietistas, enfermeiros de reabilitação, entre

outros. Por diversas vezes tivemos necessidade de intervir informalmente, relativamente às precauções utilizadas por estes, nomeadamente na orientação do uso de EPI(s).

Cientes da importância das medidas de prevenção e controle de infeção, cuja implementação poderá reduzir 30% das infeções nosocomiais (Costa, 2010), atuamos na sensibilização doutros profissionais para a necessidade de criar hábitos de conduta que possam contribuir para a redução da prevalência das IACS, que segundo um estudo efetuado em meio hospitalar a nível nacional é de 9,84%, (idem).

Relativamente às visitas pareceu-nos que o impacto era menor, uma vez que a família era encaminhada e ajudada no fardamento, enquanto recebia instruções sobre higienização das mãos e sobre as precauções a tomar no contato com o seu convivente.

A equipa multidisciplinar mostrou-se sempre extremamente zelosa relativamente a este indicador de saúde o que acabava por contrastar com barreiras arquitetónicas pouco admissíveis numa unidade nova e pensada de raiz para o seu propósito. Ter quatro unidades de isolamento, cada uma com uma adufa anexa, sem que nenhuma delas possuísse uma porta para retirar o doente pelo exterior do serviço, no caso de necessitar de se ausentar do mesmo, revela falta de sensibilidade para estas questões aquando da sua projeção; as pias para a lavagem das mãos eram pequenas e a água brotava com tal velocidade que molhava roupa e chão circundante; sabão antimicrobiano e toalhetes de papel sem suportes fixadores e que constituía um fator de risco na sua manipulação; ausência de local próprio para esvaziar bacias com a água proveniente dos banhos o que obrigava as assistentes operacionais a percorrer a unidade e corredor anexo até à sala de sujos.

Em colaboração com a enfermeira tutora reforçamos contatos com os responsáveis pelos armazéns, no sentido da instalação das calhas para a colocação das cortinas, dos suportes necessários e da redução do débito da água. No final do estágio o único problema continuava a ser este último, aguardando-se a sua resolução.

Em oposição a estas barreiras estruturais, todos os doentes tinham uma unidade diariamente reposta de material individualizado, desde termómetro, máquina e fitas de pesquisa de glicemia, elétrodos, compressas, seringas, agulhas, ampolas de soro fisiológico, roupa de cama, fraldas, celulosas, antisséptico oral, esponjas de higiene oral, desinfetante tópico, lágrimas artificiais, entre outros o que permitia que a maior parte dos cuidados pudessem ser prestados sem nunca ter de sair da área contígua ao doente. Para além disto será dos únicos serviços do hospital em que os enfermeiros trocam de farda para se deslocarem para fora da unidade.

Outra situação problema identificada nesta área, foi o facto a higienização do chão e superfícies das zonas não concomitantes ao doente, ter deixado de ser responsabilidade das assistentes operacionais da UCIP, passando a ser efetuada por uma empresa externa. Relativamente à formação recebida por estas trabalhadoras, pouco se sabia, bem como dos produtos por elas utilizados. Nesse sentido, e sendo uma área de extrema preocupação para a

chefia e de importância pertinente para o serviço, foi tentado por nós levar a cabo um trabalho que permitisse monitorizar as competências destas colaboradoras e elaborar um documento que servisse de guia para o correto desempenho das suas funções. Tratamos de estabelecer contatos com a CCI, cuja enfermeira responsável se mostrou muito disponível, pois era uma lacuna ainda não solucionada. Infelizmente os contatos entre a comissão e os responsáveis da empresa, para averiguação das competências, formação, solutos de higiene e desinfeção e cadernos de encargos, não chegaram a ser concluídos antes do término do estágio.

Ficaram castradas assim as expectativas de poder contribuir de uma maneira mais formal para a solução desta problemática, no entanto, e em contexto de trabalho, era notório que estas profissionais não estavam cientes da sua importância, para os ganhos em termos de saúde. A panóplia de tecnologia utilizada neste ambiente era claramente assustadora; referiam ter tido formação, embora não conseguissem especifica-la; o quadro afeto à unidade não era constante; não demonstravam ter conhecimentos relativos a unidades de isolamento, não respeitando a entrada pela adufa, ou a retirada do EPI (equipamento de proteção individual) na mesma à saída. Tendo em conta que o controle da infeção é um indicador de qualidade dos cuidados, *in loco*, procedemos a formação informal às funcionárias, nomeadamente quanto ao fardamento, EPI, sequência dos locais onde intervir e cuidados especiais nas unidades de isolamento.

Esta inconformidade, bem como todas as lacunas anteriormente referidas levaram-nos a validação de conhecimento anterior, reforçada pela atualização de matéria ministrada durante a parte curricular da Pós - Licenciatura, e à necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica nomeadamente no que concerne às recomendações de boa prática relativas à higienização do ambiente nas unidades de saúde, emanadas pelo Instituto Dr. Ricardo Jorge.

Embora esteja documentado que as unidades de cuidados intensivos são serviços de alto risco, no que concerne às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente no estudo de áreas prioritárias como as pneumonias associadas ao ventilador (Direcção Geral de Saúde, 2007) não nos foi possível observar, durante o percurso de estágio, qualquer vigilância epidemiológica.

A admissão do cliente neste tipo de unidade é sempre precedida de aviso, pelo que a unidade onde permanecerá é devidamente preparada para a sua chegada. Tivemos oportunidade de montar e testar o ventilador, verificar o funcionamento do sistema de vácuo, fontes de oxigénio, ar comprimido, monitores e máquinas infusoras, preparar soros devidamente conectados às bombas, preparar sistema para monitorização de pressões invasivas, para que à chegada e durante a passagem de maca, não houvesse lugar a grandes variações de monitorização, nem de instabilidade agravada pela transferência.

Relativamente ao transporte intra-hospitalar, o acompanhamento à execução de exames, foi também uma atividade desenvolvida com total autonomia permitindo-nos avaliar os riscos inerentes à deslocação e as medidas preventivas a tomar.

Avaliamos a capacidade de funcionamento de todos os aparelhos, fonte de oxigénio, fizemo-nos acompanhar de fármacos de emergência, insuflador manual e algum material consumível que foi avaliado como necessário. Ponderamos a suspensão de algumas medidas que eram passíveis de serem proteladas, e procedemos à comunicação com o serviço de destino para acertar hora de execução do transporte. Numa situação específica, este contato serviu ainda para comunicar o facto de o doente estar infetado com *staphylococcus aureus* resistente à metilina, para que os funcionários recetores pudessem estar devidamente equipados com luvas, máscara e bata de proteção.

Estes preparativos visavam essencialmente a diminuição do tempo de ausência da unidade, tendo como objetivo final que os cuidados prestados ao doente não fossem nunca inferiores às suas necessidades. Depois de devidamente equipadas (EPI) para abandonar a UCIP, com a presença do médico e do assistente operacional procedemos ao transporte. Esta cautela utilizada na antecipação do risco, foi-nos preciosa numa situação específica em que na deslocação para a realização de um eletroencefalograma, nos deparamos com um serviço sem fonte de oxigénio de parede e sem possibilidade de conectar os aparelhos à corrente elétrica, porque interferiam com o registo do exame.

No que concerne à alta para outros serviços, todos os contatos telefónicos foram efetuados, no sentido de combinar o horário da transferência, os planos de atividades atualizados e os doentes eram acompanhados, o que permitia proceder à transmissão de toda a informação relativamente ao seu estado de saúde de uma forma mais pessoal e profícua.

Os registos de enfermagem eram efetuados em suporte de papel no que diz respeito à transcrição horária de sinais vitais, validação da administração terapêutica, débitos das perfusões ou da alimentação entérica ou parentérica, registo de colheitas, balanços hídricos e identificação topográfica dos locais de inserção de cateteres, feridas/pensos, bem como a data previsível da sua substituição. Constituíam um suporte de fácil utilização e de acesso rápido e intuitivo a alguma informação relativa ao doente por parte de toda a equipa, e era arquivada no final das vinte e quatro horas, junto à restante documentação que constituía o processo clínico do doente.

Na previsão da data de mudança de sondas, cateteres, sistemas e pensos registada na folha, regemo-nos pelas evidências científicas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Infecção (Direcção Geral da Saúde, 2007), cientes que a taxa de IACS é um indicador de qualidade e segurança dos cuidados prestados. Incorporamos na nossa atuação os resultados da investigação, na procura da melhoria contínua da qualidade, tal como preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2001), relativamente ao enunciado descritivo: cuidados de enfermagem.

Os restantes registos de enfermagem baseavam-se na linguagem CIPE e eram efetuados através da aplicação informática "Glintt".

Após a receção do doente, efetuamos uma avaliação inicial, recorrendo à observação e entrevista ao doente/família/pessoa significativa. Eram levantados os diagnósticos de enfermagem e as atitudes terapêuticas apropriadas ao indivíduo em causa. Em suma iniciávamos o processo de resolução de problemas, recorrendo à implementação do Processo de Enfermagem (Phaneuf, 2005).

A planificação do Processo de Enfermagem, nem sempre foi efetuada de maneira formal, tendo havido necessidade de recorrer por vezes ao seu planeamento mental, nos casos em que o doente apresentava instabilidade hemodinâmica, e era necessário intervir de forma urgente. Julgamos ter atuado de forma pronta e correta, nestas situações de imprevisibilidade, fruto da prática com que exercemos diariamente no serviço de urgência.

Os enfermeiros sempre registaram as suas intervenções, no sentido de proporcionarem um fio condutor no cuidar, e esta informação sempre foi valorizada por outros nas suas tomadas de decisão. A CIPE veio revelar-se como um patamar acima, uma evolução na uniformização dos registos, proporcionando uma linguagem comum relativa aos diagnósticos, intervenções e resultados esperados pelos cuidados de enfermagem (Sousa, 2010).

O acesso a esta informação, que é em última análise pertença do doente, encontra-se protegida, através do acesso por uma palavra-chave atribuída aos profissionais de saúde.

No sentido de proporcionar uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de cuidados intensivos, existem alguns registos que devem constar da sua atividade, como as escalas de gravidade dos doentes internados ou o registo da carga de trabalho (Ministério da Saúde, 2003). Estas escalas servem não só para avaliar objetivamente os resultados dos cuidados, mas também para aferir investimentos nestas unidades (Balsanelli [et al],2006).

Na UCIP de Braga tivemos oportunidade de aplicar a escala TISS 28, cujo objetivo é a classificação do grau de gravidade do doente e a carga de trabalho inerente aos cuidados de enfermagem. Esta escala foi por nós preenchida, tendo em consideração as vinte e quatro horas anteriores à validação. Um ponto obtido nesta tabela corresponde a dez minutos e seis segundos de cuidados de enfermagem e quanto mais grave for o estado do doente, maior quantidade de intervenções necessitará, logo maior será o tempo despendido para o seu cuidado (Ducci [et al],2004).

Esta escala, que monitoriza intervenções como: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e metabólico e intervenções específicas, embora largamente aceite pela comunidade científica e amplamente aplicada nas unidades de cuidados intensivos, peca por não contabilizar na sua estrutura cuidados como a prestação de cuidados de higiene, conforto, posicionamentos e intervenções inerentes à comunicação com o doente/convivente significativo (idem,2004).

UCIC (Modulo III) – O estágio na UCIC permitiu-nos também, o contato com o laboratório de hemodinâmica e eletrofisiologia, pelo que nos reportaremos também a eles na nossa análise reflexiva.

Relativamente à prevenção e controle da infecção hospitalar, uma situação problema comum foi identificada na UCIC, na sala de pacemaker e hemodinâmica, relacionada com o facto de os baldes do lixo não possuírem manípulo de pé, obrigando constantemente a manipulação da tampa com luvas contaminadas. Foi efetuado um contato, com a gestora de recursos materiais, no sentido destes baldes serem substituídos. Houve sensibilização para a questão e a promessa de substituição, mas à data do fim do estágio este problema não tinha ainda sido sanado, por atraso na entrega de materiais já adquiridos pelo Hospital. Esta articulação com classes profissionais representativas da gestão hospitalar, reflete a pluridisciplinaridade com que a melhoria da qualidade deve ser entendida, pois também as instituições devem adequar os recursos, para que o exercício profissional possa ser efetivamente de qualidade (OE, 2001).

Outra situação problema foi identificada quando nos apercebemos que não havia dentro da unidade uma sala de despejos, sendo as bacias contendo a água resultante dos banhos transportadas ao longo do serviço, para um compartimento exterior. Uma vez que tinham de ultrapassar portas corta-fogo, as assistentes operacionais tocavam nos manípulos das portas com as luvas utilizadas para suportar as bacias. Não sendo possível alterar a estrutura física do serviço, sugerimos uma alternativa. A assistente operacional transportaria uma bacia de cada vez, utilizando apenas uma das mãos até ultrapassar a porta, estando a outra mão devidamente equipada com luva limpa, podendo no exterior recorrer a essa mão para ajudar a suportar o peso. A sugestão foi aceite e a medida implementada.

Atuamos de acordo com o recomendado pelo Programa Nacional de Controle de Infecção (2007), substituindo os pensos dos cateteres venosos periféricos apenas quando se encontravam húmidos, repassados, descolados ou por imperativo de examinar o local de punção; efetuando os pensos dos cateteres venosos centrais a cada dois dias, por não serem transparentes e haver necessidade de avaliar a zona de inserção; desinfetando os acessos das torneiras, com álcool a 70%, antes de acedermos ao sistema e trocando sistemas, torneiras e prolongadores a cada três dias.

O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem, traduzido em indicador da qualidade dos cuidados. Ao monitorizar este risco, implementamos medidas preventivas adequadas, como por exemplo a colocação de grades laterais no leito, contribuindo para o controlo deste fenómeno.

Na altura da admissão avaliamos o risco de queda a todos os doentes, sendo para tal, usada a definição das variáveis da Escala de Quedas de Morse. Esta avaliação é revista de cinco em cinco dias, quando se registre alteração da Escala de Coma de Glasgow para valores

inferiores a 14, ou ainda após queda. A data de reavaliação do risco fica prescrita pelos enfermeiros e parametrizada no “Glintt”, que é a aplicação informática usada na instituição.

Também na admissão, foi por nós avaliado o risco de aparecimento de úlceras de pressão, recorrendo para isso à aplicação da Escala de Braden. Quanto mais baixo for o somatório na aplicação desta escala, que monitoriza padrões como: percepção sensorial; humidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e forças de deslizamento, maior é o risco de aparecimento de úlceras. De acordo com o resultado obtido, implementamos medidas adequadas em termos de periodicidade das alternâncias de decúbito, hidratação da pele, utilização de dispositivos de auxílio aos posicionamentos e definimos a periodicidade da reavaliação, cuja data é também registada no “Glintt”.

A importância dos registos de enfermagem tem sido largamente debatida desde os tempos de Florence Nightingale, tendo sido considerados como essenciais e indispensáveis, constituindo uma forma de comunicação capaz de dar continuidade ao cuidar (Martins [et al], 2008). Este relevo pode ser observado através do percurso decorrido entre os registos efetuados em suporte de papel à tão atual CIPE, percorrendo toda a evolução dos Sistemas Informatizados de Informação em Enfermagem (SIE) (Cunha [et al], 2010).

Embora a continuidade dos cuidados, seja o objetivo dos registos de enfermagem mais valorizado pelos enfermeiros, eles são igualmente importantes na qualidade desses mesmos cuidados, têm finalidades legais e éticas, ganham peso na tomada de decisão clínica e política, e geram influência na gestão, formação e investigação (Simões, 2007).

Tal importância atribuída aos registos de enfermagem encontra eco no seu enquadramento legal na lei Portuguesa, estando legislados no Decreto-lei n.º 437/91 que regula a carreira de enfermagem, no Decreto-lei n.º 162/96 que constitui o REPE e no Decreto-lei n.º 104/98 da OE, no seu artigo 83 “ Do direito ao cuidado”.

Na UCIC, toda a informação relativa aos cuidados é baseada na CIPE e registada através da aplicação informática “Glintt”. Esta aplicação configura-se como um processo clínico eletrónico “paper-free”, que permite uma consulta rápida de informação referente ao histórico do doente (Glintt, 2009), onde todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado podem fazer os seus próprios registos, bem como consultar os de outros profissionais.

