



1º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A pessoa em situação crítica e a
aquisição de competências para o seu cuidar**

Maíra Trindade de Assis Marques

Leiria, setembro 2014

1º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A pessoa em situação crítica e a
aquisição de competências para o seu cuidar**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Maíra Trindade de Assis Marques

Aluno nº 5120353

Professora Coordenadora: Maria dos Anjos Dixe

Leiria, setembro 2014

AGRADECIMENTOS

Ao Leonel. Por tudo.

À minha mãe, pelo apoio e motivação.

À Professora Maria dos Anjos Dixe, pela disponibilidade constante, pelos conhecimentos transmitidos e pela paciência.

Aos Enfermeiros Orientadores, Cármen Marto, Isaura Santos e João Paulo Carvalho, pelo acolhimento e dedicação.

Aos meus colegas da especialidade pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

A. Baumannii - Acinetobacter Baumannii

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CVC – Cateter Venoso Central

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EET – Entubação Endotraqueal

EPE – Entidade Pública Empresarial

EVA – Escala Visual Analógica

HSA – Hospital de Santo André

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICC – Insuficiência Cardíaca Crónica

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU – Infecção do Trato Urinário

JBI – *Joanna Briggs Institute*

JCI – *Joint Commission International*

MeSH - *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TISS – *Therapeutic Intervention Scores System*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UP – Úlcera de Pressão

RESUMO

O presente relatório surge na sequência do 1º Curso de Mestrado em enfermagem à Pessoa em Situação crítica, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria. Encontra-se aqui sistematizado o percurso desenvolvido durante este período na aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Durante este período de aprendizagem, para além das diferentes unidades curriculares teóricas, houve oportunidade de realização de 3 ensinamentos clínicos, que tiveram lugar no Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André. Estes tiveram um contributo fulcral no desenvolvimento destas competências. O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, o Serviço de Medicina Intensiva e a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia foram os serviços que me acolheram durante este período de aprendizagem.

A reflexão acerca das competências comuns e específicas, que se encontra aqui descrita, demonstrou ser muito construtiva e enriquecedora, contribuindo para a consciencialização das minhas capacidades enquanto futura Enfermeira Especialista, bem como dos domínios que carecem de maior investimento no futuro.

Na segunda parte deste relatório tem lugar uma Revisão Sistemática da Literatura, um trabalho de investigação secundário, que pretende compreender os benefícios da realização da passagem de turno junto ao doente. Este modelo de passagem de turno tem demonstrado ser vantajoso tanto para o doente como para o enfermeiro, pelo que foram analisados alguns estudos neste âmbito.

ABSTRACT

This report follows the 1st Master's Degree in Nursing to the Person in Critical Condition, from “Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria”. In here is systematized the development and acquisition of Common and Specific Nurse Specialist skills in Nursing to the Person in Critical condition.

During this learning period, beyond the different theoretical courses, there was opportunity to conduct three clinical stages, which took place at the “Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André”. These had a key contribution to the development of these skills. The Emergency Department, the Intensive Care Unit and the Intensive Care Unit of Cardiology were the units that welcomed me during this learning period.

The reflection on the common and specific skills, which is described here, proved to be very constructive and enriching, contributing to the awareness of my abilities as a future Nurse Specialist as well as the areas that need further investment.

In the second part of this report takes place a Systematic Review of the Literature, a secondary research, which aims to understand the benefits of performing the bedshift report. This model of shift report has proven to be advantageous for both the patient and the nurse, so some studies were analyzed within this framework.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO 13

1. ENSINOS CLINICOS - CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA 13

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRURGICO 13

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA 14

1.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA 16

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 18

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 18

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE 20

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS 24

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 29

3. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFEMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 31

3.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA 31

3.1.1 Presta cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade 31

3.1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos 36

3.1.3 Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica 38

3.1.4 Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica 41

3.2 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA
INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 44

4. CONCLUSÃO 48

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 56

INTRODUÇÃO 58

1. METODOLOGIA 60

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 60

1.2 OBJETIVOS 60

1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 60

1.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA 61

1.5 ESTUDOS IDENTIFICADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
METODOLÓGICA 62

2. RESULTADOS 63

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS/CONCLUSÃO 68

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM 70

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

REFLEXÃO FINAL SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR 72

ANEXOS

ANEXO I Problema levantado na UCIC

ANEXOII Problema levantado no SU

ANEXO III Protocolo de Yale

ANEXO IV Problema levantado no SMI

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Critérios de inclusão de artigos segundo a estratégia PICOD *61*

QUADRO 2 Processo de seleção dos estudos *62*

QUADRO 3 Síntese dos resultados da pesquisa *67*

INTRODUÇÃO

A essência da profissão de Enfermagem é o cuidar. É por isso essencial que o cuidado seja eficiente e prestado de forma humanizada. As rotinas diárias, o excesso de carga de cuidados, a falta de condições e o reduzido número de profissionais nas instituições fazem com que muitas vezes a relação humana, o tocar, o conversar, o ouvir, sejam negligenciados. Este facto faz com que o aspeto humano do cuidar seja um dos mais difíceis de ser implementado. Como é referido por Pott, Stahlhoefer, Felix e Meier (2013, p.175), “(...) o cuidar não se restringe à execução de atividades técnicas, mas envolve o paciente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas”.

Foi com o intuito de ser e fazer melhor, da busca permanente do aperfeiçoamento das minhas competências, que decidi ingressar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a decorrer desde 2012 na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este Relatório de Estágio surge na sequência das aprendizagens adquiridas durante este período, e tem como objetivos a descrição das atividades realizadas durante este Curso de Mestrado, nomeadamente durante os três ensinamentos clínicos realizados, bem como a reflexão acerca delas e das competências assim adquiridas. É por isso realizada uma descrição crítico-reflexiva acerca das aprendizagens conseguidas durante este período.

Conforme referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010a, p.1): “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Esta definição de pessoa em situação crítica define o rumo que decidi dar à minha carreira profissional, enquanto enfermeira a trabalhar num Serviço de Urgência (SU).

A formação dos enfermeiros tem contribuído fortemente para a evolução da Enfermagem enquanto disciplina fulcral das Ciências da Saúde. Mais concretamente a formação de Enfermeiros Especialistas que, como refere a OE (2010b, p.1):

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de

juízo clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

É por isso meu interesse desenvolver competências na área do doente crítico, aprofundando os meus conhecimentos, e melhorando a minha prática, com o intuito de contribuir assim para a evolução da Enfermagem.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte trata-se de um trabalho crítico-reflexivo, onde se descrevem as atividades realizadas durante os ensinamentos clínicos. Os três ensinamentos clínicos tiveram lugar no Centro Hospitalar de Leiria (CHL), pelo que inicialmente é feita uma descrição dos serviços onde estes tiveram lugar. Em cada um deles foram desenvolvidas atividades com o intuito de adquirir as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Estas estão por isso divididas em competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A segunda parte trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Este é um método de investigação que procura a resolução de problemas para a tomada de decisão baseada na evidência. Segundo Lacerda, Nunes, Batista, Egry, Graziano, Angelo e Marighi (2011), desde a década de 70 que se vem desenvolvendo a prática baseada na evidência, sendo nessa altura tomadas decisões com base em pesquisas, principalmente ensaios clínicos aleatórios, que norteavam diretrizes para a prática clínica e a contenção de custos. Hoje assistimos a um desenvolvimento internacional da prática baseada na evidência, não só na área da saúde mas também em várias outras áreas de conhecimento.

“A utilização de um método sistematizado possibilita reunir, classificar e analisar resultados de pesquisa e concluir por evidências o não para tomada de decisões, assim como a necessidade de desenvolvimento de novos estudos primários” (Lacerda et al., 2011, p. 778).

Esta RSL intitula-se: “Passagem de turno junto ao doente: estratégia para a melhoria do processo de cuidar”. A passagem de turno, sendo um importante momento de comunicação entre enfermeiros, em que há transferência de responsabilidade entre eles, foi alvo da minha atenção nesta RSL. A passagem de turno é realizada diversas vezes

por dia, sendo reconhecido que grande parte da informação se pode perder durante este processo (Sherman, Sand-Jecklin & Johnson, 2013). Para além disso, também a problemática do respeito pela privacidade dos doentes durante as passagens de turno suscitou o meu interesse neste trabalho de investigação.

Por fim, é feita uma conclusão e são apresentadas as referências bibliográficas.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. ENSINOS CLINICOS - CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

O CHL é constituído pelos hospitais de Leiria, Pombal e Alcobaça. Trata-se de uma Entidade Pública Empresarial (EPE), que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes (residentes nos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Ourém e Soure).

Os três ensinamentos clínicos que realizei durante este curso de mestrado decorreram neste Centro Hospitalar, mais especificamente no Hospital de Santo André (HSA), em Leiria. Em todos eles foi elaborado um projeto de estágio, onde constam os objetivos que pretendia atingir. Tratam-se de ensinamentos clínicos com a duração de 180 horas cada um, sendo que todos foram orientados por um enfermeiro especialista.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRURGICO

O SU é um local onde impera a mudança, onde nada parece estar estável por mais do que segundos, minutos ou algumas horas, onde é necessário responder rapidamente a diversas situações, a maior parte das vezes sob grande pressão.

Como referido pelo Ministério da Saúde (2012, p.8):

“(…) apenas 54% dos casos atendidos em 2010 nos SU Nacionais eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes”. De facto, o atendimento no SU é um valor culturalmente enraizado nas sociedades modernas, conotado a valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade. O cidadão incorporou expectativas e comportamentos, como exigência de atenção imediata, utilização de serviços sem prévia triagem e referência clínica, exigência de atendimento personalizado e de informação e utilização do SU como serviço de atendimento continuado não urgente, que pesam no funcionamento dos SU.”

Estes são fatores que fazem dos SU, de uma forma geral, serviços com grande carga de trabalho para os profissionais, sendo desgastante não só física mas também psicologicamente.

O SU do CHL, HSA, é um serviço de urgência médico-cirúrgico, que foi recentemente remodelado, apresentando ótimas características físicas. É composto por uma equipa de 81 enfermeiros e 45 assistentes operacionais. Este está organizado em áreas funcionais, conforme a prioridade atribuída pela Triagem de Manchester. Existem dois postos de triagem, que funcionam quase em permanência, conforme a afluência de utentes. Após serem triados, os utentes são encaminhados para a sala de espera correspondente à cor que lhes foi atribuída: azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho. Os vermelhos geralmente entram diretamente para a sala de emergência, não passando pela triagem. Existe ainda a área roxa, que é a área de orto-trauma, onde se encontram ortopedistas e cirurgiões.

As áreas verde, amarela e laranja possuem espaços, delimitados por cortinas, onde os doentes que estão em maca ficam em observação, tendo também alguns cadeirões onde permanecem os doentes sentados. Em cada um deles existe igualmente um ou dois gabinetes médicos, onde os doentes são observados. Os profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e assistentes operacionais são distribuídos por áreas, o que facilita a organização do trabalho.

Este serviço encontra-se junto ao Bloco Operatório e ao Serviço de Imagiologia. O Serviço de Medicina Intensiva, para onde são transferidos alguns dos doentes críticos, encontra-se 5 pisos acima.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Atualmente tem vindo a assistir-se a uma grande evolução na abordagem ao doente crítico. As novas tecnologias e os novos tratamentos têm permitido que os cuidados a estes doentes sejam mais qualificados e criteriosos. Como forma de responder a estas novas exigências, foram criadas as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que requerem um “(...) contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2003a, p.5).

Como enfermeira a exercer funções num serviço de urgência, este ensino clínico foi imensamente enriquecedor, tendo sido o meu primeiro contato com um serviço de

cuidados intensivos. Exigiu de mim muito estudo e pesquisa, para que pudesse estar à altura de cuidar doentes que dependem de meios avançados de monitorização e terapêutica para sobreviver.

O SMI do HSA é um serviço com instalações modernas, construído há cerca de três anos. Tem uma lotação de 13 camas, 10 de cuidados intensivos polivalentes (4 das quais em quartos de isolamento) e 3 camas de doentes neurocríticos (que ainda não estão a ser utilizadas para esse fim). A organização espacial é em *open space*, o que permite um contato visual permanente com todos os doentes. A equipa de saúde é constituída por 7 médicos (4 intensivistas e 3 internistas), 29 enfermeiros, 10 assistentes operacionais e 1 assistente técnica.

Segundo o HSA (2013, p. 5), os objetivos do SMI são:

- Proporcionar ao doente em estado crítico melhor assistência, disponibilizando pessoal diferenciado e tecnologia avançada;
- Homogeneizar a assistência aos doentes dos serviços de internamento;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade de doentes de médio e alto risco;
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados;
- Utilizar com maior eficiência pessoal especializado e equipamentos de custos elevados.

Este serviço dispõe de capacidades técnicas e terapêuticas de elevada complexidade, estando equipado de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a doentes em condições pretensamente reversíveis, que apresentam falência de uma ou mais funções vitais.

Conforme descrito pelo HSA (2013), os critérios de admissão nesta unidade incluem situações de doença aguda potencialmente reversíveis, no indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, que podem resultar de:

- Falência respiratória ou hemodinâmica;
- Complicações pós-cirúrgicas;
- Politraumas, sem indicação neurocirúrgica;
- Intoxicações agudas.

Doentes com diagnóstico de morte cerebral e/ou potenciais dadores de órgãos têm também critério de admissão em unidades de cuidados intensivos.

O enfermeiro de cuidados intensivos necessita de um conhecimento diferenciado e altamente qualificado sobre técnicas e manuseamento dos inúmeros equipamentos de

que dispõe. Só assim poderá prestar uma assistência segura e também formar a sua equipa quanto à correta realização dos procedimentos. Sendo a principal característica dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) a gravidade do seu estado de saúde, estes necessitam de cuidados diretos, especializados e contínuos, da equipa de enfermagem (Almeida & Lamas, 2012).

O SMI encontra-se equipado com o sistema informático *B-Simple*[®], que foi concebido especificamente para integrar métodos e rotinas das UCI's. É um sistema de fácil compreensão, que funciona como um integrador de sistemas, que reúne no ecrã as informações obtidas a partir dos monitores, das seringas e bombas infusoras, da máquina das gasimetrias, entre outros. Ou seja, todas as informações do doente estão em rede e reúnem-se no seu perfil registado neste sistema informático. Consegui rapidamente adaptar-me a este *software* que, quando bem trabalhado, é muito prático e facilitador.

1.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CARDIOLOGIA

Este serviço existe há cerca de 3 anos, e está dotado de excelentes equipamentos e instalações modernas, oferecendo ótimas condições não só à equipa de trabalho multidisciplinar, mas também aos utentes. Existem aqui 5 camas, que têm uma elevada taxa de ocupação, onde são internados os doentes com patologia cardíaca grave, que necessitam de apertada vigilância. A organização do espaço foi elaborada em *open space*, permitindo aos profissionais o contacto visual permanente com todos os doentes.

Este serviço encontra-se integrado com o Serviço de Cardiologia, que tem 15 camas de internamento, e ainda com a Sala de Hemodinâmica, onde se realizam diversos exames e tratamentos como cateterismos, angioplastias, colocação de Pace-maker, entre outros, sendo que os 3 serviços têm a mesma chefia, tanto médica como de enfermagem.

Na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), a equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros (2 em cada turno) e 2 médicos Cardiologistas, que se encontram presentes apenas no período de horário diurno. Havendo necessidade de acompanhamento médico no período noturno, é chamado o médico do Serviço de Medicina Intensiva, que se encontra no mesmo piso.

Conforme referido por Marosti e Dantas (2006), o trabalho dos profissionais numa UCIC, tem como principal objetivo a promoção do restabelecimento hemodinâmico dos pacientes com patologia cardíaca, favorecendo assim a sua recuperação. Assim, é um serviço que requer uma apertada vigilância e o conhecimento específico acerca dos

doentes com patologia cardíaca grave. A patologia mais frequente é o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), estando presente em quase todos os doentes aqui internados.

À semelhança do SMI, o sistema informático em utilização neste serviço é o *B-Simple*[®], o que tornou mais fácil a minha integração no método de trabalho desta equipa multidisciplinar.

Os doentes admitidos na UCIC podem vir transferidos do Serviço de Internamento de Cardiologia, da Sala de Hemodinâmica ou do Serviço de Urgência. Durante este ensino clínico tive oportunidade de receber vários doentes, procedendo ao seu acolhimento no serviço, e preparando todo o Processo de Enfermagem (PE). Neste campo, o sistema informático *B-Simple*[®] é bastante intuitivo e facilitador, uma vez que se encontra configurado para as principais patologias presentes no serviço, sendo que é essencial fazer depois as configurações e os ajustes individualizados para cada doente. A colheita de dados, a avaliação inicial, a identificação de problemas/diagnósticos de enfermagem, as atividades a desenvolver e a avaliação dos resultados foram atividades bem trabalhadas durante este período, e que constam sempre do processo informático de cada um dos doentes aqui internados. Tal como referido por Garcia e Nóbrega (2009), o PE é normalmente descrito como a essência da prática da enfermagem, sendo o seu ponto focal. Segundo Garcia e Nóbrega (2009, p.192), “a aplicação deliberada e sistemática do Processo de Enfermagem pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional”. Neste sentido, considero muito importante a preocupação que todos os elementos da equipa de enfermagem demonstram neste aspeto. Também Carvalho, Silva, Carvalho, Elias, Silva e Santos (2013) referem que o PE facilita a troca de informação entre enfermeiros de várias instâncias, sendo a metodologia de cuidados de enfermagem mais reconhecida e aceite no mundo. A sua aplicação permite ao enfermeiro uma prestação de cuidados individualizados, centrados nas necessidades dos doentes e que pode orientar na tomada de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro, enquanto gestor de uma equipa. Devo realçar a importância dada às condições sociais e económicas dos doentes, uma vez que desde a admissão do doente nesta unidade se começa a preparar a sua alta fazendo um reconhecimento do apoio familiar que a pessoa tem, e sempre que necessário é feito o encaminhamento para o Serviço Social.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Conforme referido pela OE (2010b, p.2): “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...)”. Assim, o enfermeiro especialista detém as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprofundadas, sendo que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, partilham de um grupo de competências comuns. Estas competências dividem-se em quatro domínios:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade
3. Domínio da gestão dos cuidados
4. Domínio das aprendizagens profissionais

A certificação das competências clínicas especializadas demonstra o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro especialista possui e que mobiliza em contexto de prática clínica.

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo a OE (2010b), o enfermeiro especialista deve demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com princípios, valores e normas deontológicas. No exercício das suas funções, deve respeitar e promover os direitos humanos.

Atualmente, e cada vez mais, os enfermeiros deparam-se na sua prática diária, com dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, que se devem basear em princípios e valores bem fundamentados e refletidos, respeitando os direitos humanos e garantindo a segurança, privacidade e dignidade dos doentes.

Conforme descrito por Nunes (2006, p.6):

“Tomar decisões faz parte do dia-a-dia. Muitas vezes, decide-se sem grande análise e, também, sem uma avaliação acurada do que se está a fazer. Situações simples, habituais, não levantam dúvidas. Mas quanto menos familiares forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão”

A tomada de decisão está inevitavelmente ligada à prática de cuidados de enfermagem. Diariamente o enfermeiro é confrontado com a necessidade de resolução de problemas que requerem a recolha de informação preliminar, o equacionar de várias hipóteses (umas mais plausíveis que outras), o raciocínio interpretativo, a avaliação das alternativas colocadas e, por fim, a escolha daquela que for favorecida por maior evidência (Nunes, 2006).

No que respeita à tomada de decisão, no decorrer dos ensinamentos clínicos, tive a percepção de que esta é geralmente feita em equipa, sendo que médicos e enfermeiros, de um modo geral, se reúnem com frequência com o intuito de decidir algumas questões relacionadas com cada doente, tendo por base valores éticos e deontológicos.

Conforme descrito pela Organização das Nações Unidas (1948), art.º 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. É, por isto, fácil de compreender a importância de respeitar os doentes e seus familiares na sua liberdade de escolha, dando cumprimento ao nosso papel enquanto profissionais de saúde.

Foi sempre minha preocupação manter uma boa relação com os doentes, baseada no respeito pelos seus direitos, prestando cuidados de qualidade sem qualquer discriminação. O ser humano, com as suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual tem de ser visto em todas as suas vertentes. Conforme referem Peres, Barbosa e Silva (2011, p.335): “As práticas de saúde puramente científicas podem ser reducionistas e não contemplarem o cuidado holístico, no qual o homem é considerado como um todo dinâmico”.

Durante os ensinamentos clínicos realizados, tive a percepção de que nem sempre é fácil respeitar a privacidade dos doentes. Dando especial atenção ao Serviço de Urgência, que tem uma elevada afluência de doentes, em que muitos permanecem em macas, lado a lado, sem barreiras físicas, e em que cada um deles tem normalmente um acompanhante ao seu lado. A mesma questão se coloca nos serviços de cuidados intensivos, com organização em *open space*, e em que é necessário muito cuidado para que as informações confidenciais fiquem apenas entre a equipa multidisciplinar.

Segundo as palavras de Sousa (2008), o enfermeiro é o profissional do cuidado humano, que tem responsabilidade incondicional no respeito, defesa e promoção dos direitos da pessoa que cuida.

Foi por isso minha preocupação zelar pela privacidade dos doentes, evitando que os outros doentes e familiares tivessem acesso a informações confidenciais, como por exemplo, nas passagens de turno. Tanto no SU como nas UCI's onde realizei os EC's, as passagens de turno são realizadas no balcão de trabalho de enfermagem e não junto aos utentes, evitando assim que outras pessoas ouvissem a informação transmitida. Nas UCI's há o cuidado de não coincidir os horários de visitas com os das passagens de turno. No SU este aspeto é francamente mais difícil de controlar, uma vez que os utentes têm direito a um acompanhante quase em permanência, sendo por isso necessário ter um cuidado redobrado. Conforme o Decreto-Lei nº 15/2014 de 21 de março (2014, p. 2129), “Nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”.

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

A qualidade dos cuidados de saúde é um tema que tem ganho relevância ao longo dos anos. Há cada vez mais programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Conforme referido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2007, p.5):

“É uma realidade premente. Os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais desafiados – deparam-se com uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infraestruturas e forças de trabalho do setor da saúde”.

Como futura enfermeira especialista, compreendo a elevada importância que detém o domínio da melhoria da qualidade. Como referem Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008), os cuidados de saúde em geral, e de enfermagem em particular, têm uma importância crescente:

- a nível social (pelo aumento da exigência e expectativa por parte dos utentes),
- a nível ético (pela exigência ao nível da formação e conhecimentos),
- a nível profissional (pelo desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados),
- a nível económico (pela racionalização de recursos e desenvolvimento de uma Cultura de Qualidade na Saúde por parte das organizações).

Segundo a OE (2001, p.4): “Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”. Segundo a mesma fonte, a qualidade exige reflexão sobre a prática, para que se definam os objetivos dos serviços que se pretendem prestar e para se delinearem estratégias para os atingir. A ação de enfermagem distingue-se pela formação e experiência que lhe permite respeitar o outro numa perspectiva holística, procurando abster-se de juízos de valor.

A criação da OE veio trazer, entre outros importantes desenvolvimentos, a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que se mostra de extrema importância, não só pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar à população, mas também pela importante necessidade de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Está internacionalmente assumida a importância da implementação de sistemas de qualidade, que se revela uma prioridade na área da saúde. Mas esta responsabilidade não compete apenas aos enfermeiros, mas também às instituições de saúde, que devem adequar os recursos e criar as estruturas para um exercício profissional de qualidade. As organizações devem, por isso, satisfazer as necessidades dos enfermeiros, para que estes se empenhem também na melhoria da qualidade (OE, 2001).

O CHL é um centro hospitalar acreditado pela *Joint Commission International* (JCI). A missão da JCI é melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados na comunidade interacional, através da oferta de educação, publicações, consultoria e serviços de avaliação. A JCI está presente em mais de 90 países de 5 continentes, tendo sido fundada em 1994 pela *The Joint Commission*. A organização conta com uma vasta equipa de avaliadores e consultores de acreditação internacionais (JCI, 2011).

Esta acreditação consiste na adaptação do hospital a um modelo organizacional que assenta num manual de normas de qualidade, pelo que o CHL se encontra muito bem organizado no que respeita a normas e protocolos instituídos nos serviços. É evidente a uniformização dos cuidados existente nesta instituição, quando passamos por diversos serviços e de naturezas diversas.

Foi minha preocupação, durante os ensinamentos clínicos aqui realizados, pesquisar e cumprir os protocolos instituídos, atuando em conformidade com estes. Pude constatar que todos os procedimentos se encontram protocolados. Desde a identificação dos armários e gavetas de material e de medicação, à data de abertura de qualquer frasco e o seu tempo de validade depois de aberto, a utilização de todo e qualquer tipo de equipamento, até

aos protocolos mais complexos, que dizem respeito aos cuidados de enfermagem, como protocolos terapêuticos como por exemplo para o controle da glicemia capilar.

Todos os protocolos instituídos são de fácil acesso a qualquer profissional de saúde da instituição, uma vez que estão disponíveis na Intranet, acessível em qualquer computador do CHL. Considero que a existência deste tipo de organização é muito importante para a uniformização dos cuidados, mas também para a responsabilização de todos os profissionais de saúde, para que se mantenha o nível de qualidade. Pude ainda constatar a existência de frequentes auditorias por parte da comissão responsável da JCI. Estas auditorias, apesar de serem motivo de preocupação para os profissionais, pois são abordados e questionados pelos auditores, garantem o cumprimento das normas e protocolos instituídos.

Refletindo acerca deste tema, e tendo como termo de comparação o serviço em que estou atualmente a exercer funções, considero a acreditação da JCI uma mais-valia inquestionável. É sem dúvida vantajoso para todos que existam normas e regras, e que estas sejam cumpridas por todos, contribuindo assim para uma melhoria contínua da qualidade.

Na UCIC tive oportunidade de desenvolver um trabalho (ANEXO I) acerca dos riscos do extravasamento de substância vasoativas, quando estas são administradas por veias periféricas, o que acontece com frequência neste serviço. Com este trabalho de pesquisa tive acesso a um protocolo de atuação – *Guide to Extravasation Management In Adult & Pediatric Patients* (2009), em utilização num hospital norte-americano, para casos de extravasamento destas substâncias, que considero ser de extrema importância para adoptar para este serviço. Tive oportunidade de discutir o assunto com diversos colegas, que não estavam despertos para esta temática, e que pareceram bastante interessados em aprofundar os seus conhecimentos no que respeita à correta forma de atuação.

Segundo a OE (2010b, p.7), o enfermeiro especialista: “Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

O erro na área da saúde era, até final dos anos 90, encarado como negligência ou incompetência dos profissionais. Hoje sabe-se que a maioria dos erros não resulta de falhas individuais, mas sim de falhas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde.

Apesar disto, também os profissionais têm de ser rigorosos na sua atuação. É importante que estes tenham consciência do perigo, tendo capacidade de assumir os seus erros, procurando discernir sobre a sua causa e implementando medidas preventivas.

Apesar de todos os avanços feitos nas pesquisas de cuidados de saúde, os utentes estão ainda expostos a diversos riscos quando são submetidos aos cuidados, especialmente em ambiente hospitalar. Um dos principais riscos prende-se com a administração de medicação injetável. Este tem sido discutido internacionalmente por instituições e organizações (Raduenz, Hoffmann, Radunz, Sasso, Maliska & Marck, 2010).

Segundo Rosa e Perini (2003), com o crescimento das tecnologias de diagnóstico e terapêutica na assistência à saúde, tem vindo a crescer a importância dos eventos adversos que ocorrem nos cuidados prestados aos pacientes. Há várias condições que propiciam os erros, e de um modo geral, existe uma espécie de silêncio consentido entre as partes envolvidas. Até haver um erro grave está tudo bem. A partir desse momento, há uma forte pressão até que se descubra um culpado, que é geralmente representado por um indivíduo.

A formação dos profissionais de saúde é marcada pela busca da infalibilidade, uma vez que “têm nas mãos a vida de outras pessoas”. Este facto leva a que haja dificuldade em lidar com os erros, sendo normalmente associados a vergonha, perda de prestígio e medo de punições. O sistema não é propício a uma discussão franca e reflexão acerca do assunto, e quando não é possível esconder o erro, o importante é descobrir o culpado, em vez de perceber as causas sistémicas do problema. Há vários estudos que mostram que a maioria dos erros resulta de problemas nos sistemas, e não de falhas individuais.

“O carácter prevenível, intrínseco aos erros de medicação, é intrigante: poderá o homem, algum dia, evitar todos os erros ou obter o chamado erro zero ou a perfeição? A condição humana, notadamente falível, não pode pretender isso, entretanto, é preciso ter humildade e sabedoria para aprender com os erros cometidos e usar este conhecimento para melhorar a assistência prestada aos pacientes” (Rosa & Perini, 2003, p.340).

No CHL existe um programa de registo de incidentes, disponível na Intranet, onde os profissionais devem registar todo o tipo de incidentes que ocorrem nos serviços. Estes incluem quedas, erros de medicação, o aparecimento de úlceras de pressão, entre outros. O software *Health Event & Risk Management*[®] foi desenvolvido para identificar os riscos e implementar ações que contribuam para diminuir ou mesmo eliminar as causas chave. É assim possível desenvolver indicadores que permitam medir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Todos os eventos aqui reportados são posteriormente alvo de avaliação por parte da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente.

A JCI estabeleceu em 2008 o objetivo de melhorar a segurança do paciente relacionada a medicação de alto risco. Este objetivo é visível nos serviços do CHL, onde toda a medicação está devidamente identificada. A medicação de alta concentração, por exemplo, é toda rotulada com autocolantes amarelos com indicação para diluição.

Durante os ensinamentos clínicos que decorreram no CHL tive sempre presente a importância de manter um ambiente seguro, com a consciência de que os erros acontecem quando menos esperamos. No SU especificamente, o facto de haver sempre sobrelotação, percebi a necessidade de ter uma atenção redobrada, pois frequentemente as camas são deslocadas e os doentes mudam de localização.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O domínio da gestão dos cuidados é muito vasto, englobando diversos aspetos. O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2010a, p.8).

Segundo Camelo (2012, p. 2): “o processo de cuidar e o processo de gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro em seu dia a dia”.

A aquisição de competências neste domínio foi fortemente influenciada pelas matérias lecionadas na Unidade Curricular (UC) Gestão em Enfermagem, constante do plano de estudos deste Curso de Mestrado. Reconheço a importância de temas como a liderança de equipas, a delegação de tarefas e a gestão de cuidados de enfermagem.

Segundo Peres e Ciampone (2006), a liderança é uma das principais competências do enfermeiro. Quando se trabalha numa equipa multidisciplinar, o profissional de saúde tem de ser capaz de assumir uma posição de liderança, em prol do bem-estar do doente. Esta liderança exige compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisão, comunicação e uma gestão eficaz.

Segundo Bolander (1998) existem 3 tipos de liderança: democrática, “*laissez-faire*” e autocrática. Os estilos de liderança caracterizam-se pela forma como os líderes conseguem influenciar as pessoas, de forma a que estas desempenhem as suas atividades para atingirem objetivos comuns.

A liderança democrática é centrada na pessoa que executa o trabalho, sendo que esta possui maior controle e participação nas tarefas, atuando com mais liberdade e

satisfação. Na liderança “*laissez-faire*” há uma permissividade completa, em que o líder transfere para os outros o processo da tomada de decisão, cedendo o controlo e evitando encargos. Na liderança autocrática, o líder é quem detém todo o poder, agindo de forma autoritária, sendo o seu foco principal a execução da tarefa.

De entre os vários estilos de liderança, não se considera que um seja mais correto que outro, pois cada um tem as suas vantagens e desvantagens. No exercício profissional, o líder deve criar um ambiente favorável para a execução das atividades diárias. Este detém a difícil tarefa de coordenar uma equipa de enfermagem, devendo transmitir segurança nas tomadas de decisão, sendo essencial que desenvolva competências para conduzir de forma equilibrada um grupo heterogêneo de profissionais.

Segundo Sousa e Barroso (2009), o enfermeiro tem inevitavelmente de adquirir competências de liderança, tendo em conta as tarefas que lhe são exigidas. A análise crítica, a identificação de problemas, a tomada de decisão, o planeamento e implementação de cuidados, são exemplos de atividades em que se desempenha o papel de líder.

Considero de extrema importância a capacidade de priorizar as tarefas. O trabalho de enfermagem em ambientes complexos, com a mudança como fator constante, como num SU, requer uma elevada capacidade de decisão.

Conforme referido por Giordani, Bisogno e Silva (2012), no trabalho de enfermagem a nível hospitalar, há uma multiplicidade de responsabilidades a desempenhar, sendo que as responsabilidades de gestão são as que ocupam mais espaço no exercício profissional.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, pude observar algumas funções de gestão por parte dos enfermeiros especialistas. Referindo a gestão do SU que, como descrevi anteriormente, tem de se lidar com a constante mudança e com diferentes tipos de doentes, pude colaborar em diversas atividades, como:

- No contacto com os procedimentos necessários para a reparação de material/equipamento;
- Na reposição do stock de medicamentos;
- Nos pedidos à farmácia de medicamentos sujeitos a justificação médica;
- Na gestão, manutenção e acondicionamento dos materiais e equipamentos do serviço;
- Na mobilização de recursos humanos nas áreas de enfermagem, conforme as necessidades do serviço;

- Na elaboração do plano de distribuição semanal dos enfermeiros nas diversas áreas.

Houve um dia em particular neste ensino clínico, em que a correta gestão de recursos foi visivelmente necessária. O sistema informático teve uma falha, estando fora de funcionamento durante cerca de uma hora. Durante este período, a necessidade de fazer uma triagem dos doentes mais urgentes, a necessidade de mobilizar pessoal para as áreas com maior afluência, a necessidade de fazer todas as prescrições em formato de papel, bem como a interação eficaz com outros serviços, como a imagiologia e o laboratório, deu-me uma perspetiva muito interessante e completa de todas as áreas que dependem desta gestão eficaz, e em que o enfermeiro especialista tem um papel fulcral.

No SMI, segundo Camelo (2012), o trabalho do enfermeiro caracteriza-se não só pelos cuidados aos doentes, mas também por atividades de gestão complexas, que exigem competências técnicas e científicas, estando a tomada de decisão e adoção de condutas seguras diretamente relacionadas com a vida e a morte dos doentes.

O serviço de cuidados intensivos tem como principal objetivo o cuidado a doentes de alto risco e dispõe do acompanhamento ininterrupto de médicos e enfermeiros. Segundo Elias, Matsuo, Cardoso e Grion (2006), o *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), é um sistema que classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas dos procedimentos efetuados. Este baseia-se no princípio de que, independentemente do diagnóstico do doente, quanto mais procedimentos este recebe, maior é a gravidade da sua doença, e por isso mais tempo o enfermeiro irá despende com ele. As 28 atividades avaliadas pelo TISS são analisadas diariamente, o que permite obter um perfil evolutivo do doente. Este instrumento é ainda importante na mensuração da carga de trabalho de enfermagem em UCI's.

Pude neste período colaborar com algumas atividades de gestão dos recursos humanos, como por exemplo na distribuição dos enfermeiros pelos doentes internados. Nesta tarefa, o TISS deveria ser um importante instrumento, pois se há enfermeiros que têm de ficar responsáveis por mais do que um doente, esses devem exigir uma menor carga de cuidados, devendo por isso ter um valor TISS inferior. Pelo que pude observar, no SMI este instrumento não é tido em conta. Apesar de ser elaborado diariamente para cada um dos doentes, na prática tem pouca utilidade. Um aspeto importante que pude constatar na elaboração desta distribuição, e que é sempre tido em conta, é o facto de cada enfermeiro ficar responsável apenas por doentes infetados ou por doentes não infetados, evitando ao máximo infeções cruzadas.

Segundo Frederico e Leitão (1999), existem quatro métodos de organização dos cuidados de enfermagem:

- Método funcional
- Método individual
- Método de equipe
- Método do enfermeiro responsável

O método funcional baseia-se na distribuição dos enfermeiros pelas tarefas específicas a desempenhar (um enfermeiro responsável pelas higiênes, outro pelos pensos, outro pela terapêutica, etc). Este método terá sido muito utilizado no passado. A principal vantagem é o aumento da produtividade, uma vez que aumenta a eficácia e rapidez dos enfermeiros, melhorando o aproveitamento, o que implica menos recursos humanos. É um método centrado nas necessidades do serviço e da organização, e não nas necessidades do doente, que não sabe quem é o enfermeiro que “o cuida”. Não traz satisfação ao doente nem ao enfermeiro e é susceptível de falhas, cuja responsabilidade dificilmente se consegue apurar.

O método individual consiste na distribuição de um certo número de doentes a cada enfermeiro, que fica responsável por todos os cuidados daqueles doentes durante o turno de trabalho. Tem como principal vantagem o facto de favorecer a relação enfermeiro-doente e facilitar o conhecimento mais profundo de cada doente, que é visto como um todo, cujas necessidades não são fracionadas. Este método exige mais pessoal de enfermagem e mais conhecimentos por parte dos enfermeiros.

No método de equipa a distribuição dos enfermeiros é feita por equipas, que ficam encarregues de um grupo de utentes. Cada equipa tem um líder definido, que toma decisões em relação às prioridades das necessidades dos doentes, bem como ao planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem. Apresenta como vantagens o favorecimento da dinâmica de grupo, a utilização das capacidades de todos os enfermeiros e o apoio a enfermeiros menos experientes. Tem a desvantagem de exigir mais elementos na equipa de enfermagem e de se poder transformar num método funcional se for mal liderado.

O método do enfermeiro responsável consiste na atribuição de doentes (em número não superior a quatro) a cada enfermeiro, que fica responsável durante todo o período de hospitalização, desde a admissão até à alta. Há um segundo elemento, designado de enfermeiro assistente, que substitui o enfermeiro responsável na sua ausência, assumindo a responsabilidade dos seus doentes. Tem a vantagem de se criar uma relação profunda enfermeiro-doente, proporcionando mais segurança, mais empenho do

enfermeiro e uma melhor continuidade de cuidados. Como desvantagem apresenta-se a sua difícil implementação pela falta de pessoal, pelo tipo de horários e pelas trocas que habitualmente ocorrem (Frederico & Leitão, 1999).

Em relação aos recursos materiais, tive oportunidade de colaborar com algumas funções do enfermeiro coordenador como a reposição do stock de medicamentos, estupefacientes e materiais. Conforme norma da JCI, há medicamentos que são de justificação médica obrigatória e que, após prescrição, têm de ser pedidos à farmácia.

A tomada de decisão pode ser definida como uma escolha entre duas ou mais alternativas de ação que conduzam a um determinado resultado esperado. Para decidir é requerido racionalidade, competência e consciência, para que se escolha a alternativa que resulte no objetivo desejado (Nunes, 2007).

Segundo Nunes (2006), no exercício das suas funções, os enfermeiros são confrontados com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas decisões que tomam para com os seus doentes. Estas decisões devem ser claras, racionais e baseadas no conhecimento.

Neste âmbito, tive sempre a preocupação de manter atualizados os meus conhecimentos, tendo assim capacidade para definir prioridades no cuidado ao doente crítico. Só assim pude ter consciência das várias opções de atuação, optando sempre pela mais benéfica para o doente, baseando sempre a minha atuação em evidência científica. A tomada de decisão é um processo que se desenvolve naturalmente, e que se vai tornando mais fácil devido à vivência de situações similares, à medida que se cresce enquanto enfermeiro.

No contexto do doente crítico, em que o ambiente é bastante complexo e com elevada capacidade de mudança, é essencial a capacidade de decisão clínica e a tomada de decisão consciente. Como pude assistir no ensino clínico realizado no SU, um doente que deu entrada na sala de emergência em choque hipovolémico, por uma hemorragia digestiva alta, em que foi necessário proceder rapidamente a um conjunto de ações de *life saving*, e em que o estabelecimento de prioridades foi essencial para o sucesso da nossa atuação. Foi clara a necessidade de estabelecimento de prioridades (como na aplicação do SAV), o designar das tarefas de cada elemento na sala de emergência para uma atuação organizada e eficaz, e ainda a interação com outros serviços, como o serviço de sangue, pois a rápida administração de concentrado de eritrócitos foi fulcral para a recuperação deste doente.

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, tem de ser ágil e criativo na resolução de problemas, deve ter conhecimentos variados e ecléticos, e ter habilidades nas relações humanas. Para tal, tem de ser uma pessoa capaz de investir no seu autoconhecimento. A facilidade que uma pessoa tem de se reconhecer a si mesma, facilita o estabelecimento de relações mais humanizadas consigo mesmo e com os outros (Esperidião, Munan & Stacciarini, 2002).

Conforme referido por Silveira, Lunardi, Filho e Oliveira (2005), para poder ajudar o doente e a sua família, é importante que cada enfermeiro consiga reconhecer as suas próprias limitações, necessidades e capacidades, para depois conseguir compreender o outro.

Esta competência reflete essencialmente o meu investimento para manter atualizados os meus conhecimentos não só científicos, mas também de mim mesma, enquanto pessoa. Para tal, contribuiu todo o meu percurso de vida, e a consciencialização e reflexão que faço acerca do mesmo.

Durante os ensinamentos clínicos foi minha preocupação desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os meus limites pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no meu desempenho. É essencial a gestão destes fatores, bem como das emoções e sentimentos para que se consiga atuar de forma eficaz, mesmo sob pressão.

Também no âmbito desta competência importa referir a importância de desenvolver capacidades de resolução de conflitos. O ambiente hospitalar é propício ao aparecimento de conflitos. Estes são normalmente gerados pela divergência de interesses, mas se forem resolvidos adequadamente podem promover mudanças positivas. Uma gestão adequada de conflitos é a que consegue um entendimento entre as partes e fomenta interações futuras.

No contexto dos ensinamentos clínicos, devo salientar o processo de triagem, no SU, que diariamente põe à prova a capacidade de gestão de conflitos. Acontece muitas vezes a triagem ser interrompida por utentes e familiares que aguardam na sala de espera, por vezes durante várias horas. É importante que o enfermeiro tenha um elevado conhecimento de si próprio para manter uma postura correta perante estas situações.