Pautamos os nossos registos por critérios de objetividade, dando evidência aos diagnósticos de enfermagem, às intervenções realizadas, não esquecendo de assinalar os resultados sensíveis às intervenções implementadas. Evitamos a duplicação de informação, aproveitando o espaço disponível à inscrição de notas de enfermagem, para efetuar registos que dessem evidência aos aspetos psicológicos, familiares, sociais e culturais que envolviam o doente e que lhe atribuem singularidade, através de uma escrita sensível que desse evidência à personalização dos cuidados (Martins, 2008).

A maioria dos doentes internados nesta unidade teve necessidade de continuar o seu tratamento no serviço de cardiologia, pelo que o processo da sua transferência foi

cuidadosamente planeado. O facto da equipa de enfermagem afeta a estes dois serviços ser a mesma, tornou os contatos e a dinâmica da transferência mais fácil e abrangente. Após contato telefónico para agendar o transporte, acompanhamos o doente até ao destino, levando o seu processo clínico e a gaveta com a sua medicação. Informamos o doente da sua mudança, e quando possível, também a família, explicando os motivos, que residiam essencialmente na diminuição da necessidade de vigilância. Na nova unidade, e já acompanhadas pelo colega responsável pelo doente, apresentava-mos a estrutura física. Colaboramos na admissão, colocando telemetria quando tal estava indicado, inscrevendo alguns dados do doente no quadro existente na sala de enfermagem e colocando a gaveta da medicação no carro do serviço. Esta articulação, para além de proporcionar a transmissão de informação relativa ao doente, permitia estabelecer um clima de segurança na continuidade dos cuidados.

1.3– Domínio da Gestão dos Cuidados

A aplicação do processo de enfermagem enquadra-se neste domínio como instrumento essencial na gestão dos cuidados de enfermagem.

Neste domínio estão ainda patentes todas as atividades que impliquem delegação de tarefas, gestão de recursos humanos e materiais e articulação na equipa multidisciplinar, que permitam um clima sadio para o desenvolvimento da prática profissional, ao mesmo tempo que procuram motivar a equipa para um crescimento positivo e favorável à prática, otimizando a qualidade dos cuidados.

Competências: *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Exercer supervisão do exercício profissional na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC); Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC.*

Atividades: *Aplicação do processo de enfermagem na prestação dos cuidados de enfermagem; Colaboração com a enfermeira chefe na elaboração de horários; Colaboração com a enfermeira chefe/tutora na gestão dos recursos materiais; Colaboração com a enfermeira tutora na dotação da equipa de enfermagem para os turnos seguintes; Colaboração*

com a enfermeira responsável na execução do plano de distribuição de doentes aos enfermeiros do turno, tendo em conta o rácio enfermeiro/doente preconizado em cada unidade; Colaboração com a enfermeira chefe/tutora nos pedidos de farmácia e alimentação; Articulação com outras classes profissionais na satisfação das necessidades do doente, que ultrapassam o nosso âmbito da ação.

UCIP (Modulo II) - Todos os cuidados prestados ao doente tiveram por base a aplicação do processo de enfermagem, fosse este efetuado de forma mental ou devidamente formalizado. Procuramos não descuidar nenhuma das suas etapas, desde a apreciação inicial, ao diagnóstico de enfermagem, passando pelo planeamento, implementação de intervenções e avaliação final dos resultados, cientes que a qualquer momento pode haver necessidade de retroceder e reformular qualquer uma destas fases (Moorhouse, 2010).

Embora o processo de enfermagem fosse já a base da nossa atuação, pensamos que o facto de o doente permanecer num serviço de internamento, proporciona condições mais favoráveis para o concretizar de forma mais precisa e formal, tendo em conta que o contato com o doente/família se prolonga no tempo, dando mais visibilidade aos resultados sensíveis para o doente e aos ganhos para a disciplina de enfermagem. A aplicação sistemática do processo de enfermagem, como metodologia científica, confere autonomia profissional à enfermagem, sendo um dos fatores associados à maioria da profissão (Horta, 1979).

Utilizamos pela primeira vez o método de trabalho baseado no enfermeiro de referência, assumindo a responsabilidade da gestão da informação do doente que admitia-mos, desde a entrada até à alta do serviço. Neste tipo de método de trabalho o enfermeiro de referência assume responsabilidade permanente do seu doente mas na impossibilidade de permanecer ininterruptamente no serviço, trabalha em conjunto com outros colegas, denominados neste método "enfermeiros associados", que o substituem nos cuidados mas sob sua coordenação (Costa, 2004).

O enfermeiro de referência é o responsável pelo planeamento dos cuidados e pelo estabelecimento de vínculo com o doente e família, sendo-lhe ainda atribuído o papel de integrador, facilitador e coordenador das relações entre doente, equipa multidisciplinar e instituição de saúde (Bork, 2004).

A distribuição de doentes nesta unidade de cuidados seguia então a lógica de atribuir o doente ao seu enfermeiro de referência, mas como o rácio de atribuição era de dois doentes por enfermeiro, trabalhamos frequentemente como enfermeiro de referência e como enfermeiro associado no mesmo turno. A abordagem ao nível dos cuidados fazia-se sentir apenas pelo cuidado de não alterar planos previamente traçados ao doente de referência de outro colega, sem ponderar devidamente a necessidade de o fazer tendo em conta a proximidade do contato com o seu enfermeiro responsável, permitindo criar uma conceção dos cuidados onde é atribuída responsabilidade completa ao enfermeiro de referência (Costa, 2004).

Durante o estágio pudemos observar que este método de trabalho tem na prática algumas limitações uma vez que nem sempre os enfermeiros têm uma cadência de horário que lhes permita ser um verdadeiro gestor de cuidados, ficando frequentemente a cargo de enfermeiros associados por exemplo a execução das altas, sem planificação prévia por parte do enfermeiro de referência. Parece-nos ser um bom modelo de trabalho no que concerne ao facto do serviço ter muitos elementos novos na profissão e com necessidade de integração prolongada, dada a especificidade da natureza dos cuidados, permitindo-lhes observar/colaborar na conceção de cuidados efetuada por colegas seniores, mais qualificados na área.

Acompanhamos durante dois turnos a enfermeira chefe no desenrolar das suas atividades de gestão, num período em que se vivia uma altura conturbada pela instabilidade da mudança física das instalações e o trabalho era efetuado a um ritmo acelerado.

Tivemos oportunidade de verificar a dinâmica que permitia repor os níveis necessários de material/fármacos e pessoal para o normal funcionamento do serviço. Neste sentido os horários foram elaborados com a nossa colaboração, tendo sido sentidas algumas dificuldades, assentes essencialmente no facto de haver dois horários de trabalho em vigor (8/8 horas e 12/12 horas). Esta circunstância obrigava à existência de duas equipas que se pudessem revezar nas 24 horas. A dualidade de horários levantava também alguns problemas da transmissão de informação dos doentes, pois havia lugar a mais passagens de turno, sendo que todos os elementos passavam o turno mesmo não sendo substituídos, para que toda a equipa estivesse por dentro da situação de todos os doentes.

O pedido de farmácia era feito duas vezes por semana e o material era pedido três vezes nos oito dias, estando a ser criado uma substituição por níveis, atribuindo um código a cada material, de maneira a que o funcionário dos armazéns pudesse repor sem a intervenção constante da chefe. A reposição da medicação era levada a cabo pelas técnicas farmacêuticas, diariamente, ficando a cargo da enfermeira apenas o pedido de soros e alimentações entéricas e parentéricas. Toda a medicação prescrita era retirada de uma máquina "Pixies", após toque digital dos enfermeiros, à exceção dos extra formulários e estupefacientes.

Colaboramos ainda com a nossa enfermeira tutora, na organização de salas contíguas à unidade, selecionando, catalogando e organizando material consumível de maior utilização na prestação dos cuidados, estando o restante material armazenado em locais mais longínquos da sala onde permanecem os doentes. Esta atividade permitiu o contato com alguns materiais que desconhecíamos, como por exemplo válvulas fonatórias, para doentes traqueostomizados, tendo a ajuda da nossa tutora para descodificar a sua finalidade. Pudemos ainda aperceber-nos das quantidades utilizadas, gerindo a sua reposição. Julgamos ter conseguido, com esta gestão de recursos materiais, facilitar o trabalho dos colegas no cuidado direto ao doente, reduzindo a frequência de abandono da unidade e minimizando o tempo de ausência da mesma.

Sair do contato direto com o doente, e apercebermo-nos da complexidade que é gerir um serviço, abre novas perspectivas a outras formas do cuidar. Torna-se necessário ser um motor na dinamização da equipa, ao mesmo tempo que se pesam custos/benefícios na otimização dos recursos.

Tivemos oportunidade de refletir sobre a necessidade do chefe ser não apenas um gestor, mas acima de tudo um líder com capacidade para fomentar um clima onde cada um saiba qual a contribuição que de si é esperada e se sinta empenhado e motivado a fazer um trabalho excelente (Osborne, 2008).

No clima vivido, durante o período na nossa prática, que envolveu a mudança de instalações físicas da unidade, tivemos oportunidade de presenciar momentos em que a enfermeira chefe se dirigiu à equipa de forma a motivar o seu desempenho. Recordamos uma ocasião em que, ainda nas antigas instalações, a enfermeira chefe chama os elementos para lhes mostrar a nova unidade e passa a apresentar um vídeo de um serviço de saúde, todo envidraçado com uma paisagem idílica de praias e palmeiras, com tecnologia de ponta e áreas anexas bem decoradas e prazenteiras para os familiares e funcionários. Quanto mais não fosse por não haver mar em Braga, todos percebemos que se tratava de uma utopia, mas durante breves minutos a equipa comungou de um espírito de união e hilaridade na apreciação ao observado. As expectativas relativas à melhoria da estrutura física eram grandes, não ilusórias. Momentos como este e o anteriormente já descrito referente aos elogios efetuados aos esforços da equipa multidisciplinar envolvida no processo de transferência, demonstra inteligência emocional por parte da líder, ao encaminhar as emoções coletivas para direções positivas, fazendo ecoar no grupo uma energia entusiástica (Bastos, 2009).

Embora muito assoberbada com questões de gestão organizacional, a sua presença nas passagens de turno era frequente e interventiva, demonstrava conhecer os seus colaboradores, tentando envolve-los em grupos de trabalho de acordo com as suas características, vontade e necessidades de aprendizagem. Quando se dirigia à equipa para tocar em assuntos internos que envolviam maior sensibilidade, pedia aos alunos para se ausentarem do grupo. Aceitava opiniões relativamente à organização dos cuidados e à gestão dos recursos mas em matérias como por exemplo a elaboração dos horários, enfrentou várias contestações, mantendo firme que a dualidade de horários apenas se manteria enquanto os cuidados não fossem prejudicados. Mostrou perfil de líder democrático permitindo a participação de todos nas decisões e diretrizes de atuação, sem deixar contudo de assumir a voz de líder (Idem, 2009).

Perante o clima de transição vivido no serviço, a nossa prestação relativa ao desenvolvimento da equipa, concretizou-se mais ao nível informal, pois todos os esforços despendidos a nível da gestão iam no sentido de repor a estabilidade na dinâmica dos cuidados.

UCIC (Modulo III) – O tempo durante o qual prestamos cuidados nesta unidade de saúde, permitiu-nos observar a importância do estabelecimento de uma relação de parceria com o doente e família. A ênfase dada à conduta dos estilos de vida modificáveis, pós evento cardíaco, assume um papel de relevo no planeamento dos cuidados de enfermagem.

O processo de enfermagem revelou-se como o instrumento mais valioso na gestão dos nossos cuidados, permitindo-nos, através deste modelo metodológico identificar, compreender, explicar/predizer as necessidades dos doentes, em termos de intervenções de enfermagem, bem como inferir sobre os resultados expectáveis em termos de ganhos para a saúde para o doente (Garcia; 2009).

Tendo em conta que é o sexo masculino, o género mais acometido pelas doenças do foro cardíaco e tendo também em consideração que no âmbito do funcionamento familiar são as mulheres que representam a principal fonte de prestação de cuidados (Silva, 2006), todos os esforços despendidos com a educação para a saúde, tem necessariamente que envolver doente e cuidador informal, que pela sua situação de proximidade e envolvimento possa e queira responsabilizar-se pela continuidade de medidas preventivas que proporcionem benefícios em termos de qualidade de vida para o doente.

Se quisermos refletir, mesmo que de forma empírica, sobre os alvos de ganhos em saúde, que uma sociedade de cariz patriarcal na tarefa do cuidar pode proporcionar, podemos pensar que se as medidas corretivas implementadas não se cingirem ao doente e envolverem todo o agregado familiar, possa talvez haver mais beneficiários para além do nosso alvo inicial. Esta conjectura levou-nos a referenciar, à nossa enfermeira tutora e depois, durante a reunião de avaliação do estágio à enfermeira chefe, esta temática como foco de um possível trabalho de investigação, a levar a cabo pelos enfermeiros do serviço. Dado o facto do plano anual estar já definido e os assuntos a trabalhar distribuídos, ficou a sugestão para o próximo ano.

O processo de enfermagem baseava-se também na UCIC, na linguagem CIPE e após a avaliação inicial do doente, efetuada na altura da sua admissão podendo o prazo prolongar-se até às primeiras 24 horas de internamento, iniciava-se o processo de agendamento de intervenções de enfermagem, registando-as na aplicação informática instituída no hospital (Glintt). A circularidade que o processo de enfermagem permite, faz com que mesmo que um enfermeiro tenha dado como fechado um determinado problema, o mesmo possa ser reaberto se for detetado que ainda há lugar para intervir.

Em termos de sessões de educação para a saúde, informais ou agendadas com a família, pudemos constatar que por vezes informação transmitida não implica informação adquirida, pelo que embora tenha havido um contato com determinadas temáticas, como alimentação, exercício físico, sono/repouso, gestão do stress ou tabagismo, a sua importância não foi verdadeiramente incorporada, pelo que se torna necessário reabrir o problema agendando novas intervenções, pois os resultados esperados não se verificaram. Esta possibilidade de aferir resultados, permitiu-nos minimizar o risco de o doente abandonar a

unidade sem que houvesse segurança de que doente/ família tinham realmente aprendido com as informações prestadas na envolvimento de uma relação terapêutica, especialmente no que concerne a estilos de vida modificáveis.

Por julgarmos que o processo de enfermagem será tão mais rico, quanto mais ricos forem os padrões de conhecimento técnico-científico do enfermeiro, dependendo também da riqueza das suas capacidades afetivas e humanas e das suas experiências prévias, temos procurado ao longo da nossa vida progredir do ponto de vista acadêmico, mas também do ponto de vista da proficiência relacional, procurando na relação com o doente/ família momentos de aprendizagem, que se tornam valiosos quando lhe atribuímos o papel de parceiro no processo de cuidar.

Utilizamos o método de trabalho individual instituído no serviço, o que nos permitiu proporcionar cuidados globais e não fragmentados ao doente durante o turno de trabalho, não permitindo no entanto uma vinculação aos cuidados prestados na totalidade do internamento (Costa, 2004). Esta desvantagem era minimizada tendo especial atenção na distribuição dos doentes aos enfermeiros que tinham prévio contato com determinado doente, reduzindo o leque de enfermeiros que lhe estava afeto durante a sua hospitalização e também por um registo rigoroso de todas as fases do processo de enfermagem, que facultava dados importantes relativos à evolução do doente, intervenções efetuadas e programadas e resultados esperados, permitindo aos colegas manter a continuidade dos cuidados.

O fato de termos doentes atribuídos e assumirmos a responsabilidade dos cuidados que lhes prestamos, nunca nos impediu de colaborar com os restantes colegas. Fizemo-lo sempre que achamos que o nosso contributo traria benefício ao doente e sempre que eramos solicitadas pelos restantes membros da equipa. Esta postura facilitou a nossa integração na dinâmica do serviço, alargou o leque de oportunidades de aprendizagem com que nos confrontamos e proporcionou uma troca de saberes mais rica e diversificada.

Os momentos de passagem de turno permitiram uma eficaz transmissão verbal de informação relativa aos doentes, que não substituindo os registos de enfermagem, concorreram também para assegurar a continuidade de cuidados. Para além deste objetivo, a reunião da equipa na discussão da situação dos doentes permitiu ainda fomentar a melhoria contínua da qualidade, configurando-se como ocasião de partilha de práticas, possibilitando a sua análise por parte de todos os enfermeiros, permitindo a formação em situação (OE, 2001).