É sempre minha preocupação manter uma relação cordial, explicando que não é correto interromper o processo de triagem dos outros utentes. Tento também esclarecer o processo de encaminhamento dos utentes dentro do SU, e qual o tempo de espera

aproximado naquele momento. A tentativa de manter uma relação empática, deve iniciar-se logo no primeiro contato com o utente (na triagem) e não quando se inicia o conflito.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este tem como objetivo definir as competências específicas, que juntamente com as competências comuns anteriormente descritas, formam o conjunto de competências clínicas especializadas destes profissionais.

Neste capítulo é feita uma reflexão acerca das competências específicas desta especialidade, que foram desenvolvidas durante este período de aprendizagem.

3.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Os cuidados prestados à pessoa vítima de doença crítica são altamente especializados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas da vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista à sua recuperação total.

3.1.1 Presta cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade

Conforme referido pela OE (2010a, p. 3):

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

Durante os ensinamentos clínicos realizados, tive inúmeras oportunidades de assistir doentes em situação de doença crítica e falência orgânica. No SU assisti a várias situações de Paragem Cardio-Respiratória (PCR), em que a mobilização dos meus conhecimentos foi indispensável para responder atempada e eficazmente. Deste período, destaco o caso de um doente de 60 anos, sexo masculino, que deu entrada, transferido do Hospital de Pombal, com o diagnóstico conhecido de varizes esofágicas. O doente tinha como principal antecedente pessoal Doença Hepática Crónica. Apresentava pele com coloração icterícia e à entrada estava um pouco prostrado, dispneico, mas consciente, orientado e comunicativo dentro das suas possibilidades. Por indicação médica foi feita tentativa de entubação nasogástrica, que imediatamente alterou o estado geral do doente, que começou a sangrar em abundância, acabando por entrar em choque hipovolémico e em PCR. Tive nesta ocasião oportunidade de assistir à colocação de uma sonda *Sengstaken-Blackmore* e proceder a todos os cuidados técnicos de alta complexidade exigidos pelo Suporte Avançado de Vida (SAV). Este doente necessitou ainda de desfibrilhação cardíaca, de transfusão de 4 unidades de Concentrado de Eritrócitos e diversas drogas, até que finalmente recuperou e foi transferido para a UCI, transferência na qual colaborei e acompanhei, compreendendo toda a logística que envolve. Esta foi apenas uma das situações complexas na sala de emergência, e a mais marcante.

Aproveito para fazer referência ao trabalho elaborado no decorrer deste ensino clínico (ANEXO II), em que foi levantado um problema existente no serviço, e que do meu ponto de vista merece especial atenção por parte do enfermeiro especialista, no cuidado ao doente crítico, neste trabalho mais direcionado ao doente vítima de trauma.

No SMI, de entre as várias técnicas que pude desenvolver, devo destacar as relacionadas com a pressão arterial invasiva (através da Linha Arterial) e a pressão venosa central (através do Cateter Venoso Central), a pressão intra-abdominal, o registo rigoroso do débito urinário, a avaliação frequente de gasimetria arterial, a ventilação mecânica invasiva e os cuidados inerentes ao doente com entubação endotraqueal (EET) e traqueostomia, e ainda a familiarização com técnicas dialíticas.

Tive oportunidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade, inerentes à EET e à ventilação mecânica invasiva. Foi para mim uma excelente forma de adquirir experiência no cuidado ao doente entubado e ventilado. Foi essencial o trabalho de pesquisa para aquisição de competências acerca dos diferentes modos ventilatórios e todos os parâmetros do ventilador.

Todos os doentes aqui internados têm monitorização contínua dos sinais vitais, que são gravados no seu processo informático de hora a hora. Cabe ao enfermeiro, que acompanha estes doentes ao minuto, 24 sobre 24 horas, detetar qualquer alteração inesperada e proceder em conformidade.

Posso recordar o caso de uma doente, que estava internada no SMI já há algum tempo, e que tinha sido extubada, após duas semanas de entubação endotraqueal e ventilação mecânica. Encontrava-se em ventilação espontânea, com Máscara de Venturi, havia algumas horas, quando entrei no seu quarto de isolamento para prestar cuidados, e me deparei com alguns sinais que me fizeram refletir. Apesar de apresentar boa saturação periférica de oxigénio no monitor, a senhora estava bastante sudada, polipneica, com cansaço fácil a pequenos esforços, como falar. Perante a instabilidade da doente, falei de imediato com a enfermeira orientadora e com a médica que estava responsável pela doente. Em equipe optou-se por reentubar a doente, que necessitou de ventilação mecânica invasiva durante mais algum tempo. Ao refletir acerca desta situação, julgo ter conseguido identificar precocemente focos de instabilidade e responder eficazmente perante a situação.

Devo referir ainda a oportunidade de prestar cuidados a um doente que necessitou de hemodiafiltração. Foi numa situação de insuficiência renal aguda (IRA), em que o doente apresentava alterações metabólicas graves, sendo necessário fazer a sua correção através desta técnica complexa. Segundo Bernardina, Diccini, Belasco, Bittencourt e Barbosa (2008), numa UCI a incidência de IRA varia entre 17% e 35%, e destes, 49% a 70% necessitam de tratamento dialítico. Os mesmos autores referem que as complicações da IRA contribuem significativamente para o aumento da mortalidade e da morbilidade de doentes em estado crítico. Segundo Metcalfe, Simpson, Khan, Prescott, Simpson, Smith e Macleod (2002), a IRA é definida como uma diminuição súbita e contínua na taxa de filtração glomerular, geralmente associada a uma grave diminuição do débito urinário, causando distúrbios hídricos, eletrolíticos e ácido-básicos.

Segundo Santos e Marinho (2013), esta complexa patologia possui várias etiologias. Pode ter uma causa pré-renal (hemorragias, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, sepsis), pode ser de causa intra-renal (agentes nefrotóxicos, isquémia prolongada, processos infecciosos), ou ainda de causa pós-renal (como obstrução do trato urinário). Esta multiplicidade de etiologias dificulta o diagnóstico precoce e a deteção de fatores de risco para o desenvolvimento da IRA, tornando-se ainda mais evidente em UCI's, onde geralmente existe mais do que um fator de risco. Segundo Amorim, Deus, Rodrigues, Malagutti e Ferraz (2010), a diálise é recomendada quando os rins têm uma

função inferior a 10-15%, sendo a hemodiálise contínua a mais utilizada em cuidados intensivos, em pacientes graves.

As UCI's são unidades hospitalares que se destinam ao atendimento de pacientes de alto risco, que dispõe de equipamentos específicos, recursos humanos especializados e com acesso a tecnologias de diagnóstico terapêutica. Ainda assim, e com tais recursos, existe alta incidência de doentes que desenvolvem IRA, associadas a elevadas taxas de mortalidade (Santos & Marinho, 2013).

Reconheço que esta técnica requer muita prática, sendo que a preparação de todo o sistema é extremamente complexa. Os conteúdos lecionados na UC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, no 1º ano deste curso de Mestrado, foram indispensáveis para a minha atuação nesta situação.

Também durante o ensino clínico na UCIC tive oportunidade de vivenciar diversas situações complexas, de doentes em situação crítica. Os doentes que ficam internados neste serviço apresentam normalmente um risco elevado de falência cardíaca, pelo que uma rigorosa monitorização cardio-respiratória tem de estar assegurada. As cinco camas aqui existentes estão dotadas de excelente equipamento que permite cumprir esta monitorização. Conforme referido por Carvalho et al. (2013), trabalhar numa UCIC é uma tarefa complexa, pois os doentes necessitam de assistência muito específica e contínua. São doentes em risco de morte iminente, com graves problemas de saúde. Assim, o enfermeiro que cuida destes doentes deve deter conhecimentos científicos e habilidades nos procedimentos técnicos e equipamentos em utilização. “É relevante destacar que o cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva ultrapassa a destreza manual para fazer determinados procedimentos técnicos, devendo o mesmo possuir distinto embasamento teórico” (Carvalho et al., 2013, p.63).

Um dos principais objetivos que pretendia atingir neste ensino clínico era a aquisição de competências na interpretação do traçado eletrocardiográfico e as suas implicações no estado clínico do doente com patologia cardíaca. Considero que durante este período foi extremamente importante o desenvolvimento desta competência. Para tal, contribuiu não só a intensa pesquisa e estudo acerca da matéria, mas também a colaboração dos enfermeiros do serviço, que tiveram a preocupação de tirar as dúvidas que fui colocando. Reconheço agora a importância que estes conhecimentos têm na minha prática diária, enquanto enfermeira de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Passo agora a descrever um episódio que ocorreu com um doente, vítima de EAM com elevação do segmento ST, que tinha já feito angioplastia coronária na Sala de Hemodinâmica. Um doente de 79 anos, com diversos antecedentes, como Diabetes

Mellitus tipo II, Dislipidémia, Hipertensão Arterial, e Insuficiência Cardíaca (IC). Durante o turno da noite iniciou um quadro de dispneia, associado a sudorese profusa, palidez cutânea e hipotensão severa. Foi de imediato contactado o médico intensivista de serviço, que compareceu na unidade. Foram administradas diversas drogas vasoativas, na tentativa de estabilizar hemodinamicamente o doente. Iniciou ainda Ventilação Não Invasiva (VNI), devido ao agravamento do quadro respiratório. Sempre atenta ao traçado eletrocardiográfico, consegui detetar uma importante alteração, uma vez que o doente entrou num ritmo compatível com Fibrilhação Ventricular. De imediato recorri ao carro de emergência, que está dotado de um desfibrilhador, tendo sido realizada uma desfibrilhação. Após a desfibrilhação o traçado reverteu para um ritmo sinusal, apesar de bradicárdico. As horas que se seguiram foram cruciais na manutenção da estabilidade hemodinâmica do doente, que infelizmente acabou por falecer no dia seguinte, pois a sua IC era já gravíssima e irreversível.

Para além deste episódio, assisti também a algumas arritmias importantes, como a Taquicardia Supraventricular, o *Torsade de Pointes*, Fibrilhação Auricular, *Flutter*, entre outras. Considero agora que tenho competência para facilmente interpretar um traçado eletrocardiográfico sem dificuldades.

De entre a diversidade de doentes que pude acompanhar durante este ensino clínico, importa referir alguns que cumpriam a premissa da Via Verde Coronária. Esta integra o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, em que são definidas normas operacionais específicas de carácter regional e nacional e ainda a cooperação com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (DGS, 2013). Assim, pude acompanhar vários doentes que ao detetar um dos sinais de alerta do EAM (como dor e pressão forte no peito, náuseas e suores frios, dor que irradia para os braços ou dificuldade respiratória), ligaram para o número de socorro 112, ativando assim a Via Verde Coronária. A partir desta chamada, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes ativa de imediato o INEM, e encaminha assim estes doentes para o hospital mais próximo que possua condições para o tratamento de um EAM. O CHL, sendo dotado de uma Sala de Hemodinâmica, recebe doentes da Via Verde Coronária e, independentemente do dia e da hora, ativa a equipa hemodinamista que esteja de prevenção, garantindo assim o acesso rápido e eficaz ao tratamento desta patologia fatal. Na minha opinião, este programa demonstra ser bastante eficaz, pois observei vários casos em que os doentes foram tratados numa Sala de Hemodinâmica cerca de uma a duas horas após ter sido feita a ativação do 112. A verdade é que a Taxa de Mortalidade por EAM em Portugal tem vindo a diminuir, tendo reduzido 22,19% entre 2007 e 2011 (DGS, 2013). A mesma fonte fornece dados acerca da Via Verde Coronária, demonstrando que o número de doentes admitidos em Unidades Coronárias

pela Via Verde tem vindo a aumentar exponencialmente, tendo passado de 257 doentes em 2006 para 1523 doentes em 2012.

A experiência de poder colaborar na Sala de Hemodinâmica foi extremamente importante para o meu desenvolvimento profissional. Estive presente em diversos exames como o Cateterismo Cardíaco e também tratamentos, como a Angioplastia Coronária. Pude ainda observar a colocação e substituição de Pace-maker.

As unidades de hemodinâmica são unidades relativamente recentes na história da medicina, e demonstram ser unidades altamente especializadas, em que aos seus intervenientes é exigido um elevado nível de conhecimentos, habilidades e um perfil motivado ao aperfeiçoamento, para estar à altura das constantes mudanças (Linch, Guido & Fantin, 2010). Os mesmos autores fazem ainda referência às principais atividades do enfermeiro na Sala de Hemodinâmica, como as de assistência, gestão, ensino e pesquisa. O enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao paciente e pela sua assistência integral. Durante os procedimentos, o enfermeiro tem um papel ativo e essencial, estando encarregue de toda a monitorização cardio-respiratória do doente, a instrumentação do material, a preparação e administração de drogas, a elaboração de registos, a execução dos pensos após a intervenção e ainda o encaminhamento dos doentes após a intervenção. A dinâmica destas unidades depende da equipa que está presente. No CHL há colaboração de equipas de Lisboa, Porto e Coimbra. Pelo que pude constatar, cada uma das equipas tem a sua forma de trabalhar, e nem sempre os profissionais que vêm à sala são da mesma categoria profissional. Por exemplo, enquanto uma equipa externa é constituída por médico e enfermeiro, há outra em que também vem um médico anestesista, que fica responsável pela medicação. Independentemente da equipa presente, há sempre um enfermeiro do serviço presente e ativo durante os procedimentos.

Na minha colaboração desempenhei todas estas atividades, estando atenta a possíveis intercorrências, que felizmente foram sempre facilmente solucionáveis. Considero ter sido muito importante a oportunidade de atuar nesta unidade, tendo agora uma noção mais precisa do que ocorre num processo de EAM, e quais as possibilidades de tratamento para esta patologia tão comum.

3.1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

Conforme anteriormente referido, no CHL estão instituídos inúmeros protocolos em todos os serviços. Desde protocolos simples, de utilização comum e regular, até protocolos terapêuticos complexos, utilizados em situações de doença grave. Durante os

diversos ensinamentos clínicos realizados neste centro hospitalar, tive oportunidade de me familiarizar com alguns deles, sobre os quais farei agora uma reflexão.

No SMI foi recentemente implementado o protocolo de controlo da glicemia capilar. Num estudo efetuado por Krinsley (2003), provou-se que qualquer valor de hiperglicemia durante o internamento numa UCI está associado a um aumento da mortalidade hospitalar, num grupo heterogéneo de doentes críticos. O mesmo autor refere que para além de poder ser uma consequência da gravidade da doença, a hiperglicemia pode também agravar a recuperação do doente. Assim, a implementação do Protocolo de Yale (ANEXO III), tem como objetivo manter os valores de glicemia capilar entre 80 e 140 mg/dL. Num estudo realizado por Diener, Prazeres, Rosa, Alberton e Ramos (2006), concluiu-se que o Protocolo de Yale de insulino-terapia via endovenosa se mostrou seguro no controlo da glicemia capilar em UCIs. Durante a minha prática tive a perceção de que se trata de um protocolo de fácil execução, mas que requer bastante atenção por parte dos enfermeiros.

Também as alterações dos valores de potássio podem causar grandes complicações e devem ser evitadas em doentes críticos. Nas UCIs os valores de potássio requerem avaliações frequentes de gasimetria, para que estes possam ser ajustados conforme as necessidades. Segundo Hoekstra, Vogelzang, Drost, Janse, Loeff, Horst, Zijlstra e Nijsten (2010), o uso de um protocolo pode melhorar a regulação destes valores, já que valores alterados de potássio estão associados ao aumento do risco de complicações potencialmente fatais. No SMI existe um protocolo para reposição de potássio, em situações de hipocaliémia, sempre que o valor de gasimetria seja igual ou inferior a 3,4 mEq/l. O enfermeiro pode, com base nos valores de potássio da gasimetria, administrar Cloreto de Potássio diluído em soro fisiológico, até que o valor atinja os 4 mEq/l. Este mostrou ser um protocolo de fácil cumprimento, e bastante eficaz, pois em quase todos os doentes se consegue ter estes valores bem controlados e dentro dos valores indicados.

Existem ainda outros protocolos complexos, como o da hipotermia terapêutica, para doentes pós-paragem cardio-respiratória. Este consiste numa técnica de arrefecimento do doente, através de um sistema de controlo de temperatura. A temperatura corporal do doente nesta técnica deve atingir entre os 32°C e os 34°C. A hipotermia terapêutica tem demonstrado melhorar a recuperação neurológica pela diminuição do metabolismo cerebral, de radicais livres de oxigénio, da permeabilidade vascular, da supressão de citocinas inflamatórias e melhora ainda o metabolismo de glicose cerebral (Rech & Vieira, 2010). Infelizmente não tive oportunidade de assistir à execução deste protocolo.

Reconheço a importância da existência deste tipo de documentos, que regulem e uniformizem a prática dos profissionais, conseguindo-se assim atingir um ótimo nível de cuidados.

3.1.3 Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica

Segundo a OE (2010a, p.3), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica “faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”.

Segundo Aissaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi e Abouqal (2005), a dor é muito comum em doentes críticos, e há cada vez mais preocupação na avaliação e tratamento corretos da dor destes doentes. Os mesmos autores referem ainda a sua difícil avaliação, já que a grande maioria destes doentes se encontra sedado, inconsciente, não permitindo por isso uma comunicação eficaz e consequentemente a correta avaliação da dor. Este é mais um motivo para que o enfermeiro especialista esteja atento, garantindo a sua diminuição.

No SU, a dor é uma das principais causa de recurso aos serviços de saúde, quer seja de causa aguda, crónica, ou crónica agudizada. A atuação do enfermeiro nesta área é indispensável.

Já na UCI, a maioria dos doentes internados estão sob analgesia e sedação, e alguns sob curarização.

Segundo Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), há inúmeras fontes de dor num serviço de cuidados intensivos. A escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) é a mais utilizada em doentes entubados, mecanicamente ventilados, que são incapazes de autoavaliar a sua dor. Também a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (s.d., p. 40), após um estudo nacional em diversas unidades de cuidados intensivos recomenda: “ A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS”.

Esta é a escala utilizada no SMI para os doentes sedados, e é geralmente avaliada de 6 em 6 horas e sempre que haja necessidade. Ao cumprir esta avaliação pude constatar que se trata de um instrumento bastante simples e eficaz na deteção de dor nos doentes inconscientes.

Nos doentes não sedados, a escala utilizada no SMI é a Escala Visual Analógica (EVA), que é um instrumento simples que permite uma avaliação contínua da dor. Trata-se de uma linha reta, não numerada, que numa extremidade indica “ausência de dor” e na outra “pior dor imaginável”. Segundo Pedroso e Celich (2006), esta escala facilita o contato entre cuidador e doente por partilharem a intensidade da dor e porque fornece ao doente um instrumento para se “fazer entender”. Já a SPCI (s.d.) refere que a escala mais indicada para avaliar a dor nestes doentes é a Escala Visual Numérica, que é uma escala graduada de 0 a 10, em que o doente atribui um número conforme a sua dor. Na

minha opinião, a escala EVA parece ser mais aconselhada para os doentes que, não estando sedados, não conseguem comunicar verbalmente, como no caso dos doentes com EET.

O SMI está dotado de material e equipamento de excelência. É importante referir que todas as camas têm colchões anti-escaras, de pressão alternada o que, sem dúvida, proporciona conforto aos doentes. Esta questão leva-me a refletir acerca da avaliação do risco de aquisição de úlceras de pressão (UP), uma vez que os doentes ficam aqui internados geralmente por períodos prolongados, e normalmente sem fazer levante.

Segundo Bavaresco, Medeiros e Lucena (2011), a avaliação do risco de adquirir UP nas UCI's é fundamental, porque estes doentes possuem alterações importantes que os tornam mais susceptíveis a este problema (instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, necessidade de sedação e drogas vasoativas, restrição de movimentos por período de tempo prolongado, entre outros). É por isso fundamental que o enfermeiro faça o diagnóstico preciso da situação para poder atuar preventivamente em cada um dos doentes.

No SMI aplica-se diariamente a escala de Braden a todos os doentes para avaliar o risco de adquirir UP. Como referido por Sousa, Santos e Silva (2006, p. 280), "(...) entende-se como medida preventiva de UP, a importância da utilização de escala preditiva, tal como a Braden, no cuidar de enfermagem (...)". Os mesmos autores referem que as UP refletem de forma indireta a qualidade dos cuidados prestados, sendo estas consideradas efeitos adversos que ocorrem durante o período de internamento.

Para além da existência do colchão de pressão alternada, os doentes são mobilizados e massajados pelo menos duas vezes por turno. Estas são medidas importantes na prevenção das UP, o que se pode comprovar pelos dois doentes crónicos que estão no serviço há mais de dois anos e não apresentam soluções de continuidade da pele.

Neste âmbito, e tendo em conta a natureza da UCIC, considero que a gestão da dor e do bem-estar foi uma preocupação constante também neste ensino clínico. A recorrência, por exemplo, da dor no peito, "tipo aperto", é de essencial avaliação, não só pelo mau-estar causado, mas também pelos indícios que pode demonstrar.

Na UCIC a avaliação da dor é feita regularmente. Em regra, é feita duas vezes por turno, se o doente não tem dor. No sistema informático, no Processo de Enfermagem, um dos campos a preencher é a EVA, que é utilizada para os doentes conscientes (a grande maioria). Os enfermeiros questionam os doentes se têm dor ou não. Quando a resposta é negativa, não há dúvida quanto ao seu registo. No caso da resposta ser positiva, o enfermeiro atribui um número, que regista no processo.

Na minha atuação, sempre que um doente referiu dor, tive a preocupação de mostrar a régua da escala numérica, que tenho como material de bolso, conseguindo assim, de forma fidedigna, fazer o registo da intensidade da dor que o doente refere ter. Conforme as recomendações da DGS (2003b, p.1): “A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente”. À parte destas considerações, sempre que o doente refere dor, é de imediato administrada analgesia, conforme a prescrição médica, tendo sido essa também a minha preocupação.

Ainda no que se refere ao bem-estar, e uma vez que a maioria destes doentes não pode fazer levantar durante vários dias, devido à patologia, pude constatar a preocupação em auxiliar os doentes no posicionamento no leito com bastante frequência, incentivando a alternância de decúbitos, e também a execução de massagens e aplicação de creme hidratante.

Na UCIC é feita, de 3 em 3 dias, a avaliação da Escala de Morse. Esta escala pretende avaliar o risco de queda, em que são tidos em conta vários fatores que contribuem para o risco de quedas (como o histórico de quedas, a orientação mental, a capacidade de deambulação, entre outros). Segundo Urbanetto, Creutzberg, Franz, Ojeda, Gustavo, Bittencourt, Steinmetz e Farina (2013), as quedas podem trazer consequências muito graves, e são uma das principais causas de trauma em doentes idosos. Para além disso, podem aumentar o tempo de internamento e conseqüentemente os custos dos tratamentos. Há ainda intervenções importantes para evitar o risco de quedas, como manter uma supervisão apertada dos doentes confusos, ter o cuidado de colocar sempre as grades laterais da cama para cima, manter a mesa de cabeceira com objetos pessoais junto do doente, evitando que se estique demasiado para os alcançar. Em último caso, poderá haver necessidade de utilizar imobilizadores físicos. Conforme referido por Potter e Perry (2006), estes são dispositivos físicos e mecânicos, que não podem ser retirados pelo doente, que servem para restringir a atividade física e o acesso normal ao corpo. Este tipo de contenção física está relacionada com algumas complicações graves como úlceras de pressão, obstipação ou incontinência. Houve já casos de morte devido à restrição da respiração e da circulação, e até mesmo enforcamento, quando doentes tentavam sair da cama ainda presos. Também a perda de auto-estima e a humilhação são preocupações inerentes a esta prática. Esta foi sempre a última opção na prevenção de quedas dos doentes, e sempre clinicamente justificado, constituindo uma parte do tratamento prescrito e do plano de cuidados para o doente.

Conforme orientação do Ministério da Saúde (2011, p. 4):

“Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de

risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção”.

O Ministério da Saúde (2011), refere ainda que o recurso a medidas de contenção deve ocorrer após uma avaliação cuidada do risco clínico e quando os doentes manifestem comportamentos que o coloquem em risco de sofrer danos, devendo este ser o último recurso a utilizar.

3.1.4 Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica

No que se refere à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontram, foi uma preocupação manter uma relação terapêutica, e uma comunicação eficaz, tanto com o doente como com os seus familiares. Conforme referido pela OE (2003), a relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício da enfermagem, é caracterizada pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades. Há várias circunstâncias em que esta parceria é estabelecida. Esta deve também envolver família e conviventes próximos do doente.

No SU é importante dar especial atenção às informações aos familiares, tentando informar acerca dos tempos de espera, dos procedimentos realizados, e situação clínica dos pacientes. Apesar de no CHL haver, geralmente, um enfermeiro responsável por dar estas informações, tentei entrar em contacto com os familiares dos pacientes que cuidei, sempre que foi possível.

Outra experiência que tive neste serviço, e que me marcou, provavelmente para a vida, foi a morte de uma paciente de 69 anos. A senhora estava num ginásio a praticar exercícios de *cycling*, quando caiu da bicicleta e entrou em PCR. Tratava-se portanto de uma pessoa ativa e totalmente independente. Os Bombeiros não tinham dados pessoais da senhora, pelo que tivemos de aguardar que alguém chegasse a perguntar por ela. Alguns minutos mais tarde o marido deu entrada no serviço, a perguntar como estava a sua esposa. Este tinha sido contactado pelo ginásio, de onde lhe disseram que a sua esposa tinha passado mal e tinha sido levada de ambulância para o hospital. Tratava-se de um casal holandês, residente no nosso país há cerca de 7 anos, mas que vivia numa comunidade holandesa, pelo que não falavam português, nem conviviam com portugueses. Rapidamente percebemos que o senhor não fazia ideia de que a sua esposa poderia estar morta. A notícia tinha de ser dada. Em inglês.

Tendo boa capacidade de comunicação em inglês, tive de dar a notícia a este senhor, em conjunto com o médico. Foi um momento de carga emocional muito forte, em que tive de acompanhar aquele senhor durante algum tempo, até que estivesse em condições de se ausentar do serviço. Apesar de ter sido um momento muito difícil também para mim, foi bom poder estar ali, e de certa forma confortar aquele homem, escutá-lo, dar-lhe a mão. Foi sem dúvida um momento em que desenvolvi competências na assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto (OE, 2010a).

A comunicação de más notícias é uma tarefa que traz sempre angústia e ansiedade a quem tem de a fazer. Há vários fatores a ter em consideração. Conforme refere Pereira (2009), cada pessoa tem as suas características, por isso não há uma norma para comunicar más notícias. O profissional tem de saber adequar a sua comunicação a cada situação. Segundo Buckman e Baile (2007), os principais sentimentos dos profissionais quando se deparam com este tipo de situação são: “Não sei o que dizer”, “Não, como expressar isto por palavras” ou “Sim, eu quero fazer isto, mas como?”. Para estes autores, estes sentimentos podem ser um grande obstáculo à comunicação e explicam porque é que muitos profissionais se sentem incapazes de fazer tal tarefa.

Segundo Reid, McDowell e Hoskins (2011), há um número limitado de enfermeiros que sentem que a sua prática é influenciada por evidências científicas atuais, quando comunicam a morte de um paciente à família. Além disso, muitos enfermeiros referem não ter tido formação apropriada para lidar com estas situações. Isto pode afetar a confiança do enfermeiro e pode ser um fator para que a comunicação da morte seja vista como a parte mais difícil na interação com as famílias.

Tive oportunidade de elaborar um trabalho de pesquisa sobre a notificação de morte (ANEXO IV), que é muitas vezes feita por via telefónica, tendo tido a perceção de que constitui um motivo de angústia para muitos enfermeiros. Partindo da ideia de que esta prática não é a mais correta, acabei por concluir o contrário, desde que seja bem feita. É essencial que os enfermeiros tenham formação e possam praticar a forma correta de notificar a morte por via telefónica.

No SMI, tive a preocupação de aproveitar os horários das visitas, junto do doente, tentando responder às suas dúvidas, e ajudando também ao seu relacionamento com o familiar doente. Muitas vezes as pessoas não sabem como se aproximar, como abordar o seu ente querido, que está adormecido, ou que tem um “tubo na boca” e por isso não pode falar. Tive a perceção que a primeira visita é sempre um choque emocional muito grande, em que o familiar necessita de um apoio acrescido. De acordo com Silveira, et

al (2005), a comunicação com os familiares tem de se dar desde o primeiro momento do internamento, proporcionando-lhe atenção, diálogo e esclarecimento de dúvidas. A família pode ter uma grande influência na recuperação do doente, mas para isso é importante que esta seja acolhida, respeitada e também cuidada. Infelizmente, apercebi-me de que no SMI não é dada grande importância a esta primeira visita, uma vez que pude assistir várias vezes a familiares sendo encaminhados pela assistente operacional para junto do doente, sem o apoio do enfermeiro. A maioria das vezes, pude constatar que o familiar não conseguia permanecer ali, saindo rapidamente a chorar, sendo então nessa altura que o enfermeiro responsável iria ao seu encontro.

Segundo Dornelles, Oliveira, Schwonke e Silva (2012), a dificuldade em manter uma comunicação eficaz pode ser stressante tanto para o doente como para o profissional. Estes autores referem também que quando a comunicação verbal se encontra comprometida, os gestos e os sinais com a cabeça são os principais modos de comunicar dos doentes críticos. Durante este ensino clínico, para além dos gestos e sinais com a cabeça, também tive oportunidade de comunicar através de um quadro em que o doente podia escrever, o que nem sempre é fácil devido à diminuição da força muscular. Por estas experiências aprendi que é realmente um grande desafio a comunicação com o doente crítico e que o enfermeiro tem de se esforçar para adquirir competências nesta área.

Na UCIC, desde o momento de admissão dos doente que a equipa multidisciplinar tem a preocupação de iniciar também a educação para a saúde. Estes são doentes que irão fazer medicação diária indispensável à sua sobrevivência, e cujos hábitos de vida saudáveis são fulcrais para a prevenção do agravamento da patologia cardíaca. O acolhimento do doente e da sua família demonstrou ser de crucial importância para mim, enquanto futura enfermeira especialista. De acordo com Carvalho et al. (2013), há ações importantes que o enfermeiro deve cumprir, e que pretendem prioritariamente diminuir não só o desconforto físico, mas também o emocional. O facto de criar uma relação próxima com o doente e família desde o primeiro momento, permitirá posteriormente que o nosso discurso seja compreendido e também assimilado, enquanto elemento fulcral no processo de educação para a saúde. Conforme referido por Carvalho, Mamede e Araújo (2011), as necessidades de aprendizagem dos doentes e familiares acerca da recuperação do estado de saúde devem ser identificadas e abordadas pelo enfermeiro. Para que a reabilitação e a evolução sejam satisfatórias é essencial que o nível funcional do indivíduo, os seus mecanismos de aceitação e os sistemas de apoio sejam otimizados desde o momento em que se dá o internamento.

Como futura enfermeira especialista, tento manter uma comunicação eficaz e terapêutica, tendo consciência dos componentes deste processo, conseguindo assim

estabelecer uma relação terapêutica que os ajude a suprir as suas necessidades em relação à saúde. Oliveira, Nóbrega, Silva e Filha (2005, p.56), referem que: "A comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeira e paciente, e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência".

3.2 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Como consequência da evolução tecnológica, houve um aumento crescente de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivas. Este facto promove a ocorrência de infeções graves a nível hospitalar, e que são a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde. Nestes efeitos inclui-se o aumento da morbilidade e mortalidade em meio hospitalar, e o aumento das despesas na saúde (Oliveira, 2009).

Conforme referido pela OE (2010a, p. 4), em relação às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica:

“ Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pelas necessidades de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção”.

Assim, foi minha preocupação constante a prevenção da infeção no decorrer destes ensinios clínicos. Tive um cuidado especial com a lavagem das mãos, que cumpro criteriosamente na minha prática diária, pois está descrito que estas são o principal veículo de transmissão das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Segundo a DGS (2007), 30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde.

No SMI os lavatórios têm sensores para ligar a água e também para dispensar a solução cutânea, o que evita a contaminação das mãos após a sua lavagem. Também o seu formato fundo e curvo previne salpicos. Junto a todos os lavatórios existe um dispensador de toalhetes de papel e um balde que abre com pedal. Todas estas características constam das Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde da DGS (2010). Os quartos de isolamento têm portas de correr automáticas com sensor, que permitiram a abolição das maçanetas. Estes pequenos

(grandes) pormenores fizeram-me refletir acerca desta problemática e perceber que há uma grande preocupação em diminuir a incidência das IACS.

Apesar destas importantes características do serviço, pude constatar que uma grande percentagem dos doentes internados no SMI se encontram contaminados com *Acinetobacter Baumannii* (*A. Baumannii*), muitos deles com culturas negativas à data de admissão no serviço, e que se tornam positivas durante o internamento. Este facto prova que há contaminação dos doentes durante a sua permanência no serviço.

Senti por isso necessidade de pesquisar acerca desta potente bactéria que, segundo Spellberg e Bonomo (2013), emergiu para se tornar a principal causa de infeções hospitalares em todo o mundo. Nos últimos anos, as superfícies do ambiente hospitalar têm sido cada vez mais reconhecidas como reservatórios importantes de agentes patogénicos, e a *A. Baumannii* é um organismo especialmente resistente ao ambiente. Os mesmos autores referem a existência de um estudo em que a *A. Baumannii* foi inoculada num frasco de plástico, sem adição de nutrientes, e com a evaporação do líquido, os organismos permaneceram viáveis na superfície do frasco seco durante quase um ano.

No SMI são efetuados rastreios a todos os doentes com alguma frequência. Primeiro, na data de admissão. Seguidamente, se há doentes infetados no serviço, as zaragatoas são efetuadas duas vezes por semana (às segundas e quartas feiras); no caso de não haver doentes infetados, são feitas apenas às segundas feiras. Os doentes infetados ficam, naturalmente, em quartos de isolamento. Sempre que um doente infetado tem alta e após a limpeza da sua unidade, por parte das assistentes operacionais, imediatamente após secagem, o enfermeiro coordenador do turno faz o despiste de infeção através da aplicação de placas de petri para exame bacteriológico cultural. Aguarda-se 72 horas, após as quais, se estiver garantida a limpeza da unidade, esta pode ser novamente ocupada (CHLPa, 2013).

Como referi anteriormente, há também a preocupação de cada enfermeiro ficar responsável apenas por doentes infetados ou apenas por doentes não infetados, em cada turno, evitando assim ao máximo que haja novas contaminações. Foi sempre minha preocupação a utilização de dispositivos de proteção individual no contacto com os doentes infetados (luvas, máscara, bata e touca), e ainda a troca integral da farda sempre que houvesse um contacto mais prolongado com o doente (por exemplo, após os cuidados de higiene e conforto do doente).

Como foi anteriormente referido, o facto de existirem inúmeras técnicas invasivas, aumenta drasticamente o risco de incidência das IACS. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 5):

“ Pelo facto de quase metade das INCS (Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea) terem como origem provável, os dispositivos invasivos: CVC (Cateter Venoso Central), ventilação mecânica e algaliação, pode tratar-se de infeções evitáveis, já que representam vias de transmissão exógenas. É por isso necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (CVC, algaliação, ventilação mecânica).”

Um dos procedimentos mais comuns, a que todos os doentes do SMI são submetidos é a colocação de CVC. Segundo Messiano e Merchán-Hamann (2007), estes são indispensáveis em UCI's, sendo, no entanto, uma importante fonte de INCS. Os mesmos autores referem que o risco de infeção está associado a vários fatores, como a localização do acesso, a solução infundida, a experiência do profissional que realiza o procedimento, o tempo de permanência, tipo e manipulação do cateter, entre outros. Estes fatores são por isso pontos estratégicos importantes para ações preventivas destas infeções.

No SMI as práticas relacionadas com a manipulação dos CVC estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (2006), e foi minha preocupação segui-las também.

Segundo Farias, Freitas, Rocha e Costa (2009), a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) é atualmente a segunda principal causa de IACS em muitos hospitais. Esta elevada incidência, mais evidente nas UCI's levou à criação de recomendações para prevenir a PAV. Há atitudes simples, como manter a cabeceira elevada entre 30° e 45°, para evitar o risco de aspiração, a lavagem das mãos e o uso de luvas, a aspiração traqueal adequada, evitar a acumulação de secreções, evitar o uso de equipamento entre pacientes, proceder à desinfeção adequada do equipamento respiratório, entre outros cuidados.

Durante este período tive a preocupação de respeitar as normas da Administração Central de Sistemas de Saúde (2011) no que se refere à aspiração de secreções do tubo endotraqueal, sendo esta uma manobra invasiva que traz grandes riscos de contaminação para o doente. Atitudes como o uso de luvas esterilizadas, o descartar da sonda após a aspiração enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso, e

ainda a cuidada lavagem das mãos após o procedimento estiveram sempre presentes na minha atuação.

Segundo o Relatório de Vigilância Epidemiológica das INCS do CHLP (2013b), nos anos de 2011 e 2012, o SMI foi, dos serviços em estudo, aquele com maior frequência de episódios de INCS (72,2%), sendo que a *A. Baumannii* é o segundo microrganismo Gram negativo mais frequente (10,3%), logo a seguir à *Klebsiella Pneumoniae* (16,7%).

No SMI, como na UCIC, grande parte dos doentes são algaliados, pela importância do controlo do débito urinário. Há estudos que revelam que as algaliações são uma das principais causas de IACS, mais concretamente das Infeções do Trato Urinário (ITU) (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). Os mesmos autores referem que se as medidas de controlo das IACS forem devidamente tomadas, podem evitar-se cerca de 69% das ITU's. A principal medida a tomar é o cuidado com a assepsia no momento da algaliação, sendo de crucial importância a utilização de sistemas estéreis em circuito fechado. Pela minha observação, constatei que estas medidas preventivas são cumpridas pelos enfermeiros dos serviços.

Há na UCIC uma característica que me chamou à atenção, que foi a inexistência de um quarto de isolamento, onde pudessem ser internados os doentes infetados. Na verdade não é feito qualquer tipo de controlo quanto à possível contaminação destes doentes, não existindo assim estudos estatísticos que revelem números acerca das IACS neste serviço.

Penso que consegui adquirir esta competência, uma vez que tive sempre presente a importância que as IACS têm num serviço de cuidados intensivos, estando alerta para possíveis mudanças na atuação dos profissionais e atualizando os meus conhecimentos na área. Consigo agora compreender a complexidade deste tema e a importância de basear sempre a minha atuação em evidência científica, que atualmente é uma mais valia inquestionável na evolução dos cuidados de saúde.

4. CONCLUSÃO

O exercício da profissão de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais diferenciada, de forma a satisfazer crescentes níveis de saúde das populações.

Os ensinamentos clínicos permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista. Foi durante este período que desenvolvi novas competências, atitudes e saberes que me permitiram atingir os objetivos traçados e ser responsável pelo meu processo de aprendizagem.

Fazendo uma retrospectiva aos locais de estágio, considero terem sido boas escolhas. O HSA é um hospital com excelentes condições físicas e organizacionais, bem diferente da realidade com que lido diariamente, e em que pude desenvolver as minhas capacidades. Foram campos de prestação de cuidados bastante rigorosos e desafiantes, que permitiram o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

A pesquisa e reflexão acerca das atividades realizadas e dos momentos vivenciados foram indispensáveis para atingir os objetivos a que me propus.

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo deste percurso, tanto a nível académico como profissional.

Considero que atingi com sucesso a aquisição destas competências, embora tenha consciência de que poderei sempre fazer mais e melhor, desenvolvendo conhecimentos e capacidades todos os dias, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Administração Central de Sistemas de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Aïssaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia and analgesia*, *101*(5), 1470–1476.
- Almeida, T. & Lamas, J. (2012). Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Adulto: avaliação sobre medida direta e indireta da pressão arterial. *Revista Escola de Enfermagem USP*, *47*(2), 369-376.
- Amorim, A., Deus, R., Rodrigues, F., Malagutti, W. & Ferraz, R. (2010). Eficácia do citrato como anticoagulante na hemodiálise veno-venosa contínua com ciclo de 60 horas em unidade de terapia intensiva. *ConScientiae Saúde*, *9*(2), 187-193.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(9), 7-16.
- Bavaresco, T., Medeiros, R. & Lucena, A. (2011). Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *32*(4), 703-710.
- Bernardina, L., Diccini, S., Belasco, A., Bittencourt, A. & Barbosa, D. (2008). Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, *21*(Esp.), 174-178.
- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Buckman, R., & Baile, W. (2007). Truth telling: yes, but how?. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *25* (21), 3181.

- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9.
- Carvalho, L., Mamede, M. & Araújo, M. (2011). Conhecimento de pacientes sobre o processo de auto-cuidado em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Caderno de Pesquisas, São Luís*, 18(esp.), 18-25.
- Carvalho, M., Silva, M., Carvalho, M., Elias, C., Silva, K. & Santos, M. (2013). Assistência de Enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Centro Universitário Uninovafapi. *Revista Interdisciplinar*, 6(4), 60-67.
- Centro Hospitalar Leiria-Pombal (2013a). *Material Contaminado para Aplicação de Placas de Contacto - Unidades Infetadas com Microrganismos Resistentes*. Leiria.
- Centro Hospitalar Leiria-Pombal (2013b). *Relatório de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea*. Comissão de Controlo da Infecção. Leiria.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Genebra, Suíça.
- Decreto-Lei nº15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série. Nº 57 (14-04-21), 2127-2131.
- Diener, J., Prazeres, C., Rosa, C., Alberton, U. & Ramos, C. (2006). Avaliação da Efetividade e Segurança do Protocolo de Infusão de Insulina de Yale para o controle glicémico intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(3), 268-275.
- Direção Geral de Saúde (2003a). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2003b). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos*

nas Unidades de Saúde. Lisboa, Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dornelles, C., Oliveira, G., Schwonke, C. & Silva, J. (2012). Experiências de doentes críticos com a Ventilação Mecânica Invasiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4), 796-801.
- Elias, A., Matsuo, T., Cardoso, L. & Grion, C. (2006). Aplicação do Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28) em Unidade de Terapia Intensiva para Avaliação da Gravidade do Paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 324-329.
- Esperidão, E., Munan, D. & Stacciarini, J. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 516-522.
- Farias, G., Freitas, M., Rocha, K. & Costa, I. (2009). Pacientes sob Ventilação Mecânica: Cuidados Prestados durante a Aspiração Endotraqueal. *Revista Científica Internacional*, 2(9), 1-18.
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração Para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 188-193.
- Giordani, J., Bisogno, S. & Silva, L. (2012). Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 511-516.
- Hoekstra, M., Vogelzang, M., Drost, J., Janse, M., Loeff, B., Horst, I., Zijlstra, F. & Nijsten, M. (2010). Implementation and evaluation of a nurse-centered computerized potassium regulation protocol in the intensive care unit - a before and after analysis. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 10(5), 1-10.
- Hospital de Santo André - HSA (2013). *Medicina Intensiva: Apresentação e dinâmicas funcionais*. Centro Hospitalar de Leiria.
- Joint Commission International (2011). *Joint Commission International Accreditation*

Standards for Hospitals. *Standards Lists Version, 4th edition*. Illinois, USA.