Durante as passagens de turno definimos objetivamente a informação pertinente a ser transmitida e fizemo-lo ativamente em todos os conteúdos relativos aos doentes que nos foram atribuídos, pugnando por participar no debate global que se instituía no âmbito da análise das práticas. Transferimos competências já adquiridas, para um novo contexto de cuidados, tentando dinamizar as passagens de turno tanto do ponto de vista operacional como educativo.

A enfermeira chefe da UCIC era por sua vez, chefe também do serviço de cardiologia/medicina, laboratórios de hemodinâmica e eletrofisiologia, acumulando ainda

funções de assessora da administração, pelo que a sua presença no serviço, não era prolongada. Por este motivo não foi possível acompanhá-la no desempenho das funções de gestão, situação colmatada com a colaboração da nossa tutora que durante todo o estágio assumiu sempre o papel de responsável de turno.

Durante este percurso tivemos oportunidade de verificar a dinâmica que permitia repor os níveis necessários de material/fármacos e pessoal para o normal funcionamento do serviço. O pedido de farmácia para reposição de stock era feito duas vezes por semana e o material pedido três vezes nos oito dias, estando a ser criada uma substituição por níveis, atribuindo um código a cada material, o que permitiria uma gestão praticamente autónoma por parte dos armazéns.

A farmácia utilizava o método de reposição por troca de carros, sendo que por volta das 16 horas, chegava ao serviço a medicação para as próximas 24. Na eventualidade da entrada de um doente após essa hora, a sua medicação era repostada recorrendo ao stock do serviço. No caso de alta, a medicação remanescente nas gavetas, retornava à farmácia.

A elaboração do plano de trabalho para o turno seguinte foi executada durante todo o estágio. Neste tínhamos de efetuar a distribuição de doentes pelos enfermeiros, bem como atribuir determinadas funções como: responsável de turno; responsável pela verificação do monitor/desfibrilhador; responsável pela verificação dos estupefacientes e responsável pela sala de pacemaker.

A atribuição de doentes aos elementos de enfermagem cumpria o rácio preconizado pela unidade de três doentes para cada enfermeiro e regia-se pela complexidade dos planos de cuidados inerentes a cada doente, tendo em conta por exemplo a sua autonomia ou a necessidade de efetuar ensinamentos. As camas vagas eram também distribuídas, não esquecendo que uma possível entrada requer uma disponibilidade de tempo acrescida por parte dos colegas, para efetuarem entrevistas iniciais de avaliação, e efetuarem planos de cuidados.

A seleção do colega responsável de turno, seguiu sempre uma lógica de antiguidade no serviço, isto porque como muitos colegas eram novos na profissão ou na unidade, estavam ainda a braços com a sua integração.

As restantes responsabilidades atribuídas seguiam uma lógica de alternância para que todos os elementos pudessem ter essas experiências.

No que concerne à gestão de recursos, tivemos ao longo do estágio de ponderar e avaliar a possibilidade de dispensar colegas para o turno seguinte. Sempre que o número de doentes/ complexidade de cuidados envolvidos era passível de ser suportado com um elemento a menos, um colega era contactado no sentido de não vir trabalhar. Essa decisão nunca era fácil, pois há sempre um risco, uma imprevisibilidade quanto ao futuro, mas em alguns turnos houve margem de manobra para arriscar essa decisão. O colega dispensado, seria sempre aquele que mais horas tinha a haver na contagem do módulo.

Para nos ajudar nesta decisão, tivemos em conta não só o número de doentes internados, mas também as suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem, o grau de autonomia da equipa e a possibilidade de tempos de pausa (Tappen, 2005).

Não presenciamos durante o estágio, nenhuma situação em que os cuidados ao doente tivessem ficado diminuídos por dispensa prévia de colegas, mas julgamos que a integração dos novos elementos da equipa sofre por falta de tempo para serem orientados, noutras áreas de responsabilidade, que não diretamente a prestação direta de cuidados.

A presença da enfermeira chefe, ainda que não física fazia-se sentir na maior parte das tomadas de decisão, tendo a equipa indicações bastante explícitas sobre a sua conduta, nomeadamente na dispensa de colegas para os turnos seguintes, regras rigorosas no fardamento/ apresentação, controlo de gastos excessivos.

O serviço tinha uma equipa conjunta com o de cardiologia/medicina, o que favorecia uma mobilidade permanente de enfermeiros pelas unidades. Este facto acrescido de a equipa ser predominantemente dotada de elementos jovens em idade e profissão, leva-nos a classificar este tipo de liderança como situacional, adaptando o seu estilo à maturidade dos enfermeiros. Neste caso sendo a maturidade da equipa predominantemente baixa, o líder define o que o subordinado deve fazer, como, quando e onde, dando ênfase ao comportamento para tarefa e diminuindo à importância do relacionamento, promovendo o desempenho satisfatório dos liderados (Silva, 2007).

1.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Procuramos dentro deste âmbito analisar a importância da noção do “eu”, enquanto pessoa e profissional, cientes que o estabelecimento de relações quer com os doentes, quer com toda a equipa multidisciplinar depende da dimensão no nosso autoconhecimento.

Abordamos ainda as aprendizagens efetuadas durante a prática, decorrentes das tomadas de decisão, dando ênfase às evidências científicas em que nos baseamos.

Neste sentido, o presente domínio encontra-se intimamente ligado ao autoconhecimento e à influência que a postura de cada um tem no seio de uma equipa, assentando também na importância dos padrões de conhecimento para uma profícua prática clínica (OE, 2010).

Competências – Gerir e interpretar informação proveniente da nossa formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico à equipa de enfermagem; Manter de forma contínua e autónoma, do nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Refletir na e sobre a nossa prática, de forma crítica; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da EEMC; Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às nossas responsabilidades sociais e éticas; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar; Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização; Identificar as necessidades formativas e promover a formação em serviço.

Atividades – Execução de pesquisa bibliográfica; Utilização de normas e guidelines para a prática clínica especializada; Utilização de protocolos terapêuticos; Formação à equipa sobre ativação da equipa de emergência intra-hospitalar; Elaboração de trabalho escrito sobre comunicação em cuidados intensivos; Monitorização eletrocardiográfica e telemetria; Monitorização de pressões invasivas, pressão venosa central (PVC), pressão intracraniana (PIC), pressão intra-abdominal (PIA) e do índice bispectral (BIS); Colaboração na técnica de remoção dialítica; Prestação de cuidados ao doente com balão intraórtico (BIA); Colaboração na técnica dos pensos de vácuo; Participação ativa nas passagens de turno; Colaboração nos cuidados a doentes atribuídos aos restantes colegas da equipa.

UCIP (Modulo II) – A nossa postura durante o estágio pautou-se pelo respeito pela dinâmica da equipa e pela abertura à consolidação de novos saberes.

Um percurso profissional de 19 anos permite-nos já ter uma noção do “eu” bastante cimentada, e tendo lidado de perto com inúmeros profissionais, cada um com os seus valores e idiosincrasias, nunca houve durante este tempo querelas não resolvidas e que não tivessem a ver, em última instância, com o que cada um considerava melhor para o doente. Digamos que isto se passou também durante o período de estágio, tendo sido estabelecida com toda a equipa multidisciplinar uma relação profícua à aprendizagem.

Uma das nossas características em termos de adaptação a uma nova realidade, tem a ver com a velocidade com que se dá a autonomia na prestação dos cuidados, pois só após nos sentirmos seguras no desempenho, conseguimos realmente dar um salto qualitativo. Em termos de estágio e pela brevidade das horas de contato na unidade, o tempo teria sido uma limitação, não fosse a ajuda de todos os elementos, quer pela sua disponibilidade, quer pela satisfação que demonstraram na colaboração e estímulos que lhes prestamos.

O trabalho já mencionado sobre comunicação em cuidados intensivos, e analisado à luz das responsabilidades éticas, legais e profissionais, proporcionou também uma aprendizagem pessoal na área da comunicação alternativa, dando resposta a um objetivo previamente traçado no nosso projeto de estágio. Contribuiu ainda para aumentar competências por parte da equipa de enfermagem, dando-lhes uma base teórica que ajudou a colmatar o desconforto na relação com os seus doentes, por nós identificado como situação-problema.

Ainda no âmbito das necessidades formativas, verificamos deficits na abordagem ao doente com BIA, por parte da equipa. Após contato com a enfermeira chefe sobre a possibilidade de efetuarmos formação aos colegas nesta área, fomos informadas de que já haveria no serviço documentação escrita sobre o assunto, e que o momento não seria propício a nova formação. Após aprofundarmos conhecimentos teóricos sobre esta temática, procedemos informalmente, em contexto de trabalho, a esclarecimentos sobre dúvidas que iam surgindo por parte da equipa, aconselhando e facultando a bibliografia visitada e remetendo para a consulta do material já existente na unidade.

No que concerne às técnicas e instrumentos colocados à disposição do doente crítico, nem todas nos são desconhecidas pois lidamos com elas também no nosso local de trabalho habitual, no entanto mesmo relativamente a estas houve necessidade de pesquisar e debater com a tutora, pormenores que não estavam devidamente fundamentados. Deixaremos expressas apenas as que se apresentaram como novidade para nós, e com os quais tivemos contato, como seja o sensor do BIS, balão intraórtico, técnica de remoção dialítica, PIA e pensos de vácuo.

Relativamente índice bispectral, trata-se de um sensor através do qual são captados os sinais do eletroencefalograma (EEG) frontal e que permite medir a profundidade da anestesia. Sendo um parâmetro processado de EEG foi especificamente desenvolvido para avaliar a resposta do paciente aos anestésicos e sedativos (Duarte, 2009). São colados 3 sensores na região frontal do doente e mais um, na região parietal, ao nível do olho, que após conectados ao monitor, nos dão valores entre 100 e 0. Estes valores correspondem a um indivíduo acordado acima de 93 até ao silêncio cortical, valor 0. Tivemos como objetivo proporcionar maior conforto e estabilidade hemodinâmica à pessoa, ao mesmo tempo que minimizávamos a administração de sobredoses. Em doentes cuja hipnose é induzida, por exemplo, com propofol, e eficácia da sedação pode ser avaliada através da resposta do doente aos comandos verbais e tácteis (Idem). Este parâmetro de monitorização foi utilizado em doentes do foro neurocirúrgico.

Tivemos a possibilidade durante o período de estágio, de observar quer a colocação do BIA, quer de cuidar doentes conectados a este dispositivo. Trata-se de uma técnica que atua no sentido da contrapulsção, produzindo efeitos hemodinâmicos como sejam o aumento da pressão diastólica aórtica e a redução da pós-carga do ventrículo esquerdo. Consiste na

introdução, pela artéria femoral, de um cateter com um balão na ponta que deve ser colocado na aorta, ocluindo-a. Este balão é insuflado e desinsuflado através de uma máquina à qual esta ligado. Encontra-se muito indicado nos choques cardiogénicos, insuficiência ventricular esquerda, angina estável, choque séptico e contusão miocárdica (Sousa, 2009).

Relativamente aos cuidados prestados, estivemos particularmente atentas ao correto funcionamento do balão, que se devidamente funcionante, deve proporcionar ao doente um aumento do débito urinário e cardíaco, com elevação da pressão arterial média, podendo ajudar na redução da confusão/agitação, não descurando a vigilância do membro de inserção do cateter, palpando frequentemente os pulsos distais, no sentido de evitar a maior e mais grave complicação da presença do BIA, que é a isquemia desse mesmo membro.

A técnica de remoção dialítica foi várias vezes observada, constituindo um procedimento usual em UCI, onde a insuficiência renal crónica surge associada a disfunções múltiplas, de etiologia médica ou cirúrgica, com repercussão cardiovascular, respiratória e metabólica, sendo nestes casos necessário recorrer às técnicas de substituição renal (Martins, 2005). A hemodiafiltração, que foi o tipo de técnica de substituição renal contínua utilizada, consistia na introdução de um cateter de duplo lúmen, no caso pela veia femoral, por onde o sangue era sugado a fim de percorrer um dialisador, composto por dois compartimentos separados por uma membrana semipermeável. Num compartimento circulava o sangue, no outro o dialisante e através dessa membrana dava-se a depuração do sangue com a remoção de água, eletrólitos, e outras moléculas de modo contínuo, durante um período de tempo prolongado.

Pudemos durante o nosso percurso de estágio ter a oportunidade de montar as linhas do circuito da filtração extracorporea, perceber as razões da introdução e suspensão da técnica, avaliar a quantidade de líquidos removidos durante um pré determinado tempo, perceber as complicações do incorreto funcionamento da máquina, ou do cateter, sendo que quando era impossível devolver ao doente o sangue que circulava no sistema, isto correspondia a uma unidade perdida, o que levava a uma possível necessidade de ser transfundido.

Os pensos de vácuo foram também uma realidade nova para nós. Observados em doentes do foro cirúrgico, foi possível efetua-los em parceria com médicos e com a ajuda dos técnicos das empresas fornecedoras dos materiais. Envolviam uma assepsia rigorosa e consistiam basicamente em colocar um dreno na ferida, cirúrgica ou não, ligado a uma máquina de vácuo que drenava os fluidos em excesso que impediam a cicatrização.

O risco de infeção destas lesões era enorme, visto que envolviam a exposição de estruturas internas, e nos dois casos que observamos houve sucesso na sua contenção.

Durante a execução dos pensos, havia lugar a uma lavagem cuidada e abundante, procedia-se posteriormente à colocação do dreno e calafetava-se a lesão com uma película aderente, conectando-se o dreno ao vácuo. Era possível avaliar as características e quantidade

de serosidade drenada, protelar o tempo de substituição do penso, evitando assim manipulação desnecessária e reduzindo o risco de infeção. Este ambiente mostrou-se propício à cicatrização.

No início do estágio, tivemos contacto com um doente, com o diagnóstico médico de pancreatite, ao qual era avaliado a pressão intra- abdominal. A PIA refere-se à pressão de equilíbrio no interior da cavidade abdominal, tendo como valores de referência para o doente crítico 5 a 7 mmhg e o seu aumento, ou seja, a hipertensão intra- abdominal, pode estar relacionada com múltiplos fatores como sejam: trauma abdominal, queimaduras, ascite massiva, pós laparotomia descompressiva ou pancreatite (Silva, 2008). Fomos sensíveis à necessidade de proceder à avaliação deste parâmetro, pois a sua elevação pode originar um síndrome de compartimento abdominal, sendo que valores acima de 15 a 20, podem provocar instabilidade hemodinâmica, nomeadamente: oligúria, hipoxémia, aumento da pressão respiratória e redução do débito cardíaco (Idem). A avaliação indireta, efetuada através do cateter urinário, é o método de escolha em UCI, e foi a utilizada por nós durante o decorrer da prática clínica. Basicamente trata-se da instilação de 50 a 100 cc de soro fisiológico na bexiga através da algália, após ter sido clampada a tubuladura do saco coletor. O doente deve estar na posição de supina, e é criado um mecanismo de ligação a um manómetro, que uma vez “zerado” ao nível da sínfise púbica nos dá o valor da PIA. Em rigor deve ser medido no final da expiração.

Todas estas aprendizagens terão repercussões muito vantajosas para nós no nosso local de trabalho, na abordagem ao doente crítico, especialmente agora que o serviço de urgência possuiu uma Unidade de Cuidados Intermédios, onde permanecem doentes do foro médico e cirúrgico, com critérios de gravidade e grande necessidade de vigilância e monitorização invasiva.

UCIC (Modulo III) - A necessidade de monitorização eletrocardiográfica nos doentes internados na UCIC é uma constante, fundamentada na instabilidade que os acomete e na necessidade de antecipar ou atuar precocemente na instalação de novos eventos cardíacos.

No que concerne à elaboração de eletrocardiogramas, eles eram efetuados no período da manhã por uma técnica de eletrocardiografia, mas no momento da admissão, bem como em situação de dor torácica, e por rotina nos dois restantes turnos, esta função cabia aos enfermeiros. A dificuldade aqui surgiu, não na efetivação da técnica, pois tínhamos dela noções que nos vinham da prática no pré-hospitalar, mas sim na leitura de determinados ritmos. Para colmatar esta lacuna, recorreremos à pesquisa bibliográfica, bem como à perícia da nossa enfermeira tutora, e embora a correta identificação fosse em determinados registos, difícil e confusa, após a primeira semana de estágio sentimo-nos mais seguras.