- Krinsley, J. (2003). Association Between Hyperglycemia and Increased Hospital Mortality in a Heterogeneous Population of Critically Ill Patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 78, 1471-1478.
- Lacerda, R., Nunes, B., Batista, A., Egry, E., Graziano, K., Angelo, M., ... Merighi, M. (2011). Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 777-786.
- Linch, G., Guido, L. & Fantin, S. (2010). Enfermeiros em Unidades de Hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(3), 488-495.
- Marosti, C. & Dantas, R. (2006). Avaliação dos pacientes sobre os stressores em uma unidade coronariana. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, 19(2), 190-195.
- Messiano, E. & Merchán-Hamann, E. (2007). Infecções da Corrente Sanguínea em Pacientes em uso de Cateter Venoso Central em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Metcalfé, W., Simpson, M., Khan, I., Prescott, G., Simpson, K., Smith, W. & Macleod, A. (2002). Acute renal failure requiring renal replacement therapy: incidence and outcome. *Q J Medicine*, 95(5), 579-583.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Controlo de Infecção – Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2011). *Orientação da Direção Geral de Saúde - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência Relatório – CRRNEU*. Lisboa.
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*, 219.
- Nunes, L. (2006). II Congresso Ordem dos Enfermeiros: Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Acedido a 6 de maio de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf

- Oliveira, M (2009). *Vigilância de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Importância do Consumo de Antimicrobianos em Cuidados Intensivos*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Oliveira, P. Nóbrega, M., Silva, A. & Filha, M. (2005). Comunicação Terapêutica em Enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 54-63.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*.
- Pedroso, R. & Celich, K. (2006). Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15(2), 270-276.
- Pereira, V. (2009). Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro Face à Comunicação de Falecimento à Família. *Enfermagem*, 12: 14-17.
- Peres, A. & Ciampone, M. (2006). Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), 492-499.
- Peres, E., Barbosa, I. & Silva, M. (2011). Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 334-340.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J. & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Raduenz, A., Hoffmann, P., Radunz, V., Sasso, G., Maliska, I. & Marck, P. (2010). Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1-10.
- Rech, H. & Vieira, S. (2010). Hipotermia Terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 22(2), 196-205.
- Reid, M., McDowell, J. & Hoskins, R. (2011). Communicating News of a Patient's Death to Relatives. *British Journal of Nursing*, 20 (12), 737-742.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Enfermagem*, 35 (11).
- Rosa, M. & Perini, E. (2003). Erros de Medicação: Quem Foi?. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335-341.
- Santos, E & Marinho, C. (2013). Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(3), 181-189.
- Silveira, R., Lunardi, V., Filho, W. & Oliveira, A. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto e Contexto Enfermagem*, 14(Esp.), 125-130.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa.
- Sousa, C., Santos, I. & Silva, L. (2006). Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras de pressão – evidências do cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 279-284.

- Sousa, L. & Barroso, M. (2009). Reflexão Sobre o Cuidado como Essência da Liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 181-187.
- Sousa, M. (2008). Enfermagem e Direitos Humanos. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31 (12), 9-11.
- Spellberg, B. & Bonomo, R. (2013). “Airborne Assault”: A New Dimension in Acinetobacter Baumannii Transmition. *Critical Care Medicine*, 41(8), 1-3.
- Urbanetto, J., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, B., Gustavo, A., Bittencourt, H., Steinmetz, Q. & Farina, V. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47(3), 569-575.

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Introdução: Existem atualmente diversos modelos de passagem de turno, sendo que, de um modo geral, a passagem de turno junto ao doente tem sido considerada a mais benéfica na melhoria do processo de cuidar. Esta Revisão Sistemática da Literatura tem como principal objetivo identificar quais os benefícios para o doente e para os enfermeiros da implementação da passagem de turno junto ao doente.

Metodologia: Esta RSL obedeceu à Estratégia PICOD – Participantes (P): Enfermeiros; Intervenção (I): passagem de turno junto ao doente; Comparação (C): benefícios antes e benefícios depois da implementação da passagem de turno junto ao doente; Resultados (O): Benefícios: O envolvimento do doente no seu tratamento, o conhecimento do enfermeiro da situação clínica dos doentes após a passagem de turno e a relação enfermeiro doente; Desenho do estudo (D): estudos quasi experimentais. Foram incluídos artigos escritos em inglês e português, publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, Medline e CINHALL. A pesquisa foi feita com base em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e em *Medical Subject Headings* (MeSH) (Nursing handover, Nursing shift report, Patient-centered care, Bedside shift report). Estes descritores foram pesquisados nas bases de dados utilizando o operador booleano AND. A qualidade metodológica dos artigos foi efectuada tendo por base as grelhas da JBI.

Resultados: Os 3 estudos incluídos nesta revisão sistemática da literatura demonstram benefícios da passagem de turno junto ao doente nomeadamente no envolvimento do paciente nos cuidados e conhecimento da situação do doente após a passagem de turno. Em nenhum dos estudos foi analisada a opinião dos enfermeiros no que diz respeito à relação enfermeiro-doente.

Conclusões: As conclusões levam a concordar que a passagem de turno junto ao doente é vantajosa em diversos aspetos, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: There are many different models of shift report and, generally, the bedside shift report has been considered the most beneficial in improving the care process. This Systematic Review of the Literature arises in order to understand what are the benefits of implementing a bedside shift report.

Methods: This Systematic Review of the Literature obeyed PICOD Strategy - Participants (P): Nurses; Intervention (I): shift change with the patient; Comparison (C) benefits before and after the implementation of bedside shift report; Outcomes (O): Benefits: The involvement of the patient in their treatment, the knowledge of nurses on the clinical situation of patients after bedside shift report and the nurse-patient relationship; Design of studies (D): quasi experimental studies. The articles were written in English and Portuguese, published in the last five years, in PubMed, Medline and CINHALL databases. The research was based in Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH) (handover Nursing, Nursing shift report, Patient-centered care, Bedside shift report). These descriptors were searched in the databases using the Boolean operator AND. The methodological quality of the articles was performed based on the grids of JBI.

Results: The three studies included in this Systematic Review of the Literature demonstrate benefits of bedside shift report with the patient including the patient involvement in care and knowledge of the patient's condition after the shift report. In none of the studies were analyzed the nurses' opinion regarding the nurse-patient relationship.

Conclusions: The findings lead to agree that the bedside shift report is advantageous in many aspects, contributing to the improvement of care provided by nurses.

INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é fundamental para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados. A passagem de turno, enquanto forma de comunicação, tem sido alvo de atenção a nível internacional (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). A passagem de turno é uma parte essencial da prática clínica dos enfermeiros, sendo definida como a transferência de responsabilidade de um enfermeiro ou grupo de enfermeiros para outro. Esta é realizada diversas vezes por dia, sendo reconhecido que uma grande quantidade de informação se pode perder durante este processo (Sherman, Sand-Jecklin & Johnson, 2013).

Existem atualmente diversas modalidades de passagem de turno, como a escrita, a gravada em áudio, cara-a-cara na sala de trabalho de enfermagem ou junto ao doente e também a variação e mistura de todos estes tipos (Johnson & Cowin, 2013).

Chaboyer, McMurray e Wallis (2010), referem que as passagens de turno verbais são excessivamente longas, incluindo muitas vezes informações irrelevantes em vez de informações confiáveis, precisas, com base no processo de enfermagem. No caso da informação gravada em áudio, que pode também incluir informação irrelevante, há a vantagem de ser menos demorada, por haver menos interrupções.

A passagem de turno pode ser vista como uma oportunidade de socialização, importante para enfermeiros em integração nos serviços, ajudando-os a aprender objetivos e valores profissionais, proporcionando ainda a coesão do grupo (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010).

Bradley e Mott (2013), consideram que a passagem de turno junto ao doente é mais precisa e realizada em tempo útil, mas também levantam algumas questões controversas. Estas incluem a duração, a dificuldade de alguns profissionais em desenvolver uma parceria com os doentes, por falta de consciência, conhecimento e habilidade. Chaboyer, McMurray e Wallis (2010) argumentam que os termos técnicos promovem a ansiedade e confusão nos doentes e por vezes algumas conversas descuidadas junto aos doentes podem perturbar a sua confiança.

Segundo McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson e Gehrke (2011) a passagem de turno junto ao doente foi desenvolvida para melhorar a precisão e oportunidade de transferência da informação, com a vantagem da informação visual assim adquirida. Esta abordagem centrada no doente também reflete o seu direito de ser parte ativa nos seus cuidados, levando a melhores resultados e maior satisfação com o atendimento.

Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012) referem a importância do envolvimento ativo dos doentes no seu processo de cuidar e que a passagem de turno junto ao doente encoraja a sua participação neste processo.

Segundo Anderson e Mangino (2006), quando a passagem de turno é realizada junto ao doentes, o enfermeiro consegue memorizar melhor a situação clínica dos doentes e também rapidamente definir prioridades na sua atuação. Os mesmos autores fazem ainda referência à importância dos doentes poderem participar do seu plano de cuidados.

1. METODOLOGIA

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno e mediante esta revisão sistemática de literatura, procurou-se resposta para a seguinte questão Quais são os benefícios para o doente e enfermeiro da passagem de turno junto ao doente?

1.2 OBJETIVOS

O principal objetivo deste estudo foi identificar os benefícios para o doente e para os enfermeiros da implementação da passagem de turno junto ao doente. Para tal, foi efetuada uma pesquisa em bases de dados científicas, à procura de estudos quasi-experimentais que comparem os benefícios da passagem de turno junto ao doente, após a sua implementação. Os benefícios foram avaliados através da opinião dos enfermeiros Os enfermeiros participantes nos estudos devem responder se os doentes são envolvidos no seu tratamento, como é a relação enfermeiro-doente e quais os seus conhecimentos da situação dos doentes após a passagem de turno feita junto ao doente.

1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

A definição dos critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1) teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada. Para a definição de critérios foi utilizado o método de PICOD.

QUADRO 1 - Critérios de inclusão de artigos segundo a estratégia PICOD.

P	Participantes	Enfermeiros
I	Intervenção	Passagem de turno junto ao doente
C	Comparação	Benefícios antes e benefícios depois da implementação da passagem de turno junto ao doente
O	Outcome (resultados)	Benefícios: O envolvimento do doente no seu tratamento, o conhecimento do enfermeiro da situação clínica dos doentes após a passagem de turno e a relação enfermeiro-doente
D	Desenho do Estudo	Estudos quasi-experimentais

1.4 ESTRATEGIA DE PESQUISA

Para Santos, Pimenta e Nobre (2007), a pesquisa da evidência científica requer uma estrutura lógica, no sentido de facilitar e maximizar o alcance da pesquisa. Deste modo, a pesquisa deve conter a seleção de termos de busca (palavras-chave), operadores *booleanos* e a combinação das componentes da estratégia PICO. A pesquisa para esta revisão sistemática foi efetuada entre os meses de junho e julho de 2014. Foram incluídos artigos escritos em inglês e português, publicados nos últimos 5 anos, por terem sido localizados pela pesquisa muitos estudos sobre o tema. A pesquisa foi feita nas bases de dados PubMed, Medline e CINHALL. Foram igualmente incluídos aqueles que constavam das referências bibliográficas, desde que cumprissem os mesmos critérios. A pesquisa foi feita com base em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e em *Medical Subject Headings* (MeSH) (Nursing handover, Nursing shift report, Patient-centered care, Bedside shift report). Estes descritores foram pesquisados nas bases de dados utilizando o operador booleano AND.

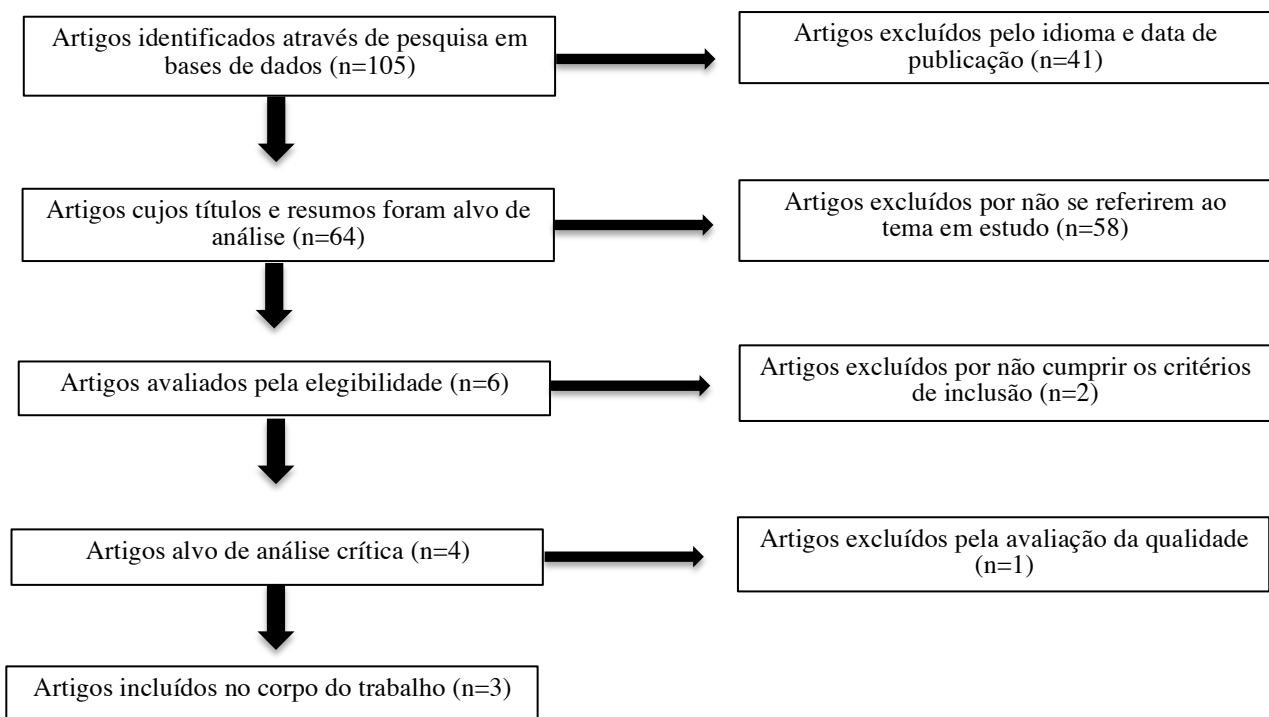
Dos estudos identificados pela pesquisa foram removidos os estudos repetidos. De seguida procedeu-se à análise dos títulos e dos abstracts e foram excluídos os que por esta leitura não apresentavam os critérios de inclusão definidos no protocolo (PICOD). Foram igualmente excluídos revisões sistemáticas da literatura, por se pretenderem estudos primários..

1.5 ESTUDOS IDENTIFICADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Após a constituição da amostra dos estudos para análise foi necessário proceder à avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Para o realizar existem vários instrumentos dependendo do tipo de estudos. Nesta revisão sistemática a qualidade metodológica foi avaliada por dois avaliadores independentes que utilizaram a grelha do Instituto Joanna Briggs (JBI).

De entre os estudos localizados pela pesquisa, foram selecionados apenas 3 para o corpo deste trabalho. O processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado no Quadro 2.

QUADRO 2 - Processo de seleção dos estudos.



2. RESULTADOS

Após aplicação da metodologia de pesquisa anteriormente descrita, restaram 3 estudos quasi-experimentais, que serão alvo de análise neste ponto.

1. “A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside Nursing report implementation”
2. “Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety”
3. “Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff”

Os estudos em análise são estudos quase-experimentais, que diferem entre si em alguns aspetos.

O primeiro estudo, “A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation” (Sand-Jecklin & Sherman, 2014), trata-se de um estudo quasi-experimental, que pretende implementar um novo modelo de passagem de turno, e avaliar a sua eficácia. Para tal, foi feita inicialmente uma colheita de dados junto dos enfermeiros e pacientes, com o intuito de perceber a sua perceção acerca da passagem de turno no modelo existente. Foram distribuídos inquéritos anónimos aos pacientes que estiveram internados pelo menos 48 horas nos serviços médico-cirúrgicos do hospital e que tinham alta programada para o mês da colheita de dados inicial. No caso de doentes incapazes de responder, os familiares foram incentivados a fazê-lo, havendo apenas um inquérito por paciente. Juntamente com o inquérito, foi distribuído um envelope em branco, que seria devolvido selado aos investigadores, garantindo a confidencialidade.

Aos enfermeiros foi enviado um questionário on-line, baseado numa revisão da literatura, com foco nas vantagens e desvantagens descritas acerca da passagem de turno junto ao doente. O questionário consta de 17 itens, com resposta numa escala tipo Likert, com 5 opções de resposta – desde discordo plenamente a concordo plenamente. Foram distribuídos panfletos nos serviços, a anunciar o estudo e foi enviado um e-mail a todos os enfermeiros, a solicitar que respondessem ao inquérito. Os inquéritos dos pacientes e dos enfermeiros foram respondidos durante o mesmo mês.

Foram ainda recolhidos dados acerca das quedas dos pacientes que ocorreram durante as horas de passagem de turno, os erros de medicação e o tempo de trabalho extra dos enfermeiros durante aquele mês.

A revisão da literatura levada a cabo, concluiu que a maioria dos estudos publicados instituíam uma passagem de turno com dois métodos diferentes conjugados – uma parte e gravação áudio, e outra junto ao doente. Por isso, aplicaram o mesmo método aqui, pois para além de ser menos redundante para os pacientes, permite também uma discussão de questões menos apropriadas para estes ouvirem em determinados momentos. Assim, a componente áudio serviu para a abordagem a novas questões e achados anormais da evolução dos pacientes. Junto ao doente, foram tratados aspetos do plano de cuidados, feita a visualização de feridas e dos acessos venosos, a avaliação da dor, a revisão de potenciais problemas de segurança.

Após uma formação aos enfermeiros acerca do novo método de passagem de turno, este foi implementado em sete serviços médico-cirúrgicos do hospital. Um mês após a implementação, houve um pequeno questionário enviado por e-mail, para perceção das dificuldades sentidas e sugestões para melhoria do processo.

Três meses após a implementação, foi realizado novamente o inquérito inicial, tanto aos enfermeiros como aos pacientes. Com base nos resultados deste inquérito, foram tomadas algumas medidas para melhoria do processo. Foi distribuída pelas equipas um cartaz informativo, sobre como melhorar o processo de passagem de turno junto ao doente.

Passados 13 meses da implementação, foi feito novo inquérito, em tudo idêntico aos inquéritos feitos antes da implementação e 3 meses após implementação. A análise dos dados incluiu comparações ANOVA das respostas dos pacientes e dos enfermeiros, tendo em conta os 3 momentos de resposta.

Este estudo revelou vários resultados positivos após implementação de um modelo misto de passagem de turno. Em relação aos resultados pretendidos nesta RSL, houve neste estudo a análise do envolvimento do doente no seu tratamento e do conhecimento da situação clínica dos doentes após a passagem de turno, sendo que em ambos estes temas os resultados foram positivos, demonstrando que o novo modelo de passagem de turno melhora o envolvimento do doente no seu tratamento, e que os enfermeiros após a passagem de turno têm um melhor conhecimento da situação clínica dos doentes.

O segundo estudo, “Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety” (Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012), trata-se de um estudo quasi-experimental que tinha como objetivos determinar se a passagem de turno junto ao doente aumenta a sua satisfação em relação ao seu plano de cuidados e a sua perceção do trabalho de equipa e ainda determinar se a passagem de turno junto ao doente aumenta a satisfação dos enfermeiros em relação à comunicação e responsabilização.

Para tal, os enfermeiros foram convidados a participar no estudo através de uma carta enviada para as caixas de correio do trabalho. Os 18 enfermeiros que receberam a carta aceitaram participar, sendo que 2 não foram convidados por se encontrarem de baixa médica. Em relação aos pacientes, foram abordados durante o seu internamento no serviço de cirurgia, tendo sido obtido consentimento verbal. Os critérios de inclusão foram a idade igual ou superior a 18 anos, a não existência de comprometimento cognitivo, e a capacidade de compreender e falar a língua inglesa. Nenhum paciente se recusou a participar. Foi realizado um questionário a 30 pacientes antes da implementação da passagem de turno junto ao doente e a outros 30 pacientes, 1 mês após essa implementação. Também os enfermeiros responderam a um questionário antes e depois da implementação da passagem de turno junto ao doente. As questões pretendiam avaliar as mudanças na responsabilização, na adequação da comunicação durante a passagem de turno, na priorização das tarefas, na preparação da medicação e na capacidade de comunicação com outros profissionais de saúde acerca do estado clínico dos pacientes, imediatamente após a passagem de turno. No que diz respeito ao conhecimento da situação dos doentes após a passagem de turno, os enfermeiros consideraram ser significativamente mais positiva com o novo método.

O terceiro estudo, intitulado “Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff” (Cairns & Dudjak, 2013) trata-se de um estudo quasi-experimental. Nele foram avaliados os efeitos da implementação da passagem de turno junto ao doente em relação à eficácia e eficiência medidas pela quantidade de horas extra no fim do turno, a perceção dos doentes sobre o seu envolvimento no plano de cuidados e as percepções da equipa de enfermagem acerca dos efeitos nas limitações identificadas no modelo de passagem de turno existente (gravação áudio). O estudo foi realizado num serviço de internamento de trauma, com 23 camas, de um grande Hospital Universitário no sudoeste da Pensilvânia em resposta às preocupações desta equipa acerca da duração, precisão e organização das passagens de turno.

Foi realizado um questionário com 7 questões, de resposta anónima, para determinar a satisfação com o antigo modelo de passagem de turno e para perceber as principais preocupações em relação ao novo modelo, junto ao doente. O inquérito foi respondido via online, pelos enfermeiros do serviço, 3 meses antes e 3 meses depois da implementação da passagem de turno junto ao doente. As respostas eram em escala tipo Likert, com 5 opções de resposta, entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Após conclusão do período de pesquisa e antes da implementação do novo modelo, foram realizadas sessões de formação obrigatórias aos enfermeiros do serviço, com a duração de 1 hora, em que eram destacados pontos-chave da passagem de turno junto ao doente, como os benefícios, as metas, diretrizes e medidas de sucesso. A passagem de

turno junto ao doente envolveu a avaliação visual do estado físico, emocional e psicológico dos pacientes, bem como as questões ambientais e sociais. Neste estudo os resultados também revelaram melhorias significativas após implementação do novo método de passagem de turno, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento, por parte dos enfermeiros, da situação clínica dos doentes após a passagem de turno.

O Quadro 3 mostra uma síntese dos resultados desta pesquisa.

QUADRO 3 – Síntese dos resultados da pesquisa.

Autor	Tipo de Estudo	Amostra	População	Intervenção	Comparação	Resultados
1 ^o Sand-Jecklin, K. Sherman, J.	Quasi-experimental	Randomizada	n=148 (antes da implementação) n=98 (3 meses após implementação) n=54 (13 meses após implementação) Enfermeiros de 7 serviços médico-cirúrgicos de um Hospital Universitário	Passagem de turno junto ao doente 3 momentos de avaliação: - Antes da implementação - 3 meses após implementação - 13 meses após implementação Houve formação aos enfermeiros antes da implementação e após 3 meses da implementação	Avaliação dos benefícios antes e depois da implementação da passagem de turno junto ao doente	O envolvimento do doente no seu tratamento e o conhecimento do enfermeiro da situação clínica dos doentes após a passagem de turno demonstraram ser positivas. Não há referência à relação enfermeiro-doente.
2 ^o Maxson, P. Derby, K. Wroblewski, D. Foss, D.	Quasi-experimental	Randomizada	n=15 Enfermeiros de um serviço de cirurgia responderam ao questionário antes e depois da implementação da passagem de turno junto ao doente	Passagem de turno junto ao doente 2 momentos de avaliação: - Antes da implementação - Depois da implementação	Avaliação dos benefícios antes e depois da implementação da passagem de turno junto ao doente	O conhecimento do enfermeiro da situação clínica dos doentes após a passagem de turno demonstrou ser positivo. Não há referência à relação enfermeiro-doente.
3 ^o Cairns, L. Dudiak, L.	Quasi-experimental	Randomizada	n=29 (3 meses antes da implementação) n=18 (3 meses após implementação) Enfermeiros de serviço de trauma	Passagem de turno junto ao doente 2 momentos de avaliação: - 3 meses antes da implementação - 3 meses após implementação Houve formação aos enfermeiros antes da implementação	Avaliação dos benefícios antes e depois da implementação da passagem de turno junto ao doente	O conhecimento do enfermeiro da situação clínica dos doentes após a passagem de turno demonstrou ser positivo. Não há referência à relação enfermeiro-doente nem ao envolvimento do doente no seu tratamento.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS/CONCLUSÃO

Os três estudos analisados diferem em variados aspetos. Têm em comum a análise da implementação de um modelo de passagem de turno junto ao doente.

No estudo de Sand-Jecklin e Sherman (2014), as respostas ao item: “A passagem de turno promove o envolvimento do paciente nos cuidados” foram significativamente mais positivas nos 3 meses e nos 13 meses após implementação da passagem de turno junto ao doente (2,64 - 3,66 - 3,81). No que diz respeito a este tema, nenhum dos outros estudos em análise revelou resultados estatísticos, apesar de no estudo de Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012), ter havido referência, nos comentários livres dos enfermeiros, ao facto de a passagem de turno junto ao doente permitir que este sinta que tem voz ativa nos seus cuidados e na sua recuperação, o que vai de encontro aos resultados de Sand-Jecklin e Sherman (2014). Estes resultados confirmam-se também no estudo de Laws e Amato (2010), em que os enfermeiros consideram que a passagem de turno junto ao doente é uma oportunidade para estes serem envolvidos no seu plano de cuidados. Bradley e Mott (2013) no seu estudo, também concluíram que os enfermeiros concordam que os doentes são mais envolvidos nos cuidados com o novo modelo de passagem de turno. Antes da sua implementação, as respostas ao item “Eu acredito que o paciente é envolvido no processo de passagem de turno” rondaram entre 2,8 e 3,4 numa escala de Likert com 7 opções de resposta. Após a implementação, as respostas ao mesmo item variaram entre 4,6 e 5,8 na mesma escala, o que mostra um aumento do envolvimento do doente nos seus cuidados.

Em relação ao conhecimento da situação do doente após a passagem de turno, os itens em análise no estudo de Sand-Jecklin e Sherman (2014) eram: “Eu sinto-me adequadamente informado após a passagem de turno” e “Eu sinto-me informado acerca do plano de cuidados do paciente após a passagem de turno”. Em ambos estes itens houve uma ligeira descida ao fim de 3 meses da implementação (3,59-3,46 e 3,54-3,47, respetivamente). Após 13 meses, os enfermeiros consideraram que estavam mais informados acerca da situação do doente, uma vez que as respostas foram ainda mais positivas do que antes da implementação do novo modelo (3,78 e 3,69). Este facto pode demonstrar que são necessários mais do que 3 meses para os enfermeiros se sentirem confortáveis com o novo modelo de passagem de turno. Também no estudo de Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012), a resposta foi significativamente mais positiva no questionário após a implementação ($p=0,008$), no que se refere ao item: “Imediatamente

após a passagem de turno, sou capaz de comunicar com o médico acerca da situação do paciente”. O estudo de Cairns e Dudjak (2013) revelou um aumento de 75,9% para 88,9% nos inquéritos 3 meses antes e 3 meses depois da implementação, em resposta ao item “Os enfermeiros estão disponíveis para questões após a passagem de turno”.

De um modo geral, os três estudos demonstram apenas resultados positivos na implementação da passagem de turno junto ao doente. Apesar disso, todos mostram ter limitações no que diz respeito às amostras, pois foram condicionadas a um determinado tipo de serviço, não podendo por isso representar a opinião dos enfermeiros e dos serviços em geral, uma vez que todos se referem a serviços de internamento.

No estudo de Sand-Jecklin e Sherman (2014) não há garantia de que cada enfermeiro tenha respondido apenas a um inquérito em cada uma das fases, devido ao método de preenchimento via *online*, o que poderá ter deturpado os resultados. Para além disso, faz a análise de um método misto de passagem de turno, sendo assim impossível atribuir os resultados exclusivamente à passagem de turno junto ao doente. Apesar disso, desenrolou-se durante 13 meses, após a implementação, demonstrando que é importante a análise durante um espaço de tempo prolongado.

O estudo de Cairns e Dudjak (2013) apresenta resultados passados 3 meses da implementação que, como foi referido, demonstrou ser um período insuficiente de tempo para a familiarização dos enfermeiros à nova realidade, no estudo de Sand-Jecklin e Sherman (2014). No estudo de Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012) não há referência ao período de tempo que decorreu desde a implementação até à aplicação do inquérito.

Em nenhum dos estudos foi analisada a opinião dos enfermeiros no que diz respeito à relação enfermeiro-doente.

Mais estudos seriam necessários para uma conclusão mais precisa acerca dos resultados pretendidos. Seria também importante perceber quais os benefícios deste modelo de passagem de turno noutro tipo de serviços, assim como num serviço de urgência. Para responder aos objetivos traçados, seria importante questionar os enfermeiros sobre a sua relação com os doentes, antes e depois da implementação deste modelo. Como já foi referido, é importante que haja um longo período de familiarização com o novo método, antes de se proceder à avaliação da sua eficácia, pois a adaptação é relativamente demorada.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Se for corretamente implementada, a passagem de turno junto ao doente pode melhorar o envolvimento dos doentes no seu processo de cuidar e também melhorar o conhecimento dos enfermeiros em relação à situação clínica dos doentes após a passagem de turno, uma vez que há contacto visual durante o processo.

Para isso, é importante que os enfermeiros sejam envolvidos no processo de implementação e que a eficácia do novo método seja periodicamente avaliada pelas chefias, garantindo assim a sua consistência e a satisfação com o novo método.

Segundo Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012), os doentes valorizam o facto de terem participação ativa nos seus cuidados. A passagem de turno junto ao doente permite que os doentes e seus acompanhantes participem do processo, sendo um importante momento de esclarecimento e correção de algumas imprecisões. Este método incentiva a participação dos doentes no seu plano de cuidados, construindo assim os seus pontos fortes e aumentando a sua independência.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C. & Mangino, R. (2006). Nurse Shift Report: Who Says You Can't Talk in Front of the Patient? *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 112-122.
- Bradley, S. & Mott, S. (2013). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1927-1936.
- Cairns, L. & Dudjak, L. (2013). Utilizing Bedside Shift Report to Improve the Effectiveness of Shift Handoff. *The Journal of Nursing Administration*, 43(3), 160-165.
- Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice* 16, 27-34.
- Johnson, M. & Cowin, L. (2013). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21, 121-19.
- Laws, D. & Amato, S. (2010). Incorporating Bedside Reporting into Change-of-Shift Report. *Rehabilitation Nursing*, 35(2), 70-74.
- Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D. & Foss, D. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medsurg Nursing*, 21(3), 140-144.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J. & Gehrke, T. (2011). Patient's Perspectives of Bedside Nursing Handover. *Collegian* 18, 19-26.
- Sand-Jecklin, K. & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 1-9.
- Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Sherman, J., Sand-Jecklin, K. & Johnson, J. (2013). Investigating Bedside Nursing Report: A Synthesis of the Literature. *Medsurg Nursing*, 22(5), 308-312.

REFLEXÃO FINAL SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR

O trajeto realizado durante este Curso de Mestrado foi um espaço de aprendizagem de importância inquestionável, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas no âmbito da pessoa em situação crítica.

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado, tanto a nível profissional como académico.

A realização de um trabalho de investigação, como é uma RSL, foi também de fulcral importância para o desenvolvimento das minhas competências.

A pesquisa sobre um tema relevante como a passagem de turno, foi muito enriquecedor para a minha prática diária, uma vez que o método de passagem de turno junto ao doente não está ainda enraizado no serviço onde exerço funções atualmente.

A passagem de turno, sendo uma atividade de extrema importância para a continuidade de cuidados, deve ser o mais eficaz possível, sendo que este trabalho de investigação concluiu que quando é realizada junto ao doente traz importantes benefícios, como o envolvimento do doente no seu processo de cuidar e ainda a melhoria da relação enfermeiro-doente.

Considero que atingi com sucesso a aquisição das competências a que me propus, embora sinta que posso ir mais longe e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

ANEXOS

ANEXO I Problema levantado na UCIC

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Documento de trabalho

Estudante: Maíra Trindade de Assis Marques

Ensino Clínico III

Local: Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia – CHLP, EPE – Hospital Santo André

Data: 25 de novembro a 14 de fevereiro

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).

Este trabalho surge na sequência do Ensino Clínico III, que está a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) do Hospital de Santo André.

Esta é uma unidade muito específica, em que são internados doentes com patologia cardíaca grave, e que necessitam de vigilância e cuidados permanentes. Devido ao tipo de patologias presentes, há muitas vezes necessidade de administração de terapêutica complexa, sempre que o doente está mais instável do ponto de vista hemodinâmico. É o caso, por exemplo, das catecolaminas, como a Dopamina, Dobutamina e Noradrenalina, que são as mais utilizadas. Conforme descrito por Ostini, Antoniazzi, Filho, Bestetti, Cardoso & Filho (1998), as catecolaminas são drogas vasoativas, pois têm efeitos vasculares periféricos, pulmonares e cardíacos, atuando principalmente na regulação do débito cardíaco. Estas drogas, têm uma ação muito potente, pelo que é importante a existência de monitorização cardio-respiratória durante a sua administração, mas também uma apertada vigilância dos seus efeitos colaterais indesejáveis.

A administração deste tipo de substâncias deve ser feita através de uma veia central, pois o seu extravasamento pode provocar lesões cutâneas importantes, como necrose ou úlceras (Nishi, 2007).

Neste serviço, pelo que pude constatar durante o Ensino Clínico, os doentes internados não têm geralmente cateter venoso central (CVC). Todo o tipo de drogas é administrado através de cateteres venosos periféricos. Mesmo quando há necessidade de administração de catecolaminas, em casos de descompensação hemodinâmica, estes medicamentos são administrados por via periférica.

Segundo as normas de procedimentos de enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde (2011), deve evitar-se a administração de substâncias quimicamente irritantes através de cateteres periféricos.

Apesar da responsabilidade da colocação do CVC não ser do enfermeiro, bem como a prescrição da via de administração da medicação, cabe a este ter alguns cuidados específicos, evitando assim complicações potencialmente perigosas para o doente.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

Sarovath & Kruavit (2006), referem que a lesão por extravasamento se deve à saída da substância a partir do local de inserção do cateter venoso periférico. Esta lesão acidental pode ter complicações desagradáveis, como úlceras, necrose da pele, rigidez das articulações, dano de nervos e tendões, e devido a estes problemas haver prolongamento do tempo de internamento. Há várias substâncias descritas como agentes causadores deste tipo de ferimento, estando entre elas as drogas vasoativas. Os

principais sinais descritos após o extravasamento são dor, eritema, descoloração da derme e necrose do tecido.

Segundo Nishi (2007), referindo Brunton, Lazo & Parker (2006), pode ocorrer necrose no local de inserção do cateter, se ocorrer extravasamento da droga vasoativa, como a noradrenalina ou a dopamina.

Também Firat, Erbatour & Aytakin (2013) referem que o extravasamento de muitas substâncias durante a sua administração em veias periféricas pode produzir necrose grave da pele e do tecido subcutâneo. A gravidade da necrose depende das propriedades da substância extravasada, incluindo o tipo, a concentração e a quantidade injetada.

A maioria dos extravasamentos têm sequelas mínimas, mas estão também descritas lesões graves que necessitam de desbridamento cirúrgico, enxertos de pele ou até mesmo amputação (Rose, Felix, Crawford-Sykes, Venugopal, Wharfe & Arscott, 2008).

Assim, os Focos de Enfermagem que identifiquei para esta questão foram:

- Necrose
- Dor por ferida

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Lesão por extravasamento é definida por Al-Benna, O'Boyle & Holley (2013), como o dano causado pela saída de soluções para o tecido circundante ao local de inserção do cateter, durante a infusão endovenosa.

Conforme referido por Rose, Felix, Crawford-Sykes, Venugopal, Wharfe & Arscott (2008), todos os fluidos endovenosos podem causar lesão tecidular após o extravasamento. No entanto, certas substâncias, como as drogas vasoativas, estão associadas a um maior risco de lesão tecidular.

Os mesmos autores referem que o dano tecidular após o extravasamento de líquidos pode ser ligeiro, envolvendo uma resposta inflamatória local, ou pode ser grande, causando necrose da pele e do tecido mole subjacente. O grau de dano depende da rapidez com que o extravasamento é reconhecido e tratado, a idade e o estado nutricional do doente, bem como a quantidade, o tipo e a toxicidade do agente extravasado. As substâncias vasoativas podem causar lesão tecidular induzindo isquemia através da vasoconstrição grave.

É o enfermeiro que tem de estar atento a possíveis complicações na administração deste tipo de terapêutica, sendo que a prevenção deverá ser o ponto fulcral da sua atuação. Havendo ferida, necrose ou dor, o enfermeiro tem de agir em conformidade, tentando minimizar não só a lesão em si, mas também a dor que esta causa no doente.

Para o Foco “Necrose”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Risco de necrose da pele
- Presença de ferida da pele
- Potencial de risco de adquirir infeção

Para o Foco “Dor por ferida”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Dor atual
- Conforto comprometido

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

Perante os riscos associados à administração de drogas vasoativas por via endovenosa periférica, cabe ao enfermeiro agir de forma preventiva, e também saber atuar em caso de extravasamento deste tipo de substância para os tecidos circundantes ao local de punção.

Infelizmente, os doentes já estão debilitados pela sua patologia primária, pelo que a prevenção é a melhor atitude a tomar, conforme referido por Sarovath & Kruavit (2006).

Conforme descrito por Al-Benna, O'Boyle & Holley (2013), as medidas para prevenir o extravasamento incluem a inserção cuidadosa do cateter periférico, a lavagem da veia com soro fisiológico estéril para assegurar a sua permeabilidade e ainda a colocação de penso adequado que impeça a mobilização do cateter e que não esconda possível edema, rubor ou eritema. A inspeção regular do local da punção e a administração das drogas com bomba ou seringa infusora podem impedir a infiltração inadvertida de uma grande quantidade de líquido, antes da sua deteção. O local de punção deve ser escolhido de forma a reduzir o risco de extravasamento. Deve ser um local onde o cateter possa ser introduzido de forma fácil e ficar bem seguro, sempre à vista para uma inspeção regular. Assim, os locais mais indicados são o antebraço ou o dorso da mão. Havendo alguma dúvida sobre a permeabilidade do acesso venoso periférico, a infusão deve ser imediatamente interrompida e recomenda-se a colocação de novo acesso.

Segundo Rose, Felix, Crawford-Sykes, Venugopal, Wharfe & Arscott (2008) a elevação da extremidade envolvida e a aplicação de compressas frias para minimizar as reações inflamatórias estão recomendadas. Existem algumas drogas que podem auxiliar a absorção dos medicamentos extravasados. Alguns autores defendem antídotos específicos como base para o tratamento destas lesões.

Uma vez que tenha sido detetado o extravasamento, deve ser feita uma abordagem rápida e sistemática para prevenir ou minimizar a extensão da lesão tecidual. A infusão deve ser imediatamente interrompida e qualquer produto que permaneça nas veias deve ser aspirado através do cateter. A maioria dos autores recomenda a aspiração de qualquer coleção de líquido visível no tecido subcutâneo. O acesso endovenoso deve ser recolocado noutra membro.

Algumas pesquisas têm demonstrado que a aplicação de compressas quentes ou frias não têm benefício significativo na redução do tamanho e da duração das lesões mas, apesar disso, estas ações podem melhorar significativamente o conforto do doente.

Relativamente à dor, é importante que seja monitorizada pelo enfermeiro, e também que este colabore com a equipa multidisciplinar no sentido de a aliviar.

De acordo com o *Guide to Extravasation Management In Adult & Pediatric Patients* (2009), em utilização num hospital norte-americano, existem oito passos a seguir pelo enfermeiro, assim que deteta o extravasamento da medicação a infundir:

- 1- Parar a infusão imediatamente. Deixar o cateter conforme se encontra.
- 2- Aspirar lentamente o máximo possível do fármaco. Não aplicar pressão sobre o local.
- 3- Remover o cateter ao mesmo tempo que faz aspiração com seringa. Não utilizar novamente aquele local para punção.
- 4- Informar o médico e aguardar indicações específicas, de acordo com a substância extravasada.
- 5- Elevar o membro afetado para minimizar o edema.
- 6- Iniciar medidas específicas para cada substância extravasada (p.e. antídotos, terapia quente ou fria), conforme prescrição médica.
- 7- Registrar todos os procedimentos. Fazer ensinios ao doente.
- 8- Observar se há dor, endurecimento ou necrose. Continuar a terapia quente/frio, conforme indicado, durante 48-72 horas. Aconselhar o doente a retomar a atividade com o membro afetado, conforme a tolerância. Considerar avaliação cirúrgica se os sintomas persistirem ou agravarem.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM para os diagnósticos anteriormente descritos:

- Puncionar cuidadosamente veia no antebraço ou dorso da mão
- Aplicar penso adequado
- Inspeccionar regularmente o local de inserção do cateter
- Administrar medicação através de bomba/seringa infusora
- Interromper infusão imediatamente
- Aspirar medicação que permaneça na veia

- Elevar o membro afetado
- Monitorizar a dor
- Aplicar compressas frias
- Administrar analgésico, conforme prescrição médica
- Puncionar nova veia noutro membro

5. Bibliografia

Administração Central de Sistemas de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Al-Benna, S., O'Boyle, C. & Holley, J. (2013). *Extravasation Injuries in Adults*. *ISRN Dermatology*, 2013(8), 1-8.