O desenvolvimento de competências, nesta área, fez com que, ao longo do percurso clínico fossemos sendo interpelados para auxiliar colegas mais novos na profissão, na descodificação de ritmos e suas implicações na estabilidade hemodinâmica do doente.

Embora os registos de estudos sobre o coração remontem a alguns séculos antes da Era Cristã, os maiores avanços na área da cardiologia deram-se sem dúvida a partir do século XX. A implantação do primeiro pace-maker é descrita em 1958 e este procedimento é efetuado em Portugal nos inícios dos anos 60 (Perdigão, 2006).

Para além de aumentar a sobrevida dos doentes, esta possibilidade de normal transmissão do ritmo cardíaco, permite-lhes acima de tudo uma grande melhoria na sua qualidade de vida, recuperando atividades de vida que tinham perdido (Catarino, 2003).

A experiência na sala de Pacing revelou-se importante pela aquisição de conhecimentos da técnica em si, bem como dos cuidados necessários na fase pré, intra e pós colocação de pace-maker. Os doentes tinham duas formas de chegar a esta intervenção: ou oriundos de qualquer serviço do hospital, para efetuar um procedimento de urgência, ou do domicílio, sendo uma pequena cirurgia programada.

Após a consulta dos documentos do serviço, relativos à implantação de pace-maker e do protocolo de profilaxia antibiótica (apêndice III), foi bastante fácil cuidar destes doentes. À admissão a ênfase foi dado à complementação da informação já demonstrada pelo indivíduo, procurando colmatar todas as suas dúvidas. Estes esclarecimentos podiam incidir na técnica que se iria seguir, enfatizando o facto de a pessoa estar sempre acordada, e sentir apenas dor na aplicação da anestesia local; explicar a composição do pace-maker (gerador e electrocateters); referir a importância de se manter sereno e imóvel durante o procedimento que dura aproximadamente uma hora e assegurar-lhe que durante toda a técnica, a equipa conta com a ajuda do fluoroscópio para a guiar na introdução do electrocateter até ao coração. Verificamos ainda, a presença do consentimento informado, tentando confirmar se o doente tinha conhecimento sobre a patologia de base para a colocação do pace-maker, e acima de tudo se estava consciente dos seus riscos.

A necessidade de recorrer a esta intervenção decorre de uma anomalia do sistema de condução elétrica, nomeadamente nos bloqueios cardíacos, na doença do nó sinusal e na insuficiência cardíaca, e os riscos envolvidos são infeção, hemorragia e hematoma no local de inserção, deslocação do eléctrodo e perfuração pulmonar (Arrhythmia Alliance, 2007).

Os cuidados pós implantação de pace-maker, são abordados do ponto de vista imediato, orientando o doente para a imobilidade necessária do membro superior do lado onde foi colocado o gerador, ou do membro inferior, caso o acesso tenha sido pela artéria femoral, situação mais frequente nos pace-makers provisórios. Deve ainda manter-se em repouso no leito durante as primeiras horas. Se não houver intercorrências o indivíduo terá alta clínica passado 24 horas, com aconselhamento para que não faça esforços com o braço, até à primeira consulta, agendada regra geral, para um mês após a implantação.

A abertura do laboratório de hemodinâmica no Hospital de Braga contempla a população com uma nova abordagem às doenças cardiovasculares (DVC(s)), no que é denominado por cardiologia de intervenção. O cateterismo cardíaco permite intervir nas estruturas cardíacas, nomeadamente nas artérias coronárias, numa abordagem percutânea, possibilitando quer o diagnóstico quer o tratamento das lesões encontradas, com a introdução de stents simples ou impregnados de fármacos, balões, entre outros, dentro do seu lúmen. O rápido desenvolvimento desta técnica e a melhoria contínua da sua eficácia, permitiu-lhe ultrapassar os resultados da cirurgia de revascularização miocárdica (Direcção Geral da Saúde, 2001).

A unidade de hemodinâmica é composta essencialmente por duas salas contíguas: uma onde é efetuado o cateterismo e outro onde estão as telemetrias. Na primeira laboram no mínimo um médico e um enfermeiro e está devidamente equipada com monitores, bombas infusoras, desfibrilhador bem como todo o material consumível necessário; na segunda existem vários monitores onde todo o processo a decorrer está a ser visualizado e gravado, e onde um enfermeiro é também responsável, por registar os tempos da intervenção, quantidade de contraste administrado, fármacos utilizados e eventuais intercorrências.

Fazem parte ainda do serviço, várias outras salas, como sejam um pequeno e estreito vestiário, uma minúscula sala de arrumos e uma sala com lotação de três camas, para o recobro de doentes do exterior que efetuaram apenas angiografia e que terão alta poucas horas depois, se tudo correr dentro da normalidade.

É notório o facto de esta estrutura física não ter sido talhada para uma unidade deste tipo, configurando-se como provisória. É longe da unidade de cardiologia, situado no 4º piso, sendo a hemodinâmica no piso 0; é longe da unidade de cuidados intensivos, situada também no 4º piso e para além disso a maior situação problema detetada é que a sala de recobro para os doentes externos, fica distante das salas onde a equipa está a trabalhar, onde este permanece sem qualquer tipo de monitorização e com uma vigilância de enfermagem muito reduzida. Esta situação poderia ser pelo menos minimizada, se os doentes estivessem monitorizados e houvesse, na sala de telemetria um outro monitor com os registos dos três doentes do recobro. Esta solução foi sugerida, quer aos enfermeiros da equipa da hemodinâmica, quer à enfermeira tutora, mas eles próprios tinham já levantado a questão, tendo sido informados de que a unidade iria mudar para o 4º piso, onde as condições seriam mais ajustadas às necessidades dos doentes e equipa. Colmatamos esta lacuna, vigiando os doentes com mais frequência e assegurando-nos que pelo menos tinham um familiar a acompanhá-los.

O serviço de hemodinâmica labora 24 sobre 24 horas, estando uma equipa de dois médicos, três enfermeiros e um assistente operacional, escalados em presença física, das 8 até às 19 horas, estando o restante período do dia coberto por dois enfermeiros e um médico

que estão de prevenção e são chamados sempre que é necessário efetuar uma angioplastia primária.

Poder ter estagiado nesta unidade foi para nós verdadeiramente gratificante, pois pudemos observar como uma técnica com tantos ganhos em saúde para o doente, onde o diagnóstico ou o tratamento é efetuado diretamente no coração, é exercida sobre a pessoa totalmente vigil e com baixas limitações no seu estilo de vida no que concerne ao período pós procedimento.

Tivemos oportunidade de acompanhar o utente antes, durante e após esta técnica, desenvolvendo cuidados de enfermagem quer do ponto de vista psicológico, explicando todo o procedimento e esclarecendo dúvidas, quer do ponto de vista da preparação física, efetuando tricotomia e desinfeção da região inguinal e radial direita, uma vez que o acesso é preferencialmente efetuado por este lado; garantindo que a pausa alimentar de 6 horas foi cumprida; colocando acesso venoso no membro superior contralateral e identificando a necessidade de início do protocolo de prevenção de nefropatia de contraste (apêndice IV). No final do procedimento impõem-se a colocação de um compressor manual na região da punção (radial ou femoral), que permanecerá durante aproximadamente uma hora e cuja descompressão gradual tem de ser efetuada. Esta medida juntamente com a limitação dos movimentos previnem uma das complicações mais frequentes que é a hemorragia. O doente foi ainda incentivado a fazer uma hidratação oral abundante, para ajudar na eliminação do produto de contraste.

Previamente à alta foram efetuados ensinamentos ao doente/família/ pessoa significativa, sobre os cuidados a ter no domicílio, que foram reforçados na elaboração da carta de alta. Estes incidiram sobre o alerta para o aparecimento de edema ou sinais inflamatórios na região da punção e conseqüente necessidade de recorrer ao médico, na presença dos mesmos; informar sobre a proibição de conduzir e de realizar esforços na primeira semana pós cateterismo; comunicar que finda essa primeira semana e se o doente se sentir bem, pode regressar ao trabalho e enfatizar as medidas preventivas ao aparecimento de nova doença, alertando para os fatores de risco modificáveis, tendo em conta a entrevista de avaliação inicial.

Todas as técnicas efetuadas dentro das salas de pace e hemodinâmica seguiram as regras da assepsia cirúrgica, como se de uma sala de bloco operatória se tratasse.

A situação de maior instabilidade hemodinâmica, com a qual tivemos de lidar, durante este módulo teve lugar na UCIC, num doente em choque cardiogénico, ao qual tinha sido implantado um balão intraórtico. Este doente era acometido por falência multiorgânica, e na prestação de cuidados urgentes sentimos que a nossa presença foi uma mais-valia para o doente e uma segurança para a equipa.

Como o doente estava algaliado (tendo esta técnica sido reportada pelos colegas como difícil), e se encontrava em oligoanúria quando seria expectável que a presença do BIA

pudesse concorrer para a reversão desta diminuição do débito urinário e em associação a este quadro tinha surgido agitação e queixas de dores extremas na região supra púbica, sugerimos ao cardiologista o contato com a equipa de urologia para que observasse o doente. Após a efetivação desse contato, e uma vez que durante o período noturno não há acesso aos armazéns, dirigimo-nos à urgência para selecionar e recolher material que inferimos fosse essencial ao ato a realizar, pois o serviço de cardiologia não o possuía. O doente foi realgaliado com uma algália folley bequilada de três vias, de maior calibre e iniciou sifonagem. Foi concluído que havia uma obstrução urinária, provocada por coágulos, tendo este tipo de intervenção proporcionado ao indivíduo um alívio imediato dos sintomas e cessação da agitação. Para além de envidar esforços para o conforto e estabilidade do doente, concorremos para a diminuição dos riscos associados à presença do BIA.

Sentimos que baseamos a nossa prática em sólidos e válidos padrões de conhecimento; demonstramos capacidade de fundamentação, com base em evidências científicas, utilizando linguagem técnico-científica, com os pares; avaliamos o processo e os resultados da tomada de decisão; gerimos os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e incorporamos diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

Durante o decurso do estágio, apercebermos do facto da equipa de enfermagem ser bastante heterogénea, relativamente às idades e experiências profissionais. Grande parte dos colegas era novo na instituição/ serviço e foi notório a ansiedade com que parte da equipa encarava a possibilidade de se instalar uma situação de emergência num doente. Após a transferência para o novo Hospital de Braga, a ativação da emergência intra-hospitalar passou também a seguir outros passos, pelo que identificamos uma situação problema, no que concerne à efetivação deste procedimento.

No sentido de poder contribuir para a resolução desta dificuldade e recorrendo também à nossa experiência enquanto membro da equipa de emergência interna, propusemos à chefia, a realização de sessões de formação, relativas ao esclarecimento quanto aos critérios de ativação da emergência, ao modo de efetuar a ativação e sobre a atuação da equipa que ativa, antes da chegada de ajuda diferenciada e durante a sua permanência na unidade.

A sugestão foi aceite e nesse sentido foi elaborado um plano de formação (anexo V) e foram desenvolvidas sessões de formação, cujos diapositivos remetemos para o mesmo anexo. Foi ainda elaborado um trabalho escrito com a fundamentação teórica subjacente ao tema da ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar (anexo VI), que foi entregue à nossa tutora para o pudesse dinamizar junto da equipa.

Durante o decurso das sessões de formação, que tiveram lugar nos dias: 13, 22 e 23 de novembro do corrente ano, no próprio serviço, estiveram presentes doze colegas, que para além de terem demonstrado interesse pela temática, enriqueceram-na colocando questões paralelas ao tema central.

Assim foram abordados os critérios mandatórios para recorrer à ativação da emergência; como proceder a este contato, que foi alterado de ativação por BIP para ativação pelo telefone; como proceder na abordagem ao doente se o enfermeiro estiver sozinho na unidade, ou acompanhado por outro membro da equipa e por fim qual o papel do enfermeiro do serviço na assistência ao doente quando já está presente a ajuda diferenciada.

Relativamente à informação telefónica pedida pelos médicos aquando da ativação da equipa de emergência, foi comentado pelos colegas, que era excessiva e protelava a ativação do enfermeiro e conseqüentemente a sua chegada e a do desfibrilhador. No sentido de clarificar esta situação, tivemos uma conversa informal, com um colega do nosso serviço de origem, que integra o grupo de trabalho da emergência interna do hospital, que mostrou sensibilidade para abordar a questão em reunião com o restante grupo. Foi ainda discutida a importância do registo da decisão de não reanimar nos processos clínicos dos doentes, e da necessidade de revisão frequente desta decisão.

No final das sessões foi unânime a satisfação dos colegas, perante o debate desta temática, uma vez que tinha ido de encontro às suas dúvidas e ansiedades, tendo ajudado acima de tudo a uniformizar procedimentos, para que todos os elos da cadeia de reanimação sejam igualmente sólidos.

O conteúdo da formação ficou ainda disponível nos ecrãs dos computadores da unidade, para posteriores consultas.

2 – CONCLUSÃO

Ao chegar ao término deste relatório impõem-se fazer uma súmula do que realmente este percurso alterou em nós em termos pessoais e profissionais. Neste sentido procuraremos fazer uma resenha das principais aprendizagens adquiridas, bem como das contribuições que julgamos ter deixado nos locais de estágio por onde passamos.

Em termos cronológicos o módulo II, realizado na UCIP do Hospital de Braga, foi o primeiro a ser efetuado e neste ambiente, pleno de oportunidades no contato com o doente crítico, tivemos a possibilidade de participar na transferência de instalações do antigo Hospital de S. Marcos, para o novo Hospital de Braga.

Durante esta fase de transição pudemos aperceber-nos da importância da colaboração com outras unidades de saúde, da dinâmica implementada com instituições de cariz público ou privado, como sejam as corporações de bombeiros ou empresas transportadoras e da importância de uma liderança pró-ativa na motivação de uma equipa na concretização de um objetivo maior. No dia da mobilidade dos doentes, integramos a equipa de receção no novo serviço, tendo encetado esforços para que os cuidados prestados não fossem nunca inferiores às suas necessidades.

As consequência desta altura conturbada, faziam-se sentir também ao nível de novas empresas a laborar na instituição.

A limpeza e higienização da unidade era agora um serviço privado, e juntamente com a chefia foi identificado uma lacuna de conhecimentos quanto ao controle da infeção. No sentido de dar resposta a este problema, procedemos aos contatos com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI), ela própria interessada em resolver esta inconformidade, mas até ao final do estágio não foi possível, desenvolver nenhum trabalho formal, por razões que envolveram os contatos entre a empresa de limpeza e a CCI, que aguardava da primeira informações relativas a cadernos de encargo, tipos de materiais e desinfetantes utilizados e formação dos trabalhadores.

Cientes dos custos das infeções associadas aos cuidados de saúde, quer em termos de saúde para o doente, quer em termos de agravamento dos honorários impostos pela sua existência, procedemos em contexto da prática à formação das funcionárias responsáveis por esta atividade.

Em termos estruturais intervimos na resolução de determinados erros passíveis de serem modificados, através da colaboração nos contatos com a empresa responsável pelos equipamentos, requisitando calhas para colocação de cortinas entre os leitos, pedindo a diminuição do fluxo de água nas torneiras de lavagem das mãos, que brotava de tal forma que inundava chão circundante, solicitando suportes para detergente antimicrobiano e toalhetes de

papel. No final do estágio, só o problema da água continuava a existir, embora em fase de resolução.

O contato com a família/pessoa significativa teve um papel importante no desenrolar do nosso processo educativo, por nos ter permitido valorizar as temáticas ministradas nas unidades letivas. Estabelecemos uma relação terapêutica, que permitiu incluir a família/pessoa significativa nos cuidados, usufruindo de todas as informações que detinham sobre o seu familiar, o que possibilitou que ambos fossem alvo de intervenção dos nossos cuidados.

Na ligação com a equipa, identificamos ao nível da formação necessidades de desenvolver temáticas relativas à presença do balão intraórtico nos cuidados ao doente grave e relativas à comunicação com o doente incapacitado de se expressar verbalmente. Quanto à primeira a chefia não achou ser o momento oportuno para encetar esforços para a sua resolução, uma vez que o plano de formação anual estava já completo e havia informação escrita no serviço relativo ao BIA, que podia ser consultado. Recorremos a formação informal à equipa, em contexto de trabalho.

Quanto à comunicação alternativa, foi por nós elaborado um trabalho de pesquisa bibliográfica designado: “Silêncio que se vai comunicar”, que ficou na pasta de documentos de enfermagem, para poder ser consultado por todos os colegas. Para dar visibilidade à temática resolvemos ainda efetuar um Poster, que foi entregue à nossa tutora para que o afixasse numa área adequada nas novas instalações, para onde a UCIP iria transitar muito brevemente. Demos cumprimento a um dos objetivos pessoais enunciados no nosso projeto de estágio, e fomos de encontro às dificuldades sentidas pelos profissionais, especialmente os mais novos na profissão/serviço.

O módulo II que decorreu na UCIC, também do Hospital de Braga, permitiu-nos intervir a vários níveis, no cuidado ao doente com patologia do foro cardíaco. A identificação de ritmos cardíacos e sua interpretação adequada e enquadrada na individualidade do doente, foram competências adquiridas, fruto de pesquisa bibliográfica efetuada e da perícia da nossa enfermeira tutora.

Neste módulo, tivemos a possibilidade de estagiar não só na UCIC, mas também nos Laboratórios de Hemodinâmica e Eletrofisiologia, o que nos permitiu ter um contato com a cardiologia de intervenção.

Nos três locais foi identificado um problema comum, relativo à existência de baldes do lixo, que para serem utilizados necessitavam da utilização das mãos, o que facilitava a contaminação por uso de luvas conspurcadas. Para colmatar esta falha e em colaboração com a enfermeira responsável de turno na hemodinâmica, contactamos a gestora de recursos materiais, que após se ter deslocado ao serviço, deixou expressa a promessa de substituição destes recipientes por outros com abertura facultado pelos pés. Até à data final do estágio, nenhuma das unidades tinha sido contemplada com esta permuta, mas apenas porque embora já encomendado, esse material não tinha ainda sido entregue.

Outra situação problema detetada prendia-se com a reduzida vigilância de enfermagem, despendida aos doentes submetidos a cateterismo cardíaco em regime de ambulatório. Estes, após se submeterem à técnica, eram encaminhados para uma sala afastada do espaço onde a equipa trabalhava, sem qualquer tipo de monitorização. Foi por nós sugerido, à enfermeira responsável de turno e à nossa tutora, a introdução das telemetrias, que possibilitariam uma visualização do registo eletrocardiográfico do doente na própria sala de hemodinâmica. Como este espaço seria provisório não houve adesão à sugestão, pelo que no respeito pela prevenção do risco, tentamos visitar mais frequentemente esses doentes e inculcar na equipa esta diligência. Certificávamo-nos ainda que todos os doentes ficassem acompanhados por um familiar.

Após nos termos apercebido que as assistentes operacionais, tinham que percorrer todo o serviço (UCIC), para efetuar o despejo das águas provenientes dos banhos dos doentes, tendo que atravessar portas corta – fogo empurrando o seu manípulo, com luvas contaminadas, propusemos à enfermeira tutora e às próprias funcionárias, a utilização apenas de uma mão no transporte da bacia, durante a passagem das portas, podendo de imediato recorrer à ajuda da outra para suportar o peso. Utilizariam sempre a mão limpa para efetuar o contato com o manípulo. A sugestão foi implementada.

Durante o decurso do estágio pudemos observar a heterogeneidade da equipa de enfermagem, tanto a nível de faixa etária, quanto a nível de experiência profissional, tendo sido notória a divergência de opiniões relativas às situações em que teriam que recorrer à ajuda da emergência interna. Após a mudança para o Hospital de Braga esta chamada de ajuda diferenciada, passou também a seguir novos passos, pelo que propusemos à enfermeira chefe a execução de sessões de formação quanto aos critérios da ativação da emergência intra – hospitalar, e quanto ao modo de atuar antes e durante a sua presença. Estas formações foram efetuadas aos colegas e assistidas com interesse por parte da equipa, tendo ficado o seu conteúdo disponível no serviço.

Ao nível da efetivação da comunicação com o doente/família, este campo de estágio revelou-se potenciador de desenvolvimento de competências, nomeadamente no que diz respeito à educação para a saúde. Investimos tempo no diálogo e levamos a cabo ensinamentos recorrendo a diversos materiais que a unidade possuiu. Estabelecemos uma relação terapêutica que nos permitiu aferir, se a informação dada tinha sido interiorizada, passando a ser valorizada pelo doente e família, ou seja, se tinha havido na realidade, aprendizagem.

As expectativas com que iniciamos esta jornada, não saíram logradas pois na procura do cuidar com excelência, vamos construindo a nossa própria identidade profissional, cimentada no aumento de competências, que este período de formação nos proporcionou.

O principal constrangimento sentido no decurso do estágio prendeu-se com a mudança de instalações da unidade hospitalar, que decorreu enquanto cumríamos o módulo II, na UCIP. Embora esta contingência nos permitisse assistir e refletir sobre as implicações da

transferência na praxis, também imputou ao clima da funcionalidade das equipas uma premência na satisfação de questões organizacionais, que por vezes impediram a nossa atuação a outros níveis, que não a colaboração na resolução das mesmas.

Estamos certas que este percurso académico é apenas um passo do caminho ilimitado que temos de percorrer ao longo da vida, mas um passo importante que nos incitou a sair da nossa zona de conforto, permitindo novas abordagens aos cuidados, em novos contextos, abrindo múltiplas janelas de aprendizagem.

O crescimento pessoal e profissional, que sabemos ter existido, não tem repercussões apenas individuais, pois uma formação sólida dos enfermeiros tem impacto no reconhecimento e desenvolvimento da profissão.

Numa perspetiva de enfermagem avançada, temos como objetivo a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, tendo neste momento mais capacidades para fundamentar a nossa ação, tendo por base a reflexão sobre a prática, um incremento dos aportes teóricos e o recurso aos resultados da investigação.

Procuramos e encontramos nesta Pós Licenciatura novas ramificações de sabedoria que esperamos nos permitam chegar ao destino de cada caminhada conjunta com os doentes e seus familiares, respeitando os percursos por eles traçados, dentro das várias encruzilhadas que a vida nos prepara.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrhythmia Alliance. 2007. Informação para os doentes com pacemaker. Disponível: <http://www.portugal.rrhythmia-europeu.eu/docs/pacemaker>. [data da visita: 10/25/11]
- Balsanelli, A. Zanei, S. Whitaker, Y. 2006. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a03v19n1.pdf>. [data da visita: 04/03/12].
- Bastos, H. 2009. Liderança em Enfermagem: uma visão emocional do líder. Disponível: <http://www.artigonal.com/negocios-admin-artigos/lideranca-em-enfermagem-uma-visao-emocional-do-lider-1538384.html>. [data da visita: 02/22/12].
<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2031/paginas/materia%2010-31.html>
- Bork, A. 2004. O Desafio de Mudar Transformando as Pessoas e a Profissão: o sistema de enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2031/paginas/materia%2010-31.html>. [data da visita: 05/04/12].
- Cândido, A. 2004. INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE: Acontecimentos Marcantes na Vida dos Enfermeiros e seu Significado na Construção da Identidade Profissional. Disponível: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/377/Interac%C3%A7%C3%A3o%20Enfermeiro%20Docente-Anabela%20C%C3%A2ndido.pdf>. [data da visita: 04/02/12].
- Carvalho, A. 2006. O Ensino Clínico de Enfermagem. *Enfermagem*. II série, N.º 42/43 Lisboa.
- Catarino, C. 2003. Implantação do Pacemaker. Disponível: <http://www.fpcardiologia.pt>. [data da visita: 11/02/11]
- Conselho Internacional de Enfermeiros. 2009 Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®, Ordem do Enfermeiros.
- Costa, A. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção Nosocomial. Disponível: <http://www.dgs.pt/>. [data da visita: 04/28/12].

- Costa, J. 2004. Métodos de prestação de cuidados. Disponível:
<http://www.ipv.pt/milleniun/Milleniun30/19.pdf> [data da visita: 02/10/2012]
- Cunha, A. Ferreira, J. Rodrigues, M. 2010. Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. Referência. III serie: 7-16.
- Deodato, S. 2008. Critérios do Agir Profissional. Revista da Ordem dos Enfermeiros,
- Dias, C. 2010. Prevenção da Infecção Nosocomial. Disponível:
http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_47a53.pdf. [data da visita: 04/27/12].
- Direcção Geral da Saúde. 2001. Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica. Disponível:
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/o/REDE%20DE%20REFERENCIA>.
[data da visita:10/07/11].
- Direcção Geral da Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Ducci, A. Padilha, K. Telles, S. Gutierrez, Y. 2004. Gravidade de Pacientes e Demanda de Trabalho de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Evolutiva Segundo o TISS 28. Disponível: http://rbti.org.br/rbti/download/artigo_2010622185538.pdf. [data da visita: 04/03/12].
- Duarte, L. 2009. Índice Bispectral-Bis.
Disponível: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/indice%20Bispectral%20-%20Bis.pdf>.
[data da visita: 05/13/11].
- Elias, D. Sousa, M. 2009. Balão Intra-Aórtico. Disponível:
<http://perflin.com/tutorial/iabp/index.html>. [data da visita:05/17/11].
- Garcia, T. Nobrega, M. 2009. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Disponível: http://www.eean.ufrj.br-revista_enf [data da visita:02/10/12]
- GLINTT. 2009. Saúde. Disponível: <http://www.glintt.com/sectores/saude> [data da visita: 10/30/11]

Gonçalves, A. [et al.]. 2001. O Enfermeiro e a Família: Parceiros de Cuidados. Nursing 12

Horta, W. 1979. Processo de enfermagem. Disponível:

http://www.4shared.com/office/Oe_5vD8u/livro_-_Processo_processo_enfermagem.html.

[data da visita: 02/02/12]

Beauchamp, T. Childress, J. 2001. Principles of Biomedical Ethics, 5th ed.. Oxford University Press, New York.

Martins, A. Pinto, A. Lourenço, C. Pimentel, E. Fonseca, I. André, M. Almeida, M. Mendes, O. Santos, R. 2008. Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem. Disponível: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2... [data da visita: 11/05/11]

Martins, B. 2005. Técnicas Contínuas de Substituição de Fármacos. Disponível:

<http://www.revistadelaofil.org/articulo.asp?id=43>. [data da visita: 05/03/11].

Ministério da Saúde. 2003. Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível: [http://www.cuidados%20intensivos%20recomendacoes\[1\].pdf](http://www.cuidados%20intensivos%20recomendacoes[1].pdf). [data da visita:04/01/12].

Ministério da Saúde. 2009. Governação dos Hospitais. Disponível: <http://arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos-hospitais-Conclus%C3%B5es-finais-20-07-09-.pdf>. [data da visita: 04/01/12].

Moorhouse, M., Doenges, M. 2010. Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem. Lusociência. Loures.

Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual – enunciados descritivos. Disponível: <http://www.oredemdosenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>. [data da visita:04/01/12].

Ordem dos Enfermeiros. 2001. Parecer 20/2001. Passagem de Turno Junto aos Doentes, em Enfermarias. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf. [data da visita: 05/02/12].

Ordem dos Enfermeiros. 2009. Parecer nº 226/2009 – Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM /DSPCS de 25/05/2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.

Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>

[data da visita:11/14/11]

Osborne, C. 2008. Liderança. Civilização Editores. Porto

Perdigão, C., Alves, M. 2006. Olhares – Fragmentos para uma História da Cardiologia Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Lisboa.

Phaneuf, M. 2005. Planificação de Cuidados, um sistema integrado e personalizado. Quarteto Editora, Coimbra

Pinto, J. 2006. Bioética para todos. Editorial A.O., Braga

Rabiais, I. 2003. Saber ser... implica acompanhar. Acontece Enfermagem 6. Ed. Acontece Enfermagem, Lisboa.

Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro. Diário da República nº 35, Série II

Ribeiro, A. 2005. Devemos implicar os familiares nos cuidados aos doentes internados? Servir 53. Ed. Servir, Lisboa.

Rua, M. 2011. De aluno a enfermeiro Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Lusociência, Loures

Salicio, D. Gaiva, M. 2006. O significado da humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8-3/v8n3a08.htm>. [data da visita: 04/01/12].

Santos, F. 2010. Educação em Saúde: O papel do enfermeiro educador. Disponível: <http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-enfermeiro-educador/44521/>

[data da visita: 02/16/12]

Santos, L. 2002. Alteridades Feridas: algumas leituras feministas do cristianismo e da filosofia. Angelus Novus, Coimbra.

Silva, J. 2006. Quando a vida chegar ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família. Lusociência, Loures

Silva, M. 2008. Mensuração da Pressão Intra-Abdominal em Pacientes Criticamente Graves. Disponível: <http://clinicamedicaepm.wordpress.com>. [data da visita:04/29/11].

Silva, M. Galvão, C. 2007. Aplicação da liderança situacional na enfermagem. Revista Escola de Enfermagem USP

Silva, M. 2008. Corrente de Pensamento em Ciências de Enfermagem. Disponível: http://www.ipv.pt/milleniun/milenium26/26_24htm [data da visita: 03/02/12].

Simões, M. Simões. 2007. Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Básicas.

Disponível: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cash:utkzg>. [data da visita: 03/01/12].

Sousa, A. 2010. Encontro sobre Sistemas de Informação em Saúde. Disponível: <http://www.dosenfermeiros.pt/comunicação/Paginas/encontro>. [data da visita:02/23/12].

Tappen, M. 2005. Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Práticas. Lusociência, Loures.

ANEXOS

ANEXO I

Caraterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Hospital de Braga

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DO HOSPITAL DE BRAGA

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga é uma unidade aberta, polivalente de nível III, que permite cuidar do doente adulto com condições patológicas que ameaçam a vida ou condicionam falência multiorgânica, mas que uma vez ultrapassada a fase aguda da doença, são potencialmente reversíveis.

Possui tecnologia e recursos humanos altamente diferenciados ao serviço do suporte avançado de vida.

Estrutura Física

- >Uma sala ampla com lotação para oito camas, duas de isolamento, com adufa
- >Uma área de trabalho e vigilância central, onde estão instaladas as telemetrias;
- >Uma sala de equipamentos;
- >Uma rouparia;
- >Uma copa para funcionários;
- >Vestiários masculinos e femininos;
- >Duas salas de armazenamento de material consumível;
- >Uma área de espera para os familiares;
- >Uma área destinada ao secretariado.

Recursos Humanos

Equipa Médica:

- >11 médicos especialistas na área do intensivismo

Equipa de Enfermagem:

- >Uma enfermeira chefe;
- >Quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- >Um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- >Vinte e seis enfermeiros de cuidados gerais.

Equipa de Assistentes Operacionais:

- >Doze assistentes operacionais.

ANEXO II

**Caraterização da Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia,
Laboratório de Hemodinâmica e Eletrofisiologia
Hospital de Braga**

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

A Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Braga (UCIC) é uma unidade aberta com capacidade técnica e humana para manter uma vigilância organizada e sistemática de doentes com disfunção de órgão, equiparada a unidade de intermédios nível II.

Serve uma população estimada de oitocentas e cinquenta mil pessoas, abrangendo o distrito de Braga e de Viana do Castelo.

Estrutura Física

> Uma sala ampla com lotação para oito camas, com uma área de trabalho e vigilância central, onde estão instaladas as telemetrias;

- > Uma sala de equipamentos;
- > Uma rouparia;
- > Uma copa para funcionários;
- > Vestiários masculinos e femininos;
- > Duas salas de armazenamento de material consumível;
- > Uma área de espera para os familiares;
- > Uma área destinada ao secretariado.

Recursos Humanos

Equipa médica:

- > 15 médicos especialistas em cardiologia
- > 4 médicos internos da especialidade

Equipa de Enfermagem:

- > 1 enfermeiro chefe
- > 1 enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica
- > 3 enfermeiros especializados em reabilitação
- > 31 enfermeiros generalistas

Equipa de Assistentes Operacionais:

> 18 Assistentes Operacionais

Laboratório de Pacing → Sala de bloco equipada com fluroscopia, destinada à implantação de Pacemakers temporários e definitivos e de cardiodesfibrilhadores implantáveis.

A sua área de abrangência populacional é sobreponível à da UCIC.

Laboratório de Hemodinâmica → Serviço equipado para a realização de cateterismos cardíacos, com fluroscopia. Possui uma sala contígua envidraçada onde permanece parte da equipa, registando e vigiando os monitores telemétricos, uma sala de recobro com capacidade para três doentes, vestiários e copa.

É a unidade de referência da região Minho para a realização de Intervenção Coronária Percutânea Primária, no âmbito do programa Via Verde Coronária, em doentes com enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

A sua área de ação engloba toda a região Minho, abrangendo vinte e quatro concelhos, num total de um milhão e cem mil utentes.

ANEXO III

“SILÊNCIO QUE SE VAI COMUNICAR”

Trabalho no âmbito da comunicação em cuidados intensivos



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

SILÊNCIO QUE SE VAI COMUNICAR

Comunicação em Cuidados Intensivos

Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

Braga, junho de 2011



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

SILÊNCIO QUE SE VAI COMUNICAR

Comunicação em Cuidados Intensivos

Trabalho realizado no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, inserido na Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob supervisão da Mestre Patrícia Coelho.

Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

Braga, 24 de Junho de 2011-06-24

“Se perdesse todas as minhas capacidades,
todas elas menos uma, escolheria ficar com a
capacidade de comunicar, porque com ela depressa
recuperaria tudo o resto...”

Daniel Webster

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	8
1 – COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM	9
1.1– Comunicar em Cuidados Intensivos	9
1.2 – Comunicação Aumentativa	11
2 – CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	17

0 – INTRODUÇÃO

Comunicar é uma atividade intrínseca ao ser humano que intencionalmente ou não estabelece relações com os outros, dando ênfase às suas características iminentemente sociais. Palavras, gestos, símbolos e até o silêncio se revestem de ação comunicante.

No âmbito da enfermagem a efetivação da comunicação cuidador/cuidado assume uma importância fulcral na excelência dos cuidados prestados e na satisfação do emissor e recetor, durante a caminhada pela procura do bem-estar tal como os próprios a definem.

O presente trabalho foi efetuado durante o módulo de estágio em cuidados intensivos, no Hospital de Braga, inserido na Pós Licenciatura em Enfermagem Médico- Cirúrgica, que frequentamos na Universidade Católica do Porto e surgiu, fruto do contacto com doentes cuja dinâmica comunicacional foi alterada no decurso de acidentes ou doença súbita ou progressiva.

Maioritariamente os doentes internados na unidade mencionada estavam sujeitos a ventilação invasiva, sonda, traqueostomias ou sofriam de afasias diversas, sendo notória a angústia revelada pela incapacidade em se expressarem e a inquietude por parte dos profissionais em minimizar esta barreira.

Tendo em atenção a problemática que se instala quando o doente se vê privado de utilizar a fala como instrumento facilitador na concretização da mensagem, procuraremos com a elaboração deste documento dar cumprimento aos seguintes objetivos:

- Dar visibilidade à importância da comunicação em cuidados de saúde;
- Suprir um objetivo previamente estabelecido no nosso projeto de estágio;
- Descrever algumas técnicas e instrumentos passíveis de serem utilizados pelos profissionais e doentes na efetivação da comunicação não-verbal;
- Construir um documento de suporte para a consulta da equipa de saúde dos cuidados intensivos.

O conteúdo do trabalho é fruto de pesquisa bibliográfica, referente à comunicação no domínio da enfermagem e aos aportes dados por outras áreas do saber, bem como de uma análise crítica e reflexiva sobre a prática e sobre a teorização da temática.

1 – COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A comunicação em contexto de cuidados de saúde é sem dúvida uma das vertentes mais importantes no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. No entanto, o valor atribuído à comunicação não parece estar a ser alvo de grande atenção, pois a insatisfação por parte dos clientes, está mais associada às competências comunicacionais do que ao desempenho profissional dos cuidadores (Rosário, 2009).

A Enfermagem enquanto profissão de relação beneficiará em servir-se da comunicação como instrumento básico para alcançar o cuidado em excelência, pois ela representa a base e o fundamento para toda a relação terapêutica enfermeiro/doente (Briga, 2010).

A palavra comunicar deriva etimologicamente do latim *comunicāre*, que significa “pôr em comum” (Circulo de Leitores,2011). Numa perspetiva dos cuidados de enfermagem baseados no Paradigma da Transformação, pôr em comum não será mais do que dar evidência ao caminho traçado pelo doente com a ajuda explícita que pode ser dada pelo enfermeiro. Só desta forma o percurso de saúde refletirá cuidados diferenciados (Oliveira [et al], 2009)

Do ponto de vista ético, a comunicação efetiva permite capacitar o doente do seu próprio poder na definição de estratégias para atingir as metas pretendidas, devolvendo-lhe o direito à autodeterminação consagrada pelo princípio da autonomia.

Qualquer que seja o âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro para se tornar um comunicador verdadeiramente eficaz tem de adquirir competências que lhe permitam ouvir para além das palavras, identificando a panóplia de emoções e significados que são revelados por símbolos e sinais humanos (idem).

1.1– Comunicar em Cuidados Intensivos

Nas unidades de cuidados intensivos as barreiras à comunicação assumem uma dimensão agravada, uma vez que lidamos com doentes muitas vezes privados da capacidade de comunicar verbalmente, nomeadamente por necessidade de suporte ventilatório invasivo. Ainda assim: “É impossível não se comunicar: actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem” (Watzlawick [et al], 1996).

Apenas 7% da expressão do pensamento é feita por palavras, cabendo à linguagem não-verbal 93% da importância da comunicação. A competência dos profissionais de saúde, nomeadamente a dos enfermeiros, não pode ser deixada à habilidade de cada um em estabelecer laços, mas deve caminhar cada vez mais no sentido de uma aprendizagem formal das técnicas de comunicação. Noções como paralinguagem (ritmo, intensidade e tom de voz), cinésia (linguagem corporal), proxémica (uso do espaço), características físicas (forma e aparência do corpo), factores do meio ambiente (disposição de objectos no espaço e características do próprio espaço) e táctesia (comunicação táctil), são passíveis de serem aprendidas e treinadas.

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

Por parte dos profissionais de saúde há ainda uma desvalorização da importância da comunicação em termos de ganhos de saúde para o doente e satisfação para o cuidador. As barreiras à efetivação da comunicação, neste âmbito, podem segundo Flinke [et al] (2008), ser agrupadas nas seguintes categorias:

- Ênfase na tarefa;
- Comunicação controlada pelo profissional;
- Comunicação associada muito mais às necessidades físicas e aos procedimentos;
- Comunicação não focada na identificação de todas as necessidades do doente.

Durante os cuidados prestados aos doentes no âmbito do nosso estágio, por diversas vezes fomos confrontadas ou pudemos observar a ansiedade revelada quer pelo doente quer pelos cuidadores quando a mensagem não era perceptível. Nesses momentos as respostas ao problema podiam culminar na desistência do interlocutor em se fazer compreender ou na “fuga” do profissional perante a sua ineficácia em desvendar o conteúdo. Estão descritas (Matos, 2006) algumas técnicas que nos podem ajudar a minimizar esta situação, como sejam:

- Diminuição da velocidade do discurso;
- Uso da comunicação cara a cara
- Reduzir o comprimento e a complexidade da mensagem;
- Utilização de imagens ou desenhos
- Dar mais tempo para a resposta
- Utilizar papel e caneta;
- Assegurar a presença, até o conteúdo da mensagem ser compreendido;
- Utilizar perguntas de resposta simples;
- Acordar previamente significado de sinais como o aceno da cabeça ou o aperto de mão.

Zelar por proporcionar um ambiente propício ao desenrolar de uma relação terapêutica, implica ainda, minimizar os ruídos em redor do doente, mostrar disponibilidade exclusiva para que se possa estabelecer um fio condutor na conversação, fazer referências às condições climatéricas e temporais ajudando a contextualizar as atividades que se vão desenrolando na unidade e potenciar a instalação de ritmos de vigília/repouso que permitam uma recuperação global e integrada dos padrões de funcionamento dos doentes.

Tendo sempre presente que o tempo de internamento é um interregno no contínuo de uma vida, a família/pessoa significativa constitui uma mais-valia na descodificação das mensagens que muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem efetuar. Chamar aos cuidados parceiros que “leem” o doente muito para além das palavras é fácil, barato, proporciona conforto e segurança ao doente e sentido de participação aos conviventes.

Alguns dos efeitos benéficos associados à comunicação (Zinn [et al], 2003), são:

- Aumento da confiança e redução da ansiedade (quando o doente começa a recuperar a consciência);
- Aproximação entre o cuidador e o doente;
- Possibilita a interação;
- Aumenta a perceção relativamente ao que o doente sente;
- Permite a mensuração do grau de sedação;
- Constitui o passo anterior à invasão da privacidade;
- Constitui uma função do enfermeiro.

1.2 – Comunicação Aumentativa

A efetivação da comunicação em cuidados intensivos pode socorrer-se de outras áreas científicas, nomeadamente da comunicação aumentativa. Esta é uma área relativamente recente, que emergiu a partir dos anos 70 no Canadá e Estados Unidos, onde surgiram os sistemas gráficos, para assistir ao processo de comunicação de portadores de deficiências neuromotoras graves (Azevedo, 2005). É definida como sendo uma comunicação complementar ou de apoio, referindo-se o termo *aumentativa* ao seu duplo objectivo: promover e apoiar a fala e garantir uma forma de comunicação alternativa se a pessoa não aprender a falar (Tetzchner [et al], 2000).

A comunicação aumentativa pode ser realizada com ajuda, sendo que esta modalidade compreende todas as formas em que a expressão da linguagem implica um instrumento externo ao utilizador, como por exemplo: letras do alfabeto, quadro mágico, dispositivos

apontadores, teclados de conceitos, tabelas de comunicação, dispositivos com fala digitalizada e computadores.

O avanço da tecnologia trouxe novas alternativas à interação comunicacional para pessoas impedidas de se expressar de forma convencional. O conhecimento destas inovadoras ferramentas permite-nos seleccionar o que, pesando custo/benefício, poderá ser útil em contexto hospitalar, mas também ter capacidade informativa no que concerne à alta. Deixamos aqui registados apenas alguns instrumentos, já disponíveis no mercado, fazendo uma breve descrição das suas funcionalidades.



Fig. 1- Portátil com ecrã tátil

Descrição – Tablet PC de ecrã tátil de grande resistência, com vários tipos de suporte e de entradas.



Fig. 2 - Quadro de comunicação com símbolos pictográficos

Descrição – Instrumento que permite desenhar quadros de comunicação. Inclui mais de 5000 símbolos pictográficos para a comunicação. Representam palavras ou ideias visualmente associáveis ao seu referente. Muito indicado para pessoas com limitações cognitivas, mas pouco útil quando há problemas motores graves.



Fig. 3 - Computador controlado com o olhar

Descrição – Instrumento portátil não necessita, mas pode, ser conectado ao computador. Indicado para pessoas com AVC, perda de capacidades motoras, EM/ELA/MND, paralisia cerebral, pessoas sem capacidade de fala e que não conseguem escrever. Permite uma comunicação rápida apontando os olhos e seleccionando letras e frases, piscando-os. É de

fácil aprendizagem e permite movimentos involuntários da cabeça. Função de substituição de letras por símbolos.



Fig. 4 - Dispositivo apontador

Descrição – Interface de acesso ao computador. Simula o rato. Emissor/receptor de infravermelhos colocados no computador, cujo sinal é controlado por um refletor, aplicado na testa. Utilização autónoma através de pequenos movimentos, recorrendo a um teclado virtual. Passível de ser utilizado por pessoas com limitações motoras graves, compatíveis por exemplo com lesões vertebro medulares.



Fig. 5 – Digitalizador de fala Techscan

Descrição – Permite a gravação com voz, de mensagens pré-gravadas até cento e noventa e duas frases ou sons. O utilizador pode seleccionar directamente através de pressão ou por varrimento, utilizando interfaces como apontadores ou manípulos. Útil para utilizadores com limitações ao nível da fala.



Fig. 6 - Teclado emulado do Programa GRID para navegação na Internet

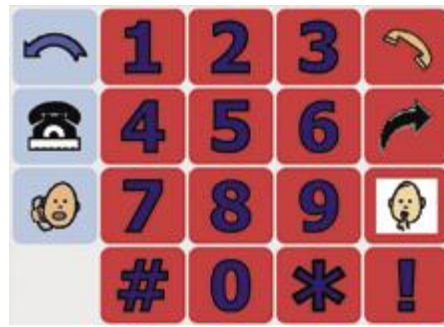


Fig. 7 – Teclado para acesso ao telefone

Descrição – Software que permite a utilização de teclados no ecrã, podendo substituir o rato ou o ecrã convencional., através da utilização de qualquer dispositivo apontador ou por varrimento. Dotado de sintetizador de fala em Português, permite uma escrita autónoma seguida de uma reprodução do que foi escrito. Possibilita o controlo de dispositivos como o telefone, televisão, abertura/fecho de portas, etc. Faculta acesso fácil à internet, encontrando-se em desenvolvimento uma versão para PDA. Atrativo pela inovação tecnológica que permite tanto a utilizadores com incapacidades verbais quanto motoras.

A descrição destes instrumentos visa também aguçar a curiosidade dos enfermeiros relativamente a novas funcionalidades de equipamentos não concebidos de raiz para os cuidados de saúde, como por exemplo o quadro mágico. Este brinquedo tão comum entre as crianças, permite a doentes com capacidade de escrita e impedidos de utilizar a linguagem verbal, exprimirem-se de forma eficaz, recorrendo a uma ferramenta de baixo custo monetário, portátil e de fácil desinfeção, sendo uma opção viável para aquisição por parte dos serviços de saúde.

2 – CONCLUSÃO

A capacidade em estabelecer uma comunicação efetiva com os doentes depende menos das limitações que transitórias ou permanentes se instalam em determinado momento da vida da pessoa do que com as aptidões que os profissionais possuem em estabelecer vias de comunicação alternativas, que permitam uma verdadeira relação terapêutica.

Algumas destas alternativas passam por posturas comprometidas com o doente, no sentido de promover uma relação empática que lhe assegure que a sua necessidade em se fazer ouvir é valorizada e alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Algumas técnicas de comunicação como o recurso à escrita, quando possível, leitura de lábios, mensagens curtas e pausadas, piscar de olhos e aperto de mãos, fazem parte do nosso quotidiano, mas a viagem que quisemos fazer com a elaboração deste trabalho, prende-se também com as novas tecnologias ao dispor da comunicação alternativa.

Tão importante como estar a par das novas tecnologias e instrumentos à disposição do doente com limitações na comunicação convencional, é também fazer um correto diagnóstico das potencialidades do utilizador e das suas preferências em termos funcionalidades da ferramenta a utilizar.

A pesquisa que efetuamos ao nível da comunicação alternativa, abriu-nos novas perspetivas na abordagem ao doente com limitações comunicacionais, permitindo também adquirir competências no aconselhamento em termos de equipamentos que podem ser adquiridos após a alta hospitalar.

Após a elaboração deste trabalho, julgamos ter atingido os objetivos a que nos tínhamos proposto, presumindo que ele constituirá um documento de consulta útil, por parte da equipa, na Unidade de Cuidados Intensivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Briga, S. 2010. A comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Disponível:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>. [data da visita: 04/25/11].

Circulo de Leitores. 2011. Houaiss- Dicionário do Português Atual. 1ª Ed. Maia: Edições Culturais Lda.

Flinke, H. 2008. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. Journal of Clinical Nursing.

Matos, A. 2006. Tipos de Afasia. Disponível: <http://afasiamania.blogspot.pt/2006/11/como-comunicar-com-algum-que-tem.html>. [data da visita:04/ 21/11].

Oliveira, M. Fenili, M. Zampieri, F. Martins, C. 2009. Um Ensaio sobre a Comunicação no Cuidado de Enfermagem utilizando os Sentidos. Disponível: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/450/439> . [data da visita: 03/29/12].

Watzlawick, P. Benvin, J. Jackson, D. 1996. Pragmática da Comunicação Humana. Cultrix, são Paulo.

Tetzchner, V. Martinsen, S. 2000. Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa. 2ª Ed. Porto: Porto Editora.

Zinn, G.; Silva, M. Telles, S. 2003. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000300010&script=sci_arttext&lng=pt#top1&userID=-2>. [data da visita:04/21/11].

Rosário, M. 2009. Comunicação em cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. Disponível: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1472>. [data da visita: 06/22/11].

Azevedo, L. 2005. Tecnologias de apoio à comunicação aumentativa. Diversidades. Disponível: <http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revistadiversidades-7.pdf>. [data da visita: 06/22/11].

ANEXO IV

“ Silêncio que se vai Comunicar”

Poster elaborado no âmbito da comunicação em cuidados intensivos

Maria Cristina Almeida

Aluna do curso Pós-licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
Oreintadora: **Mestre Patrícia Coelho**

Introdução

Comunicar é uma atividade intrínseca ao ser humano que ao estabelecer relações com os outros, dá ênfase às suas características iminentemente sociais. Palavras, gestos, símbolos e até o silêncio se revestem de ação comunicante. No âmbito da enfermagem a efetivação da comunicação cuidador/cuidado assume uma importância fulcral na excelência dos cuidados prestados e na satisfação do emissor e recetor, durante a caminhada pela procura do bem-estar. Numa unidade de cuidados intensivos os doentes internados estão maioritariamente sujeitos a ventilação invasiva, sedação, traqueostomias ou sofrem de afasias diversas, sendo notória a angústia revelada pela incapacidade em se expressarem e a inquietude por parte dos profissionais em minimizar esta barreira.



EFEITOS BENÉFICOS ASSOCIADOS À COMUNICAÇÃO

- Aumento da confiança e redução da ansiedade
- Aproximação entre o cuidador e o doente;
- Possibilita a interação;
- Aumenta a perceção relativamente ao que o doente sente;
- Permite a mensuração do grau de sedação;
- Constitui o passo anterior à invasão da privacidade
- Constitui uma função do enfermeiro

(Zinn [et al], 2003)

Comunicar e Compreender

Diminuição da velocidade do discurso

Uso da comunicação cara a cara

Utilização de imagens ou desenhos

Utilização de papel e caneta

Dar tempo para a resposta e assegurar compreensão

Uso de sinais aceno da cabeça ou aperto de mão

Conclusão

A capacidade em estabelecer uma comunicação efetiva com os doentes depende menos das limitações que transitórias ou permanentes se instalam em determinado momento da vida da pessoa do que com as aptidões que os profissionais possuem em estabelecer vias de comunicação alternativas, que permitam uma verdadeira relação terapêutica. As técnicas de comunicação como o recurso à escrita, leitura de lábios, mensagens curtas e pausadas, piscar de olhos e aperto de mãos, fazem parte do nosso quotidiano, mas existem também com as novas tecnologias ao dispor da comunicação alternativa.

Referências Bibliográficas:

Flinke, H. 2008. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*; Watzlawick, P. Benvin, J. Jackson, D. 1996. *Pragmática da Comunicação Humana*. Cultrix, são Paulo.; Tetzchner, V. Martinsen, S. 2000. *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. 2ª Ed. Porto: Porto Editora.

ANEXO V

**Plano da formação e diapositivos das sessões de formação
Emergência Intra Hospitalar- Critérios de ativação**



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

PLANO DA FORMAÇÃO

TEMA	ATIVACÃO DA EMERGÊNCIA INTRA- HOSPITALAR
DATA	13,22 e 23 de Novembro de 2011
DURAÇÃO	30 minutos
FORMADORA	Cristina Almeida - Aluna da Pós-Licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
LOCAL	UCIC- HOSPITAL DE BRAGA
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros da UCIC
OBJECTIVO GERAL	Adquirir competências na ativação da equipa de emergência intra- hospitalar.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	Reconhecer a importância da chamada de ajuda diferenciada; Uniformizar procedimentos dentro da instituição; Estabelecer prioridades no atendimento ao doente em risco eminente de vida; Conhecer a constituição da equipa de emergência interna e sua funcionalidade; Reconhecer a importância da equipa que ativa a emergência, antes e após a chegada da mesma, para a melhoria do prognóstico do doente.



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO


Instituto de Ciências da Saúde

DESENVOLVIMENTO	<p><u>Introdução</u> (5 minutos): Apresentação da formadora e dos objectivos da sessão</p> <p><u>Conteúdo</u> (15 minutos): Critérios de ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica Hospitalar; Regras de atuação antes da chegada da ajuda diferenciada; Vantagens da precocidade na chamada da emergência interna.</p> <p><u>Conclusão</u> – (10 minutos): Tempo de debate e validação da pertinência do tema.</p>
MÉTODO	Expositivo/Participativo
RECURSOS DIDÁTICOS	Projetor multimédia
AValiação	Informal – colocação aleatória de perguntas aos participantes, sobre a temática exposta

novembro, 2011

Cristina Almeida

Curso Pós-licenciatura em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da
Saúde, Universidade Católica Portuguesa



**ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE
EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**



ALUNA: Cristina Almeida
TUTORA: Enfermeira Rosa Luísa
ORIENTADORA: Mestre Patrícia Coelho

Novembro, 2011

SUMÁRIO

- 1 - Ativação da emergência intra-hospitalar
- 2 - Critérios de ativação
- 3 - Ativação
- 4 - Procedimentos
- 5 - Algoritmo de SBV
- 6 - Referências bibliográficas

ATIVAÇÃO

- DETERIORAÇÃO CLÍNICA AGUDA, EXEPTO:
 - a) REGISTO DE DECISÃO DE NÃO REANIMAR
 - b) ÁREAS EM QUE A NATUREZA DO CUIDADO SEJA JÁ A DO ACOMPANHAMENTO A DOENTES CRÍTICOS

CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO

VIA AÉREA

- PERMEABILIDADE AMEAÇADA

RESPIRAÇÃO

- PARAGEM RESPIRATÓRIA
- 5 CICLOS < FR >35 CICLOS

CRITÉRIOS DA ATIVAÇÃO

CIRCULAÇÃO

- PARAGEM CARDÍACA
- 40 PULSAÇÕES >FC>140 PULSAÇÕES

NEUROLÓGICO

- ALTERAÇÃO SÚBITA DE ESTADO DE CONSCIÊNCIA
- DIMINUIÇÃO DA ESCALA DE COMA >2
- CONVULSÕES REPETIDAS/PROLONGADAS

Nº DA LINHA DE EMERGÊNCIA

- **44112**

SITUAÇÃO DO DOENTE
LOCAL DA EMERGÊNCIA
CERTEZA DE CONTEÚDO COMPREENDIDO

INICIO DA REANIMAÇÃO

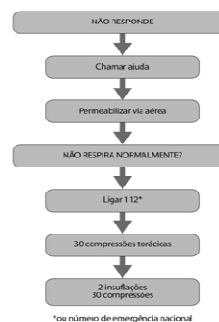
SE MAIS DO QUE UM REANIMADOR:

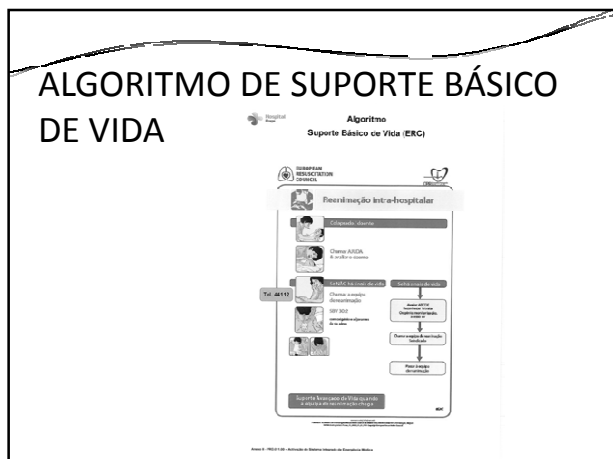
- 1 INICIA MANOBRAS DE RCP
- 2 EFECTUA O CONTACTO TELEFÓNICO E DISPONIBILIZA CARRO DE EMERGÊNCIA

SE APENAS UM REANIMADOR:

- 1 PRIORIDADE PARA A CHAMADA DE AJUDA

Suporte Básico de Vida do Adulto





Referências Bibliográficas

- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO- GUIDELINES .IN <http://www.cprressuscitacao.pt>. Consultado em 10/11/2011 sobre suporte básico de vida.
- ACTIVAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA .IN <http://hbinfo/qualidade>. Consultado em 10/11/2011.

OBRIGADA...

(Email: almeida3457@gmail.com)



ANEXO VI

**Ativação da Emergência Médica Intra hospitalar
Trabalho no âmbito da Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de
Braga**



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

**ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTERNA
NO HOSPITAL DE BRAGA**

Aluna: Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

Porto, novembro de 2011



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

ATIVÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTERNA NO HOSPITAL DE BRAGA

Trabalho realizado no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de Braga, inserido na Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação da Mestre Patrícia Coelho.

Aluna: Maria Cristina Pereira dos Santos Almeida

Porto, novembro de 2011

LISTA DE SIGLAS

EEMI – Equipe de Emergência Médica Intra - hospitalar

SBV – Suporte Básico de Vida

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

INDICE

0 - INTRODUÇÃO	8
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
2 – A EMERGÊNCIA INTERNA NO HOSPITAL DE BRAGA.....	12
2.1 – Ativação da Emergência Interna na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia	13
3 – CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

0 - INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge da necessidade de fundamentar a pertinência das sessões de formação, relativas à ativação da emergência interna, efetuadas na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia (UCIC), do hospital de Braga, durante o nosso estágio nesta unidade.

A necessidade de fortalecer todos os passos percorridos desde a identificação da situação de peri ou paragem cardio-respiratória até aos cuidados pós reanimação, prende-se com o facto de todos possuírem a mesma e fulcral importância no desfecho no sucesso da situação vivida pelo doente dentro das instalações hospitalares.

Durante a nossa exposição iremos deixar expressas as razões que nos levaram a levantar o diagnóstico da necessidade de aumentar as competências dos colegas do serviço na área da atuação em contexto de emergência intra-hospitalar, relatar o conteúdo das formações e evidenciar a opinião da equipa relativamente às mesmas.

Temos como objetivos para este trabalho:

- Analisar criticamente a necessidade da implementação do sistema de emergência intra-hospitalar;
- Explicitar os critérios de ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI)
- Fundamentar a importância de padrões de atuação estandardizados em toda a instituição, aquando da ativação da emergência interna;
- Fornecer um suporte teórico para as sessões de formação na UCIC do Hospital de Braga.

Utilizaremos, no desenrolar do trabalho, uma metodologia analítica e descritiva que nos permita evidenciar a pertinência da temática em termos de ganhos em saúde para o doente crítico e em termos de creditação de qualidade dos cuidados para a instituição, recorrendo à análise da prática vivida em contexto de estágio, fundamentando com bibliografia pertinente e atual da área da emergência.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A cadeia de Sobrevivência é constituída por quatro elos fundamentais, sem graduação de importância entre as diferentes etapas do socorro, sendo elas a ativação rápida dos serviços de emergência médica; suporte básico de vida (SBV); desfibrilhação precoce e suporte avançado de vida.

Cadeia de Sobrevivência



Figura 1 – Cadeia de Sobrevivência.

Ao longo dos últimos anos, tem sido notória a importância dada ao doente em estado grave e à necessidade de intervenção rápida na tentativa de reversão das causas subjacentes. Neste sentido vários serviços foram criados para dar resposta às situações de emergência, ocorram elas dentro ou fora das instituições de saúde.

O investimento avultado na área do atendimento pré-hospitalar fundamenta a necessidade da rápida atuação em situações de doença súbita ou acidentes na comunidade, tornando estes meios uma extensão dos estabelecimentos de saúde.

Se na generalidade a população sabe que pode contar com o apoio de um sistema de emergência móvel, também é expectável que quando se encontra dentro das fronteiras físicas

de uma instituição de saúde, se sinta protegida assumindo este ambiente como seguro, no caso de se instalar uma deterioração do seu estado de saúde.

Durante o período de internamento pode surgir a necessidade do doente ser reanimado, sendo que nem todos os serviços do hospital possuem o pessoal formado e o equipamento necessário a este procedimento. É portanto de vital importância que as equipas assumam o reconhecimento atempado do doente em risco de vida e ativem precocemente o sistema de emergência (Conselho Português de Ressuscitação, 2010).

A Direção Geral da Saúde (2010) estipula que cada hospital deverá até ao final do ano dois mil e onze, criar e implementar equipas de emergência interna, com formação em emergência/intensivismo, constituídas por um médico e um enfermeiro, que assegurem vinte e quatro horas por dia, durante os trezentos e sessenta e cinco dias do ano, os cuidados de assistência no âmbito da emergência, a toda a população da instituição (doentes, funcionários, visitantes, utentes das consultas).

A mesma entidade reforça ainda a necessidade de formar todos os profissionais das instituições (clínicos/não clínicos), em SBV, monitorização clínica e critérios de ativação das EEMI, evidenciando o papel de todos no funcionamento do sistema (idem).

Relativamente à incidência da paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar o relato é de um a cinco casos por mil internamentos (Sandroni [et al], 2007), sendo que a sobrevivência destes doentes à data da alta é de dezassete vírgula seis por cento, em qualquer ritmo cardíaco identificado, subindo esta percentagem para os trinta e sete por cento quando falamos de taquicardia ou fibrilhação ventricular (Meaney [et al], 2010).

O início do SBV e a correta e precoce ativação da EEMI, possibilita uma janela de oportunidade para a implementação de medidas avançadas ampliando as hipóteses de reversão da paragem e diminuindo o risco de sequelas em termos de qualidade de vida para o doente. Permitem ainda uma redução da pausa pré-choque em ritmos desfibrilháveis, o que aumenta a perfusão dos órgãos vitais e a probabilidade do retorno da circulação espontânea (Conselho Português de Ressuscitação, 2010).

A chamada da equipa de emergência não deve no entanto ser efetuada em todos os casos em que os critérios de ativação estejam presentes, pois é necessário fazer a ressalva das situações em que a situação clínica do doente não seja favorecida pela reanimação, sendo necessário ter por base e devidamente registada uma decisão de não reanimar.

Esta decisão de não reanimar deverá ser devidamente avaliada e frequentemente revista pela equipa envolvida nos cuidados ao doente e tomada desde que possível em parceria com o próprio doente e/ou família. Podemos deste modo evitar a instituição de medidas invasivas e agressivas, muitas vezes causadoras de grande sofrimento ao doente, que inevitavelmente seriam implementadas pela equipa de emergência que quando chega ao local desconhece o seu historial de saúde. Evitávamos ainda a deslocação da EEMI, tornando

a sua acessibilidade mais difícil para outras chamadas noutros locais do hospital, otimizando os recursos.

2 – A EMERGÊNCIA INTERNA NO HOSPITAL DE BRAGA

As equipas de emergência no Hospital de Braga são constituídas por um médico com formação em intensivismo que está afeto à Unidade de Cuidados Intensivos e por um enfermeiro com formação em suporte avançado de vida, a exercer no Serviço de Urgência. Para além da componente formativa, todos os elementos possuem competências práticas desenvolvidas pela assistência aos doentes em estado crítico, nomeadamente na sala de emergência.

A recente transferência de instalações do hospital conduziu também mudanças na dinâmica da ativação da equipa. No antigo hospital de S. Marcos este procedimento era efetuado através de um BIP, transportado por cada elemento designado para a emergência interna, que reproduzia um sinal sonoro cada vez que um outro profissional fazia uma chamada telefónica para o número 444, dizendo apenas o nome do serviço onde era necessária ajuda diferenciada. Atualmente esta ativação é feita telefonicamente através do número 44112. Esta chamada cai no telemóvel do médico ou não sendo atendida após o quarto toque, é desviada para o telemóvel do enfermeiro. O elemento primeiramente acionado fica responsável por ativar o restante elemento da equipa.

O número de ativação da EEMI encontra-se afixado em todos os telefones do hospital, tornando mais fácil a execução da chamada e contribuindo para uma célere memorização por parte de todos os funcionários.

Para além de fazer chegar junto do doente uma equipa diferenciada em suporte avançado de vida, a ativação da emergência interna permite a presença de um monitor desfibrilhador, equipamento indispensável na abordagem ao doente crítico e que nem todos os serviços possuem. Este monitor transportado pelo enfermeiro até ao local, tem acopladas três bolsas contendo material como por exemplo: cabo para pás de pace externo, cabo de eletrocardiograma de doze derivações, placas de gel para desfibrilhação, eletrodos, seringa pré-preparada diariamente com um miligrama adrenalina, folhas de registo da ocorrência.

Este monitor é testado, geralmente no início do turno da manhã, e o seu conteúdo é também verificado, havendo uma folha de registo próprio onde o enfermeiro assume a funcionalidade do material. Após uma ativação há sempre lugar a nova revisão.

Quando o pedido de ajuda chega de uma área não clínica, a equipa faz-se acompanhar de um saco com o material próprio dos carros de emergência que existem nas áreas clínicas.

A existência dos carros de emergência nos serviços é também tema de orientação por parte da Direção Geral da Saúde (2011), que preconiza a existência e a padronização do seu conteúdo. Estas estruturas devem ser mobilizadas atempadamente para junto do doente

sempre que exista uma situação de urgência, pois contêm um conjunto de materiais e fármacos indispensáveis à reanimação.

A revisão periódica destes carros fica a cargo de um determinado enfermeiro do serviço, sendo alvo de auditorias por parte dos elementos do grupo de trabalho da emergência interna.

Em qualquer unidade, dentro do Hospital de Braga, o carro de emergência possui o mesmo conteúdo e está organizado da mesma forma, permitindo o rápido acesso a todo o material necessário quer à EEMI quer à equipa residente, facilitando a articulação entre ambas e otimizando a atuação.

Relativamente à formação, o Hospital de Braga tenta implementar uma política de formação anual em SBV para clínicos e não clínicos, da qual consta necessariamente a estruturação da ativação da equipa de emergência interna.

2.1 – Ativação da Emergência Interna na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

A UCIC é dos poucos serviços do Hospital de Braga que possui monitor desfibrilhador na sua lista de equipamentos, não sendo necessário que a EEMI se faça acompanhar deste dispositivo nas suas deslocações à unidade.

Dada a natureza dos doentes aqui internados, acometidos de disfunção cardíaca e com critérios de gravidade e instabilidade que implicam monitorização contínua e vigilância permanente, é possível que a qualquer momento haja deterioração do seu estado e necessidade de ativar a EEMI.

Durante o nosso estágio na UCIC podemos observar que os colegas tinham dificuldade em descrever a sua atuação perante uma situação de peri ou paragem cardiorrespiratória, não estando seguros se deveriam contactar o cardiologista de serviço, se a EEMI, ou ambas. Esta hesitação transferia-se com maior relevo para os colegas recém- chegados à unidade, que referiam antecipar com angústia a instalação de quadros compatíveis com a necessidade de ajuda diferenciada. É de referir que com a mudança de instalações o quadro de enfermeiros afeto ao hospital sofreu um incremento, e as equipas encontravam-se ainda em fase de integração de muitos dos seus elementos.

Depois de identificada esta situação problema, propusemos a execução de ações de formação à equipa, no sentido de uniformizar procedimentos que possam resultar em ganhos

de saúde para os doentes ao mesmo tempo que contribuem para a satisfação dos profissionais.

Houve necessidade de consultar as chefias: médica e de enfermagem, no sentido de ficar explícito o cariz intermédio e não intensivo do serviço, que parecia ser dúbio em alguns documentos internos. Este fato torna-se relevante porque se se tratasse de uma unidade de cuidados intensivos não haveria lugar à ativação da EEMI.

Procedemos ao contacto com os colegas e agendamos várias sessões de formação onde procuramos dar a conhecer os critérios de ativação da EEMI e a forma da ativação da mesma.

Os critérios de ativação da EEMI no Hospital de Braga seguem o preconizado pela Direção Geral de Saúde (2011) abordando a avaliação dos sinais vitais e níveis de consciência e são os seguintes:

- Compromisso da via aérea
- Paragem respiratória
- Frequência respiratória <6 ou> 35 ciclos/minuto
- SaO₂ <85% com oxigénio suplementar
- Paragem cardiorrespiratória
- Frequência circulatória <40 ou> 140 batimentos/minuto
- Pressão arterial sistólica <90mmhg
- Escala de Coma de Glasgow – diminuição> 2 pontos
- Crise convulsiva prolongada ou repetida
- Perda súbita de consciência

Sempre que a presença de um destes critérios for observado por um profissional de saúde, deve este iniciar o processo de ativação da EEMI, ligando o 44112 e identificando o serviço onde se encontra.

Se o doente se encontrar em paragem cardiorrespiratória, deve ser iniciado o mais precocemente possível o SBV e em situações de peri-paragem deve iniciar medidas de monitorização, cateterismo de acessos venosos, colocação de oxigénio suplementar, colocação próxima do doente do carro de emergência, ou outras que diagnostique como de necessidade de instituição imediata. No entanto, em nenhum caso e na eventualidade de se encontrar sozinho, deve a ativação da EEMI ser preterida em detrimento destas medidas.

A formação aos colegas pretendia mais uniformizar procedimentos de atuação dentro da equipa, consonantes com o Sistema de Emergência Interna em vigor no hospital, do que propriamente com a abordagem do ponto de vista clínico ao doente emergente.

3 – CONCLUSÃO

A importância da instituição rápida de medidas que ajudem a reverter quadros de deterioração súbita do estado de saúde ou de situações de peri e paragem cardiorrespiratória, tem assumido uma importância relevante no prognóstico dos doentes, que tem inclusivamente transposto a esfera dos profissionais de saúde como únicos agentes de atuação.

A crescente visibilidade que tem sido dada à participação da sociedade civil na instituição da cadeia de sobrevivência, nomeadamente na chamada de ajuda através do número 112 e pelo início do SBV, reveste-se de uma atuação de carácter cívico, num exercício de cidadania que se quer cada vez mais pró ativo.

É pois de esperar que uma comunidade cada vez mais bem formada, esclarecida e exigente, reclame das instituições de saúde competências inerentes aos seus serviços, confiando que, dentro dos muros hospitalares, todo o cidadão tenha acesso rápido e qualificado quer a tecnologias e equipamentos ao dispor doente crítico quer a conhecimento especializado.

Pensamos que durante este trabalho pudemos expressar as dificuldades que ainda se fazem sentir na correta implementação das medidas que abreviam a chegada das EEMI junto dos doentes críticos, fundamentar a importância da sua resolução, contribuindo para este fim através da formação dos profissionais, nesta área.

Pelo relatado julgamos ter atingido os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Português de Ressuscitação. 2010. Recomendações 2010 para a reanimação do European Resuscitation Council.

Disponível: <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>.

[data da visita: 04/ 21/12].

Direção Geral da Saúde. 2010. EEMI e “Cirurgia Salva Vidas”. Disponível: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/6/eemi+cirurgia.htm>.

[data da visita: 04/22/12].

Direção Geral da Saúde. 2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Disponível:

http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf. [data da visita: 05/02/12].

Meaney, P. Nadkarni, V. Kern, K. Indik, J. Halperin, H. Berg, R. 2010. Rhythms and Outcomes of Adult In-Hospital Cardiac Arrest. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19770741>.

[data da visita: 05/02/12].

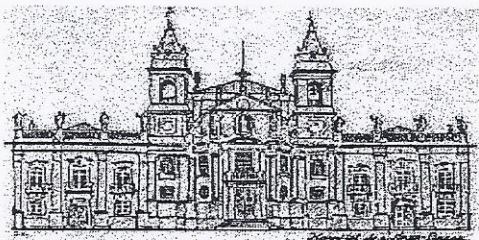
Sandroni, C. Nolan, J. Cavallaro, F. Antonelli, M. 2007. In-Hospital Cardiac Arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Disponível:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17019558>. [data da visita: 05/02/12]

APENDICES

APENDICE I

**Protocolo de Atividades do Doente
Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Braga**



HOSPITAL DE SÃO MARCOS – BRAGA
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

U.C.I.C.

PROTOCOLO UCIC Nº 3

PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DO DOENTE

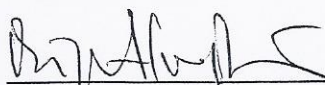
- GRAU 1**
- Repouso no leito.
 - Uso de cadeira sanitária.
 - Banho parcial passivo.
 - Movimentos passivos dos membros (tornozelos, grandes articulações, etc.)
- GRAU 2**
- Cuidados de higiene parciais activos.
 - Auto alimentar-se (com suporte de braços e costas).
 - Pender as pernas no bordo da cama.
 - Sentar-se no cadeirão de braços 15 minutos 1 a 2 vezes por dia.
 - Movimentos activos e passivos dos membros (tornozelos, grandes articulações)
- GRAU 3**
- Cuidados de higiene activos.
 - Sentar-se no cadeirão 15 a 30 minutos 2 a 3 vezes por dia.
 - Refeições no leito (com suporte de braços e costas) ou no cadeirão.
 - Pôr-se em pé, passear à volta da cama.

(Monitorizar as actividades tendo em atenção os sintomas, a TA e a FC).


SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO (exemplo):

- Grau 1: primeiras 12 horas do SCA (doentes hemodinamicamente estáveis, sem arritmias, sem isquemia).
- Grau 2: 2º dia (após as primeiras 12 horas).
- Grau 3: 3º dia (após 36 horas).

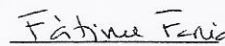
O Responsável pela UCIC


Dr. Miguel Álvares Pereira

Tomei conhecimento


Dr. Adelino Correia
(Director do Serviço
de Cardiologia)

Tomei conhecimento


Enfª. Fátima Faria
(Enfermeira-Chefe)

2005-11-11

APENDICE II

Avaliação Inicial do Doente

Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Braga

Hospital De São Marcos – Unidade de Cardiologia
AValiação Inicial DO DOENTE

1º PADRÃO DE PERCEPÇÃO/CONTROLO DE SAÚDE

Frequência Cardíaca: na admissão (bat/min)
Características do pulso
Ritmo:
Amplitude
Tensão Arterial na admissão
Sistólica
Diastólica
Uso de substâncias
Tabaco
Álcool
Drogas
Auto-vigilância
Auto exame da mama
Auto exame testicular
Controlo de glicemia capilar
Controlo de tensão arterial
Outros dados
Temperatura Axilar
Hábitos de saúde antes do internamento

2º PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO

Refeições
Nº habitual / dia
Horário
Alimentos preferidos
Alimentos mal tolerados
Peso corporal (Kg)/altura (m)/IMC (Índice massa corporal)
Variação do peso corporal nos últimos 6 meses
Dentição
Dentes naturais
Dentes artificiais
Sonda Nasogástrica
Entubado no domicilio
Tipo, número e data
Outros dados
Perímetro Abdominal
Características da pele
Lesões / feridas
Penso
Edemas

3º PADRÃO DE ELIMINAÇÃO

Eliminação intestinal
Frequência
Medidas adaptativas
Última dejeção
Características das fezes
Outros dados
Eliminação Urinária
Algaliado no domicilio
Equipamento adaptativo
Outro dados:
Tipo de cateter urinário
Data da algaliação
Medicação Habitual
Fármacos

4º PADRÃO DE ACTIVIDADE/EXERCÍCIO

Frequência respiratória na admissão (ciclos/min)
Características da respiração
Tipo
Amplitude
Simetria
Outros dados
Défices motores
Saturação de O₂

5º PADRÃO DE SONO E REPOUSO

Sono
Nº de horas habituais:
Medidas adaptativas:
Outros dados:
Hora de dormir
Rotina do sono

6º PADRÃO COGNITIVO/PERCEPTIVO

Escala de Coma de Glasgow
Na admissão
Auxiliares de visão
Óculos
Lentes de contacto
Auxiliares de audição
Prótese auditiva
Outros dados:

7º PADRÃO DE AUTO PERCEPÇÃO/AUTOCONHECIMENTO

Dados relevantes
Alguma coisa o preocupa?
A que atribui o facto de estar doente?

8º PADRÃO PAPÉIS/RELAÇÕES

Cuidador (prestador de cuidados)
Nome
Parentesco
Morada
Telefone
Ensino
Pessoa Significativa
Nome
Parentesco
Morada
Telefone
Outros dados
Com quem vive?
Tem apoios?

9º PADRÃO SEXUALIDADE/REPRODUÇÃO

Filhos
Número
Sexualidade
Vida sexual activa
Uso de Contraceptivos
Reprodução
Ciclos menstruais (dias)
Duração (dias)
Último período
Outros dados

10º PADRÃO TOLERÂNCIA/CONTROLO STRESS

Dados significativos
Mudanças nos últimos tempos?
Tem estado sob stress?

11º PADRÃO VALORES/CRENÇAS

Dimensão religiosa
Crença religiosa
Religião
Deseja visita assistente religioso
Outros dados
Restrições religiosas?

ENTREVISTA

Entrevista
Realizada com:

APENCICE III

**Protocolo de Profilaxia Antibiótica
Laboratório de Pacing do Hospital de Braga**



HQS
accredited by the
Health Quality Service

Hospital de São Marcos – Braga
Serviço de Cardiologia
LABORATÓRIO DE PACING
Telefone: 253209155 (extensão 1180)

PROTOCOLO LABORATÓRIO DE PACING Nº 1

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

1. PACEMAKERS DEFINITIVOS

- Cefazolina 2g IV diluídos em 50 cc de solução salina, 20 minutos antes do procedimento (dose única)
- Em procedimentos com duração > 180 minutos administrar dose adicional de 2 g de cefazolina IV

2. PACEMAKERS TEMPORÁRIOS

- Cefazolina 2g IV diluídos em 50 cc de solução salina, antes do procedimento (dose única)
- Cefazolina 1g IV de 8/8 horas até à alta

»»»»» Ajustar a dose em caso de insuficiência renal (aumentar intervalo das doses)

DOENTES COM OUTROS ANTIBIÓTICOS EM CURSO

- Manter antibioterapia se é adequada para a profilaxia
- Se antibioterapia não é adequada institui-se esquema apropriado

Responsável pelo Laboratório de *Pacing*

Dra. Adília Rebelo

Tomei conhecimento

Dr. Adelino Correia
(Director do Serviço
de Cardiologia)

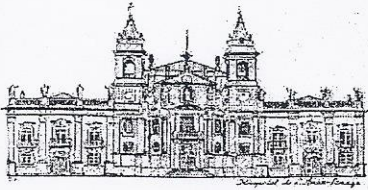
Tomei conhecimento

Enfª. Fátima Faria
(Enfermeira Chefe)

2006-03-30

APENDICE IV

**Protocolo de Prevenção da Nefropatia de Contraste
Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital de Braga**



PROTOCOLO UCIC Nº 23

PREVENÇÃO DA NEFROPATIA DE CONTRASTE

DOENTES - ALVO (pelo menos um dos critérios seguintes):

- Idade ≥ 70 anos
- Insuficiência renal (Clearance da Creatinina < 60 ml/min ou Creatinina Sérica $\geq 1,5$ mg/dl)
- Diabetes Mellitus

Fórmula de Cockcroft-Gault

$$\text{Clearance da Creatinina} = \frac{[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso} \times (0,85 \text{ nas mulheres})]}{(\text{Creatinina sérica} \times 72)}$$

PROTOCOLO

- **Soro Fisiológico a 0,9% IV:**
 - 3 ml/Kg/h a iniciar uma hora antes
 - 1 ml/Kg/h durante e nas 6 horas seguintes
- **Hidratação oral nas 24 horas seguintes (> 100 ml/h)**

OUTROS DOENTES

- Doentes medicados com Metformina
(Suspensão da Metformina nas 24 a 48 horas prévias e até 48 horas após – idealmente avaliação da Creatinina sérica / Clearance da Creatinina às 48 horas)
- Doentes com administração de contraste > 300 ml
(Iniciam o protocolo logo que atinjam os 300 ml)

O Responsável pela UCIC

Dr. Miguel Álvares Pereira

Tomei conhecimento

Tomei conhecimento

Dr. Adelino Correia
(Director do Serviço de Cardiologia)

Enfª. Fátima Faria
(Enfermeira-Chefe)