Firat, C., Erbatur, S. & Aytekin, A. (2013). Management of extravasation injuries: a retrospective study. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47 (1), 60-65.

Guide to Extravasation Management In Adult & Pediatric Patients (2009). *The University of Kansas Hospital*. United States of America.

Nishi, F. (2007). *Avaliação do conhecimento dos enfermeiros em relação às catecolaminas de infusão contínua*. Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ostini, F., Antoniazzi, P., Filho, A., Bestetti, R., Cardoso, M. & Filho, A. (1998). O uso de drogas vasoativas em terapia intensiva. *Medicina, Ribeirão Preto*, 31, 400-411.

Rose, R., Felix, R., Crawford-Sykes, A., Venugopal, R., Wharfe, G. & Arscott, G. (2008). Extravasation Injuries. *West Indian Medical Journal*, 57(1), 40-47.

Sarovath, A. & Kruavit, A. (2006). Extravasation Injury: What is the appropriate management of extravasated skin ulcer?. *The THAI Journal of Surgery*, 27(1), 19-25.

ANEXOII Problema levantado no SU

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Documento de trabalho

Estudante: Maíra Trindade de Assis Marques

Ensino Clínico I

Local: Serviço de Urgência – CHLP, EPE – Hospital Santo André **Data:** 27 de maio a 20 de julho

Professor Responsável: Professora Maria dos Anjos Dixe

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).

No âmbito do Curso de Mestrado em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o Ensino Clínico I está a ter lugar no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Leiria-Pombal – Hospital de Santo André.

Desde cedo, no decorrer deste Ensino Clínico, me apercebi de um problema neste serviço, e pelo qual optei por me referir neste trabalho.

O Serviço de Urgência recebe, diariamente, várias vítimas de trauma. Quedas e acidentes de viação são talvez as mais comuns, pelo menos as que tive oportunidade de assistir mais vezes. São vítimas que normalmente chegam ao serviço em plano duro, imobilizadas com colar cervical, apoios laterais de cabeça e aranha, para imobilização do tronco e membros.

Como referem Theodore, Hadley, Aarabi, Dhall, Gelb, Hurlbert, Rozzelle, Ryken & Walters (2013), a combinação de um colar cervical rígido, estabilizadores laterais de cabeça, plano duro e aranha são necessários e recomendados para uma correta imobilização da coluna cervical.

As referidas imobilizações são indispensáveis em vítimas de trauma, uma vez que devemos suspeitar sempre da existência de traumatismo vertebro-medular. O colar cervical evita a mobilização da região cervical, sendo essa a zona onde a ocorrência de lesões pode ter consequências mais graves para a vítima.

Segundo Morris & McCoy (2004), as lesões da coluna cervical ocorrem em 5% a 10% das vítimas politraumatizadas. Uma falha ou atraso no diagnóstico destas lesões pode estar associado a sequelas neurológicas permanentes.

Este dispositivo de imobilização, só pode ser retirado após o doente ter sido observado pelo médico, e geralmente após realizar exame de Raios-X e eventual Tomografia Computorizada.

O que acontece neste serviço é que existem poucos colares cervicais de trauma. Os doentes quando chegam acompanhados pelas equipas do pré-hospitalar, têm de trocar o colar por um que pertença ao hospital. Sempre que há várias vítimas, algumas delas têm de permanecer com um colar cervical de conforto (não adequados a situações de trauma).

Conforme refere a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2010):

- O enfermeiro presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- O enfermeiro faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Como aluna deste curso de Mestrado, reconheço que este problema pode ser grave e prejudicar os doentes, tratando-se de algo com resolução relativamente simples. No meu ponto de vista, o ideal seria a existência de acordo entre as equipas do pré-hospitalar e do hospital, para que as vítimas pudessem permanecer com o material que já trazem, evitando assim mobilizações desnecessárias. Mas compreendo que é uma solução de difícil gestão, pois envolveria várias entidades. Assim sendo, a aquisição de mais colares cervicais de trauma talvez viesse responder a este problema.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

Segundo Gomes, Moreira, Chaló, Dias, Nentel, Aragão & Costa-Pereira (2011), a principal causa de morte e incapacidade nos jovens em todo o mundo é o trauma. Em Portugal, os acidentes de viação são a principal causa de trauma, seguidos dos acidentes de trabalho, a violência interpessoal e as tentativas de homicídio. É por isso evidente a necessidade de preparação dos profissionais de saúde para este tipo de vítimas tão específico.

Segundo Theodore et al. (2013), é logo no local do acidente que se começa a tratar a vítima com potencial lesão da coluna cervical. Nesse momento, a principal preocupação é que a função neurológica pode ser prejudicada como resultado de movimentos patológicos das vértebras lesadas. Calcula-se que 3% a 25% das lesões da espinal medula ocorrem após o trauma inicial, durante o transporte ou no início da avaliação do doente.

As vítimas de trauma têm como principal consequência a dor (Ribeiro, Barreto, Hora & Sousa, 2011). O bem-estar físico é um dos problemas que está comprometido nas vítimas de trauma e que merece especial atenção por parte do enfermeiro.

Esta dor aqui referida, existente em qualquer vítima de trauma, tem origem numa ou várias lesões, por vezes de difícil deteção. A lesão que tem interesse no estudo do problema que apresento é a lesão da coluna cervical. Conforme referem Saman, Laurer, Maier, Wyen, Mack & Marzi (2007), as lesões da coluna cervical só podem ser abordadas com ações preventivas, para não causar mais danos, ou seja, é essencial garantir sempre a colocação do colar cervical adequado.

Assim sendo, os Focos de Enfermagem que identifiquei para este problema foram os seguintes:

- Lesão
- Bem-estar físico

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Para o Foco “Lesão”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Potencial lesão grave do pescoço
- Risco de choque neurogenico

A abordagem inicial de uma vítima de trauma implica sempre a estabilização da coluna cervical. A colocação do colar cervical é essencial, bem como outros dispositivos de imobilização. A cabeça e pescoço não devem sofrer hiperextensão ou flexão, nem ser lateralizados. Um dispositivo que não foi destinado para situações de trauma, não cumprirá essa função corretamente. No caso do colar cervical ter de ser retirado temporariamente, um membro da equipa tem de fazer a estabilização manual da cabeça e pescoço da vítima, utilizando técnicas de imobilização adequadas (American College of Surgeons, 2012).

A situação de choque é uma emergência médica que pode colocar a vida em risco. Tuli, Tuli, Coleman, Geisler & Krassioukov (2007), referem que a lesão da espinal medula em adultos, especialmente na região cervical, resulta numa severa hipotensão e bradicardia, que são os componentes comuns de um fenómeno conhecido como choque neurogenico. Este caracteriza-se pelas alterações de pressão sanguínea que ocorrem após a lesão da espinal medula e resulta numa redução da sensibilidade, dos movimentos e

dos reflexos abaixo do nível da lesão.

Tendo em conta o Foco “Bem-estar físico”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Diminuição do bem-estar físico
- Conforto comprometido
- Dor músculo-esquelética na região do pescoço

Como referido anteriormente, as vítimas de trauma sofrem sempre de dor aguda. O facto de terem uma imobilização correta da região cervical ajuda a diminuir a dor que possam sentir nessa zona. O colar de conforto que é por vezes colocado neste serviço não imobiliza adequadamente a região cervical, podendo assim agravar a dor. Há por isso uma diminuição do bem-estar físico dos doentes vítimas de trauma, e o seu conforto encontra-se comprometido.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

FOCO: LESÃO

- **Potencial lesão grave do pescoço**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Imobilizar corretamente o pescoço
- ⇒ Diminuir o tempo de alteração do dispositivo de imobilização
- ⇒ Vigiar a correta posição do dispositivo de imobilização

- **Risco de choque neurogenico**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Vigilância contínua
- ⇒ Vigiar estado de consciência
- ⇒ Colaborar na terapia com fluidos ou eletrólitos

Em relação às possíveis lesões, a abordagem inicial das vítimas de trauma pressupõe sempre a estabilização da coluna cervical. Logo na abordagem da via aérea, tem de se conseguir evitar os movimentos excessivos da coluna cervical. O exame neurológico por si só não exclui uma possível lesão da coluna cervical. Por isso, a coluna tem de ser protegida com dispositivos próprios e a sua estabilização tem de ser mantida, por vezes várias horas (American College of Surgeons, 2012).

O colar cervical, é um dos dispositivos indicados para este efeito. Existem vários modelos de colares cervicais, e o que acontece no serviço de urgência do Hospital de Santo André, é que há poucos colares de trauma, como já foi referido. Assim, o facto de os doentes terem de permanecer algum tempo com um colar de conforto pode comprometer a correta imobilização do pescoço.

O problema de ter de se trocar de colar, por um da instituição, é mais um fator de risco. Como já foi também referido, quando o colar tem de ser retirado temporariamente, é indispensável que um elemento da equipa faça estabilização manual do pescoço, garantindo assim que não há oscilações da coluna cervical (American College of Surgeons, 2012). Havendo necessidade de trocar de colar, estamos a aumentar o risco de lesão. Este facto aliado a um dispositivo não concebido para o efeito, vai certamente agravar ainda mais esta situação.

Para além disto, é importante que o enfermeiro tenha o cuidado de verificar regularmente se a imobilização está bem feita, garantindo a correta posição do colar cervical.

Perante uma vítima de trauma, com possível traumatismo da coluna cervical, é preciso estar atento à possibilidade de ocorrência de choque neurogenico. Uma situação que pode ser agravada se não há uma correta estabilização da coluna cervical (Soares, Gavina & Moreira, 2002). A vigilância contínua do doente e do seu estado de consciência são intervenções essenciais para que o enfermeiro possa intervir

antecipadamente na instabilidade e risco de falência orgânica.

É essencial a colaboração na terapia com fluidos ou eletrólitos, com o objetivo de evitar a degradação do estado geral do doente, e principalmente da situação de choque, que comprometerá a sua vida.

FOCO: BEM-ESTAR FÍSICO

- Diminuição do bem-estar físico

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Aumentar o nível de bem-estar físico do doente imobilizado
- ⇒ Informar o doente acerca do tempo que terá de permanecer imobilizado

- Conforto comprometido

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Confortar o doente imobilizado
- ⇒ Estabelecer confiança com o doente imobilizado

- Dor músculo-esquelética na região do pescoço

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Monitorizar a dor
- ⇒ Colaborar na terapia com fluidos ou eletrólitos

Como referido pelo American College of Surgeons (2012), a imobilização completa da coluna não é confortável para os doentes.

Ribeiro, Barreto, Hora & Sousa, (2011) indicam intervenções não-farmacológicas, para prevenir a ocorrência de dor e mau-estar.

Medidas de conforto e higiene, massagens, apoio e tranquilização, posicionamento adequado e controle de fatores ambientais podem também ajudar no aumento do bem-estar físico dos doentes.

Aqui entra também a importância de comunicar com o doente, mantê-lo informado do que se está a passar à sua volta, permitindo assim diminuir a sua ansiedade, com o objetivo de melhorar o seu conforto.

Segundo Phipps, Sands & Marek (2003), não é fácil manter uma comunicação efetiva num serviço de urgência, devido às situações emergentes em si, mas também ao elevado número de pessoas envolvidas nas diversas situações. É através do estabelecimento de uma relação empática que conseguiremos comunicar eficazmente com a vítima, conseguindo assim informá-la acerca do tempo que terá de permanecer imobilizada, tranquilizá-la em relação ao seu estado de saúde e ainda confortá-la, para que se sinta um pouco melhor.

Há também algumas técnicas que podem ser utilizadas com o objetivo de minimizar o desconforto causado pelo colar cervical. Segundo Veiga, Rojas, Morais, Santos, Cruz, Marchesini & Junqueira (2009, p.5), podemos “colocar protetores (compressas) nos pontos de apoio do colar – mandíbula, esterno e região occipital”. Esta será uma boa opção nos casos em que as vítimas têm de permanecer durante várias horas com o dispositivo de imobilização.

Relativamente à dor, é importante que seja monitorizada pelo enfermeiro, e também que este colabore com a equipa multidisciplinar no sentido de a aliviar.

Conforme referido por Ribeiro, Barreto, Hora & Sousa, (2011, p. 151), “A terapia medicamentosa, usada de forma isolada ou em combinação com outras medidas terapêuticas, é fundamental para o controle da dor”.

5. Bibliografia

American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support – ATLS. Student Course Manual* (9th ed.). Chicago.

Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I. & Costa-Pereira, A. (2011). O Doente Politraumatizado Grave - Implicações da Ruralidade na Mortalidade, Incapacidade e Qualidade de Vida. *Ata Médica Portuguesa*, 24 (1), 81-90.

- Morris, C. & McCoy, E. (2004). Clearing the cervical spine in unconscious polytrauma victims, balancing risks and effective screening. *Anaesthesia*, 59 (5), 464-482.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures, Lusociência.
- Ribeiro, N., Barreto, S., Hora, E. & Sousa, R. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Revista Escola de Enfermagem*, 45(1), 146-152.
- Saman, A., Laurer, H., Maier, B., Wyen, H., Mack, M. & Marzi, I. (2007). Diagnosis, Timing and Treatment of Cervical Spine Injuries in Polytraumatized Patients. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 5 (9), 501-511.
- Soares, S., Gavina, C. & Moreira, A. (2002). *Fisiologia do Choque. Aula Teórico-prática*. Faculdade de Medicina do Porto.
- Theodore, N., Hadley, M., Aarabi, B., Dhall, S., Gelb, D., Hurlbert, R., Rozelle, C., Ryken, T. & Walters, B. (2013). Prehospital Cervical Spinal Immobilization After Trauma. *Neurosurgery*, 72 (3), 22-34.
- Tuli, S., Tuli, J., Coleman, W., Geisler, F. & Krassioukov, A. (2007). Hemodynamic parameters and timing of surgical decompression in acute cervical spinal cord injury. *Journal Of Spinal Cord Medicine*, 30 (5), 482-490.
- Veiga, V., Rojas, S., Morais, E., Santos, E., Cruz, O., Marchesini, A. & Junqueira, L. (2009). *Protocolo de Cuidados Intensivos no Trauma Raquimedular*. Instituto Neurológico, Cardiológico e de Terapia Intensiva. São Paulo.

ANEXO III Protocolo de Yale

PROTOCOLO DE YALE

Este protocolo de infusão de insulina por via venosa é destinado a pacientes adultos críticos com hiperglicemia, em UTI, mas não é especificamente talhado para pacientes com emergências diabéticas tais como ceto-acidose diabética e estados hiperosmolares. Quando a glicemia estiver acima de 500 mg/dL ou com respostas inesperadas à infusão de insulina ou em situações que não se enquadrem nestas recomendações, comunicar o médico intensivista.

Iniciando uma infusão de insulina:

1. Infusão de Insulina: 50 UI de insulina regular mais 50 mL de solução fisiológica a 0,9% (1 UI = 1 mL), administrar em bomba de seringa em incrementos de 0,5 U/h.
2. *PRIMING*: descartar os primeiros 5 mL sempre que trocar o equipo perfusor (para saturar os locais de ligação de insulina no equipo).
3. Faixa Alvo de Glicemia: 80-140 mg/dL.
4. *Bolus* e Taxa de Infusão Inicial de Insulina: dividir a glicemia inicial por 100 e arredondar para o 0,5 U mais próximo para o *bolus* e taxa de infusão inicial. Exemplos:
 - 1) HGT inicial = 325 mg/dL: $325 \div 100 = 3,25$ arredondando para mais = 3,5: *bolus* venoso de 3,5 U (3,5 mL) e inicia a infusão a 3,5 U/h (3,5 mL/h)
 - 2) HGT inicial = 174 mg/dL: $174 \div 100 = 1,74$ arredondando para menos 1,5: *bolus* venoso de 1,5 U (1,5 mL) e inicia infusão a 1,5 U/h (1,5 mL/h)

Monitorização da Glicemia (HGT)

1. Medir a HGT de 1/1 hora até estabilizada (3 valores consecutivos dentro da faixa alvo). Em pacientes hipotensos a glicemia capilar pode ser inacurada e é aceitável amostra obtida de cateteres vasculares.
2. Então medir HGT de 2/2 horas; se estável por 12-24 horas HGT pode ser espaçado para 4/4 horas SE:
 - a) Sem alteração significativa na condição clínica; e b). sem alteração significativa no aporte nutricional
- 3) Se ocorrer um dos seguintes, considerar o reinício horário do HGT até estar estabilizado novamente (2 a 3 valores dentro da faixa):
 - a) Qualquer alteração na taxa de infusão da insulina (HGT fora da faixa alvo);
 - b) Alterações significativas na condição clínica;
 - c) Início ou interrupção de vasopressores ou corticosteróides;
 - d) Início ou interrupção de terapia dialítica renal (hemodiálise, etc.);
 - e) Início, interrupção ou modificação de terapia nutricional (NPT ou NE);

Alterando a Taxa de Infusão de Insulina:

Se HGT < 50 mg/dL: PARAR A INFUSÃO DE INSULINA

1. Administrar 25 g de glicose por via venosa (50 mL glicose a 50%) e medir HGT cada 15 minutos
2. Quando HGT \geq 100 mg/dL, aguardar 1 hora e reiniciar a infusão da insulina a 50% da taxa de infusão original

Se HGT 50-74 mg/dL: PARAR A INFUSÃO DE INSULINA

1. Se sintomático (ou impossível de avaliar) administrar 25 g de glicose por via venosa e medir HGT cada 15 minutos
2. Se assintomático administrar 12,5 g de glicose por via venosa ou 250 mL de sucos por via oral e medir HGT cada 15-30 minutos

3

HGT 75-99 mg/dL	HGT 100-139 mg/dL	HGT 140-199 mg/dL	HGT \geq 200 mg/dL
-----------------	-------------------	-------------------	----------------------

SE HGT > 75 mg/dL:

PASSO 1: Determinar o **VALOR ATUAL DO HGT** – identificar uma coluna na tabela:

PASSO 2: Determinar a **TAXA DE VARIAÇÃO** à partir do HGT prévio – identificar uma **CELULA** na tabela – Ir para a coluna das **INSTRUÇÕES**

(Nota: se o último HGT foi medido 2-4 horas antes do atual, calcular a taxa horária de variação. Exemplo: Se HGT as 14 h foi 150 mg/dL e as 16 h é agora 120 mg/dL, a variação total nas 2 horas é - 30 mg/dL; porém a variação horária é $-30 \div 2$ horas = -15 mg/dL/h)

HGT 75-99 mg/dL	HGT 100-139 mg/dL	HGT 140-199 mg/dL	HGT \geq 200 mg/dL	INSTRUÇÕES*
		HGT \uparrow > 50 mg/dL/h	HGT \uparrow	\uparrow INFUSÃO POR "2▲"
	HGT \uparrow > 25 mg/dL/h	HGT \uparrow 1-50 mg/dL/h ou INALTERADO	INALTERADO ou HGT \downarrow 1-25 mg/dL/h	\uparrow INFUSÃO POR "▲"
HGT \uparrow	HGT \uparrow 1-25 mg/dL/h HGT INALTERADO ou HGT \downarrow 1-25 mg/dL/h	HGT \downarrow 1-50 mg/dL/h	HGT \downarrow 26-75 mg/dL/h	NÃO ALTERA INFUSÃO
INALTERADO ou HGT \downarrow 1-25 mg/dL/h	HGT \downarrow 26-50 mg/dL/h	HGT \downarrow 51-75 mg/dL/h	HGT \downarrow 76-100 mg/dL/h	\downarrow INFUSÃO POR "▲"
HGT \downarrow > 25 mg/dL/h Ver abaixo#	HGT \downarrow > 50 mg/dL/h	HGT \downarrow > 75 mg/dL/h	HGT \downarrow >100 mg/dL/h	INTERROMPE 30 min' depois \downarrow INFUSÃO POR "2▲"

interrompe infusão insulina, mede HGT 30/30 min: quando HGT \geq 100 mg/dl, reinicia infusão com 75% da taxa anterior.

*ALTERAÇÕES NA TAXA DE INFUSÃO ("▲") são determinadas pela taxa atual:

Taxa atual (U/h)	▲ = alteração na taxa (U/h)	2▲ = 2x alteração na taxa (U/h)
<3	0,5	1
3,0-6,0	1	2
6,5-9,5	1,5	3
10-14,5	2	4
15-19,5	3	6
20-24,5	4	8
\geq 25	\geq 5	10 (consultar MD)

ANEXO IV Problema levantado no SMI

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Documento de trabalho

Estudante: Maíra Trindade de Assis Marques

Ensino Clínico II

Local: Serviço de Medicina Intensiva – CHLP, EPE – Hospital Santo André

Data: 18 de setembro a 22 de novembro

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).

Este trabalho surge na sequência do Ensino Clínico II, que está a decorrer no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital de Santo André.

Optei por me referir à notificação de morte, que neste serviço é feita pelo enfermeiro. Quando há um óbito no SMI, o enfermeiro que nesse turno está responsável pelo doente, fica encarregue de notificar a família/pessoa de referência, e geralmente fá-lo por telefone, apesar de, segundo o Serviço de Gestão de Doentes (2006, p. 6) da instituição, “Essa comunicação deverá ser feita, sempre que possível, pessoalmente, e nos termos que o respeito pelos sentimentos humanos reclamam (...)”.

Esta é uma tarefa que traz angústia e ansiedade a quem tem de a fazer. Segundo Taylor (2007), a maioria dos profissionais de saúde considera que notificar alguém da morte de um ente querido (principalmente quando se trata de uma morte inesperada), é uma das situações mais stressantes que têm de enfrentar.

Para informar uma pessoa de que o seu ente querido faleceu, há que ter em consideração vários fatores. Como refere Pereira (2009), cada pessoa tem as suas características, por isso não há uma norma para comunicar más notícias. O profissional tem de saber adequar a sua comunicação a cada situação.

Segundo Taylor (2007), não está ainda claro se a família deve ser informada por telefone da morte do seu ente querido. Refere ser evidente que esta não é a melhor forma de dar estas notícias, principalmente devido à falta de suporte imediato disponível para o parente. No entanto, por vezes, não pode ser evitado. O prévio conhecimento do paciente e da família deve permitir uma decisão mais informada sobre como dar a notícia.

Júnior, Rolim & Morrone (2005), realizaram um estudo, em que foram entrevistadas 121 famílias em luto, acerca da forma como foram informados do falecimento do seu ente querido, entre outras questões. A maioria (74,7%) foi informada via telefone, e esta foi, de uma forma geral, considerada adequada (apenas 7 famílias consideraram que essa forma é totalmente desadequada e sentiram-se incomodadas). Houve 5 famílias que descobriram o óbito por acaso, quando foram visitar o seu familiar, e todas ficaram pouco satisfeitas com a situação. Os que foram avisados pessoalmente (20,6%) consideraram essa a forma certa de o fazer.

Segundo o Guia de Boas Práticas, do *Department of Health* (2005), citado por Taylor (2007), o método mais usual, se o parente mais próximo não está presente na altura da morte, é por telefone.

“Esta forma de comunicação parece ser um método adequado. Se a família não está presente, não pode chegar ao hospital e descobrir por acaso que seu parente faleceu (...)” (Júnior, Rolim & Morrone, 2005, p. 14). Os mesmos autores concluíram no seu estudo que as famílias acham importante que se conte a verdade e utilizando uma linguagem simples.

Em relação aos profissionais de saúde, este estudo revelou que a maioria considera ter dificuldades em falar com os familiares sobre o assunto.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

Para os enfermeiros, a comunicação de um óbito é um momento muito difícil e angustiante, que cria mal estar em toda a equipa, mas principalmente ao elemento designado para o fazer (Pereira, 2009).

Segundo Buckman & Baile (2007) os principais sentimentos dos profissionais de saúde quando se deparam com este tipo de situação são: “Não sei o que dizer”, “Não sei como expressar isto por palavras” ou “Sim, eu quero fazer isto, mas como?”. Para estes autores, estes sentimentos podem ser um grande obstáculo à comunicação, e explicam porque é que muitos profissionais se sentem incapazes de fazer tal tarefa.

Para Buckman (2002), um bom profissional de saúde tem de possuir habilidades de comunicação efetiva. A verdade é que a boa comunicação é por vezes bastante difícil, e a formação nesta área está ainda em desenvolvimento. Tem sido tradicionalmente difícil de aceitar que algo (supostamente) intuitivo como a comunicação pode ou deve ser aprendida.

O facto da comunicação ser feita por via telefónica poderá dificultar ainda mais a tarefa. A notícia tem de ser transmitida da forma mais clara possível (Taylor, 2007). A mesma autora refere que os enfermeiros devem intencionalmente retardar seu discurso, permitindo que o destinatário registre a importância da conversa e ouça claramente o que está a ser dito, tendo em conta que o telefone remove totalmente a oportunidade da comunicação não-verbal.

Assim, os Focos de Enfermagem que identifiquei para esta questão foram:

- Emoção negativa
- Capacidade para comunicar

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Segundo Taylor (2007), as preocupações dos profissionais de saúde no que se refere à comunicação de óbito através do telefone incluem: não falar com a pessoa certa, o medo de que o destinatário da má notícia possa passar mal; ser perguntado abertamente se o paciente morreu e, se isso ocorrer, estar inseguro sobre como responder.

É essencial que o profissional reflita acerca dos seus próprios sentimentos. Quando o profissional se conhece, e às suas atitudes, é então possível evitar as armadilhas da comunicação e apoiar o paciente/família (Baile, Buckman, Schapira & Parker, 2006).

Para o Foco “Emoção Negativa”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Risco de sentir angústia
- Presença de ansiedade
- Presença de medo

A forma como a notícia da morte de um ente querido é dada, irá ser para sempre recordada, quer seja feita de forma correta ou não. Isto traz uma grande responsabilidade a quem tem de o fazer, e poderá influenciar todo o processo de luto (Taylor, 2007).

Segundo Reid, McDowell & Hoskins (2011), há um número limitado de enfermeiros que sentem que a sua prática é influenciada por evidências científicas atuais, quando comunicam a morte de um paciente à família. Além disso, muitos enfermeiros referem não ter tido formação apropriada para lidar com estas situações. Isto pode afetar a confiança do enfermeiro e pode ser um fator para que a comunicação da morte seja vista como a parte mais difícil na interação com as famílias.

Para o Foco “Capacidade para comunicar”, elaborei os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Capacidade para comunicar diminuída
- Capacidade para falar sobre o processo de morrer comprometida

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

FOCO: EMOÇÃO NEGATIVA

• **Risco de sentir angústia**

• **Presença de ansiedade**

• **Presença de medo**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Desenvolver capacidades de comunicação
- ⇒ Preparar previamente a comunicação a fazer
- ⇒ Desenvolver conhecimentos acerca dos próprios sentimentos
- ⇒ Desenvolver capacidades de apoio à família
- ⇒ Confortar a família

Conforme referido por Reid, McDowell & Hoskins (2011), os enfermeiros detêm vários papéis importantes no que se refere à comunicação com os familiares em luto. Para que estes papéis sejam efetivamente cumpridos, é necessário haver mais educação nesta área. Só assim conseguirão adquirir as competências e a confiança necessárias para comunicar notícias de morte, sem experienciarem ansiedade ou angústia.

Porque as conversas acerca de más notícias podem ser carregadas de emoções, não só para a família, mas também para o profissional de saúde, uma abordagem consciente na preparação para o encontro pode ser bastante útil para evitar contratemplos que possam ocorrer, principalmente no que diz respeito ao profissional sentir simpatia, ansiedade, culpa ou angústia, que podem levá-lo a não comunicar corretamente a notícia e falhar no apoio à família em luto (Baile, Buckman, Schapira & Parker, 2006).

Segundo Buckman (2002), as expectativas do público em geral e dos pacientes são altas. Com base no que veem através dos *media*, a maioria das pessoas tem grandes expectativas na proeza e comunicação dos profissionais de saúde. Nunca iremos atender às expectativas de todos, mas a habilidade e esforço que colocarmos na nossa comunicação clínica fará uma impressão indelével nos pacientes e familiares. Se o fizermos mal, podem nunca nos perdoar, se o fizermos bem, podem nunca nos esquecer.

FOCO: CAPACIDADE PARA COMUNICAR

• **Capacidade para comunicar diminuída**

• **Capacidade para falar sobre o processo de morrer comprometida**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ⇒ Apoiar o processo de luto familiar
- ⇒ Identificar obstáculos à comunicação
- ⇒ Desenvolver conhecimentos sobre comunicação
- ⇒ Aumentar capacidade de comunicar por telefone
- ⇒ Aumentar capacidade para falar sobre o processo de morrer

O princípio central e mais importante ao comunicar más notícias é o facto de que esse conjunto de habilidades de comunicação pode ser ensinada e aprendida. Além disso, não são habilidades inatas que o profissional possui (Baile, Buckman, Schapira & Parker, 2006).

Taylor (2007), referindo Buckman (1992), sugere que existem duas vertentes para uma comunicação eficaz de más notícias. A primeira concentra-se em transmitir a informação e a segunda em como trabalhar com as emoções subsequentes. Este autor elaborou um protocolo de seis passos, e considera que é uma parte necessária ao

comunicar as más notícias, embora o segundo e terceiro pontos não sejam usados quando se informa de uma morte (Anexo I).

Para Baile, Buckman, Schapira & Parker (2006), porque estas conversas são carregadas de emoções, não só para a família como para o profissional de saúde, é essencial que haja uma preparação prévia para uma abordagem consciente dos familiares.

Em relação à comunicação por telefone, Taylor (2007), explica que se deve preparar para um telefonema longo e emotivo. Este deve ser feito em privado, sem possibilidade de interrupções. No início da chamada é importante identificar-se, dizer de onde está a ligar, clarificar com quem se está a falar, perceber se já se conheceram previamente, e se sim, quando. Ao ligar para um telemóvel, perceber se é a altura correta para dar a notícia (por exemplo, saber se está a conduzir, ou numa reunião). Sugerir então que a pessoa vá para um local privado e seguro, e combinar uma hora para repetir chamada. Clarificar se a pessoa está sozinha ou se tem por perto alguém que a possa apoiar (será importante para o caso da chamada terminar repentinamente e saber se deve chamar ajuda).

Deve começar-se por reconhecer a dificuldade de ter a conversa pelo telefone, pois isso irá reduzir o seu impacto negativo e servir como um aviso. Pode ser útil reconhecer o último contato feito com o paciente antes de afirmar formalmente que se está prestes a dar uma má notícia, por exemplo, "Eu sei que falou com sua esposa há algumas horas, mas sinto muito em informá-lo que tenho más notícias sobre ela ". Buckman (1992), citado por Taylor (2007) recomenda que a uma pergunta direta como "o paciente morreu?" deve ser respondida honestamente, qualquer que seja a altura em que for feita durante o processo de dar a má notícia. Esta questão pode ser amenizada, perguntando "quer mesmo falar sobre isto pelo telefone?", sempre que se considere preferível falar pessoalmente.

É importante que a palavra "morte" seja usada mesmo se o destinatário usar outros eufemismos como "faleceu", para evitar mal-entendidos (Wright, 1996, citado por Taylor, 2007).

Segundo Buckman (1992), referenciado por Taylor (2007), não se deve mentir em relação ao estado de saúde ou se o familiar está vivo ou morto no momento do telefonema, pois a descoberta dessa mentira poderá trazer consequências mais tarde.

5. Bibliografia

Baile, W., Buckman, R., Schapira, L. & Parker, P. (2006). Breaking Bad News: More Than Just Guidelines. *Journal of clinical oncology* □ *official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24 (19), 3217.

Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325 (7366), 672.

Buckman, R., & Baile, W. (2007). Truth telling: yes, but how?. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25 (21), 3181.

Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman. In: Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Acedido em 20 de outubro de 2013 em: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo3_Comunicarnoticias.pdf

Junior, A., Rolim, L. & Morrone, L. (2005). O Preparo do Médico e a Comunicação com Familiares Sobre a Morte. *Revista Associação Médica Brasileira*, 51 (1), 11-16.

Pereira, V. (2009). Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro Face à Comunicação de Falecimento à Família. *Enformação*, 12: 14-17.

Reid, M., McDowell, J. & Hoskins, R. (2011). Communicating News of a Patient's Death to Relatives. *British Journal of Nursing*, 20 (12), 737-742.

Serviço de Gestão de Doentes (2006). Regulamento de Óbitos e Funerais. Centro Hospitalar Leiria-Pombal. 1-16.

Taylor, E. (2007). How Best To Communicate Bad News Over The Telephone. *End Of Life Care*, 1 (1), 30-37.

ANEXO I – Protocolo de Seis Etapas de Buckman

Primeira etapa. Preparar o contexto físico mais adequado.

Nesta etapa incluem-se todos os aspetos relacionados com o momento mais adequado, lugar, profissional, paciente, família, etc., assim como uma pequena avaliação do estado emocional do paciente/família para averiguar se é o momento mais adequado para dar a má notícia; por exemplo, *Como está hoje?*, *Que tal, como se sente?*, *Podemos falar um pouco?*, (dependendo da situação, escolhe-se uma destas perguntas ou outra semelhante).

Segunda etapa. Averiguar o que sabe o paciente/família

Esta fase é muito importante, já que o paciente/família muitas vezes tem ideias ou pelo menos suspeitas que podem poupar muito caminho ao profissional (imaginem-se um paciente fumador que esteve internado porque lhe detetaram “algo” num pulmão e lhe fizeram mil testes no hospital, incluindo uma broncoscopia). A importância da informação e o impacto que pode ter dependerão em grande medida da correta execução desta fase.

Realiza-se mediante perguntas indiretas abertas e escuta ativa com técnicas de apoio narrativo, concentrando a atenção não só na descrição do doente, mas também na sua narração não verbal. Interessa particularmente saber quão grave o doente acredita ser o seu processo e como poderá afetar o seu futuro. Estes aspectos interessam muito mais do que o facto de saber o nome da sua doença e a sua fisiopatologia. Não convém “entrar” por aspetos sem importância para a evolução do paciente ou família ou que não sejam importantes para a compreensão do processo.

Podem utilizar-se perguntas como:

- *O que acha deste seu problema, a sua dor no peito, a sua tosse,...?*
- *O que lhe disseram sobre a sua doença?*

(Esta pergunta é muito positiva para evitar mal entendidos, ou mensagens contraditórias ou com matizes diferentes, problema relativamente frequente em doentes que são atendidos por diferentes profissionais em âmbitos distintos: doentes oncológicos, p. ex.).

Além disso, convém fazer estas perguntas de forma escalonada, deixando por exemplo a última para o final desta fase, depois de já termos captado parte das crenças do paciente. Com este tipo de perguntas podemos obter informação do paciente sobre diferentes aspetos:

- Como se aproxima a sua perceção da real natureza do seu problema.
- Características do paciente: nível de instrução, capacidade de expressão, preparação, etc.
- Estado emocional em relação ao seu processo. Convém estar atento ao que o paciente diz, ao que não diz ou evita dizer, assim como a todos os sinais não verbais que possamos captar. É importante prevenir para a falta de concordância entre comunicação verbal e não verbal.

Por outro lado, fazer este tipo de perguntas a uma pessoa que não suspeite de nada pode ajudá-la a adaptar-se à nova situação.

Depois de termos explorado o que já sabe, sabemos do que suspeita. Se não foi possível sabê-lo com alguma das perguntas anteriores, pode-se acrescentar uma das seguintes:

- *E porque acha que lhe fizeram todos estes exames?*
- *O que é que o preocupa exatamente?*
- *Está preocupado com...?*
- *Há alguma coisa que esteja a preocupá-lo?*

Numa segunda fase, podemos introduzir perguntas sobre o futuro, sobretudo com o tipo de pacientes que suspeitamos não saberem nada sobre a natureza do seu problema. Por exemplo: *“Que planos tem para o seu futuro?”*. Esta fase pretende minimizar a incomodidade na medida do possível e transmitir ao paciente o nosso interesse pelo que pensa e sente e que estamos dispostos a ouvi-lo.

Há que ter em conta que o profissional não é o único meio de informação. O paciente recebe informação através de outros doentes, de meios diagnósticos ou terapêuticos, de outros profissionais ou dos meios de comunicação.

Outra vantagem da correta execução desta fase é evitar as mensagens mais ou menos contraditórias que são produzidas com frequência por profissionais distintos, quer por critérios diferentes, por medo de dizer a verdade, por insegurança ou por desconhecimento.

Terceira etapa. Descobrir (perceber) o que o doente quer saber

Esta fase é fundamental na hora de partilhar informação posterior com os pacientes/família. Às vezes é difícil perceber se o doente quer saber e se a informação que se dá é muita ou é escassa. Ou seja, é difícil saber que quantidade de informação poderá assimilar em cada entrevista.

Aconselhamos a que se pergunte diretamente que nível de informação poderá assimilar. Por exemplo: *“Se isto se tornar, eventualmente, um caso grave, o senhor é do tipo de pessoas que quereriam sabê-lo?”*, *“Gostaria que lhe explicasse todos os detalhes do diagnóstico?”*, *“Pertence ao tipo de pessoas que gostariam de saber todos os detalhes do diagnóstico ou preferiria conhecer apenas o tratamento que vem a seguir?”*, *“Se o problema for grave, quanto gostaria de saber sobre o assunto?”*, ou, *“Gostaria que eu lhe explicasse todos os detalhes do seu problema ou há outra pessoa que gostaria que lhe contasse?”*.

Algumas destas perguntas dão ao paciente possibilidade de escolha. Quer dizer, perguntas do género *“É o tipo de pessoa ...?”*. Reconhece que há pessoas assim e torna mais fácil ao paciente reconhecer a sua postura no caso de não querer informação. Ou, por outro lado, na última pergunta deixa-se em aberto a possibilidade de partilhar o peso da informação com outra pessoa próxima.

Pode parecer que este tipo de perguntas “descuida” informação ou que inclusivamente pode causar mais stress nos próprios doentes, mas a realidade é que, se forem bem feitas, podem clarificar muitas coisas ao profissional sem prejudicar o doente.

Em todo o caso, como já se disse, não é preciso perguntar abertamente para saber se um paciente quer saber e quanto quer saber. Uma sensibilidade adequada do profissional pode obter a mesma informação. Na nossa cultura, uma opção pode ser a de esperar que seja o próprio doente a pedir mais informação, muito pendente da comunicação não verbal, esperando que o paciente assimile cada parte da informação que se tenha dado com silêncios e escuta ativa, e que nos peça mais olhando o profissional com uma atitude de espera ou pedindo mais informação com perguntas diretas. Uma analogia útil poderia ser dar-lhe uma fatia do bolo (pequeno para não ser difícil de digerir) e esperar que a assimile e nos peça mais fatias segundo o seu próprio ritmo de assimilação.

No caso de o paciente expressar a sua preferência por não discutir o assunto ou o der a entender, devemos deixar sempre uma porta aberta, uma vez que uma percentagem poderá mudar de opinião posteriormente. No entanto, o respeito pela decisão do paciente deve ser óbvio (claro).

Quarta etapa. Partilhar a informação

Se o paciente/família, na fase anterior, expressou a vontade de partilhar toda a informação, fá-lo-emos. Se o paciente negou essa vontade, passaremos a discutir o plano terapêutico.

Partilhar a informação tem aqui um papel duplo: dar a conhecer ao doente o seu processo e realizar um diálogo terapêutico.

A primeira coisa é “alinhamos” com o paciente, partindo do nível de informação que já tem. A seguir, decidem-se os objetivos da entrevista: quais os aspetos informativos e educacionais que vão ser tratados. É essencial ter uma agenda clara, sempre muito aberta à agenda do próprio paciente. A partir daqui começaremos a abordar elementos do diagnóstico, tratamento, prognóstico ou apoio ao paciente em função das necessidades.

Nesta fase, é importante estar consciente do direito do paciente de tomar as suas próprias decisões, principalmente em relação ao tratamento, de modo a que isso não provoque frustração no profissional se não coincidir com a sua visão da situação.

Como já se deu a entender, esta fase pode ser em simultâneo com a etapa anterior, sendo o pedido do paciente de mais informação o que nos mostra em detalhe a sua

capacidade de assimilação , permitindo-nos decidir a quantidade de informação que devemos dar-lhe.

Quinta etapa. Responder aos sentimentos do paciente

Consiste basicamente em identificar e reconhecer as reações dos pacientes. Más notícias bem comunicadas podem fracassar se o profissional não desenvolver adequadamente esta fase. Há que destacar aqui como elementos importantes o papel dos silêncios, da empatia não verbal, da escuta e respeito pelo paciente.

Sexta etapa. Planificação e acompanhamento do processo

O acompanhamento deve ser consensual. O profissional deve deixar claro ao paciente que estará sempre à sua disposição para o que for necessário. Deve estar continuamente atento aos problemas ou preocupações do doente e mobilizar também todas as fontes de apoio familiar e social que sejam necessárias em cada momento. Neste sentido, há que ter em conta que este tipo de doentes geram verdadeiros núcleos de solidão ao não partilharem as suas preocupações e medos com outros familiares ou amigos para não os fazer sofrer. A continuidade da nossa atenção deve ser tão clara nestes aspetos comunicacionais como nos aspetos físicos.

A atitude obviamente deve ser positiva, preparando-se para o pior quando essa possibilidade exista e esperando o melhor, sem falsas esperanças e sem dar informações fora da realidade.

Deve planificar-se uma determinada estratégia relativamente ao número de visitas, fases do tratamento, etc. O paciente deve perceber que controlamos a situação.

(Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman.
In: Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud)