



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de saúde

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 2º Semestre

Relatório de Estágio a Prática
Especializada em Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

Joana Filipa da Conceição Ribeiro

Leiria, Setembro de 2014



Instituto Politécnico de Leiria

Escola superior de saúde

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano - 2º Semestre

Relatório de Estágio a Prática
Especializada em Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Joana Filipa Da Conceição Ribeiro nº 5120007

Professor Orientador: Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, Setembro de 2014

*É preferível ir abrindo caminho,
ir corrigindo o percurso, melhorando-o,
tornando-o pouco a pouco mais funcional e perfeito,
do que estar à espera de conseguir as condições
para abrir uma auto- estrada”*

(Edgar Morin, 2005)

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

ALERT - *Alert Sciences Computing*

BO – Bloco Operatório

CHL - Centro Hospitalar Leiria

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

D.R. – Diário da República

HS – Hospital de Santarém

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MEPSC – Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UMC – Unidade Médico-cirúrgica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica não Invasiva

RESUMO

O presente relatório evidencia os principais contributos do estágio, no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado num Serviço de Urgência, numa Unidade de Cuidados Intensivos e no Bloco Operatório, para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica a vivenciar processos de saúde/doença.

Tem por objetivos documentar a aprendizagem efetuada durante os estágios, através da capacidade de síntese e análise crítico-reflexiva.

Como metodologia, apresenta o método descritivo e reflexivo. Estruturalmente, é constituído por três partes. O primeiro capítulo consiste numa reflexão sobre a aquisição de competências, de seguida uma caracterização dos contextos da prática clínica e por fim, face aos vários domínios de competências a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências e descritas as atividades realizadas, através da reflexão das situações vivenciadas, fundamentada em referência bibliográfica. A segunda parte consiste numa revisão sistemática da literatura.

Descreve o processo de ensino/aprendizagem como estratégia, não só para o desenvolvimento de competências, mas também como meio para a partilha de informação proveniente da experiência profissional. Relata as atividades direcionadas à pessoa adulta, idosa e família, de acordo com a ética e deontologia profissional. Evidencia as dificuldades encontradas como momentos de aprendizagem e de reflexão, no âmbito das estratégias de comunicação com a família, e na utilização dos sistemas de informação em enfermagem. Expõe a importância da prática baseada na evidência, através da realização de uma revisão sistemática da literatura, segundo a análise de protocolos, normas e procedimentos de forma a verificar a sua validação científica, promovendo cuidados de saúde de qualidade e práticas seguras.

Conclui que o Estágio proporcionou a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão na prestação de cuidados globais e humanizados ao doente/família, no contexto da área de especialização, valorização pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Competências; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

This report highlights the main contributions of the stage, within the course of the Master of Nursing Person in the Situation Critica, held in ER in an Intensive Care Unit and Operating Room, to develop specialized skills in clinical care person in critical condition to experience the health / disease.

Aims to document the learning done during the stages through synthesis and critical and reflective analysis.

The methodology presents the descriptive and reflective method. Structurally, it is composed of three parts. The first chapter is a reflection on the acquisition of skills, then one characterization of the contexts of clinical practice and finally, given the various fields of expertise to acquire / develop the skills are presented and described the activities accomplished through reflection of experienced situations, based on bibliographic referencing. The second part consists of a systematic literature review.

Describes the process of teaching / learning as a strategy, not only to develop skills but also as a means for sharing information from professional experience. Report on activities aimed at adult, elderly person and family, according to professional ethics. Highlights the difficulties encountered as moments of learning and reflection, within the strategies of communication with family, and the use of nursing information systems. Exposes the importance of evidence-based practice, by performing a systematic review of the literature, according to the analysis of protocols, standards and procedures in order to verify its scientific validation, promoting health care quality and safety practices.

Concludes that the internship provided the acquisition / development of knowledge and skills for decision making in the provision of comprehensive and humanized the patient / family care in the context of the area of specialization, personal enhancement and professional, to improve the quality of care provided.

Keywords: Clinical Competence; Nursing care, specialized nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 8

PARTE I – PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 11

1. AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 11

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA 15

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: ANÁLISE CRÍTICA POR DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS 25

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 27

3.1.1. Atividades Desenvolvidas 28

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE 35

3.2.1. Atividades Desenvolvidas 36

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS 45

3.3.1. Atividades Desenvolvidas 45

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 51

3.4.1. Atividades Desenvolvidas 52

3.5. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 56

3.5.1. Atividades Desenvolvidas 56

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 90

1. AVALIAÇÃO DA DOR EM DOENTES VENTILADOS NUMA UCI 90

1.1. INTRODUÇÃO 90

1.2. A DOR – O PROBLEMA EM ESTUDO 91

1.3. PROTOCOLO DE REVISÃO E QUESTÃO DE PESQUISA 95

1.3.1. Estratégias de Pesquisa 97

1.4. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS / NÍVEIS DE EVIDÊNCIA 100

1.5. RESULTADOS DOS ESTUDOS 104

1.6. DISCUSSÃO 107

1.7. CONCLUSÃO 109

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I - Boas Práticas na Abordagem ao Doente com VMNI

ANEXO II - Comunicação do Doente Cirúrgico do Serviço de Urgência Geral ao Bloco Operatório

ANEXO III – Quadro resumo dos artigos selecionados

ANEXO IV – Tipos e níveis de evidências

ANEXO V - Critérios de Avaliação da Qualidade Metodológica dos estudos - JBI

INTRODUÇÃO

Os novos desafios que são colocados aos profissionais de saúde surgem através das alterações e mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde. Estes desafios incentivam a reflexão e a busca de novos saberes e conduzem os profissionais, em particular os enfermeiros, para a busca de formação contínua e académica especializada de forma a proporcionar um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais se exigem conhecimentos de elevado nível quer práticos quer teóricos.

A realização deste relatório de estágio, inserido no 2º Ano, englobado no 2º semestre do MEPSC na unidade curricular do relatório de estágio, tem como objetivos: servir de espelho sobre o percurso formativo nos locais de ensino clínico; desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária e respetivas estratégias de intervenção com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados; identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de médio e alto risco; analisar de forma crítico-reflexiva as intervenções desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e servir como instrumento de auto e hetero avaliação sobre as intervenções e competências desenvolvidas durante o percurso.

Irei assim descrever o processo de aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela ordem dos enfermeiros (2010). Os locais onde estagiei foram o Serviço de Urgência Geral e a Unidade de Cuidados Intensivos realizados no Hospital Distrital de Santarém e o Serviço do Bloco Operatório do Centro Hospitalar Leiria. Estes ensinamentos clínicos tiveram uma duração global de 10 semanas, num total de 180 horas. Durante a realização dos vários ensinamentos clínicos tive em mente desenvolver uma prestação de cuidados de

excelência no cuidar à pessoa de médio/alto risco e família. Pretendi nestes ensinamentos clínicos, intervir tendo presente os seguintes domínios de competências na atuação do enfermeiro especialista: Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; ao nível da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais e na prestação de cuidados especializados ao doente em estado crítico (Ordem dos enfermeiros, 2010 e Decreto-lei nº.124/2011).

O Curso de Mestrado em Enfermagem à pessoa em situação crítica (MEPSC), aprovado pelo despacho nº 9128/2012, D. R. nº 129, 2ª série de 5 de Julho, tem como principal objetivo, dotar os enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico/emergente, privilegiando determinados serviços, como por exemplo, os Serviços de Urgência Geral, as Unidades de Cuidados Intensivos e os serviços de Bloco operatório, tendo sido estes serviços como principais áreas da minha atuação, onde tive a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar competências a nível do doente crítico. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são

“...cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista à sua recuperação total” (Regulamento nº 124/2011, p.4).

A prestação de cuidados de enfermagem envolve uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-fazer (capacidades), Saber-ser (atitudes e comportamentos), Saber-estar, Saber Aprender (reflexão e evolução) e Saber-transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos.

Baseando-me nas experiências vivenciadas, também realizei uma revisão sistemática da literatura (RSL), sobre a avaliação da dor em doentes ventilados numa UCI. A temática escolhida para a RSL foi baseada na minha reflexão, vivências, preocupação e dificuldades, aquando da realização do ensino clínico na UCI, nomeadamente acerca da

problemática da avaliação da dor em doentes ventilados, pois considero que a avaliação da dor é muitas vezes subestimada. Considero importante e urgente desenvolver uma prática baseada na evidência, como forma de integrar os conhecimentos, os valores, as preferências dos doentes e as características dos enfermeiros peritos, com vista a prestar cuidados de maior qualidade.

Citando Pereira et al. (2012, p.56), a prática baseada na evidência é definida como um “processo através do qual as enfermeiras tomam decisões clínicas usando a melhor evidência científica, a sua experiência clínica e as preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis.” Os mesmos autores, citando Pearson et al. (2010), também afirmam que “os cuidados de saúde baseados na evidência resultam de um processo contínuo que suscita interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde quer por técnicos, quer por clientes”.

A metodologia adotada na elaboração deste relatório é a metodologia descritiva, analítica e crítico reflexiva pois vai-me permitir, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização dos vários ensinamentos clínicos. Irei fundamentar as minhas reflexões através da consulta de artigos científicos em motores de busca eletrónicos.

Este relatório está estruturado em três partes. A primeira parte vai ser dividida em 3 capítulos: o primeiro capítulo vai apresentar as competências do enfermeiro especialista, o segundo capítulo consistirá na caracterização dos contextos clínicos onde foi realizada a prática clínica especializada e no terceiro capítulo irei expor as minhas reflexões acerca das competências adquiridas/desenvolvidas e como as vivenciei, nos domínios das competências específicas da área de Especialidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros. A segunda parte do relatório apresenta a RSL efetuada, e por fim, na terceira parte apresentarei as considerações finais.

PARTE I – PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1. AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Como enfermeira considero que somos agentes ativos e participativos na sociedade e que ao longo da nossa vida sentimos necessidade de adquirir saberes necessários para motivar e produzir a nossa própria competência com qualificações válidas, tanto a nível social como profissional, uma vez que são consideradas essenciais à qualidade e segurança do seu exercício. Assim, tal como refere Graveto (2005), a competência depende da prática clínica e da forma como o enfermeiro intervém numa determinada situação. Benner (2001), acrescenta que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito.

Alarcão (2001, p.53-54), define competência como “um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias”. Pressupõe que o indivíduo desenvolva capacidades para agir em determinado contexto, numa integração de vários saberes e que não pode ser separada nem da motivação nem da intencionalidade do sujeito. Por outro lado, Ruthes e Cunha (2008, p. 110) citando Fleury (2000), referem que a competência é definida como “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”.

Para Serrano et al. (2011), o enfermeiro na prestação de cuidados mobiliza determinados comportamentos específicos durante o processo de cuidar, em que esses comportamentos refletem as competências. Estas resultam de um saber agir, um querer agir e um poder agir, contextualizados nos objetivos do serviço e da organização.

“Na acção de cuidar, o desenvolvimento de competências caracteriza-se por um cuidado centrado na singularidade e na individualização do acto de cuidar. O *habitus* integrado em cada enfermeiro permite inovar na singularidade de cada acção, flexibilizar em situações idênticas e, em situações novas, efectuar adaptações a novos esquemas” (Serrano et al., 2011, p. 22).

No meu ponto de vista, como enfermeiros sentimos necessidade de construir e de desenvolver um grande número de competências específicas e complexas, sendo a formação do enfermeiro especialista aquela que produz uma intervenção mais eficaz no campo de acção, no sentido de valorizar o individuo como um ser único, como um todo que se desenvolve, sendo este possuidor de vivências e experiências. Neste sentido, é fundamental refletir acerca da relação que existe entre os cuidados de enfermagem e a competência profissional, uma vez que me leva a pensar que os mesmos consistem num processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes, resultando num agir profissional assertivo.

Assim, considero que o Enfermeiro Especialista, desempenha um papel primordial numa equipa multidisciplinar, pois é um profissional que possui um aprofundamento de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem. Estas competências podem ser instrumentais, que englobam capacidades cognitivas, metodológicas e destreza tecnológica e linguística; competências interpessoais relacionadas com o modo de expressar os sentimentos, reflexão critica, aptidão para trabalhar em equipa e compromisso moral e ético, e por fim as competências sistémicas que surgem da combinação, compreensão e do conhecimento que permitem ao enfermeiro ver o indivíduo como um ser global em interação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 16), o Enfermeiro Especialista, é “...um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”.

Neste sentido, espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todos os conhecimentos e saberes adquiridos com a experiência, de modo a que a sua intervenção seja feita de forma holística, com um elevado nível de qualidade (Leite, 2006).

A Ordem dos Enfermeiros (2009, p.9) acrescenta ainda que o Enfermeiro 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 demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Segundo o artigo 4º do regulamento nº 124/2011, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem á pessoa em situação crítica são: cuidam da pessoa a vivenciar processos complexos de doença critica e ou falência orgânica; dinamizam a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; maximizam a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim, posso afirmar que a prestação de cuidados de enfermagem de excelência é um desafio importante para o Enfermeiro, uma vez que o alcançar da excelência está relacionada com a arte de saber cuidar, no entanto, na nossa prática quotidiana o exercício do cuidar do ser Humano nem sempre é fácil, pois exige a coordenação de diversos fatores, nomeadamente fatores pessoais, profissionais e institucionais.

Cuidar de um ser humano é dignificá-lo, ajudá-lo a ser pessoa e a desenvolver as suas capacidades ou possibilidades existenciais. Implica reconhecê-lo como um sujeito de deveres e direitos, com a finalidade de proporcionar cuidados de Enfermagem de qualidade. O enfermeiro tem que partilhar com o doente, as alegrias, as tristezas, a dor, o medo e a angústia, o que poderá ser um trabalho “árduo” mas gratificante, uma vez que, o contacto entre o profissional e o doente deve revestir-se duma grande empatia e compaixão. Durante o processo do cuidar, pude refletir que o enfermeiro faz uso do seu “Eu” completo, com a libertação da sua energia positiva em pensamentos e sentimentos, pois num tempo em que a competência técnica tende a dominar a nossa prática, a relação de ajuda como intervenção autónoma, deverá ser um aspeto a valorizar no ato de cuidar, com o intuito de satisfazer as necessidades dos doentes, desenvolvendo no nosso dia-a-dia, o saber, o saber fazer e o saber estar.

A prestação de cuidados de enfermagem envolve uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-fazer (capacidades), Saber-ser (atitudes e comportamentos), Saber-estar, Saber Aprender (reflexão e evolução) e Saber-transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos.

No meu ponto de vista, a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utiliza-la com eficácia e eficiência. Ser competente é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, baseada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, da pesquisa tecnológica e científica. O saber em Enfermagem é um Saber de ação ao longo da vida; é socialmente construído no contexto das interações que acontecem entre o enfermeiro e o doente, e é neste processo que os Enfermeiros vão desenvolvendo os seus conhecimentos clínicos avançados.

Neste sentido, o desenvolvimento da enfermagem ocorre a partir de teorias e modelos que refletem a nossa maneira de agir. Assim, “o desenvolvimento das teorias de enfermagem tornou-se necessário para que a teoria guiasse a prática” (Rosa et al., 2010, p. 121).

Rosa et al. (2010), referem que existe uma necessidade de aprofundar e desenvolver uma base teórica própria, baseada no movimento crescente da procura de novos conhecimentos. Para a concretização desses conhecimentos, são fundamentais alguns conceitos, modelos e teorias específicas de enfermagem. É a partir daqui, que a enfermagem dedica tempo e esforços para o desenvolvimento das suas teorias, as quais servem de referencial para a prática profissional, direcionada para o cuidado.

Os mesmos autores (2010, p. 121) referem que

“as teorias de enfermagem são construções, desde uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem ... foram concebidas com o intuito de organizar e sistematizar as questões que permeiam as atividades profissionais, gerando conhecimentos que as apoiem e subsidiem a própria prática. (Rosa et al., 2010, p. 121).

2.CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Neste capítulo irei efetuar uma breve contextualização dos locais de ação onde foram desenvolvidos os vários ensinamentos clínicos, nomeadamente: Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Santarém (HS), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HS e no Serviço do Bloco Operatório (BO) do Centro Hospitalar Leiria (CHL).

Como enfermeira, considero que cuidar de doentes críticos constitui um desafio constante, nomeadamente para os profissionais de saúde que trabalham em serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviços de Bloco Operatório.

A prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos em ambiente de urgência hospitalar, cuidados intensivos e em bloco operatório, constitui assim uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na medida em que a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, atitudes e comportamentos singulares de quem procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada.

O **ensino clínico I**, decorreu no serviço de Urgência Geral do Hospital de Santarém (HS). Os utentes que recorriam a este serviço podiam ser provenientes de qualquer ponto do país, mas a área de influência do HS, compreende os Concelhos de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos. Estes doentes poderiam também apresentar as mais diversas patologias de diferentes complexidades, em que a coordenação entre os vários elementos da equipa era essencial. Assim, o enfermeiro tem de conhecer e estar familiarizado com todos os locais existentes no serviço, onde se encontram os materiais e ter a capacidade de se articular com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de forma a dar uma resposta rápida e eficaz às situações que assim o exijam.

Do ponto de vista de Jorge (2011), os serviços de urgência são caracterizados pela prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e em tempo útil, conforme o tipo e a gravidade das patologias, por todo um espectro de doenças e de projetos de saúde que cada pessoa vive. O mesmo autor citando Sheehy (2001), acrescenta ainda que a enfermagem de urgência é pluridimensional, ou seja, é caracterizada pela prestação de cuidados a uma grande diversidade de indivíduos com alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.

A Urgência Geral do Hospital de Santarém, situa-se no piso zero e dá resposta a situações urgentes e emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco nas áreas de Medicina Interna, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Psiquiatria, Patologia Clínica, Anestesiologia e na área de Emergência Pré Hospitalar. Para as especialidades de Neurologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia e Dermatologia, o atendimento é efetuado a horas específicas e normalmente fora da área do SU. Desta forma, o SU do HS funciona como Urgência Médico-Cirúrgica para a sua área de influência.

O SU estava organizado essencialmente em seis áreas: área médica, área cirúrgica, sala de verdes e azuis, Sala de Emergência e Unidade Médico Cirúrgica (UMC). Também dava apoio aos Hospitais do Médio Tejo (Hospital de Abrantes, Torres Novas e Tomar) nas especialidades que estes não possuem. O seu hospital de referência é o Hospital de Santa Maria como Urgência Polivalente.

Este serviço tinha implementado um sistema de triagem por prioridades, denominado “Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester” (STPM), que permitia, através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa de apresentação e identificação de critérios de gravidade (de forma objetiva e sistematizada), estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Este sistema tem a vantagem de poder ser aplicado tanto no normal funcionamento do SU, como também em situações de catástrofe. A utilização deste sistema classifica o utente numa de cinco categorias identificadas por um número (um, dois, três, quatro e cinco), nome (emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente, não urgente), cor (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul) e tempo alvo (zero minutos, dez minutos, sessenta

minutos, cento e vinte minutos, duzentos e quarenta minutos), até o início da observação médica inicial.

Os doentes que necessitavam de um atendimento imediato, eram triados de acordo com o STPM com a cor vermelha e, nalguns casos, com a cor laranja, eram encaminhados diretamente para a sala de emergência, quer fossem situações do foro médico ou cirúrgico. A ativação destas salas era efetuada pelo enfermeiro da triagem ou pelo enfermeiro da sala de emergência, que acionava um sinal sonoro, de forma a promover o alerta de situação de doente crítico.

Ao nível dos recursos humanos, o serviço era composto por uma equipa de administrativos, equipa de assistentes operacionais, equipa médica e equipa de enfermagem. O SU disponha também de um técnico de cardiopneumologia em permanência até às 20h. Relativamente à equipa de enfermagem, esta era composta por 60 Enfermeiros e a Enfermeira Chefe. A coordenação e gestão do serviço eram funções da enfermeira chefe, auxiliada por duas enfermeiras especialistas coordenadoras do Serviço. A distribuição por turnos era de acordo com o método individual por áreas de distribuição/ postos de trabalho, habitualmente 12 enfermeiros no turno da manhã e tarde e 8/9 no turno da noite. Existiam seis equipas distintas, em que cada uma delas tinha um chefe de equipa e um 2º elemento que assumia as funções de chefe na ausência dela. A distribuição da equipa de enfermagem pelos vários sectores da Urgência era realizada pelo Enfermeiro coordenador que estava distribuído para o turno. A disposição dos enfermeiros tinha em consideração o equilíbrio da equipa nas várias áreas de atuação. Considero que esta metodologia tinha a vantagem de ser o coordenador a distribuir, bom conhecedor do desempenho de cada elemento nos vários sectores, no entanto, penso ser desvantajoso por muitas vezes se tentar aceder às preferências de cada profissional nas suas áreas de eleição.

Relativamente ao método de trabalho utilizado no SU pela equipa de enfermagem, era variável conforme a área de cuidados, mas o mais utilizado era o método de Enfermeiro responsável e de tarefa, já que é um serviço sectorizado e em que o próprio sistema informático (ALERT) induzia a responsabilização do doente. Os enfermeiros que asseguravam a prestação de cuidados em sala de tratamento quer na área médica, cirúrgica ou sala de emergência, utilizavam uma metodologia de entajuda de forma a rentabilizarem da melhor maneira os recursos humanos existentes, mobilizando muitas

vezes o elemento de apoio conforme a situação do serviço, salvaguardando, primeiro, e sempre, a pessoa que recorre aos SU.

Em consonância com esta atitude verifiquei um ambiente agradável, de camaradagem, onde o maior beneficiário foi o doente. Concordando com Hesbeen (2000), o doente jamais fica prejudicado em detrimento do elevado número de cuidados que incorrem no enfermeiro que está responsável pela prestação de cuidados.

O serviço de Urgência disponha de uma plataforma informática – ALERT, de acesso em todas as áreas, onde os elementos da equipa multidisciplinar realizavam os seus registos e validavam toda a informação e prescrição referente a cada doente do serviço. O sistema ALERT permitia aceder de forma global ao processo do doente, incluindo o seu histórico. Incluía um sistema de alertas quanto a procedimentos, exames auxiliares de diagnóstico a realizar, medicação a administrar, entre outros. Permitia ainda ver os tempos reais de espera até à primeira observação médica.

Todos estes aspetos contribuíram para uma maior vigilância dos doentes e minoração dos tempos de espera, agiliza os processos e diminui burocracia. O sistema permitia ainda gerar dados estatísticos diversos, relativos a aspetos clínicos e de gestão. Considero a utilização do sistema ALERT bastante intuitiva, no entanto exige uma curva de aprendizagem que requer prática. Surgiram algumas dificuldades na sua utilização que foram gradualmente ultrapassadas. Esta aplicação é exclusiva do serviço e implica autenticação individual. Permite ainda o *interface* com a Triagem de Manchester.

Relativamente à Unidade Médico Cirúrgica (UMC), estava localizada no espaço físico do SU e disponha de dez camas/ unidades e um quarto de isolamento para prestação de cuidados médicos e de enfermagem especializados a doentes do foro médico ou cirúrgico. Esta Unidade tinha como principal objetivo o tratamento de todos os doentes que necessitavam de monitorização não invasiva de Sinais Vitais, Ventilação Mecânica assistida (Invasiva ou Não Invasiva) ou quaisquer outros cuidados diferenciados que não podiam ser prestados nas Unidades de Internamento ou na UCI do HS. Os doentes admitidos na UMC para tratamento, podiam ser provenientes das várias áreas do SU ou das Unidades de Internamento do Hospital de Santarém. A responsabilidade dos doentes admitidos e seu tratamento era atribuída à Equipa Médico – Cirúrgica escalada

diariamente para o SU. Na UMC, o método utilizado era o do enfermeiro responsável, que prestava cuidados de enfermagem totais aos doentes atribuídos no turno, promovendo a melhoria e personalização dos cuidados prestados. Considerando a estrutura orgânico – funcional do SU, penso serem adequados e benéficos os métodos utilizados nas várias áreas do Serviço.

O **ensino clínico II**, decorreu na UCI do HS. As Unidades de Cuidados Intensivos “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p 6).

Segundo Aparecida e Espíndula (2009, p.2) a

“Unidade de Terapia Intensiva destina-se ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, mas recuperável, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos à instabilidade de funções vitais, que necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento”.

Uma UCI, é deste modo um local com concentração de doentes de elevado grau de complexidade, com falência multiorgânica, que se encontram sujeitos a mudanças súbitas no seu estado geral, que predispõem ao conseqüente aumento de ocorrência de situações de emergência, aliada à existência de elevada complexidade tecnológica, num ambiente fechado, acompanhado do ruído inerente aos equipamentos, exigência física, mental e contacto regular com a iminência da morte, deparando-se os profissionais com situações frequentes de *stress* e complexidade de situações (Leite e Vila, 2005).

A Unidade de Cuidados Intensivos do HS situa-se no 1º andar de um edifício de 14 pisos, e esta tinha como missão

“promover assistência multidisciplinar, diferenciada e de elevado nível de qualidade ao doente crítico, com disfunção de órgãos e/ou em risco de falência de funções vitais, articulando as ciências médicas, a tecnologia e a ética tendo como objetivo final a recuperação do doente e o regresso ao seu universo social.” (UCI, 2010 p.1).

A abertura da UCI do HS aconteceu em 1996, inicialmente com quatro camas, atualmente comporta seis camas. Tal como no SU, os doentes admitidos na UCI podiam ser provenientes de qualquer ponto do país, como já foi referido anteriormente. A UCI recebia essencialmente doentes provenientes do Serviço de Urgência, seguido do Bloco Operatório e posteriormente das Enfermarias (UCI, 2012). A admissão de doentes na unidade era da responsabilidade do corpo clínico da mesma, sendo admitidos na UCI doentes portadores de falência respiratória com necessidades de suporte ventilatório, com ou em risco de falência hemodinâmica. Os problemas mais frequentes eram: complicações cirúrgicas, sepsis, choque cardiogénico, politraumatismos por acidente, entre outros.

Quanto à sua estrutura física, as suas dimensões eram reduzidas, principalmente nas áreas de apoio, um dos entraves à certificação de qualidade desta unidade, sendo no entanto bastante acolhedora.

Relativamente aos recursos humanos, a UCI dispunha de uma equipa multidisciplinar, constituída por dezanove Enfermeiros e a Enfermeira Chefe, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Desses dezanove enfermeiros, um deles era o Enfermeiro Coordenador e dois enfermeiros, tinham a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um era Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A equipa das Assistentes Operacionais (AO) comportava um total de nove elementos. A equipa Médica era constituída por cinco médicos. A UCI dispunha de um médico de presença física durante as 24 horas, cumprindo assim o preconizado para estas unidades.

Quanto à dinâmica e metodologia da prestação de cuidados utilizada na unidade, pude verificar que o mais utilizado era o método de trabalho individual, embora ter verificado um grande espírito de ajuda e um bom relacionamento dentro da equipa.

Os recursos materiais eram diversificados e eram uma mais-valia, para o bom funcionamento do serviço e para a qualidade dos cuidados prestados.

O **ensino clínico III**, também designado de opcional, decorreu no Serviço do Bloco Operatório (BO) do Centro Hospitalar Leiria (CHL). A escolha deste local de estágio foi uma opção pessoal, por interesse profissional nesta área específica, por uma questão de localização da minha área de residência e do local de trabalho. Considero este BO uma

referência em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e penso que foi um campo de estágio de crucial importância para o processo de aprendizagem como futura enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP) define o BO como “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006, p.20).

O BO do CHL situa-se no piso 01, tinha uma direção e gestão funcional própria, que compete à Enfermeira chefe e à Diretora de serviço (Anestesiologista). Este serviço interrelacionava-se com o restante hospital.

Os doentes admitidos no BO, eram provenientes dos vários serviços de internamento do hospital, Serviço de Urgência Geral, Urgência Obstétrica e Pediátrica. Eram realizadas intervenções cirúrgicas de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, oftalmologia, urologia, obstetrícia, neurocirurgia e otorrinolaringologia.

O BO possui dez salas operatórias, estando apenas a funcionar oito salas, três salas de um lado e cinco salas do outro lado, encontrando-se separadas por um corredor central de passagem de material limpo. O BO também possui duas unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

As salas operatórias funcionavam todos os dias e ao fim de semana. As mesmas tinham áreas de desinfeção e de apoio individualizadas e em cada uma delas existia uma antecâmara, onde se inicia a indução anestésica.

O bloco operatório era constituído por duas UCPA, onde ambas possuíam cinco unidades de cuidados. Em cada uma delas existiam materiais de elevada qualidade capazes de dar resposta a situações de urgência / emergência que comprometam a vida do doente, destacando a existência de ventiladores.

Segundo Lages et al. (2006), a UCPA, é um espaço que recebe os doentes que vêm transferidos do BO. É um local onde estão disponíveis meios técnicos necessários para

providenciar uma monitorização *standard*, uma correta analgesia, um controlo das náuseas e vômitos e uma vigilância de complicações pós-operatórias.

Os doentes admitidos nesta unidade, eram todos aqueles que eram submetidos a anestesia geral, loco-regional ou sedação, sendo este período designado de período de recobro pós-anestésico, que segundo a AESOP (2006, p.155), este consiste no “(...) intervalo de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico efectuado sob anestesia geral, loco-regional ou sedação”.

Independentemente da cirurgia realizada e do tipo de anestesia, todos os doentes ficavam em vigilância nesta unidade, que era assegurada por dois enfermeiros em cada UCPA, o que na minha opinião garantia uma maior assistência, segurança e vigilância ao doente crítico, prevenindo assim possíveis complicações. A sua permanência na UCPA era da responsabilidade do anestesiológista. Espera-se assim, que o enfermeiro nesta unidade siga os critérios definidos pela AESOP (2006, p. 110) que consistem em “ (...) manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir, estar apto a atuar em situações de urgência e emergência”.

A UCPA estava localizada dentro do BO, em frente às salas operatórias. Deste modo o transporte era efetuado de forma rápida e segura. Considero esta localização totalmente adequada, e este facto corrobora com Morgan et al. (2006) que referem que a UCPA deve estar localizada dentro ou muito próximo do BO, de modo a permitir que o doente seja transportado rapidamente para a sala operatória caso seja necessário, ou, que os elementos da equipa multidisciplinar do BO se desloquem junto do doente em tempo útil.

A UCPA era dotada de instalações, recursos humanos e equipamentos capazes de assegurar os cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios imediatos ao doente cirúrgico. É um serviço com um contexto específico de prestação de cuidados de saúde e distingue-se dos restantes serviços pela tecnologia de monitorização e de suporte à pessoa em situação crítica, “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” (Regulamento n.º 124, 2011, p. 8656).

Saliento ainda que, a disposição das camas permitiu que de todos os ângulos da sala fosse possível visualizar a totalidade dos doentes, existia espaço suficiente entre cada cama, e a entrada e saída das camas realizou-se sem obstáculos. A localização da área de enfermagem era equidistante relativamente a todas as camas, permitia visualizar todos os doentes e assegurar o acesso rápido e fácil a cada cama. As portas eram largas de modo a facilitar a passagem de camas, macas e equipamentos. Entre as camas existiam cortinas que ajudam a promover a privacidade e evitar a contaminação cruzada mas que não afetavam a visualização dos doentes nem a circulação.

Outro espaço a referir no BO era a existência de uma sala de espera, sendo esta exterior ao BO, e era utilizada para o esclarecimento de dúvidas às famílias, diminuindo assim os medos, a ansiedade e os receios da família. Esta sala também era utilizada para a comunicação de situações imprevisíveis, comunicação de más notícias, deslocando-se a esta o enfermeiro, o anestesista e o cirurgião que ficava responsável pelo doente. A mesma garantia o estabelecimento de uma relação empática entre o enfermeiro/doente/família, ou seja, o enfermeiro perioperatório tem que ser o elo entre o exterior e o interior do BO, e é essencialmente através da escuta ativa que ficamos a saber as expectativas, necessidades, limitações e dúvidas do doente/família.

O BO era também composto por gabinetes, áreas de apoio e de arsenal de material cirúrgico. Cada especialidade possuía um espaço de aprovisionamento, destinado a armazenamento de material específico da especialidade. Na minha opinião, o BO estava bem equipado tanto a nível técnico como terapêutico, contando com sofisticado material de ventilação, monitorização e outros para fazer face à complexidade de atuação que os cuidados à pessoa em situação crítica requerem.

A nível de recursos humanos, o BO era constituído por uma equipa multiprofissional formada por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais (AO), Administrativa, Diretora de Serviço e a Enfermeira Chefe de Enfermagem. A equipa de enfermagem era constituída por um total de 53 enfermeiros. Existiam dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma enfermeira especialista em reabilitação.

O regime de trabalho era de 40 horas semanais, podendo ser um horário fixo de segunda a sexta-feira ou horário tipo *roulement*, sendo os turnos praticados Manhã, Tarde e Noite. O método de trabalho era em equipa, por posto de trabalho e a distribuição era

feita semanalmente pela Enfermeira chefe, tendo em conta o horário e o nível de integração. No entanto, saliento o espírito de equipa que existe entre os elementos na inter-ajuda nos sectores que se encontram mais complicados ou quando a gravidade da situação exige.

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: ANÁLISE CRÍTICA POR DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS

A aprendizagem é o meio pelo qual se renovam os conhecimentos e as competências. É uma construção pessoal, onde há uma procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir, de como aprender e sobre o que se deseja aprender. Para a melhoria deste processo, atualmente está preconizada a interação entre a teoria e a prática, onde a reflexão representa um procedimento essencial. A componente prática assume-se como um período privilegiado e de forte relevância na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à pessoa em estado crítico. Esta metodologia fomenta ao formando a sua participação ativa no processo formativo, a promoção do pensamento crítico, a capacidade de trabalhar em equipa e refletir acerca das vivências/ experiências, motivações e necessidades sentidas.

O SU, a UCI e o BO pelas características que lhes são próprias tornam-se locais de eleição no cuidar do doente em situação crítica. Durante o decurso dos vários ensinamentos clínicos, foi meu propósito prestar cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, tendo em conta o que emana a Ordem dos Enfermeiros.

Estes cuidados implicam observação e colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o doente, prevenindo e detetando precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011).

Neste contexto iniciei os meus estágios, com alguma insegurança, o medo de falhar invadiu os meus pensamentos nos primeiros turnos em cada serviço, por outro lado a expectativa de vivenciar e partilhar novas experiências, novas formas de trabalho deu-me força para ultrapassar estes momentos menos bons e iniciar um percurso de aprendizagem reflexiva.

A expectativa de estar em contacto com outras realidades, vivenciar e partilhar experiências novas, com a possibilidade de enriquecer as instituições com a troca de saberes, do que melhor se faz em cada uma delas, era um desafio. Estas adversidades foram ultrapassadas, com o meu empenho e motivação, e iniciei esta caminhada reflexiva, nunca esquecendo que os aspetos menos positivos, são momentos de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos e aperfeiçoar a prática, o que vai de encontro ao que a Ordem dos Enfermeiros (2003) refere que: os ensinamentos clínicos proporcionam um leque de experiências essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais, conferindo um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.

As atividades desenvolvidas que seguidamente irei apresentar, são descritas de forma reflexiva e crítica, através de situações / problemas detetados, estratégias sugeridas e respetiva implementação, permitindo uma aprendizagem, a construção do conhecimento e evitando tal como refere Pinto (2006, p.15), a “estereotipagem das tarefas e não se presumir conhecedor da tarefa a desempenhar apenas porque se crê já ter desempenhado tarefas idênticas no passado”.

Com o objetivo de testemunhar as minhas experiências em ensino clínico e as competências desenvolvidas, são descritas de seguida as estratégias de atuação direcionadas para os domínios de competência, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de qualidade, gestão de cuidados, da aprendizagem profissional e na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que a Ordem dos Enfermeiros (2009) formulou para promover o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

Como futura enfermeira especialista considero que o Enfermeiro Especialista, desempenha um papel fundamental numa equipa multidisciplinar, uma vez que é um profissional que possui um grau elevado de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem.

3.1. DOMINIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo o Código Deontológico do enfermeiro (2009), as intervenções de enfermagem que são prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Sobrinho e Carvalho (2004, p. 103) baseando-se no Código da Ética dos Profissionais de Enfermagem citado por Gelain (1998), referem que “a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano” (art. 1º), “o profissional de Enfermagem exerce sua atividade com justiça, competência, responsabilidade...” (art.4º) e que “o profissional de enfermagem exerce a sua atividade com autonomia, respeitando os preceitos legais” (art. 6º).

O Código da Ética acrescenta e determina que a assistência de enfermagem deve ser realizada livre de danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência (art.16); o profissional deve manter-se atualizado (art.18) e principalmente responsabilizar-se pela falta cometida em suas atividades, seja individual ou em equipa (art.20) (Sobrinho e Carvalho, 2004).

Assim, a ética está voltada para a consciência do profissional, com vista a obter uma assistência de qualidade, e não apenas uma visão normativa (Sobrinho e Carvalho, 2004).

Do ponto de vista de Pereira (2002) citado por Sobrinho e Carvalho (2004), estes afirmam que a assistência de enfermagem deve ser dirigida não só para o individuo mas também para a sua família, tendo em conta o respeito pelos direitos humanos e deve procurar a promoção da saúde, aliviar ansiedades e o sofrimento.

Concordando com os autores referidos anteriormente, para que o enfermeiro preste um cuidado humanizado e de qualidade é fundamental que a sua prática seja enraizada nos princípios éticos, científicos e técnicos. No entanto, verifica-se que apesar dos esforços do profissional o cuidado humanizado torna-se difícil, uma vez que a ética é uma atitude pessoal e em um ambiente hospitalar as decisões e os cuidados são decididos e prestados de forma coletiva. Assim, os profissionais precisam de superar os obstáculos

de modo a poderem prestar cuidados adequados, em consonância com os princípios éticos que orientam a prática, respeitando os princípios como a justiça, a beneficência, a não maleficência e a autonomia na prestação da assistência, o que vai de encontro ao que referem Marques e Vieira (2007, p. 46), “todos os enfermeiros independentemente da experiência e sabedoria prática de cada um, que é sempre diferente de sujeito para sujeito, tornando a decisão individual, decisão essa que não poderá deixar de ser informada e fundamentada nos princípios éticos”.

3.1.1. Atividades Desenvolvidas

Enquanto profissional de enfermagem, a pessoa é o mobilizador da nossa atividade, a quem prestamos cuidados no sentido da prevenção, promoção e reabilitação da sua condição humana. Recruta a nossa atenção e é alvo dos cuidados que prestamos e que devem ter sempre em conta a sua natureza física e cultural. É a fonte de diversas experiências que favorecem o nosso desenvolvimento não só pessoal como profissional, pela reciprocidade de conhecimentos e de experiências proporcionadas. Tal como refere Oriá et al. (2004, p. 294), “o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada”.

Durante os cuidados prestados encarei a pessoa como um ser único, indivisível, compreendendo-a inserida na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e abstenho-me de juízos de valores relativamente à pessoa cliente dos meus cuidados. O fato de respeitar a confidencialidade das informações e a sua privacidade tanto a nível físico como moral, promoveu uma maior segurança ao doente aumentando a sua autonomia no processo de tratamento e a confiança nos cuidados prestados.

Os dilemas ético-legais que os Enfermeiros enfrentam são inúmeros e diversificados. A necessidade constante de estabelecer prioridades, a confrontação com situações graves que implicam sofrimento por parte do doente e família, a perda súbita de um familiar, a confrontação com perda da função motora de uma parte do corpo com repercussões para o resto da vida, a morte, entre outros, levam muitas vezes, os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de angústia, frustração, incapacidade e impotência. Apesar de durante os

ensinos clínicos não ter vivenciado nenhum dilema ético, penso que os mesmos são importantes.

A nível do SU, apesar de não ser totalmente cumprida a legislação do acompanhamento do utente, Publicada em Diário da República, a Lei n.º 33 da Assembleia da República (2009, p.4467) que “reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada”, justificada por impossibilidade do serviço, verifiquei que existia a preocupação da equipa, bem como um esforço desenvolvido e uma dedicação, tanto de enfermagem como médica, no envolvimento da família no processo do cuidar dos doentes que recorrem ao SU, permitindo a presença intermitente do familiar junto dos mesmos e até mesmo indo à sala de emergência, após a estabilização do doente.

Após a abordagem inicial e estabilização do doente, procurei sempre manter uma relação de ajuda quer com o doente/família quer com os profissionais, como também procurei promover a presença da família junto do doente de forma a minimizar a ansiedade, medos e receios quase sempre presentes no doente e família em situação crítica. Considero essencial e relevante como futura enfermeira Especialista, o envolvimento da família no processo de cuidar do doente, desenvolvendo capacidades e habilidades na comunicação com o doente e família, bem como no estabelecimento de uma relação entre enfermeiro/doente/família, promovendo uma melhor visibilidade e reconhecimento da profissão. Saliento ainda para a importância do respeito pela integridade da pessoa e na capacidade de transmitir dados adequados à situação, com conhecimento e assertividade, bem como o fornecimento de informação pertinente à pessoa/família a vivenciar processos de angústia e de incertezas. Desta forma, concordando com Neto et al. (2003, p. 49), penso que contribuí para diminuir a

“desconfiança, a sensação de que a equipa não transmite tudo o que sabe e o pouco tempo de atenção que lhe é dispensado, e que promove dentro dos elementos da família, sentimentos de ansiedade que, se não forem devidamente controlados, evoluem para formas de stress”.

Com o decorrer do ensino clínico, posso afirmar que comunicar em contexto de urgência reveste-se de particularidades específicas. O doente e família/pessoas significativas experienciam situações agudas, como acidentes, agravamento da doença

ou são mesmo confrontadas com a morte, o que os leva a vivenciar momentos de elevada ansiedade, medo, *stress*, encontrando-se numa situação de grande fragilidade e revolta. Deste modo, esta temática tem toda a pertinência, sendo uma oportunidade para o desenvolvimento de competências relacionais e éticas. A comunicação está inerente a qualquer processo relacional, visto que este é uma obrigação de todo o ser humano, é um ato de reciprocidade.

Como refere Thalita (2013, p. 92), a comunicação é uma das

“ferramentas básicas para a sustentação do processo de “cuidar”... elo essencial de cuidado por aproximar os sujeitos, proporcionando momentos de troca, de interesse e de preocupação com o outro. Isso evidencia a interdependência entre comunicação (...) e o cuidado (...), uma vez que não há ação de cuidar que não se constitua em uma ação comunicativa”.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, a comunicação com o doente e família foi uma prioridade e em contexto de urgência esta torna-se mais difícil, devido a uma grande complexidade de situações desencadeadoras de *stress* aliadas à urgência dos procedimentos, focando-me muitas vezes em procedimentos mais técnicos.

Nesse sentido, fui-me apercebendo o quanto a comunicação com o doente, que chega a um meio completamente desconhecido, é importante, para obter a colaboração do doente, a calma e a serenidade do mesmo. Essa comunicação deve ser assertiva, humanizada, calorosa e adequada a cada doente/familiar. Assim, durante a prestação de cuidados, procurei acolher o doente e família/pessoas significativas de forma personalizada; estabelecer uma comunicação terapêutica; promover estratégias para diminuição da ansiedade, esclarecer e preparar psicologicamente o doente para a realização de procedimentos invasivos e prestar apoio emocional. Escutei ativamente a pessoa vivenciando os processos de doença com que são confrontados. Procurei identificar os problemas e/ou necessidades dos familiares/pessoas significativas e realizei ensinamentos oportunos.

Considero que o enfermeiro tem um papel fundamental no fomento da comunicação família-doente. Perante tanta e complexa tecnologia, ruídos e dispositivos a família pode sentir-se ameaçada e com medo de interagir com o seu familiar. Cabe ao

enfermeiro perceber as reações emocionais e ter uma atitude pedagógica no sentido de incentivar a interação familiar-doente.

Durante o ensino clínico na UCI, deparei-me com um ambiente fechado, complexo e tecnológico, com a permanência de doentes em estado crítico e com grande risco de vida, onde o prognóstico é, muitas vezes, reservado. Ali, os profissionais de enfermagem debatem-se diariamente com várias questões éticas, como a indicação para não reanimar, para a realização de tratamentos e aplicação de novas tecnologias e protocolos.

Com o desenrolar do ensino clínico, constatei que o doente não tinha capacidades para comunicar verbalmente, pelo fato de estar sedado ou sem condições mentais (inconsciente/coma) para questionar ou receber informação sobre o seu estado clínico, o que me levou a estabelecer uma relação terapêutica empática e utilizar outras formas de comunicação (não verbal), incluindo a comunicação com a família.

“A família atua como unidade de saúde para seus membros, ou seja, ela tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença ... o familiar não pode ser visto apenas como aquele que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde ... deve assumir a responsabilidade pela saúde do seu familiar doente e, para isso, precisa ser ouvido em suas necessidades, devendo ser igualmente cuidado (Martins et al., 2008, p. 1091)”.

Durante o estágio, observei que os profissionais de enfermagem assistem e participam no prolongamento da vida, por vezes, inconformados com a esperança que os familiares assumam, à medida que os dias vão passando, de uma situação que se prevê inevitável, a morte. Participar neste processo não é fácil, exigindo condições humanas, organizacionais e estruturais, por vezes, inexistentes. Neste contexto, o cuidado integral do ser humano é fundamental, onde a relação enfermeiro, doente e família deve ser privilegiada.

Assim, em situações em que era necessário consentimento informado, eram os familiares que em sua representação recebiam essas mesmas informações e que teoricamente assumiam o papel de decisores. Era obtido consentimento presumido para a realização dos procedimentos, uma vez que a situação permitiu supor que a pessoa

teria eficazmente consentido, se reunisse condições para conhecer as circunstâncias em que este é praticado, como previsto no Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março de 1995. Aquando de uma situação mais favorável promovi o seu papel ativo através da mobilização das suas capacidades na recuperação e reabilitação precoces. O facto de respeitar a confidencialidade das informações e a sua privacidade tanto a nível físico como moral, pela utilização das cortinas, em conjunto com os aspetos anteriormente focados, promovi uma maior segurança ao doente aumentando a sua autonomia no processo de tratamento e a confiança nos cuidados prestados.

Diariamente os familiares podiam receber informações pelo clínico de serviço e após os dois períodos de visita. Durante a visita, foi notável a disponibilidade do enfermeiro responsável pelo doente para o esclarecimento de dúvidas colocadas pelos familiares, utilizando linguagem acessível. Este foi um aspeto que considerei bastante dignificante a nível da intervenção de enfermagem no contributo para a humanização de um serviço que, ao primeiro contacto, por parte dos familiares, parece de elevado âmbito técnico.

Schneider et al. (2009, p.531-532), referem que sendo a

“UTI um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização da assistência, que é expressa pela atitude relacional dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares. Se o cuidado for mecanizado e pouco comprometido, resulta na desvalorização da assistência humanizada. Nessas colocações fica explícita a necessidade da interação humana durante o cuidado prestado, motivo pelo qual se considera a comunicação como um relevante fator interativo e de humanização na UTI”.

No decorrer do estágio em BO procurei promover relações privilegiadas do doente com a família ou pessoas significativas, no entanto, na UCPA este objetivo não foi totalmente atingido, uma vez que no BO não são permitidas visitas. Contudo, ainda pude facilitar a presença de alguns familiares / pessoa significativa, em colaboração com a enfermeira orientadora, onde foi visível o facto de todas as informações diminuírem a ansiedade face ao internamento. Não posso deixar de referir que a família era tida em consideração pelos profissionais do BO, existindo uma sala de espera exterior ao bloco, sendo um espaço confortável para o esclarecimento de dúvidas, diminuição da ansiedade e medo dos familiares face ao internamento do seu familiar. A

família encontra-se no auge das suas preocupações e ansiedades, que incidem sobre a situação clínica do doente. Neste contexto, considero que é muito importante existir passagem de informação eficaz para manter a família/pessoa significativa informada da situação clínica.

O desenvolvimento de uma atitude assertiva, estabelecendo uma comunicação terapêutica e promovendo estratégias para a diminuição da ansiedade, constitui uma competência essencial no domínio da formação especializada em enfermagem á pessoa em situação crítica. A comunicação faz parte do cuidar humanizado e é mais que palavras ditas entre as pessoas. Partilho da opinião de Sá e Machado (2006) quando nos afirmam que a comunicação é uma competência importante para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, implica que se desenvolvam capacidades criativas, cognitivas, afetivas e psico-motoras, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar.

A comunicação é “uma ferramenta essencial para o princípio de autonomia do paciente, a confiança mútua e a troca de informações necessárias ao cuidado do paciente e família, numa perspectiva terapêutica” (Veiga et al., 2010, p.325).

Oriá et al. (2004) acrescentam ainda que a comunicação é um dos mais importantes aspetos do cuidado de enfermagem que consiste numa melhor assistência ao doente e à sua família que vivenciam ansiedade e *stress* decorrentes do processo de hospitalização. Assim, a comunicação é essencial para estabelecer uma relação de ajuda entre o enfermeiro, doente e família. Neste sentido é imprescindível que o processo de comunicação seja eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Deste modo, o processo de interação com o doente caracteriza-se não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

Durante a admissão do doente no BO, constatei que a pessoa fica numa situação desvantajosa em relação a questões éticas e relacionais, nomeadamente: a separação do seu ambiente habitual; retidos numa cama, despidos e privados do uso dos seus objetos pessoais; rodeados de equipamento estranho e de pessoas que utilizam técnicas e linguagem desconhecidas; situações de *stress* muitas vezes relacionadas com situações

de emergência com o próprio ou com os outros doentes ali internados. Assim, é importante que o enfermeiro avalie e identifique as carências físicas, psicológicas e sociais do doente e família, procurando contribuir para o respeito pela ética e código deontológico da profissão de Enfermagem.

Ao refletir, posso afirmar que minha postura durante este percurso teve sempre por base estes princípios, respeitando as relações privilegiadas do doente com a família, amigos ou pessoas significativas, criando um ambiente tranquilizador, onde valores como o respeito, privacidade, autonomia e dignidade tiveram sempre presentes. Considero que todos os momentos contribuíram positivamente para o meu desempenho pessoal e profissional e serviram para refletir de forma construtiva acerca de cada um deles.

Em síntese, no decorrer dos vários ensinamentos clínicos procurei, na minha atuação, respeitar os princípios éticos e deontológicos da profissão, procurando promover relações privilegiadas do doente com a família, amigos ou pessoas significativas, facilitando a sua presença sempre que possível. Tal como refere Fontes e Ferreira (2009, p.34) “a voz, o tato, a carícia de um familiar é diferente de um profissional, exatamente porque é profissional e o paciente reage de maneira diferente”. Foi visível o envolvimento da família ao máximo nos cuidados e nas decisões clínicas, que segundo Martins (2009) e Pias (2008), reduz os medos, a ansiedade e mantém a família coesa até à alta. Assim, o desenvolvimento de uma atitude assertiva, humanizada, estabelecendo uma comunicação terapêutica e promovendo estratégias para a diminuição da ansiedade, constitui uma competência essencial no domínio da formação especializada em enfermagem ao doente crítico. Durante a minha atuação, procurei incentivar este contacto precoce entre o doente crítico e a família, de forma a contribuir para a humanização dos cuidados e minimizar a angústia de ambos.

A comunicação de más notícias é uma realidade inalterável no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas do contexto de Urgência como na UCI. É um momento difícil que envolve muitos sentimentos e emoções. Lidar com a família não é fácil pois o que lhes for dito marcará o encarar da morte no futuro. Assim, desenvolver competências nesta área é extremamente importante porque nada deve ser deixado ao acaso.

O enfermeiro tem o dever de assistir a família/cuidadores no processo de luto através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida ao doente que morreu. Permitir que estes se despeçam condignamente, consciencializando-se da realidade, de modo que não permaneça a angústia de não se terem despedido ou de não acreditarem que está morto. Deve-se permitir que estes expressem os seus sentimentos, que se despeçam sem fazer juízos de valor a crenças e religiões que lhe são desconhecidas.

Relativamente à transmissão de más notícias esta foi realizada, uma vez que tive oportunidade de observar e verificar, em contexto de sala de emergência, que a transmissão de más notícia por norma é efetuada pelo médico com a presença física de familiares e só na UCI esta era efetuada pelo telefone. A nível do SU a metodologia da transmissão de más notícias pelo médico com a presença da família pareceu-me muito apropriada pois muitas vezes são situações de imprevisibilidade e causadoras de muita angústia e sofrimento para a família e para quem faz a comunicação. No caso da UCI, considero que a metodologia da transmissão de más notícias pelo telefone não é a mais apropriada, uma vez que a comunicação de um óbito por telefone impede o profissional de saber em que condições físicas e psicológicas o recetor recebe a notícia, contudo, observa-se que na generalidade, a família que mantém contacto diário com a unidade e da qual constam os contactos, também prevê estes acontecimentos embora não os queira esperar como desfecho da situação.

Na era atual assiste-se a uma pluralidade de sentimentos e atitudes perante a morte. Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, tendo em conta os princípios éticos da profissão, encarando a morte como uma fase essencial do ciclo vital. Posso dizer que todos os elementos da equipa multidisciplinar a encaram com respeito pela pessoa, mantendo um ambiente digno, mesmo nos cuidados *post-mortem*.

3.2. DOMINIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Segundo Mezomo (2001), a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deve-se pelo compromisso com a inovação, criação e desenvolvimento de serviços e profissionais, que se pretende que sejam adequados à missão do Hospital, de acordo com as necessidades legítimas e expectativas da população.

A qualidade e melhoria contínua na organização incidem na busca incessante das melhores práticas e o envolvimento de todos os profissionais da organização, através da racionalização, eficácia e eficiência do serviço prestado (Oliveira, 1998).

Do ponto de vista da Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade que ficaram definidos consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta os princípios humanistas e tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos doentes.

3.2.1. Atividades Desenvolvidas

A garantia da qualidade dos cuidados, é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam, e nunca foi tão importante como agora, pois, existe uma crescente consciencialização dos doentes/família dos seus direitos e deveres, levando também a um aumento da expectativa sobre a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, sendo igualmente uma exigência legal da profissão, fazendo parte integrante da prática de enfermagem. Nesta perspetiva, ao indicar os princípios básicos em que se podiam fundamentar os cuidados de enfermagem, já na sua época, Florence Nightingale in Collière (1999, p.213), especificava que, “... não queria em caso algum (...) estabelecer uma regra de pensamento que pudesse ensinar às Enfermeiras como tratar, mas simplesmente, dar-lhes sugestões, referências para prestar os cuidados”.

Ao desenvolver competências a nível do SU, UCI e no BO, pude refletir que ambos se destinam à assistência multidisciplinar e à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente doentes de alto risco. A missão dos mesmos consistiu em prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, e se possível, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável. Relativamente aos seus valores, verifiquei que em ambos os serviços, a prestação de cuidados era dirigida ao doente e sua família, no sentido de satisfazer as suas necessidades através da utilização das melhores práticas, pelo recurso ao elevado nível de qualidade, visando a prestação de cuidados individualizados, personalizados, efetuando um adequado e pertinente acompanhamento da atualização tecnológica e científica no sentido da melhoria contínua da qualidade, promover a satisfação, promover a racionalização dos recursos e

dos custos e promover e proporcionar o desenvolvimento científico dos elementos da equipa.

No sentido de dar resposta à concretização desta área de aprendizagem, constatei através do diálogo e em conversas informais com os Enfermeiros orientadores dos vários ensinamentos clínicos, sobre a dinâmica formativa das equipas de enfermagem.

O contexto de trabalho constitui um espaço privilegiado para promover a formação em serviço como processo de resolução de problemas, de aplicação de saberes e de adaptação às mudanças que aí ocorrem.

Nesta perspetiva, considero que uma área muito importante em que o enfermeiro especialista pode e deve intervir é na formação em serviço. Esta deve ter como objetivo a satisfação das necessidades sentidas pelos enfermeiros, inseridos num serviço, considerando as expectativas individuais e de grupo, com vista à obtenção da excelência e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, a formação é hoje em dia, um dos grandes desafios exigidos aos enfermeiros, devido às sucessivas mudanças, que conduzem a uma desatualização constante dos conhecimentos técnico científico. Sobre os enfermeiros recai assim, a responsabilidade e a preocupação de se atualizarem, necessitando de repensar o seu processo de trabalho, bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num mundo em permanente mudança.

Nesta área, espera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica seja um profissional capaz e experiente, possuidor de conhecimentos e competências compatíveis com os cuidados específicos que a pessoa em situação crítica necessita.

Neste âmbito, a formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática, é transversal às equipas de saúde em geral e constitui um direito e um dever dos profissionais (Paixão e Monteiro, 2009).

Como afirma Collière (1999, p.263) a formação, “desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”. Um dos seus objetivos, é assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo refletir sobre qual a filosofia a adotar,

para que seja garantida essa qualidade, condição indispensável para uma prática autónoma e responsável.

No SU tal como na UCI e no BO, pude verificar que toda a equipa tinha consciência da necessidade de um processo de formação contínua e especializada em Enfermagem. Apesar de toda a conjuntura económica em que vivemos atualmente no nosso país, pude verificar o interesse sobre o processo e datas de candidaturas relativamente a Mestrados e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que revela e demonstra uma preocupação e interesse dos profissionais de saúde na aquisição de um nível formativo mais avançado, no sentido da garantia de uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. A formação em serviço era realizada e tinha frequentemente curta duração.

Nos vários ensinamentos clínicos, SU, UCI e BO, pude constatar que existia uma planificação/calendarização das atividades de formação para o ano corrente, com vista à satisfação das necessidades formativas identificadas pela equipa. A identificação das necessidades formativas acontece de maneira informal, por conversas ocasionais, e ocasionalmente era discutida em reuniões de serviço. Neste âmbito existiam grupos de trabalho já elaborados, após levantamento do diagnóstico das necessidades formativas da equipa, existindo em cada grupo um elemento responsável pela formação mais proativa, dinamizador, de forma a envolver a equipa ativamente nos projetos do serviço, o que iria permitir uma atuação da equipa de enfermagem fundamentada e sistematizada, e contribuiria significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que, tal como refere Velez (2009) é fundamental a sua motivação para o desenvolvimento de saberes e mudança de comportamentos.

Considero que os locais onde realizei os ensinamentos clínicos são locais de elevada exigência tanto a nível físico como psicológico, com necessidade de organização acrescida que tem em conta, sempre que possível, as necessidades e preferências das pessoas, de forma a manter a motivação e um bom desempenho profissional. Daí a importância de manter os serviços providos de recursos (humanos e materiais) suficientes para dar resposta às situações, pois “gerir é essencialmente, fazer coisas através dos outros” (Apolinário, 2010, p. 3).

No que diz respeito à elaboração dos registos de enfermagem, nos vários ensinamentos clínicos tive a oportunidade de realizar registos a nível informático, através do programa do ALERT a nível do SU, na UCI a utilização do programa SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) com aplicação de linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e a nível do BO mais concretamente o registo da verificação cirúrgica. A nível do BO também utilizei os registos em papel, nomeadamente a folha de enfermagem na sala operatória, folha de registo da UCPA e folha de registo da determinação do indicador da qualidade da anestesia na UCPA.

Considero que a elaboração de registos de enfermagem é um elemento fundamental para a prestação de cuidados, sua individualização, resultam de uma vigilância contínua ao doente, resultando numa prestação de cuidados seguros e de qualidade, com vista a assegurar e garantir uma continuidade dos cuidados e também para o desenvolvimento do trabalho de equipa multidisciplinar. Tal como refere Pereira (2005), a realização de registos é fundamental para a prestação, individualização e continuidade dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar. São eles que nos facultam proteção legal e através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçam a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Setz e D’Innocenzo (2009), acrescentam ainda que os mesmos devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente. São um instrumento de educação e um documento legal, já que são a comprovação escrita da prática de enfermagem e são um meio para avaliar a assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem.

Relativamente aos registos de enfermagem através do SAPE utilizando a linguagem CIPE, “um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais” (Cunha et al., 2010, p. 8, citando o Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), destaco os mesmos como ganhos para a enfermagem, devido à uniformização da linguagem utilizada por todos os enfermeiros e a visibilidade dada às intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem realizadas e aos ganhos em saúde sensíveis aos nossos cuidados.

Considero que a comunicação contínua entre profissionais e entre profissionais/doente é importante, uma vez que a transmissão de informação adequada, clara e precisa, quer verbal, quer escrita, é uma forma de garantir a continuidade dos cuidados, bem como a prevenção de eventos adversos, e conseqüentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, a comunicação “(...) é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens” (Morais, 2002:25).

No meu ponto de vista, o enfermeiro Especialista, tem funções importantes a nível da gestão dos recursos pois daí depende a gestão e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados no serviço e a satisfação do doente. Este aspeto, foi para mim importante, pois apreendi e concordei em pleno que para gerir é necessário ter perfil de liderança, o que nem sempre é fácil. Implica tomada de decisões, que deverão ser sempre com fundamento e conhecimento de causa.

Um outro aspeto que saliento nos serviços por onde prestei cuidados, foi a existência de normas/protocolos de procedimento relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas e a preocupação constante por parte da equipa na sua atualização. Penso que os mesmos são fundamentais e são uma ferramenta de extrema importância, uma vez que nos dão segurança na prestação de cuidados, permitem uma homogeneidade e uniformização dos procedimentos, são uma mais-valia e constituem uma parte integrante dos programas de garantia da qualidade e uma forma de desenvolver atividades interdependentes perante situações que exigem resposta imediata e segura, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Na perspetiva do Grupo de Trabalho das Urgências (2006, p.30), a existência de protocolos de atuação “um conjunto de recomendações orientadoras da atuação médica perante situações graves e/ou frequentes, promovendo a boa prática, a uniformização de critérios, a segurança na atuação e a existência de instrumentos de ensino reproduzível e objetivo”.

Sobre o olhar de Veiga e Henriques (2008, p.14), os protocolos são “(...) linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem e normalizar procedimentos que garantam as boas práticas”.

A nível do SU pude aplicar o protocolo da Ventilação Mecânica não invasiva (VMNI) e da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), em que neste ensino clínico, o contacto e ampliação de competências inerentes aos cuidados de enfermagem ao doente crítico sob VMNI) e VMI foram de primordial importância para o meu desempenho profissional enquanto aluna do mestrado, como processo de aprendizagem numa área que considero essencial e importante. Foi fundamental pois no meu dia-a-dia nem sempre tenho a oportunidade de cuidar de doentes com VMI e o fato de ter tido algum contacto com estes doentes na UMC permitiu-me aperfeiçoar, adquirir e pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, que foram e serão fulcrais para o desempenho da minha profissão. Ao contrário da VMI, a VMNI é uma prática que no meu dia-a-dia já estou mais “familiarizada”, no entanto a prestação de cuidados a doentes com VMNI na sala de emergência e na UMC também foi benéfica, pois possibilitou-me aperfeiçoar e melhorar alguns cuidados de enfermagem, mais concretamente em relação ao correto posicionamentos do doente e redução das fugas após a colocação da máscara, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados e uma melhoria significativa para o bem-estar do doente. Também me possibilitou o manuseamento com o aparelho *Respironics V60*, utilizado na VMNI, verificando muito bons resultados, compensando todo um quadro de descompensação dos doentes com dificuldade respiratória.

Na sala de emergência tive oportunidade de desenvolver competências no cuidar de doentes com instabilidade hemodinâmica bem como aplicar os protocolos que estavam instituídos sobre: doentes com AVC; doentes com Insuficiência respiratória, EAP, doentes com dor pré-cordial, EAM e ainda colaborei na colocação de dreno torácico e cateter central.

Concordando com Veiga e Henriques (2008), pude comprovar uma vez mais na minha prática que a existência e a implementação de normas ou protocolos na realização dos vários procedimentos num serviço têm várias vantagens: facilitam a tomada de decisão, minimizam a incerteza reduzindo a variabilidade de práticas, melhoram a qualidade dos cuidados, controlam o uso inadequado de recursos, diminuem o risco e promovem a prestação de cuidados com uniformidade, elevando a sua qualidade.

Dos documentos consultados, realço o manual de acolhimento à pessoa e à família a nível da UCI, cujo objetivo era sistematizar e uniformizar ações, atitudes e

comportamentos que os enfermeiros devem adotar, num momento tão significativo e doloroso para a pessoa como é a hospitalização.

Ainda no âmbito da melhoria dos cuidados, apliquei a nível da UCI a avaliação do risco de úlcera de pressão pela Escala de Braden, prática com a qual já estava familiarizada e que me permitiu inferir acerca do grau de risco apresentado pelo doente, adaptando os cuidados em caso de alteração do score. A este nível saliento a prática de cuidados no sentido da prevenção (alternância de decúbitos, alimentação e hidratação adequadas a cada situação, massagem e aplicação de creme hidratante). Outro aspeto a referir diz respeito à prevenção da infeção cruzada durante a prestação de cuidados, onde a este domínio foi importante reconhecer o meu papel como futura Enfermeira Especialista, que além de prestar cuidados gerais ao doente está alerta para a melhoria a diversos níveis, participando na implementação de projetos de âmbito organizacional, assim como na posterior monitorização, nomeadamente alertar para a importância de haver vários pontos estratégicos da lavagem e desinfeção das mãos.

No BO, um aspeto que saliento, é a existência de normas/protocolos de procedimento relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas e a preocupação constante por parte da equipa na sua atualização. Todos estes aspetos fazem parte dos projetos em curso para a melhoria da qualidade assistencial, realçando-se como áreas principais: avaliação e prevenção de úlceras de pressão; profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório (determinação do indicador de qualidade da anestesia); protocolo da dor no pós-operatório, protocolo sobre a anestesia: avaliação, tipo de anestesia e fármacos; protocolo da Via Aérea difícil (carro de Intubação difícil); protocolo do procedimento cirúrgico para as várias especialidades (tipo de material cirúrgico), protocolo do carro de emergência, protocolo da manobra *Sellick*, protocolo dos desfibriladores, protocolo da linha arterial, protocolo da alergia ao látex, protocolo da Hipertermia maligna, protocolo sobre os critérios de admissão e alta na UCPA, protocolo do controlo da glicémia no perioperatório e o protocolo do *Cell Saver*.

No âmbito da melhoria dos cuidados, apliquei e determinei o indicador da qualidade da anestesia a nível da UCPA, que consistiu na avaliação e registo da dor, náuseas, vômitos e zonas de pressão no pós-operatório, prática com a qual não estava familiarizada e que me permitiu refletir acerca do grau de risco apresentado pelo doente no pós-operatório.

A este nível saliento a prática de cuidados no sentido da prevenção e de uma vigilância contínua de complicações pós-operatórias, no sentido de detetar precocemente incidentes que pudessem estar relacionados com o ato anestésico ou cirúrgico.

Após conversas informais com as Enfermeiras orientadoras dos vários ensinamentos clínicos, um dos aspetos que considerei como oportunidade a desenvolver de encontro à melhoria e à necessidade das equipas de Enfermagem, para uma atuação segura e eficaz, foi a realização e apresentação das seguintes formações: no SU, eu e os meus colegas de estágio considerámos importante e pertinente a temática da VMNI, com o intuito de realizarmos uma ação de formação sobre “Boas Práticas na Abordagem ao Doente com VMNI” (Anexo I), que considero ter sido muito pertinente pela temática atual mas também pela metodologia utilizada neste trabalho. Foi apresentada no dia 18 de Julho de 2013 no HS. Outro aspeto que quero realçar foi a possibilidade que tive bem como os meus colegas de estágio, de realizarmos o curso sobre “Manuseamento da Via Aérea”, que nos foi proporcionado com grande esforço e dedicação pela Sr^a Enfermeira especialista Isilda, que mais uma vez lhe agradeço pela oportunidade que nos proporcionou e que foi bastante enriquecedora para o nosso ensino clínico bem como para o nosso desempenho profissional.

No BO, realizei a formação sobre a “Comunicação do Doente Cirúrgico do Serviço de Urgência Geral ao Bloco Operatório”, realçando para a realização de uma *check list* (anexo II). A escolha deste tema foi devido ao fato de como profissional de enfermagem e como futura enfermeira especialista, estava desperta e deparei-me com as dificuldades que os profissionais do BO tinham ao receberem os doentes vindo do SU do CHL, nomeadamente dificuldades em obter informações acerca dos cuidados pré-operatórios já efetuados ao doente crítico no SU, especificamente a nível do estado de consciência, manutenção da via aérea, ventilação, circulação, estado neurológico, exposição, administração de terapêutica, grau de dependência, antecedentes pessoais e alergias medicamentosas.

Concordando com o pensamento de Gomes (2010, p.5 citando Leite, 2006), espera-se que o Enfermeiro Especialista seja “um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade”.

Como atualmente exerço funções no SU desse hospital, o objetivo geral dessa formação consistiu não apenas adquirir competências acerca do doente cirúrgico, vindo do SU para o BO, mas também no sentido de poder ser o elo de ligação, dinamizador e com vista a sensibilizar os enfermeiros para a importância da transmissão de informação precisa, clara e objetiva acerca do doente cirúrgico, aquando da sua chegada ao BO, no sentido de haver uma mudança de atitudes e comportamentos dos profissionais face aos cuidados prestados no serviço de urgência, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e uma melhoria da continuidade de cuidados, sendo o principal beneficiário o doente.

Em ambas as formações, as apresentações tiveram a duração de trinta minutos, contou com a presença de cerca de quinze enfermeiros, que demonstraram elevado interesse pelos temas e respeito pelo trabalho no sentido da uniformização, continuidade e coesão das intervenções, considerando, através do *feedback* dos mesmos, os temas pertinentes para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e uma melhoria da transmissão de informação entre profissionais de saúde. Foram experiências gratificantes e considero que esses momentos constituíram aspetos bastante facilitadores de aprendizagem pois permitiu uma maior aproximação das equipas, assim como a partilha de ideias e experiências.

Apesar de tudo, considero que todas as equipas onde desenvolvi competências, cada uma delas com as suas características, são equipas dinâmicas e motivadas na construção do seu processo formativo, procurando otimizar a sua prestação de cuidados e competências, contribuindo para a prática com qualidade.

Finalizando o enfermeiro Especialista tem um papel primordial na atualização de conhecimentos, de forma a conseguir analisar, planear e definir estratégias de resolução, pôr em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa. O enfermeiro especialista é um elemento importante na equipa é o impulsionador da mudança, este deve ser uma “lufada de ar fresco”, cheia de conhecimentos, experiências e ideias novas, sendo um impulsionador da mudança crescimento e desenvolvimento de uma equipa. É um agente de mudança, é inovação. Como contributos para o futuro reforço a importância da partilha de práticas baseadas na experiência e nas evidências científicas, com ganhos efetivos para o doente.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Segundo Urden et al. (2008, p. 1265), a gestão de cuidados “é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar suportar e coordenar os cuidados ao doente através do continuum dos serviços de saúde.”

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de Enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados para os obter. Assim, a gestão é considerada um domínio da área de competência do enfermeiro que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

3.3.1. Atividades Desenvolvidas

As organizações são dotadas de meios que são variáveis de acordo com os objetivos e fins a que se destinam, quer sob a forma de produtos quer da prestação de serviços no ramo da saúde e em concreto na área da enfermagem, mais concretamente na prestação de cuidados de enfermagem. Sem recursos, as organizações não possuem meios para realizarem atividades de modo a alcançar os seus objetivos.

Assim, a gestão de cuidados, é parte integrante da organização de qualquer serviço, englobando os recursos humanos, materiais e financeiros, para que se possa alcançar os objetivos delineados pelo serviço, pois “gerir é essencialmente, fazer coisas através dos outros” (Apolinário, 2010, p. 3).

Compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados. No SU, na UCI e no BO esse papel foi desempenhado pelas Enfermeiras Chefes ou pelos enfermeiros especialistas, cumprindo o que emana a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 13) “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

Desta forma, no SU, UCI e BO a polivalência de funções é fundamental para a colaboração entre os pares da mesma equipa sendo a base da otimização dos cuidados, com maior rentabilidade ao nível da gestão destes e dos recursos humanos.

Na área da Enfermagem, a gestão de **recursos humanos**, na perspetiva de Assis (2010) citando Frederico e Leitão (2010), constitui a dotação e o cálculo do pessoal, o recrutamento e seleção, a integração, a formação e ainda a avaliação do desempenho. A dotação e o cálculo do pessoal em enfermagem referem-se às atividades realizadas com o intuito de estabelecer quantitativamente e qualitativamente a relação entre a equipa de enfermagem e os cuidados a serem prestados ao doente.

No SU verifiquei que a distribuição da equipa de enfermagem pelos vários sectores da Urgência era realizada pelo Enfermeiro coordenador que estava distribuído para o turno. A disposição dos enfermeiros tinha em consideração o equilíbrio da equipa nas várias áreas de atuação. Considero que esta metodologia tinha a vantagem de ser o coordenador a distribuir, bom conhecedor do desempenho de cada elemento nos vários sectores, no entanto, penso ser desvantajoso por muitas vezes se tentar aceder às preferências de cada profissional nas suas áreas de eleição. Como nos refere Sales (1998, p.9), “cada profissional tem um papel a desempenhar na prestação de cuidados de alta qualidade (...) como equipa (...) que não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes.”

O método de trabalho utilizado no SU pela equipa de enfermagem, era variável conforme a área de cuidados, mas o mais utilizado era o método de Enfermeiro responsável e de tarefa, já que era um serviço sectorizado e em que o próprio sistema informático (ALERT) induzia a responsabilização do doente.

Os enfermeiros que asseguravam a prestação de cuidados em sala de tratamento quer na área médica, cirúrgica ou sala de emergência, utilizavam uma metodologia de entreatajuda de forma a rentabilizarem da melhor maneira os recursos humanos existentes, mobilizando muitas vezes o elemento de apoio conforme a situação do Serviço ou quando a gravidade da situação exigia, salvaguardando, primeiro, e sempre, a pessoa que recorria ao SU. Neste sentido os autores, Vargas e Braga (2006, s.p.) referem que “com a afirmação da enfermagem como ciência, (...), a prática da profissão

deixa de ser mecânica, massificada e descontínua utilizando métodos de trabalho que favorecem a individualização e a continuidade da assistência de enfermagem (...).”

A nível da UCI, verifiquei que o planeamento dos recursos humanos era feito a partir de várias formas: n.º de horas necessárias aos cuidados obtidos pelo programa TISS 28, situação clínica dos doentes e sua necessidade de cuidados de enfermagem com base nas diretivas dos Recursos Humanos e Ordem dos enfermeiros, Ministério da saúde, dotações seguras e o cálculo de necessidades de enfermagem (rácio enfermeiro/doente uma enfermeira dois doentes no mínimo). A avaliação TISS 28 na UCI era feita no turno da noite e correspondia às últimas 24 horas de permanência na unidade e ainda quando o doente tinha alta ou falecia, tive oportunidade de preencher esta ferramenta uma vez, era prático e de fácil leitura. A gestão de recursos na UCI era diária, com a elaboração dos planos diários de trabalho, distribuindo os elementos de acordo com o tipo de doentes (utilizando como ajuda o programa TISS 28) e cuidados a prestar. No entanto, a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados era individual, durante o turno da manhã nos 7 dias da semana ficam 4 enfermeiros, sendo um deles, o enfermeiro de reforço, colaborando nos cuidados como elemento supra-numerário. Nos turnos da tarde e noite, a equipa de enfermagem dispõe de três elementos por turno, o responsável e coordenador de turno é o enfermeiro com mais experiência, saberes e competências na equipa ao nível da prestação de cuidados em UCI.

Relativamente ao BO, a gestão de recursos humanos estava a cargo da enfermeira Chefe e, na sua ausência pelas Enfermeiras Especialistas ou pelo Enfermeiro Coordenador do turno. Este último era responsável pela vigilância dos cuidados de enfermagem prestados durante o turno, bem como pela supervisão das atividades desenvolvidas pelos AO. Era a Enfermeira chefe que elaborava os planos semanais de trabalho. Um aspeto que saliento pela positiva a nível da equipa de BO é o fato da mesma ser constituída por enfermeiro com muita experiência, e pude verificar que existia uma preocupação de garantir uma certa estabilidade/harmonia na constituição das várias equipas de enfermagem durante os turnos, havendo um equilíbrio entre os elementos mais experientes na área de instrumentação de ortopedia e de cirurgia, assim como elementos com menos tempo de experiência em BO.

Relativamente à **gestão de materiais**, esta envolve um sistema que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamentos, e vai

desde a compra até à utilização, colocando os mesmos à disposição dos seus utilizadores em tempo útil e da forma mais económica. Os recursos materiais numa unidade de cuidados são as instalações, os equipamentos e os bens de consumo. Estes materiais são constituídos por produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, materiais designados de hotelaria, de consumo administrativo, de manutenção e conservação (Assis, 2010).

Em cada serviço, pude constatar que os recursos materiais eram diversificados, cada um com a sua especificidade, sendo uma mais-valia, para o bom funcionamento dos serviços bem como para a qualidade dos cuidados prestados.

Nos serviços onde realizei a minha prática, a gestão dos stocks estava a cargo das enfermeiras chefes. A reposição de material (consumíveis) e produtos farmacêuticos era feita pelo método de reposição por níveis, o que na minha opinião permite uma melhor gestão do material e liberta os Enfermeiros para a realização de outras funções. Esta reposição era da responsabilidade do serviço de aprovisionamento, das Enfermeiras chefes e da farmácia, por forma a manter os níveis previamente definidos pelos serviços. Durante os estágios tive a oportunidade de acompanhar este processo por forma a assegurar a manutenção do serviço, tendo em conta que os pedidos eram efetuados consoante o stock disponível e previsão dos gastos.

Ao desenvolver a minha prática clínica nos diferentes serviços, foi possível constatar que durante a prestação de cuidados globais, o Enfermeiro Especialista, mantinha o diálogo com todos os Enfermeiros dando-lhe sempre que possível reforço positivo e assessoria, tomava especial atenção à prestação de cuidados seguros e tenta maximizar a garantia da qualidade, certificando-se de que o doente/família são alvo dos cuidados que merecem.

Citando a OE (2006), a segurança e os cuidados seguros devem ser encarados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, em que o enfermeiro responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e no tratamento, orientando outro profissional mais bem colocado para responder ao problema, assegurando a continuidade dos cuidados.

Este foi o principal alvo da minha atenção ao longo destes estágios pois assenta na prática direcionada para os cuidados especializados, para a qual adquirir anteriormente conhecimentos teóricos tendo tido a oportunidade de experimentar, o que me enalteceu bastante enquanto futura Enfermeira Especialista. Este tipo de atuação permitiu um processo de melhoria contínua com satisfação dos profissionais e dos doentes cuidados por estes, dando melhor visão da organização. Em colaboração com o Enfermeiro Coordenador no papel de responsável pelo turno, pude identificar que este assumia uma liderança e participativa, em que cada elemento prestava cuidados de forma livre e responsável pelas suas decisões e ações, funcionando como condutor do grupo na direção da prestação de cuidados seguros, de qualidade e de acordo com as prioridades, tornando-se assessor a nível de conhecimentos e de mobilização de recursos, na interligação e negociação com a restante equipa interdisciplinar e registo de ocorrências, tendo em conta os objetivos de cada serviço. Assim, posso referir que a coordenação dos serviços constituiu um desafio único e foi imprescindível para dar uma resposta efetiva e com qualidade aos doentes que recorrem diariamente aos serviços por onde prestei cuidados. A experiência no acompanhamento das enfermeiras orientadoras no papel de coordenação foi de primordial importância para o cumprimento das atividades a que me propus nesta área / objeto de aprendizagem, bem como para o meu desenvolvimento profissional como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Desta forma, posso referir que uma utilização e gestão adequadas dos recursos humanos, com uma prestação de cuidados em sintonia com este tipo de atitude, é vital no funcionamento e na dinâmica da equipa multidisciplinar, que impõe um grau de satisfação elevado que se reflete nos cuidados de excelência que foram prestados ao nível do SU, UCI e BO.

Assim, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco, o que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, a segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro, e isto associado a um conjunto de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra estruturas

necessárias para o garantir. Logo, os cuidados prestados às pessoas requerem segurança e inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco (OE, 2006).

Citando Fragata (2009, p.75), a gestão do Risco é “um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, conseqüentemente a qualidade da prestação de cuidados de saúde ... das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos”.

Nesta linha de pensamento, considero que a segurança do doente e do pessoal é primordial num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade. Assim, a segurança está ligada à qualidade, uma vez que não existe qualidade sem segurança. “A Segurança do doente apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde” (Fernandes e Queirós, 2011, p. 38).

Por outro lado, Grigoletto et al. (2011), acrescenta que a segurança do doente consiste na redução e/ ou atenuação de atos considerados inseguros, ligados ao sistema de assistência à saúde, bem como ao emprego das melhores práticas, no intuito de obter os resultados esperados.

Pude verificar que as intervenções de enfermagem ao doente crítico e família, basearam-se nos fatores do cuidar da teoria de Watson, onde este dá bastante importância ao cuidar na perspetiva holística e humanista, tendo em conta um pensamento crítico com a filosofia e a ciência do cuidar. Este cuidar de Watson está dirigido para a ação no doente, ambiente, saúde e enfermagem.

“Jean Watson diz que a enfermagem está voltada para os cuidados que derivam da perspetiva humanista combinados com a base de conhecimentos científicos... o profissional de enfermagem desenvolva filosofias humanistas, sistemas de valores ... adquira amplo conhecimento ... desenvolver pensamento crítico ... na promoção da saúde do que na cura da doença” (Oliveira et al., 2007, p. 132).

Neste processo foi importante perceber que o Enfermeiro Especialista tem um papel primordial na deteção de situações adversas, procurando atualizar conhecimentos de forma a conseguir analisar, planear, definir estratégias de resolução, por em prática,

motivar e avaliar junto da restante equipa. Reforço a importância da partilha das práticas baseadas na experiência com ganhos efetivos por parte do doente.

No funcionamento das várias equipas por onde prestei cuidados, foram vitais e essenciais a coesão e o espírito de equipa entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, numa atitude de respeito, consideração e apreço por cada um dos seus elementos.

Nesta linha de pensamento, considero que a relação interpessoal exige prudência, responsabilidade, solidariedade, lealdade para com os colegas e com a profissão. Tal como refere o Código Deontológico (OE, 2003, p. 121), nos artigos 90º, intitulado “Dos deveres para com a profissão”, e 91º,

“Dos deveres para com outras profissões”, “o enfermeiro assume o dever de proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas e outros profissionais (...) reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um (...) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2003, p. 113)

Ao longo de todo o processo de aprendizagem, aliei os conhecimentos teóricos à situação real dos serviços, com as suas características e onde predomina a especificidade, adquirindo e desenvolvendo competências na área da gestão de cuidados, tendo sido favorável o fato de ter colaborado com a equipa na prestação direta de cuidados globais à pessoa em situação crítica.

3.4. DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Segundo Vieira (2009), ser enfermeiro consiste em dirigir o processo de pensamento para objetivos concretos, não raras vezes em situações complexas e em que a celeridade é imperativa e o erro incomportável. Com a crescente complexidade de técnicas no campo da saúde e dos cuidados, o dever de decidir envolve um esforço do profissional cada vez maior, sendo a construção de um corpo de conhecimentos a base para a prática como algo vital para a evolução da enfermagem enquanto profissão autónoma.

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações, onde cada pessoa se torna única e indivisível num momento único de cuidado. Com o avanço tecnológico ocorrem mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, onde fazem emergir novas lógicas empresariais, em que se procura valorizar o ser humano nas organizações a par do desenvolvimento tecnológico. Assim, o processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, isto é, no desenvolvimento de competências (Serrano et al., 2011).

Neste sentido, espera-se que o Enfermeiro Especialista seja “um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade” (Gomes, 2010, p.5 citando Leite, 2006).

3.4.1. Atividades Desenvolvidas

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos, pude comprovar que os enfermeiros do SU, UCI e do BO tinham como finalidade, durante a prestação de cuidados, o desenvolvimento das suas competências, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados que prestavam aos doentes. Também os considero peritos no cuidar da pessoa em situação crítica, pois como refere Benner (2001, p.58), o enfermeiro perito é aquele que:

“... já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

A observação e atuação conjunta com as várias equipas multidisciplinares nos cuidados prestados aos doentes de acordo com a sua patologia e necessidades individuais, bem como as restantes atividades desenvolvidas, foram uma realidade com bastante impacto e relevância ao nível do desenvolvimento de competências nestes estágios. A observação de novas metodologias de trabalho e técnicas desenvolvidas em atuação conjunta e direta com as equipas, foram elementos favoráveis à minha integração na dinâmica dos serviços e nos vários cuidados prestados nessas realidades, perante a pessoa em estado crítico.

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” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p.8656)

A identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, quer no SU, na UCI e no BO, de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista, foi uma realidade. A observação, colaboração e participação nas intervenções diárias dos Enfermeiros tutores no cuidar sistematizado e de qualidade de acordo com as necessidades mais prementes do doente, foram a forma de concretizar esta atividade. De salientar ainda que, promovi a prestação de cuidados como elo integrante das equipas utilizando uma atitude de respeito pelos limites e âmbitos de intervenção.

Em relação à atitude das equipas de enfermagem, verifiquei uma preocupação de todos os elementos na prestação de cuidados de qualidade, onde não são descurados aspetos fundamentais na relação do cuidar, nomeadamente na comunicação assertiva, no respeito e privacidade; na execução dos vários procedimentos mantendo técnica asséptica ou técnica asséptica cirúrgica de acordo com o posto de trabalho. Considero que todas as equipas que integrei foram equipas dinâmicas e motivadas, apesar do ambiente por vezes “fechado” e de *stress* inerente e característico de cada serviço.

A este nível é importante não descurar o facto de, apesar do ambiente dos serviços por onde prestei cuidados serem todos diferentes, cada um com as suas especificidades, sendo uns mais “controlados” do que outros, adaptando-se os cuidados à complexidade das situações, considero que a comunicação contínua entre profissionais e entre profissionais/doente, assim como o trabalho em equipa multidisciplinar foram uma constante na prevenção de eventos adversos e consequentemente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, pude refletir que na enfermagem, a comunicação assume particular importância, pois impulsiona a interação e o contacto entre o enfermeiro/doente e permite a cooperação entre todos os elementos da equipa de saúde.

Sobre o olhar de Pontes et al. (2008, p. 313), a comunicação é “um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o

paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas”.

Nesta linha de pensamento e na minha opinião, a comunicação entre as equipas pluriprofissionais é quase sempre processada de forma efetiva. Nas várias equipas de enfermagem foi notório esse facto, pois a comunicação não-verbal, ou seja, os registos de evolução e a comunicação verbal, utilizada na passagem de turno, foram realizadas de forma uniforme por todos os enfermeiros, garantindo assim a continuidade dos cuidados e por sua vez garantem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Do ponto de vista de Rodriguez et al. (2013), a equipe de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados ao doente e pela continuidade dos cuidados. Na tentativa de assegurar a prestação desses cuidados, utiliza-se a passagem de turno por ser uma atividade comunicativa e de rotina indispensável e inerente ao cotidiano de trabalho, e permite organizar e planear as intervenções de enfermagem. Neste sentido e concordando com os autores referidos anteriormente, a comunicação é o processo essencial que envolve a troca e a compreensão de informações. Na enfermagem esta ferramenta é valorizada entre os profissionais, visto que favorece a gestão do cuidado garantindo assim a sua eficiência e eficácia. Nas passagens de turno utiliza-se a comunicação para assegurar a transmissão de informações referentes ao trabalho executado, para transmitir, receber e delegar atribuições entre cada equipa, atividade esta que envolve a interação entre profissionais. Este procedimento garante a identificação dos problemas e das necessidades para posterior análise situacional, o que permitirá uma reorganização no planeamento dos cuidados.

Neste sentido, durante a minha atuação em ensino clínico, procurei transmitir junto da equipa multiprofissional, informação adequada, utilizando linguagem científica de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Um dos aspetos que enalteço relativamente à prestação de cuidados nos serviços foi a integração nas equipas multidisciplinares, sendo fundamental o respeito mútuo. Assim, comecei por observar a dinâmica das equipas multidisciplinares mantendo sempre atitudes e comportamentos assertivos, colaborando com as mesmas. Também procurei adquirir e partilhar conhecimentos e opiniões com todas as equipas e mostrar disponibilidade, interagindo com as mesmas.

O receio e a ansiedade sentidos inicialmente com a realização dos vários ensinamentos clínicos, por se tratar de uma experiência nova, inovadora e pelo desconhecimento dos serviços, mais concretamente em relação à UCI e BO, foram facilmente ultrapassados pela disponibilidade por parte das equipas de enfermagem, médica e de AO, mas também pelo empenho, motivação e ambição de contactar com novas realidades. Procurei ainda que estes estágios fossem um momento de partilha de conhecimentos e práticas com o objetivo de enriquecimento mútuo, sendo importante o facto de refletir com as equipas acerca dos cuidados prestados.

O contacto e articulação com profissionais de saúde de diferentes áreas, indispensável à prestação de cuidados de saúde globais, foram também fatores facilitadores da integração pela partilha de experiências e enriquecimento ao nível de conhecimentos nas diversas áreas. Os protocolos existentes relativos às intervenções de enfermagem nas diversas situações, o sistema informático de prescrições médicas e de registos sistematizados e atualizados foram também um fator promotor da integração e da aprendizagem na medida em que conferem alguma autonomia e são uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nas diferentes áreas de atuação, tentei mostrar disponibilidade para partilhar conhecimentos e vivências / experiências com a equipa. Sinto que atuei de forma organizada e considero ter aplicado corretamente os protocolos/ normas instituídos nos serviços na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A partilha no seio das equipas de enfermagem foi fundamental para um crescimento harmonioso, quer pessoal e/ou profissional, mas este não se desenvolve só em resposta a pensamentos reflexivos e críticos baseados em fatos, mas também na experiência que provém do contacto com o ambiente de trabalho que nos rodeia. Foi importante esta partilha porque cada um carrega consigo uma existência distinta, uma história própria, contribuindo com saberes e experiências diferentes.

Assim a partilha de experiências, a apreensão de novos conhecimentos e a permuta de saberes, foi um suporte fundamental para aperfeiçoar competências ao longo dos ensinamentos clínicos. A reflexão sobre situações decorrentes da prática de cuidados foi alimentada pelo conhecimento científico e pelo saber profissional, ou seja, da prática baseada na evidência.

Nos momentos de comunhão com os pares, constatei que vivenciamos os mesmos problemas ao cuidar da pessoa em situação crítica e que não existem “poções mágicas” para os resolver, quer estejamos num SU, UCI e BO de um hospital distrital ou Central. Mas sem dúvida, que na nossa prática diária é essencial mudar a nossa habitual atitude conformista que diz “é possível...mas é difícil”, num sentimento de esperança na mudança que afirma “é difícil...mas é possível”.

3.5. DOMINIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS Á PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No exercício da prática clínica, no SU, UCI e BO, os enfermeiros são confrontados com situações complexas, por vezes imprevisíveis impondo-se um nível diferenciado de resposta. Estes profissionais são elementos essenciais na abordagem aos doentes em estado crítico, com falência orgânica, iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, tendo como objetivo principal suportar e recuperar estas funções, de modo a criar condições para tratar a doença, proporcionando uma vida com qualidade.

Neste sentido, estes serviços mobilizam recursos humanos e tecnológicos de elevada complexidade, são exigidos aos profissionais de enfermagem saberes e competências especializadas, organizadas e sustentadas que permitam prestar cuidados de qualidade ao doente em estado crítico.

Neste contexto, segundo a OE (2009), o enfermeiro especialista deve possuir competências adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, tendo em conta o seu ciclo de vida. As intervenções à pessoa em situação crítica devem ser dirigidas com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

3.5.1. Atividades Desenvolvidas

Cuidar num SU, UCI e BO é para os enfermeiros um grande desafio. Os seus conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais devem ser diversificados, pois cuidam de doentes de todas as idades e com as mais diversas patologias. Em situações de emergência e urgência, o enfermeiro toma um papel interventivo e primordial,

necessitando por vezes de tomar decisões rápidas, baseadas nesses conhecimentos, que têm de ser aplicados em escassos minutos ou mesmo segundos.

Considero que os enfermeiros que trabalham num SU, UCI e BO têm que ter conhecimentos sólidos e abrangentes sobre o cuidar do doente em estado crítico. Este foi para mim um desafio, bem como uma oportunidade para cimentar e/ou adquirir competências técnicas e científicas ao longo dos vários ensinamentos clínicos.

Na minha opinião, se existem serviços, onde a prestação de cuidados de enfermagem é complexa, diversificada desafiadora e onde os enfermeiros se deparam, com as mais diversificadas reações do doente e da família ao processo de doença, o mais característico é o SU. Ser enfermeiro na Urgência é um desafio muito grande, este depara-se com vários cenários, várias situações que podem em muitos casos implicar uma abordagem rápida, esta inserida num ambiente cheio de emoções, sentimentos e incertezas tanto para o doente como para a família, cujo futuro depende, não só mas também dos cuidados de enfermagem prestados.

Para Sheehy (2004), a enfermagem de urgência existe desde a época da Florence Nightingale e segundo a autora, a enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Nesta perspetiva, os cuidados de enfermagem do SU, podem ser considerados episódicos, elementares e geralmente agudos.

A capacidade de uma vigilância constante, a antecipação de problemas, a perceção da subjetividade das queixas ou comportamentos dos doentes, o conhecimento da necessidade de intervenções precoces que previnam instalação ou agravamento de algumas situações clínicas, nomeadamente no controlo da dor e da ansiedade dos doentes e a necessidade de uma perfeita interligação profissional entre as várias equipas, foram a grande evidência na aprendizagem dos cuidados especializados neste contexto do doente crítico, tendo sido esta meta que defini ao longo dos vários ensinamentos clínicos, e foi através desta que vivenciei novas experiências e adquiri competências diferentes em cada um dos ensinamentos clínicos.

A nível do SU, quero realçar a importância que o enfermeiro adquire neste contexto, sendo o profissional de saúde que mais precocemente identifica qualquer alteração na condição do doente, quer física, quer emocional, logo considero que ele é o elemento fundamental numa equipa do SU. Na minha perspectiva, o enfermeiro deve trabalhar em equipa, adquirir, desenvolver e aplicar competências cognitivas, técnicas, e relacionais, no sentido de conferir uma nova e melhor visibilidade aos cuidados de enfermagem na urgência, o que vai de encontro ao que refere Urden et al. (2008), quando afirma que o enfermeiro tem que ser capaz de prestar cuidados de qualidade com maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando as abordagens psicossociais e holísticas, ao tempo e à situação do doente. Assim, o papel do enfermeiro consiste na elevada capacidade de interpretar muitos sinais e sintomas de gravidade que os doentes vão mostrando antecipadamente (estado geral, padrão respiratório, nível de consciência, comunicação, subjetividade das queixas dolorosas), definindo prioridades de intervenção.

Nesta linha de pensamento, concordo com Sheehy (2004, p.3), quando afirma que “ a prática de enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção de âmbito geral e especializadas”.

Este fato pude comprovar ao participar no sistema de triagem de Manchester, onde refleti sobre os conhecimentos, competências e responsabilidades do enfermeiro responsável pela triagem. É essencial avaliar o estado do doente, colher dados objetivos e estabelecer prioridades quanto ao atendimento a efetuar de acordo com a Triagem. O enfermeiro deverá ter boa capacidade de comunicação, de interpretação, de decisão, de liderança e ser objetivo. Efetuar o processo de triagem implica muita responsabilidade, conhecimentos e discernimento de raciocínio, para além das competências já referidas. Para além disso, o enfermeiro da triagem é quem habitualmente faz a gestão dos acompanhantes, decidindo mediante as necessidades do doente a efetivação do acompanhamento, uma vez que segundo a Lei nº 33/2009, todo o doente tem direito a acompanhamento, o que implica por parte do enfermeiro capacidade de negociação, devendo considerar sempre os direitos da pessoa.

Relativamente às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na triagem, na perspectiva de Acosta et al. (2012, p. 188), “o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento, que correspondem desde o

conhecimento administrativo e clínico e olhar usuário, até as habilidades de intuição e comunicação”.

No meu ponto de vista, o facto de na triagem ser feito o encaminhamento para as respetivas especialidades, traduz-se numa boa capacidade organizacional. Os doentes são agrupados nas salas por prioridades clínicas, o que considero também muito positivo, uma vez que é importante que não permanecessem doentes nos corredores, como forma de garantir a sua privacidade, uma maior assistência, conforto, segurança e assegura uma maior vigilância ao doente crítico.

Apesar da elevada complexidade de situações no SU, as intervenções autónomas de enfermagem, são ações constantes, muito valorizadas, revestidas de iniciativa e responsabilidade. Estas intervenções têm como objetivo fundamental a resolução e prevenção de complicações inerentes ao estado de saúde do doente, nomeadamente aquando da sua chegada à sala de emergência (SE), que geralmente são situações que comprometem a vida e o estado hemodinâmico do doente, nomeadamente doentes triados de vermelho (emergente) e laranja (muito urgente) do foro médico ou cirúrgico podendo acontecer ocasionalmente que, doentes triados de cor amarela (urgente) e cor verde (pouco urgente), possam apresentar agravamento do seu estado geral, com compromisso hemodinâmico, com critérios para entrarem na sala de emergência.

Do ponto de vista de Ferreira et al. (2008), a SE é uma zona vital do SU, já que obriga à existência de equipas bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se transformem em vidas recuperadas para a sociedade.

Neste sentido, considero que são as situações imprevisíveis que tão bem caracterizam os SU. É a essa imprevisibilidade, que também, deveremos estar atentos, mais ainda como Enf.^a Especialista, aos sinais de alerta prevendo e prevenindo situações de colapso e de risco que possam comprometer a vida da pessoa.

Como refere Sheehy (2004), a sala de emergência possui características únicas, por ser um lugar estruturado onde existe a possibilidade de praticar, desenvolver perícia e treino

face à pessoa em situação crítica, em que o enfermeiro experiente avalia e reconhece de imediato estados em risco de vida e inicia as intervenções terapêuticas adequadas.

Assim, a avaliação e identificação do risco de vida iminente e a atuação imediata do enfermeiro perante esta situação trouxe-me o discernimento necessário para iniciar a atuação, assim como a manutenção de um estado calmo que me permitiu raciocinar, de modo a poder atuar de forma eficaz, com segurança e com sucesso.

Concordando com Santiago et al. (2009, p.5015) é

“o enfermeiro que continua a ser responsável pelo bem-estar do paciente ... a vigilância, o empenho e a perícia do enfermeiro bem preparado são essenciais à sobrevivência do paciente, e um cuidado competente e impregnado de afeto é necessário para manter o ser humano, na integridade de sua pessoa”.

No meu ponto de vista, a manutenção da sala de emergência exige grande esforço por parte do enfermeiro que aqui se encontra distribuído, pois este deve para além da prestação de cuidados, manter a sala operacional. A sala de emergência era uma sala ampla com capacidade para receber e cuidar de três doentes em estado crítico em simultâneo, o que considero ser um bom princípio, tal como na perspetiva de Massada (2002) que refere que numa sala de emergência tem de haver condições necessárias e fundamentais para receber e cuidar de vários doentes em estado crítico em simultâneo. A sala era constituída por três unidades devidamente individualizadas com todo o material e equipamento necessários e disponíveis permanentemente (carro de emergência, monitores, seringas infusoras, ventiladores, desfibrilhador, terapêutica de emergência, consumíveis, rampas de oxigénio, de ar comprimido e vácuo, entre outros). Face a isto, a eficácia da sala de emergência depende da correta manutenção e operacionalidade da mesma. A manutenção da operacionalidade desta sala, para além da sua reposição no início do turno era feita com o auxílio de uma *check list*, e passava também pela reposição do carro de emergência após a sua utilização ou sempre que não se encontre devidamente selado. Atividade esta que pude realizar e refletir acerca da importância da mesma, pois a sua manutenção vai permitir e garantir uma atuação rápida, eficaz e com qualidade de toda a equipa.

Durante o estágio no SU, foi-me possibilitado prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico na sua globalidade de acordo com as prioridades, problemáticas

identificadas integrando a equipa e respeitando o código ético e deontológico da profissão. Na receção do doente realizei a avaliação primária segundo a mnemónica do ABCDE (A-Via Aérea; B-Respiração; C- Circulação; D-Disfunção Neurológica; E-Exposição) e a avaliação secundária FGHI (F-avaliação de todos os sinais vitais/intervenções focalizadas/presença da família; G-proporcionar medidas de conforto, H-história e avaliação cabeça-pés; I-inspeção de superfícies posteriores), dando continuidade aos cuidados do doente, assegurando as suas funções vitais, através da monitorização e vigilância contínua dos sinais vitais, estabilização e execução de procedimentos necessários ao seu tratamento, identificando focos de instabilidade e prioridades de atuação. Sempre que intervi, fi-lo de forma fundamentada, tendo recorrido sempre que considerei necessário ao questionamento, validação e discussão com a enfermeira orientadora.

Na sala de Emergência tive oportunidade de contactar, desenvolver e ampliar competências no cuidar do doente em estado crítico nomeadamente: doentes sob VMNI) e VMI, AVC, EAP, EAM, Sepsis e ainda colaborei na colocação de dreno torácico e cateter central. No sentido de assegurar e manter uma continuidade de cuidados, através de uma vigilância continua ao doente, preparei e efetivei o acompanhamento dos doentes, no transporte intra hospitalar, na realização de exames complementares de diagnóstico bem como para os serviços de internamento.

Na UCI, deparei-me com um local de concentração elevada de doentes, com elevado grau de complexidade, com falência multiorgânica, que se encontravam sujeitos a mudanças súbitas no seu estado geral, que predisponham ao aumento de ocorrência de situações de emergência, aliada à existência de elevada complexidade tecnológica, num ambiente fechado, acompanhado de ruído inerente aos equipamentos, exigência física, mental e contacto regular com a iminência da morte, deparando-se assim, os profissionais com situações frequentes de *stress* e complexidade de situações (Leite e Vila, 2005).

As Unidades de Cuidados Intensivos “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p 6). Ser enfermeiro em cuidados intensivos é um desafio muito grande, este encontra-se 24 h com um doente em estado crítico, cujo futuro depende, não só mas também dos

cuidados de enfermagem prestados. Para Silva e Lage (2010, p. 7) ser enfermeiro em Cuidados Intensivos é

“(…) uma conquista a cada minuto; uma descoberta contínua alimentada pela perspicácia que se tem e que se aprende; um ambiente que atordoia familiares e doentes ... no meio de tantos fios e cabos e tecnologia; um sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação, na orientação espaço-temporal de alguém que acorda de um sono/pesadelo; um sentimento de derrota quando sentimos a pessoa “fugir” de cada cuidado, de cada fármaco, de cada intervenção; ter muito conhecimento e estar sempre atualizada para manter a excelência dos cuidados que presta, no saber-ser/estar, saber-fazer e no saber-saber!”.

Por conseguinte, pude verificar que o trabalho na UCI era complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, prestar cuidados a doentes com alterações hemodinâmicas importantes, às quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo útil. Desta forma, considero que o sucesso da UCI depende em muito do papel do enfermeiro, onde este monitoriza, identifica potenciais problemas e atua rapidamente na sua resolução, através da observação atenta do estado do doente. Administra terapêuticas e intervém para prevenir e/ou corrigir situações que podem ameaçar a vida. Neste sentido e sobre o olhar de Gomes (1988) citado por Vargas e Braga (2006, s/p), estes afirmam que o enfermeiro que atua nas unidades de cuidados intensivos necessita de ter “conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, ... diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente”.

Urden et al. (2008, p.6), acrescentam ainda que o Enfermeiro das UCI “tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas ... à situação do doente”. Neste sentido, a diversidade, periodicidade e complexidade de métodos de avaliação de parâmetros num doente em UCI, assim como a dinâmica das intervenções a desenvolver evocam energia, desafio e oportunidades de realização, no sentido de permitir o desenvolvimento de competências adequadas a este tipo de cuidados. O percurso do estágio foi gradual com a preocupação constante do que representa ser Enfermeira Especialista no cuidar da pessoa/família em estado crítico.

No estágio tive oportunidade de cuidar de doentes críticos na sua globalidade, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, desde a preparação da unidade, receção do doente, avaliação primária e secundária, monitorização e vigilância contínua de parâmetros vitais, assim como a elaboração dos respetivos registos, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da monitorização invasiva, o que vai de encontro ao que Monahan (2007) refere que a avaliação do doente com monitorização invasiva deve ser rigorosa, organizada e individualizada, para que sejam evidentes pequenas alterações ou desvios de dados. Prestei cuidados a doentes maioritariamente do foro respiratório, renal, toxicológico e cirúrgico geral, assegurando uma vigilância contínua ao doente, até mesmo durante o transporte intra hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para o bloco operatório.

Durante o ensino clínico verifiquei que os doentes internados na UCI, necessitavam maioritariamente de apoio ventilatório, sendo definido por Marcelino (2008, p.64) como, “todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar”, pelo menos numa fase inicial do tratamento do doente na UCI. A minha experiência com doentes ventilados é bastante reduzida pois no serviço onde trabalho, após a entubação, os doentes são conectados a um ventilador portátil e é feita a transferência o mais precoce possível para uma unidade de cuidados intensivos ou para Hospitais mais diferenciados. Assim, foi importante contactar com os diferentes ventiladores, com novos modos ventilatórios, instituído de acordo com a situação clínica, assim como, estar atenta às mudanças de modos, à avaliação das necessidades do doente e à sua adaptação, detetando e interpretando sinais de instabilidade do doente, e colaborando nas intervenções interdependentes na manutenção dos modos que permitem a extubação precoce. Ao detetar instabilidade no doente, realizei a colheita de sangue para a realização de gasometria que consistiu no controle da concentração dos gases no sangue, da ventilação e do equilíbrio ácido-base. Constatei a periodicidade diária da colheita dada a sua importância na vigilância e na deteção atempada, rápida e eficaz das alterações hemodinâmicas prevenindo assim o surgimento de complicações. Assim pude concluir, que a utilização dos ventiladores continuam a ser uma realidade no nosso dia-a-dia, que se verifica ser adequada para a ventilação invasiva da pessoa em estado crítico, permitindo a respiração ao indivíduo

que presentemente não a consegue efetuar, devido à sua doença grave (Marcelino, 2008).

Aliada à ventilação invasiva está a aspiração de secreções e a este nível tive a oportunidade de contactar com sondas de circuitos fechado (aspiração subglótica), enquanto método de eleição em situações de maior instabilidade uma vez que, previne alterações fisiológicas decorrentes da aspiração (diminuição da saturação periférica de oxigénio), promovendo menor incidência de pneumonias e consequentemente menores custos.

Souza e Santana (2012, p.1) referem que “estudos têm demonstrado que a aspiração das secreções subglóticas por lúmen dorsal de sucção acima do *cuff* do tubo orotraqueal retarda e reduz a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica”.

Pude refletir que o fator humano do cuidado de enfermagem, é um dos aspetos mais difíceis de ser implementado, uma vez que a rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UCI faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. Pude verificar que apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar a realizar no sentido de humanizar o cuidado na UCI, esta é uma tarefa difícil, pois causa atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UCI não possibilita momentos de reflexão para que os profissionais possam orientar-se melhor, no entanto pude contactar que todos os profissionais na unidade prestavam cuidados no sentido de viabilizarem a humanização em detrimento da visão mecânica e biologicista que impera nos centros de alta tecnologia como no caso das UCI.

Sobre o olhar de Corbani et al. (2009), a humanização na enfermagem é falar do seu instrumento de trabalho: o cuidado, que caracteriza-se como uma relação de ajuda cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada. Assim, cuidar é utilizar a própria humanidade para assistir o outro, como um ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente e com o seu espírito, dotados de dignidade, a serem cuidados na totalidade. Logo, o cuidado consiste numa relação inter-humana.

Durante o estágio em BO, pude refletir de forma contínua que o papel do Enfermeiro perioperatório consiste num conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

Ser enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress. Mas, o “saber” e o “saber-fazer”, também têm que estar presentes nas competências do enfermeiro perioperatório. O enfermeiro deverá possuir capacidades cognitivas ou conceptuais e capacidades técnicas ou instrumentais. A competência do bloco operatório representa o conjunto dos conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (AESOP, 2006).

Destas atividades do cuidar posso enumerar as que se relacionam com a segurança e a prevenção de infeção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação nos posicionamentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis através de resultados, e estão relacionadas com a tomada de decisão. As que se relacionam com a relação de ajuda, nomeadamente: a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta, a assertividade, a unicidade do doente, o encorajamento, a “advocacia”, a motivação e o estímulo, entre outros, embora não sejam observáveis nem mensuráveis no imediato, refletem-se no cuidar do doente, na forma como são ajudados a ultrapassar a situação de crise que vivenciam e na satisfação e reconforto que verbalizam pelos cuidados prestados. Tal como refere Weidenback (1964) citado por Oliveira et al. (2007), o processo de ajuda acompanha as necessidades do corpo através da arte do cuidar individualizado.

Assim, as funções do Enfermeiro perioperatório e aquelas que desenvolvi foram: Enfermeira de anestesia; circulante, instrumentista e Enfermeira de UCPA, que embora distintas são complementares.

Tendo em conta a especificidade do BO, saliento para a oportunidade que tive na colaboração, participação e responsabilização progressiva nos cuidados de enfermagem

a prestar ao doente na UCPA. A UCPA consiste num local onde o doente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes por parte da equipa de enfermagem, até atingir a recuperação da consciência, estabilidade hemodinâmica e prevenção de complicações que possam resultar do período pós-anestésico (Peniche e Leite, 2007).

Nesta perspetiva, considero que a UCPA é um espaço fundamental dentro de um bloco operatório, uma vez que tem como finalidade vigiar o restabelecimento hemodinâmico do doente e evitar ou corrigir o aparecimento de complicações no período pós-operatório. Pude constatar que era uma unidade com elevada atividade e pressão constante, devido ao elevado número de doentes que permaneciam por curtos períodos de tempo, mas também pelo alto padrão de qualidade de cuidados que se prestavam. Os enfermeiros que aí desempenham funções devem ser capazes de responder com rapidez, eficácia em todas as circunstâncias e perante situações de emergência. Ou seja, devem possuir competências específicas na área da enfermagem perioperatória, nomeadamente: “conhecer os procedimentos cirúrgicos; conhecer as técnicas e agentes anestésicos; conhecer as complicações e incidentes anestésico-cirúrgicos possíveis; ter boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões e calma na actuação, capacidade de adaptação a novas situações” (AESOP, 2006, p. 159).

“Na UCPA é indispensável a presença de uma equipa de enfermagem ... com conhecimentos técnicos e científicos, grande capacidade de observação e apreciação, atuação rápida, calma e segura para prestar cuidados de forma personalizada, considerando o doente de forma holística” (Laceiras, 2004, p. 21).

De facto, pude verificar que a prioridade dos cuidados ao doente na UCPA centravam-se na sua segurança, conforto e bem-estar do doente, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Tal como refere Cristóforo e Carvalho (2009), o bem-estar do doente deve constituir o principal objetivo dos profissionais que assistem o doente cirúrgico, pois podem apresentar um alto nível de *stress*, bem como desenvolver sentimentos que podem atuar negativamente em seu estado emocional. Esta afirmação vai de encontro á teoria de Rogers que considera o doente de forma global, chamando-lhe “homem unitário”. O mesmo afirma que o profissional de enfermagem interage com o doente e ajuda a alcançar o máximo bem-estar. (Oliveira et al., 2007).

Ao longo do ensino clínico no bloco operatório, pude constatar que uma das prioridades da atuação dos enfermeiros estava relacionada com a segurança do doente e cabe aos enfermeiros, através dos seus conhecimentos e competências ajudar os doentes e a manter a segurança dos mesmos. De referir que a segurança do doente na sala operatória, foi sempre assegurada, através do correto posicionamento do doente na mesa cirúrgica, com cintas de contenção, a fim de evitar as quedas e manter o correto posicionamento; a utilização de almofadas de gel e de rodilhas para prevenção de úlceras de pressão, como também uma vigilância contínua ao doente através da avaliação dos seus parâmetros vitais.

Citando Grigoletto et al. (2011, p. 348) a segurança do doente “tem como definição, a redução e/ ou atenuação de atos considerados inseguros, atrelados ao sistema de assistência à saúde, bem como ao emprego das melhores práticas, no intuito de obter os resultados esperados”.

Assim, relativamente à prestação de cuidados diretos ao doente na UCPA, as experiências foram muitas e variadas em diferentes especialidades e patologias. Tive a oportunidade de desenvolver competências técnicas e científicas em várias áreas, tais como: na avaliação crítica permanente no pós-operatório dos doentes; na antecipação e prevenção de possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas e atuação imediata, com elevada competência quando estas complicações surgiram. De acordo com os problemas reais ou potenciais de cada doente, realizei as seguintes intervenções de enfermagem: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função respiratória, cardio-circulatória, renal e equilíbrio hidro-electrolítico; vigilância e deteção precoce de alterações ao nível do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor através da administração de terapêutica específica no BO, por via epidural e endovenosa; promoção e manutenção do conforto e bem-estar físico e psicológico; vigilância, prevenção e/ou melhoria das alterações da função motora e da integridade da pele e mucosas e assegurei uma vigilância/melhoria da situação de náuseas/vómitos. Foram estes parâmetros que tive sempre em atenção, monitorizando e assegurando uma vigilância contínua ao doente cirúrgico durante a sua permanência na UCPA. Todas estas avaliações eram complementadas e validadas em registo de enfermagem em folha própria existente na UCPA. Quero ainda realçar para a importância da avaliação das zonas de pressão através da escala de Braden e náuseas/vómitos, onde este registo era

efetuado através da folha de registo da determinação do indicador da qualidade da anestesia na UCPA, tendo sido uma experiência inovadora e gratificante.

Do ponto de vista da AESOP (2006, p. 156) as UCPA's "são unidades altamente especializadas, equipadas com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante um período de tempo curto, mas crítico que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica".

Além da prestação e desenvolvimento da autonomia nos cuidados prestados na UCPA, pude participar e colaborar nas atividades como Enfermeira de anestesia e circulante. Em relação à instrumentação tenho a plena consciência que os profissionais nesta área de cuidados são especializados e diferenciados e o desenvolvimento de competências e saberes ao nível da enfermagem é moroso pela especificidade e valência de funções.

Assim, relativamente ao papel / funções do enfermeiro instrumentista, pude verificar que o enfermeiro instrumentista colabora diretamente com o cirurgião, e segundo a AESOP (2006) tem funções próprias e dependentes. Durante o ensino clínico, observei que o enfermeiro instrumentista é responsável pela organização e gestão de todo o material necessário para a cirurgia, mantendo a técnica asséptica cirúrgica e supervisiona o cumprimento da assepsia pelos cirurgiões. Pude também aprender os princípios básicos que estão subjacentes à disposição da mesa operatória e ao controlo/contagem do material utilizado. Considero que a função da enfermeira instrumentista é uma função mais tecnicista, desenvolvendo a sua atividade inserida na equipa cirúrgica. Tive a oportunidade de desempenhar a função de enfermeira instrumentista, no entanto, não me senti muito à vontade, uma vez que considero que a função da mesma é muito específica, ou seja, tem que ter muitos conhecimentos acerca dos materiais necessários para cada cirurgia e como eu não tinha conhecimentos nesta área não me senti com segurança para realizar este procedimento, pois considero que quando temos conhecimentos específicos numa determinada área partimos mais seguros e confiantes para prestarmos cuidados com qualidade.

Do ponto de vista de Gomes et al. (2013, p. 55), o enfermeiro como instrumentador

“é um elemento fundamental para o ato cirúrgico, que contribui para amenizar o tempo cirúrgico, garantir a assepsia e zelar pelo uso correto dos instrumentais ...

deverá conhecer a técnica cirúrgica, desde os fios de sutura até os instrumentais específicos antes do início do ato operatório e acompanhar a realização da intervenção cirúrgica para poder antecipar os instrumentais ao cirurgião”.

Os mesmos autores citados anteriormente acrescentam ainda outro aspeto importante a ter em conta, nomeadamente os princípios éticos do enfermeiro instrumentista, que diz respeito à responsabilidade quanto à preservação da assepsia do campo operatório e à sua real importância para a integridade da saúde do doente. Assim, compete ao enfermeiro instrumentista informar a equipe cirúrgica quando houver contaminação acidental de algum material, avental cirúrgico ou qualquer outro equipamento.

Sobre o olhar de Melo (s/d, p.4), o enfermeiro de anestesia é “responsável por recolher e verificar todas as informações que são necessárias junto do utente no dia da cirurgia e, efetuar uma série de procedimentos diferenciados, de forma a proporcionar um ambiente seguro a quem necessita de ser operado”.

As atividades desenvolvidas como Enfermeira de anestesia consistiram na consulta e verificação do programa operatório; preparação do material e da terapêutica para o ato anestésico; verificação da operacionalidade da sala operatória através do preenchimento da check list existente no serviço; acolhimento do doente no BO estabelecendo com o mesmo uma relação empática e de confiança de modo a diminuir a ansiedade e esclarecendo dúvidas, no sentido de diminuir a sua ansiedade face à anestesia e ao procedimento cirúrgico; validar a permeabilidade do acesso venoso; confirmação da preparação pré-operatória do doente com o Enfermeiro do serviço proveniente, nomeadamente terapêutica administrada, jejum operatório e alergias medicamentosas; transferência do doente para a mesa operatória; acompanhamento do doente até à sala operatória; colaboração na indução anestésica através da administração terapêutica; colaboração na algaliação e posicionamento do doente; promoção e manutenção da temperatura corporal do doente; observação e vigilância contínua do doente através de uma monitorização contínua dos parâmetros vitais; prevenção e minimização de riscos potenciais de incidentes ou acidentes; registo informático no programa de cirurgia segura; atuação em conformidade nas situações de emergência, realçando para a colaboração numa EOT num doente com uma via aérea difícil; colaboração no despertar do doente através da administração de terapêutica; transferência do doente para a UCPA; realização de registos por forma a documentar todos os cuidados de

enfermagem prestados durante a cirurgia, em folha própria na sala operatória e transmissão de informação precisa, clara e sucinta ao enfermeiro da UCPA.

Assim, citando a AESOP (2006), compete ao enfermeiro de anestesia verificar o plano operatório; preparar e testar o material necessário para o ato anestésico; verificar a operacionalidade da sala operatória; acolher o doente no BO: validar a permeabilidade do acesso venoso, cumprimento do jejum e da pré medicação, alergias, próteses dentárias; monitorizar o doente; receber a informação do enfermeiro do internamento; preparar a anestesia; colaborar na indução anestésica do doente e colaborar no posicionamento.

De acordo com a AESOP (2006, p. 110), espera-se que o enfermeiro de anestesia consiga “ (...) manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a atuar em situações de urgência e emergência”.

O desenvolvimento de competências como enfermeira anestesista, foi uma experiência gratificante uma vez que pude acompanhar o doente cirúrgico desde a sua entrada no bloco operatório (acolhimento), durante o ato anestésico e durante o procedimento cirúrgico, o que foi fundamental pois assegurei uma vigilância continua ao doente e prestei cuidados específicos e de qualidade, dando continuidade aos cuidados já iniciados, estando desperta para possíveis sinais de instabilidade, de modo a poder tomar decisões e atuar perante situações imprevisíveis. Nesta área realço pela possibilidade que me foi possível vivenciar e experimentar, nomeadamente a colocação de uma Máscara Laríngea Igel, tendo sido uma experiência inovadora e gratificante, salientando para a importância que a mesma tem no estabelecimento de uma via área permeável durante a anestesia.

No que concerne ao papel de enfermeira circulante pude verificar que a mesma é o elemento fundamental no desempenho da função da segurança do doente, pois através dos seus conhecimentos e competências e através da observação direta, a mesma garante a manutenção da técnica asséptica. Ao longo do ensino clínico, pude verificar que esta é o elemento chave no que diz respeito à prevenção da infeção e de todos os riscos que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica. Assim, compete-lhe a função de preparar, organizar e gerir a sala para a cirurgia.

Na perspetiva de Peniche (2005, p. 248) “o circulante de sala de operações deve ter conhecimento sobre técnica de assepsia, métodos de esterilização e desinfecção, funcionamento de equipamentos, posicionamento do paciente anestesiado e de assistência ao cirurgião e anestesiológico”. O mesmo autor, acrescenta ainda que a atividade de circulação na sala de operações é muito complexa, exige destreza a nível da técnica e muita concentração, que reunidas à duração das cirurgias e ao ambiente cirúrgico poderão contribuir para o desenvolvimento de alterações do estado emocional do profissional.

Ao compreender o papel / funções da enfermeira circulante, desempenhei as funções da mesma, que consistiram em: consultar o plano operatório; efetuei o acolhimento do doente; colaborei na preparação do material necessário para o ato cirúrgico; verifiquei a iluminação da sala; preparei o doente para a cirurgia, assim como a manutenção das regras básicas de assepsia; dei apoio ao Enfermeiro de anestesia; algaliei o doente; colaborei no posicionamento do doente; colaborei na colocação da placa neutra do equipamento de eletrocirurgia; dei apoio ao Enfermeiro instrumentista e à restante equipa cirúrgica; colaborei na colocação das mesas cirúrgicas; inspecionei a manutenção da sala limpa e organizada; participei na prevenção de riscos para o doente e para a equipa cirúrgica; participei na realização de triagem de resíduos; colaborei na execução do penso cirúrgico; no final da cirurgia procedi à contagem das compressas; otimizei um ambiente confortável para o doente e colaborei no transporte do doente para a UCPA. Por fim, executei os registos intra-operatórios, acondicionei e rotulei as amostras de tecidos para posterior análise patológica, colaborei na preparação do material e dei resposta às solicitações da equipa médica e da instrumentista, durante o ato cirúrgico. O desempenho das atividades que são da responsabilidade da enfermeira circulante permitiu-me adquirir competências nas normas de boa prática e de segurança atribuídas a esta função.

Ao longo dos vários estágios pude refletir e constatar que a hospitalização de um familiar é um fator desencadeante de desequilíbrio ou desestruturação da família, agravado pelo facto de que o ambiente hospitalar, tanto a nível do SU, UCI e BO, serem por si só ambientes agressivos e de *stress* para os familiares, pela intensidade com que se vivenciam as situações de risco iminente de morte, rotinas específicas, meios tecnológicos avançados e que destabilizam os familiares, pois a tendência é muitas

vezes a centralização dos cuidados no indivíduo através dos procedimentos técnicos e na atenção à doença, descorando a família.

Do ponto de vista de Beuter et al. (2012),

“a doença provoca um impacto e desestrutura o universo familiar. O sofrimento em ver um ente querido ameaçado e sujeito a tratamentos agressivos, dor, dependência provoca uma série de sentimentos controversos. Os sentimentos vivenciados pelo familiar acompanhante como o medo, a ansiedade e a insegurança são gerados, muitas vezes, pela falta de apoio, de atenção e de informações da equipe de saúde. A potencialização desses sentimentos pode ser justificada pela dificuldade da equipe de saúde em inserir a família no contexto da internação hospitalar”.

Na admissão de um doente crítico na sala de emergência, as prioridades são as manobras de *life saving*, ficando, muitas vezes, para segundo plano a atenção e disponibilidade que a família/pessoa significativa necessita ao ver-se privada de informações. É neste momento que a família se encontra no auge das suas preocupações e ansiedades, que incidem não só sobre a situação clínica do doente, mas também sobre as suas hipóteses de sobrevivência. A nível do SU, foi notável o esforço que a equipa de enfermagem fez e faz, para garantir a vigilância a um elevado número de doentes, perceber e interpretar os sinais de gravidade que os doentes iam evidenciando, estabelecendo uma relação empática com o doente e família, no meio de um tão elevado número de intervenções a seu cargo. Este aspeto sensibilizou-me pela positiva, uma vez que apesar do excesso trabalho, os enfermeiros estavam preocupados e tinham em conta a família, revelando uma grande capacidade de organização e um elevado sentimento de humanização.

Como refere Takaki e Sant’Ana (2004), o enfermeiro deve possuir um bom nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento. Para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o enfermeiro preste um cuidado individualizado, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa.

A nível da UCI, a prestação de cuidados de enfermagem foi adaptada ao recurso a intervenções autónomas do Enfermeiro que confirmei serem cruciais no cuidar de

doentes que se encontravam ventilados, que foram o toque, que proporciona conforto, calor humano e transmite segundo Dias et al. (2008), uma mensagem de que o doente não está só diante da dor e do sofrimento e assegura uma comunicação com o doente e família. Assim, a utilização destes dois instrumentos é de extrema importância e expressão pessoal e profissional, tendo retirado dos mesmos vários benefícios, nomeadamente na manutenção hemodinâmica do doente, mas também no estabelecimento da relação enfermeiro/doente e enfermeiro/família, o que na perspectiva de Roxo (2008) e Vargas e Braga (2006) é uma forma verdadeiramente holística e de humanização dos cuidados. Na unidade a família era envolvida no plano terapêutico. Era feito um acolhimento antes da 1ª visita ao doente, onde era explicada a situação clínica, descritos sumariamente os equipamentos e a sua finalidade, eram pedidos os objetos pessoais da pessoa no sentido de minimizar ao máximo os efeitos da hospitalização e fazer a família sentir que existe uma preocupação de quem cuida em personalizar os cuidados. Assim, concordando com Beuter et al. (2012), o interesse em participar do cuidado e a inter-relação da família com a equipe de enfermagem são elementos facilitadores para o processo de hospitalização aliado ao bem-estar do doente e seus familiares.

Os familiares eram incentivados a comunicarem com o doente de forma a demonstrarem a sua disponibilidade e a minimizar o seu sentimento de impotência diante dos cuidados. Durante as visitas havia disponibilidade médica e de enfermagem para interação com os familiares, situação esta que tive oportunidade de praticar, apoiando, esclarecendo e demonstrando solidariedade para com os familiares.

Na perspectiva de Haddad et al. (2011, p. 148), “a comunicação é um processo de relação que envolve troca e transformação dos envolvidos, pois esses trazem consigo suas vivências, crenças e valores ... revelando sua dimensão holística. É um processo cíclico, dinâmico, de moldagem e crescimento interpessoal contínuos”.

Na linha de pensamento de Schneider et al. (2009, p. 532) a comunicação

“é uma ação de importante significado no agir do enfermeiro de prestação de cuidado ao paciente e sua família ... uma função humana que torna possível uma pessoa relacionar-se com a outra e assim estabelecer vínculos para suprir as

necessidades de cuidado desse grupo familiar, ... a comunicação é um dos requisitos primordiais para uma boa assistência de enfermagem”.

Outro aspeto que pude refletir, foi a comunicação que se estabelece quer com o doente inconsciente quer com o doente submetido a ventilação assistida e sua família, pois esta assume um papel importante na humanização e na prestação dos cuidados a esses doentes, e exigiu de mim treino, habilidades e capacidades adaptativas complexas, para o desenvolvimento de competências ao nível relacional.

Assim, compreender o doente ventilado impossibilitado de comunicar oralmente constituiu uma preocupação para mim durante este estágio. A impossibilidade de falar poderá funcionar como um impedimento a uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde e com a sua família. Concordando com Coelho (2010) *in* AMIB (2004), desde o momento do acolhimento que o diálogo franco com os familiares, a informação verdadeira e adequada, diminui a sua ansiedade e aumenta a confiança nos cuidados, facilitando atitudes de parceria.

Segundo Rosário (2009, p.6-7), os sentimentos mais referidos pelos doentes internados em UCI, relacionados com a impossibilidade de comunicar foram: “a impotência e desânimo, aflição, medo, ansiedade”, relacionados com o internamento “sentimentos de desorientação e confusão, dor e sofrimento (...) sentirem-se impotentes e acabavam por se conformar pelo facto de não conseguirem comunicar”. Como aspetos positivos referiram a presença da família, a presença dos profissionais de saúde e ainda a sua disponibilidade e ajuda para ultrapassar as dificuldades de comunicação, com utilização de linguagem escrita e gestual (Rosário, 2009). Do ponto de vista de Matos e Mendes (2011), o enfermeiro em UCI deve avaliar a capacidade do doente em comunicar, envolver a família nessa estratégia, ser amável, informativo e estar fisicamente presente.

Considero que senti dificuldades no meu envolvimento emocional em determinadas situações vividas, uma vez que não é frequente acompanhar por tanto tempo uma família como foi neste contexto de estágio. Considero então que além de haver condições de maior envolvimento emocional exigindo de mim maior disponibilidade mental e física, para lidar com situações de crise para o doente e família diferente do que tive até agora. Relembrei e apreendi novamente que comunicar aprende-se, mas a comunicação nem sempre “flui” da melhor forma existindo por vezes obstáculos a uma

comunicação eficaz. No entanto, temos que estar atentos e dispostos a disponibilizar tempo, para ouvir atentamente ou silenciosamente, o que o doente e a família nos quer dizer. Temos que escutar ativamente, a escuta ativa implica conseguir ouvir o que o doente diz, mas sobretudo o que ele não consegue dizer.

Ao longo dos vários estágios, após a abordagem inicial e estabilização do doente, procurei manter uma relação, direcionada para a vertente humanista, ou seja, uma relação de ajuda quer com o doente/família quer com os profissionais, que segundo Mendes (2006) citado por Ferreira et al. (2009) é um instrumento válido e útil na prestação de cuidados, que para além de ajudar na cura contribui para a autorrealização da pessoa cuidada. Também procurei promover a presença da família junto do doente de forma a minimizar a ansiedade, medos e receios quase sempre presentes no doente e família em situação crítica. Assim, o envolvimento e a atenção à família são essenciais para que se proporcione um cuidado com qualidade.

Na perspetiva de Ferreira et al. (2009) citando Chalifour (2008), para se estabelecer uma verdadeira relação de ajuda o enfermeiro deve dar atenção á pessoa na sua totalidade, tendo em conta as características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais.

Saraiva (2008) citado por Ferreira et al. (2009), acrescentam ainda que a ajuda do enfermeiro deve basear-se em três conceitos: a verdadeira escuta, que proporciona ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente quer não verbalmente; a empatia, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo no entanto manter a distância que permite a relação terapêutica e a congruência, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico e ele próprio.

Relativamente aos registos de enfermagem, na perspetiva de Martins et al. (2008, p. 52)

“a importância dos registos de enfermagem é actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspectos resultantes deste processo de cuidados. Sendo o ser humano o alvo da profissão de enfermagem, é imperativo construir uma linguagem em que o elemento humano esteja bem visível”.

Neste sentido, os registos de enfermagem são “a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos...” (Martins et al., 2008, p. 54 citando George, 2000) são considerados um modelo da escrita apontada para testemunhar a prática clínica do cuidar, a qual deve ser refletida. Esses registos refletem traços de uma prática profissional humana e não instrumentalizada porque tem em conta a humanização das pessoas, e pressupõe uma observação apurada e um conhecimento profundo e holístico do doente/família (Heesben, 2007, citado por Martins et al., 2008).

Assim, na minha opinião, a realização de registos é fundamental para a prestação, individualização e continuidade dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar, logo é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, e contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos doentes e suas famílias. Se enquanto enfermeiros queremos que a nossa atividade profissional seja autónoma e responsável, é imprescindível que justifiquemos todas as intervenções que se prendem diretamente com os doentes, deixando de agir apenas por intuição ou por indicação médica. Tal como refere Martins et al. (2008), os registos de enfermagem devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia a dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde o mesmo exerce a sua atividade profissional.

“Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional” (Dias et al., 2001 citado por Martins et al., 2008, p. 54).

Perante este fato, e relativamente ao sistema informático, no SU, tive a possibilidade de contactar com o ALERT, mas considero que no início foi difícil devido á sua especificidade e devido ao fato de ser um programa diferente daquele que estava habituada a utilizar no meu local de trabalho, mas após várias utilizações as dificuldades foram ultrapassadas e até o considero bastante intuitivo. Realizei registos de enfermagem no sentido cefalocaudal, objetivos, utilizando uma linguagem clara e nas

passagens de turno procurei ser clara, objetiva, transmitir junto da equipa multiprofissional, informação adequada e pertinente utilizando linguagem científica de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

A nível da UCI, pude trabalhar com um sistema novo para mim, a aplicação SAPE, que inicialmente se revelou confuso mas com a constante manipulação tornou-se simples, intuitivo e de fácil utilização. Contudo, constituiu uma experiência inovadora, pois apenas tive formação inicial, mas reconheço a nível profissional a sua importância pela sequência de planeamento e avaliação das intervenções autónomas e interdependentes a partir de uma abordagem inicial que constituem também momentos de reflexão acerca da especificidade do doente internado e dos cuidados prestados. A participação nas passagens de turno com a restante equipa, utilizando a aplicação informática SAPE, aplicativo informático de apoio à enfermagem na realização do processo de cada doente, com utilização da linguagem internacional para a prática de enfermagem – CIPE, permitiu transmitir informação pertinente acerca da condição do doente, planeando alterações aos cuidados ou favorecendo a continuidade dos mesmos, o que constituiu também uma experiência inovadora. É de referir que a transmissão de informação adequada, quer verbal, quer escrita, por forma a garantir a continuidade dos cuidados, foi também uma atividade que me exigiu o desenvolver de capacidades adaptativas, uma vez que tanto os registos como a passagem de turno são fundamentados na linguagem CIPE.

Relativamente ao estágio no BO, os registos de enfermagem tanto eram realizados em folha de papel (na UCPA) e a nível informático (nas salas operatórias), onde realço neste último para os registos a nível da check list da verificação da segurança cirúrgica, tendo sido uma experiência muito gratificante e inovadora, bem como me possibilitou uma reflexão acerca da importância da mesma, no sentido de diminuir e minimizar os danos / riscos cirúrgicos e reconheço a importância da mesma a nível da segurança tanto do doente como de todos os profissionais.

Segundo Grigoletto et al. (2011, p. 348), a Check list, “Cirurgias seguras salvam vidas”, foi desenvolvida pela OMS e foi criada com o intuito de “auxiliar as equipas operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente”. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente contou com vários colaboradores que identificaram os itens de segurança a serem verificados, de forma que pudessem ser colocados em prática em qualquer sala

operatória, no sentido de reforçar a segurança operatória com práticas corretas e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipa.

Durante o preenchimento da verificação da segurança cirúrgica, tive a oportunidade de fazer uma avaliação/classificação, em colaboração com o anestesista, acerca do estado físico do doente, de acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) e é a mais utilizada para quantificar o risco anestésico/cirúrgico para o doente.

“Os riscos envolvidos durante a realização de procedimentos cirúrgicos dependem de fatores próprios do paciente e do tipo de procedimento cirúrgico a que será submetido. Os preditores importantes da mortalidade e morbidade pós operatória incluem idade do paciente, estado físico, como o definido pela ASA, porte (maior ou menor) e natureza da cirurgia (emergência ou eletiva)” (Fernandes et al., 2010, p. 243).

Apesar de esta classificação ser efetuada pelo anestesista durante a consulta pré anestésica, considero que a mesma é importante e compete aos enfermeiros terem conhecimento e competências para a saberem avaliar, no sentido de minimizarem os riscos quer anestésicos quer cirúrgicos. Penso que foi mais um aspeto muito importante para a minha aprendizagem, pois o saber não ocupa lugar!

Relativamente à folha de registos de enfermagem na UCPA, que inicialmente parecia complexa, depressa deixou de o ser, e considero que a mesma se encontra bem organizada e de fácil registo, uma vez que tive a oportunidade de a preencher aquando do acolhimento dos doentes na UCPA e durante a sua permanência, assegurando assim uma vigilância contínua ao doente e por conseguinte a continuidade dos cuidados prestados. Esta folha espelhava um conjunto de informações acerca da hora de admissão na UCPA, do tipo de intervenção cirúrgica, tipo de anestesia, tipo de cuidados especiais a serem vigiados, vigilância cardio-vascular e temperatura, terapêutica administrada, eliminação vesical, escala de Aldrete, escala da dor, escala de Bromage, náuseas e vômitos, avaliação das perdas hemáticas (escala de PADSS – *Postanesthesia Discharge Scoring System*), o que na minha opinião me pareceu muito pertinente.

Pela minha experiência profissional, considero a dor como uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada pelo ser humano. Associada a fatores negativos, a

dor produz no doente sentimentos de medo, incerteza, ansiedade, angústia, incapacidade, dependência, sofrimento, *stress*, e mesmo previsão da morte.

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos, tive sempre como objetivo geral detectar sinais de instabilidade no doente crítico. Com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências nesta área, pude compreender que existem sinais e sintomas que podem conduzir a essa instabilidade, uma das quais constatei que a dor não controlada no doente crítico pode levar à instabilidade, como por exemplo aumento da frequência respiratória, aumento da tensão arterial e aumento da frequência cardíaca. Tal como referem Saça et al. (2010, p. 36)

“a dor não controlada resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, predispondo o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e protéico, dificuldade na deambulação precoce, ... , também prejudica o sono, resultando em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento”.

Neste sentido, pude refletir que a dor é um sintoma individual, uma experiência subjetiva, pois é aquilo que o doente diz que é, quando é e como é (Kazanowski e Laccetti, 2005), e compreende várias sensações que são experimentadas pelo ser humano: componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais.

Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida.

Swearingen e Keen (2005), referem que os doentes criticamente doentes sentem dor considerável proveniente de condições patológicas, lesões, intervenções terapêuticas como a cirurgia e múltiplos procedimentos diagnósticos e invasivos. Mesmo os doentes que parecem inconscientes sentem dor.

Assim, sendo a dor definida como “qualidade sensitiva e emocional desagradável, associada ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais” (Associação Internacional para Estudos da Dor (IAP), 1974 citada por Saça et al. (2010, p. 36) e considerada como 5º sinal vital, considero que esta deve ser valorizada, uma vez que o doente para além de ter o direito em verbalizar a sua dor também tem o direito de ter a

sua queixa dolorosa avaliada, registada e controlada. De acordo com o plano Nacional de avaliação da dor, citado por Pinho et al (s/d), a DGS, através da circular normativa nº 9 de 14/06/2003, a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

Por conseguinte, pude refletir que a avaliação e o registo sistemático da queixa dolorosa após o registo dos outros sinais vitais constitui um dado imprescindível, pois assim o médico pode intervir adequadamente e aliviar o sofrimento do doente. Esta reflexão vai de encontro ao que nos referem Saça et al. (2010), quando afirmam que a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana da Dor (APS) estabeleceram diretrizes em que a mensuração e registo da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, denominando assim a dor como “5º sinal vital”.

Como enfermeira considero que o controlo da dor e cuidar do doente com dor representa um desafio para os profissionais de saúde, perante o confronto com a dor, os doentes não sentem o mesmo, não reagem da mesma maneira e não verbalizam da mesma maneira. O enfermeiro como cuidador tem um papel fundamental na avaliação, vigilância, no controlo da dor, na caracterização da dor e na deteção precoce de complicações. Assim, compete ao enfermeiro avaliar a dor e atuar de acordo com a necessidade de cada indivíduo, integrando-a diariamente no plano dos seus cuidados.

Rigotti e Ferreira (2005, p. 51), referem que

“A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa algica, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas”.

Como enfermeira e como membro da equipa de saúde, ao longo dos vários ensinamentos clínicos, exerci o meu papel no controlo da dor, assumi a responsabilidade na avaliação

diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento e na comunicação das informações sobre a dor do doente.

Contudo, a temática da dor proporcionou-me momentos de grande reflexão aquando da realização do ensino clínico na UCI, uma vez que pude verificar que durante a hospitalização do doente nesta unidade este é submetido a vários procedimentos dolorosos. Considero que a avaliação da dor é muitas vezes subestimada e que a sua avaliação é difícil, sendo esta subjetiva, e é um dos procedimentos mais importantes, desafiador e complexo para mim como para os profissionais que trabalham na UCI.

Durante o ensino clínico na UCI, senti dificuldades na avaliação da dor, nomeadamente em doentes que se encontravam ventilados e sedados, pois estavam incapazes de verbalizarem as suas experiências dolorosas. Assim, compete aos enfermeiros saberem desenvolver competências para avaliar a dor, uma vez que tal como refere Pedroso e Celich (2006), a equipe de enfermagem é quem convive mais tempo com o doente, e por isso é importante conhecer os sinais de dor para assim poder intervir corretamente no seu alívio.

A avaliação da dor como 5º sinal vital deve ser valorizada pelo Enfermeiro da UCI, o doente em muitas ocasiões não consegue expressar a sua dor devido a vários motivos: diminuição do estado de consciência, procedimentos dolorosos e invasivos de diagnóstico, cirurgias anteriores, traumatismos, presença de dispositivos terapêuticos, entre outros. Esta afirmação está de acordo com Castro, Vilelas e Botelho (2011, p.43) “quando a pessoa é admitida na UCI, esta é invadida por múltiplas intervenções dolorosas: a entubação orotraqueal, a colocação de múltiplos cateteres centrais, para além de outros procedimentos invasivos”.

Como enfermeiros temos um papel muito relevante na avaliação da dor, na UCI e em doentes conscientes, usei sem qualquer dificuldade as seguintes escalas: escala visual analógica, numérica, de faces e qualitativa. Em doentes inconscientes/sedados, tive a oportunidade de utilizar pela primeira vez a escala de avaliação da dor - *Behavioral Pain Scale* (BPS), tendo sido uma experiência muito positiva, enriquecedora e gratificante pois permitiu-me aplicá-la e registá-la no SAPE, bem como desenvolver competências no sentido de estar mais desperta para as alterações que o doente apresentava. Como o doente não verbalizava a sua dor, essas alterações indicavam que o

mesmo tinha dor. Concordando com Guedes et al. (2012, p.724) “a observação de respostas comportamentais (expressão facial, agitação, postura) ou fisiológicas ao stress (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diaforese, pressão intracraniana) pode constituir a única avaliação possível da dor...” Permitiu-me também aprender e aperfeiçoar conhecimentos no sentido de melhorar a minha prestação de cuidados a estes doentes com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados o que irá trazer contributos no futuro, nomeadamente poderei aplicar esta escala a nível do local onde exerço atualmente funções. Associada á dor está a sedação, tendo eu tido a oportunidade de aplicar a escala de sedação - *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). Ambas as escalas eram desconhecidas, por isso a sua utilização e aplicação foram fundamentais para a minha aprendizagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, detetando e interpretando sinais que evidenciavam dor e mal adaptação do doente ao ventilador, como por exemplo hipertensão, taquicardia, taquipneia e lacrimejo.

Devido à minha dificuldade em avaliar a dor em doentes ventilados, senti a necessidade de realizar uma RSL sobre a avaliação da dor em doentes ventilados numa UCI, no sentido de adquirir e aprofundar conhecimento nesta área, que serão importantes na minha vida profissional, com vista á melhoria da qualidade dos cuidados a prestar a estes doentes. A RSL será apresentada na parte II.

Durante o ensino clínico no BO, pude verificar que a realização de uma cirurgia acarreta diversos medos, sendo que aquele que foi mais verbalizado pelos doentes foi o receio de ter dor no pós-operatório. Sobre o olhar de Cerejo (2001), o medo da dor no pós-operatório, é um fenómeno sempre presente aquando da realização de um procedimento invasivo, sendo um dos problemas que mais aflige o doente, por não saber qual a sua intensidade, como e se a dor vai ser combatida, como e se lhe irão aliviar o sofrimento.

Perante isto, pude refletir acerca da dor do doente no pós-operatório, uma vez que considero que o controlo da dor representa um desafio para os profissionais de saúde, sendo esta subjetiva e influenciada por diversos fatores. Como enfermeira, considero que o enfermeiro como cuidador tem um papel fundamental na avaliação, vigilância, no controlo da dor, na caraterização da dor e na deteção precoce de complicações.

O controlo da dor no período pós-operatório tem como objetivos que o doente tenha uma dor mínima ou ausência de dor, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, promover o conforto e o bem-estar, diminuir a ocorrência de complicações e melhorar os cuidados de saúde (Duarte et al., 2004). Assim, o controlo da dor deve ser “uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade ... fator decisivo para a humanização ... direitos humanos fundamentais” (DGS, 2008, p.5).

Neste sentido, tendo em conta que a dor cirúrgica constitui a mais importante e frequente causa de dor aguda, verifiquei que a analgesia epidural, constituiu uma técnica muito eficaz no controlo dessa dor. É uma técnica de analgesia regional que utiliza a administração de fármacos analgésicos e anestésicos por via epidural (Martins, 2006). A utilização do cateter epidural é “uma das ferramentas eficazes para o controlo e alívio da dor pós-operatória. A analgesia peridural promove uma analgesia segmentar prolongada e efetiva” (Pasin e Schnath, 2007, p. 69).

Relativamente às experiências que tive a nível do controlo da dor no pós-operatório, quero realçar a importância para as experiências que tive a nível da analgesia epidural, onde tive a oportunidade de aprender, compreender, adquirir competências e aprofundar conhecimentos em relação à manutenção e manuseamento do cateter epidural, administração de analgesia pelo cateter epidural através do DIB, avaliação do bloqueio sensitivo-motor através da Escala de Bromage, que segundo Garcia (2006), esta destina-se à avaliação do grau de bloqueio motor dos membros inferiores, em doentes submetidos a anestesia do neuro eixo, analgesia por via epidural lombar ou bloqueio de plexos ou de nervos periféricos dos membros inferiores, bem como compreender a importância da utilização do cateter epidural no alívio da dor do doente no pós-operatório, qual o meu papel como futura especialista e como enfermeira no alívio da dor, contribuindo assim para a melhoria do bem-estar físico do doente e prevenção de complicações. Também colaborei na preparação do material, no posicionamento do doente para a colocação do cateter epidural e para a anestesia loco regional (raqui anestesia), assegurando sempre uma vigilância contínua ao doente, detetando atempadamente complicações e verificando alterações a nível dos parâmetros hemodinâmicos.

Quanto ao controlo da dor no pós-operatório não posso deixar de fazer referência à consulta pós operatória da analgesia epidural, onde tive a oportunidade de a realizar.

Esta consistiu na ida ao internamento, no sentido de verificar qual a eficácia e quais os benefícios que a analgesia Epidural, através do DIB, tinha no alívio da dor, no conforto e bem-estar para o doente, com vista a uma recuperação rápida e diminuição de complicações. Foi uma experiência nova e gratificante, pois assegurei uma continuidade de cuidados, realizei ensinamentos de enfermagem que contribuíram de forma positiva para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista. Tal como refere Martins (2006), a utilização da via epidural para a analgesia pós-operatória, diminui a dor do pós-operatório, leva à redução do tempo de internamento e diminui a mortalidade e a morbilidade.

Segundo Razera e Braga (2011, p. 633) a consulta pós-operatória é definida como “um sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada, destaca-se como uma estratégia de avaliação da assistência prestada, procurando atender aos requisitos de qualidade, na visão do paciente e/ou familiares, sobre a assistência transoperatória”.

“...as visitas pós-operatórias realizadas pelo enfermeiro com comunicação competente poderão proporcionar cuidado adequado, além de condições de avaliação e resolubilidade do trabalho” (Razera e Braga, 2011, p. 633).

A avaliação e controlo da dor foi possível através da comunicação permanente com o doente e pela utilização de escalas apropriadas para avaliação da dor, nomeadamente a escala analógica visual (VAS). Para além de haver outras escalas de avaliação da dor, esta foi a escala que tive oportunidade de aplicar durante a minha prestação de cuidados e foi esta que os enfermeiros no BO utilizaram. Pude verificar que o meu papel como futura especialista e como enfermeira é muito importante na manutenção do cateter epidural, onde temos que ter conhecimentos e competências para saber detetar complicações que possam existir da presença do cateter epidural e da administração da terapêutica pelo cateter epidural.

Iksilara et al. (2005) defendem que o enfermeiro poderá desempenhar um papel preponderante na gestão eficaz da dor, aprofundando os seus conhecimentos teóricos sobre a dor, desenvolvendo métodos de avaliação da dor, e prevenindo e controlando possíveis complicações. Os mesmos autores (2005, p.153), reforçam ainda que a atuação do enfermeiro “é fundamental, não só pelo aspeto da humanização ao aliviar a

dor, como na educação e supervisão da equipa de enfermagem em relação à manutenção do cateter epidural, proporcionando um atendimento com qualidade”.

Assim, o controlo da dor no período pós-operatório é um aspeto importante do cuidado no meio cirúrgico, com vista a diminuir e controlar as complicações pós-operatórias e garantir uma recuperação rápida e sem sofrimento para o doente. Neste sentido, o enfermeiro tem a principal responsabilidade de avaliar a dor, planejar, comunicar ao médico e realizar intervenções de alívio em colaboração com o anestesista, para além de acompanhar continuamente os seus resultados. A dor deve ser sempre respeitada e valorizada.

Ao nível da prevenção e controlo da infeção, constatei que esta temática era uma preocupação dos enfermeiros nos vários ensinamentos clínicos, mas com maior relevância a nível da UCI e no BO.

O ambiente hospitalar envolve a exposição dos profissionais de saúde, doentes e visitantes a uma diversidade de riscos, nomeadamente os biológicos, tendo como consequências a exposição de contrair uma infeção hospitalar. (Farias et al., 2009, citando Scheidt, 2006).

A infeção hospitalar, com destaque para a pneumonia nosocomial é responsável por elevar o número de complicações durante o internamento hospitalar, sendo responsável direta ou indiretamente pela elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Farias et al., 2009). A pneumonia nosocomial é um tema de crescente atualidade e preocupação dos profissionais de saúde. Esta constitui a segunda infeção nosocomial mais frequente e a que representa maior mortalidade. A incidência é variável e depende da população estudada e dos critérios de diagnóstico, admitindo-se um valor estimado entre 5 e 15 casos por 1.000 admissões hospitalares com um aumento da duração do internamento entre 7 a 9 dias por doente e uma mortalidade atribuível entre 33 e 50%. (Froes et al., 2007, citando *American Thoracic Society Documents*, 2005).

Não é demais lembrar que o Enfermeiro Especialista organiza, coordena, executa, supervisiona e avalia as suas intervenções, decidindo sobre os meios técnicos mais rentáveis à manutenção e/ou recuperação das funções vitais da pessoa, tendo em conta a adaptação de medidas de proteção universais e as regras de higiene hospitalar no controlo da infeção. Ao nível da prevenção da infeção, nos vários ensinamentos clínicos, toda

a equipa multidisciplinar prestou cuidados com rigor assíduo e extremo, na sua previdência. Constatei o recurso contínuo a práticas para a prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no geral e em particular, na prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV), que segundo Germano e Fernandes (2008, p.225) “é (...) a infecção nosocomial mais frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica, (...) com importante repercussão na sobrevida dos doentes internados (...) responsável por internamentos e taxas de mortalidade mais elevadas” e a nível do BO, na prevenção da infeção do local cirúrgico, que segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (2004, p.4), “a infecção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infecção urinária e a bacteriémia, ... uma das infecções nosocomiais mais frequentes”.

A utilização dos equipamentos de proteção individual (mascara, touca, bata esterilizada, luvas e botas), a higienização e lavagem frequente das mãos foi uma realidade transversal aos vários elementos das equipas, aos técnicos externos que lá se deslocavam e às visitas, no decorrer dos vários turnos na UCI bem como a nível do BO. Independentemente do cuidado ou técnica a efetuar verifiquei o máximo de rigor no cumprimento da assepsia. Todos os gestos foram efetuados para a prevenção e/ou propagação da IACS. Foram prestados cuidados aos doentes pela equipa de enfermagem e por mim durante o estágio com rigor, cumprindo as regras emanadas pela comissão de Controle da Infecção.

Sobre o olhar de Pina et al. (2010, p. 36),

“a eficácia das intervenções para a prevenção e controlo da infeção dependem da forma como são definidos e implementados os programas de controlo de infeção... uma abordagem prioritária, sistemática, e contínua nas instituições de saúde, através de um programa coordenado, para reduzir o risco de transmissão cruzada e para que seja possível a identificação precoce das infecções de modo a permitir uma intervenção eficaz com conseqüente melhoria dos resultados nos doentes”.

Concordando com o autor citado anteriormente, é fundamental que durante a prestação de cuidados ao doente, existam ações, quer na área da prevenção quer na área do controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Este conjunto de ações e

recomendações, constituem os fundamentos do controlo de infeção, são a primeira “barreira de segurança” nos cuidados de saúde, contribuindo assim para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança dos doentes.

Relativamente a esta temática, pude constatar que a acumulação de secreções na cavidade oral e no espaço subglótico é uma variável relacionada ao maior risco de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), pois como referem Santos e Belentani (2010) os doentes submetidos a ventilação mecânica encontram-se especialmente suscetíveis à pneumonia, pois as defesas normais encontram-se debilitadas, bloqueadas ou sem funcionar devido à necessidade do ventilador mecânico. Neste sentido, as bactérias e outros microrganismos, que normalmente são impedidos ou transportados para fora do trato respiratório, conseguem superar as defesas normais do organismo e penetrar nos pulmões. Assim, em doentes com ventilação mecânica a aspiração oral e orotraqueal foi frequente e importante, uma vez que a sua capacidade de deglutir se encontra diminuída ou nula.

Do ponto de vista do Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (2004), a maioria da PAV resulta da micro-aspiração dos agentes colonizantes da orofaringe, estando a resistência à colonização dependente da integridade anatómica e fisiologia e da flora indígena do indivíduo. Em ambiente hospitalar estes fatores estão praticamente sempre comprometidos, sendo a colonização cutânea, orofaríngea e intestinal de instalação rápida. As bactérias podem atingir o aparelho respiratório inferior por: micro-aspiração a partir da orofaringe, inoculação durante a entubação, no ato de aspiração de secreções, inalação de aerossóis contaminados, disseminação hematogénea e possível translocação bacteriana.

Foram tomadas medidas preventivas adequadas pela equipa de enfermagem da UCI que podiam diminuir e prevenir o risco da PAV, como sejam: lavagem das mãos; medidas universais de precaução; cabeceira elevada 30°; higiene oral de 8/8h com chlorhexidina; aspiração traqueobrônquica com técnica asséptica; utilização de filtros bacterianos no ventilador e ressuscitador manual (este era lavado, esterilizado e substituído frequentemente); utilização de traqueias descartáveis; promovem a preparação de saída do ventilador e posterior participação na extubação precoce do doente. Desempenhei todas estas atividades durante o estágio e considero o trabalho de enfermagem da UCI

de excelência, no entanto observei que alguns enfermeiros aspiram o doente de forma rotineira. As evidências científicas dizem-nos que a “técnica de aspiração endotraqueal não deve ser feita em intervalos regulares, mas sim, em situações que o paciente realmente necessite (desconforto respiratório, presença de secreções, baixa de Sat O₂) pois, os riscos da aspiração de rotina ultrapassam seus benefícios” (Lima, 2009 citando American Association for Respiratory Care, 2009). Foi meu objetivo identificar lacunas nos conhecimentos e oportunidades de investigação, então questionei os meus tutores sobre esse assunto. Citando a Enfermeira Ana Lúcia (2013)

“nos CI deve-se aspirar o doente sempre que ele precisa – dizemos até que se as secreções são visíveis são audíveis o doente precisa de ser aspirado. No entanto em muitos doentes isto não acontece, as secreções não estão audíveis nem visíveis, mas elas estão lá. Se não aspirarmos de forma sistemática, estes doentes fazem atelectasias e pneumonias, os tubos ficam obstruídos e aí temos muitas vezes pressões das vias aéreas elevadas, com o risco inerente a essa situação. A prática diz-nos que quando não aspiramos um doente com frequência e de forma rotineira esses doentes têm mais complicações que os outros (infecção, atelectasia, maior consumo de antibióticos, mais dias de internamento, maior morbidade. Os tubos retirados de doentes menos aspirados estão com mais secreções secas nas paredes. Pensando o risco/benefício a prática diz-nos que os doentes devem ser aspirados com frequência.”

Em síntese, durante estes ensinamentos clínicos, nas diferentes áreas de intervenção, procurei mostrar sempre disponibilidade para partilhar conhecimentos e vivências, manifestando a minha opinião. Sinto que atuei de forma organizada, procurando cumprir os procedimentos de forma segura e adequada e transmitir informação adequada, utilizando linguagem científica para garantir a continuidade dos cuidados.

Sinto que todos os momentos foram potenciadores de construção pessoal e profissional, interessei-me em aproveitá-los e refleti-los de forma construtiva. Considero ter sido um caminho muito rico que me conduziu à aquisição de novas competências essenciais como futura Enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Apesar da minha experiência profissional como Enfermeira de “Urgência” ser distinta da realidade do BO e da UCI, penso ter sido facilitadora da minha integração em

algumas áreas destes contextos pelo contacto diário com a pessoa em situação crítica, possibilitando-me à vontade em algumas situações e procedimentos.

A partilha no seio das várias equipas de enfermagem onde estive integrada, foi fundamental para um crescimento harmonioso, quer pessoal e/ou profissional, mas este não se desenvolve só em resposta a pensamentos reflexivos e críticos baseados em factos, mas também na experiência que provém do contacto com o ambiente de trabalho que nos rodeia. Foi importante esta partilha porque cada um carrega consigo uma existência distinta, uma história própria, contribuindo com saberes e experiências diferentes.

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

1. AVALIAÇÃO DA DOR EM DOENTES VENTILADOS NUMA UCI

1.1. INTRODUÇÃO

A prática dos Enfermeiros tem sido pouco refletida e centrada nas diferentes tarefas e não na resolução de problemas (Fonseca, 2006). O mesmo autor (2006, p. 16), refere que torna-se urgente desenvolver a “(...) prática baseada na evidência, como forma de integrar os conhecimentos, os valores, preferências dos doentes e as características dos enfermeiros peritos como forma de se decidir os cuidados prestados mais dirigidos para as necessidades dos doentes”, ou seja, uma prática de Enfermagem Avançada que traduza cuidados de maior qualidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), uma prática baseada na evidência consiste na incorporação da melhor evidência científica existente, quer quantitativa quer qualitativa, conjugada com a experiência, opinião de peritos, os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

Amaral (2007), refere que a prática baseada na evidência permite saber o que já foi escrito e estudado sobre o assunto, fundamentada em critérios metodológicos, no sentido de encontrar os artigos que têm validade daqueles que não têm.

A presente parte apresenta a revisão sistemática da literatura, que visa identificar os instrumentos de avaliação da dor utilizados em doentes ventilados numa UCI.

Segundo a Internacional Association Study of Pain (IASP), citada por Pinto et al. (2012, p.70) a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos”.

Estes autores referem ainda que devido á prevalência da dor em UCI, nomeadamente em doentes ventilados, é importante que hajam estudos que relatem o impacto da mesma nesses doentes, no sentido de alertar para a necessidade de se estabelecerem políticas de treino aos profissionais de saúde.

A dor é identificada como um importante sintoma em doentes internados, uma vez que os mesmos estão vulneráveis, não apenas devido à sua doença como também aos procedimentos de diagnóstico e aos tratamentos. Outro aspeto a ter em conta, está relacionada com o fato de muitos doentes terem dificuldades em verbalizar o seu desconforto, devido ao fato de estarem entubados ou apresentarem um deficit cognitivo significativo (Pinto et al., 2012, citando Shannon et al., 2003 e Puntillo, 2002).

A organização mundial da saúde (OMS, 2004) citada por Pinto et al. (2012), considera o controlo da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde pública e considera que os governos devem incluir programas de controlo da dor no sistema de saúde, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Irei apresentar a problemática do tema em estudo, seguindo-se a descrição da metodologia, apresentar os resultados dos estudos, as suas discussões e finalizando com a análise reflexiva / conclusão, assim como os contributos para o desenvolvimento da prática.

1.2. A DOR – O PROBLEMA EM ESTUDO

A dor é o sintoma mais comum e é aquela que é mais verbalizada em termos de queixas pelos doentes. É sem dúvida, uma das mais particulares e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais (Rigotti e Ferreira, 2005).

Pedroso e Celich (2006) acrescentam que a dor é uma experiência individual, com características próprias do organismo, e está associada a uma história passada e ao contexto no qual ela é percebida.

A Sociedade Internacional para o estudo da dor (IASP), define a dor como “uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ... manifestações subjetivas, que envolvem mecanismos físicos, psíquicos e culturais” (Pedroso e Celich, 2006, p.271).

Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Neste sentido, a avaliação da dor constitui uma preocupação na

prática do enfermeiro, uma vez que consiste num cuidado individualizado e dirige-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la (Rigotti e Ferreira, 2005).

Pedroso e Celich (2006) citando a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) descreve a dor como quinto sinal vital, logo, esta deve ser sempre avaliada e registada ao mesmo tempo em que são verificados os outros sinais vitais. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta.

Silva et al. (2011) acrescentam que é preciso ser solidário e respeitar a dor física e subjetiva do doente, uma vez que cada pessoa a percebe de uma maneira ou intensidade diferente.

Apesar de ser um fenómeno universal, é uma experiência subjetiva, uma vez que é aquilo que o doente diz que é, quando é e como é. A sua perceção varia consoante o género, a idade, o nível cognitivo, experiências anteriores, contexto familiar e cultural. A dor funciona como um mecanismo de defesa ou de alerta do organismo, e constitui um dos primeiros sintomas da doença (Kazanowski e Laccetti, 2005).

Concordando com Pedroso e Celich (2006), compete aos enfermeiros saberem desenvolver competências para avaliar a dor, uma vez que a equipe de enfermagem é quem convive mais tempo com o doente, e por isso é importante conhecer os sinais de dor para assim poder intervir corretamente no seu alívio.

No entanto, Souza et al. (2013), dizem que na prática diária, a equipe de enfermagem da UCI pode não reconhecer os aspetos essenciais na avaliação da dor em doentes com sedação ou com barreiras de comunicação. Associado a este fato, os registos muitas vezes são incompletos e sugerem que a equipe não sabe diferenciar sedação de analgesia.

Sakata (2010), escreve que menos de 50% dos profissionais avaliam a dor. A avaliação da dor e da sedação é particularmente complexa na UCI porque, muitas vezes, os doentes mostram-se incapazes ou impossibilitados de comunicarem verbalmente com os profissionais, pelo fato de se encontrarem com intubação traqueal, com alteração do estado de consciência, sedação ou com efeito de medicamentos.

“O paciente crítico em terapia intensiva é um ser dependente dos cuidados de enfermagem, o profissional deve ser capaz de detetar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e espirituais comprometidas, e auxiliá-lo no atendimento das necessidades que estão afetadas, de acordo com o seu grau de dependência e das prioridades” (Silva et al., 2011, p. 547).

Na perspectiva de Souza et al. (2013), estes afirmam que a verbalização da dor é o padrão de ouro para a avaliação da dor. Num estudo realizado sobre as estratégias de lidar com a dor em unidades de cuidados intensivos, foi identificado que 63% dos doentes internados nessas unidades relataram a dor de moderada a intensa. Apesar do melhor indicador ser a verbalização das queixas álgicas, os doentes críticos frequentemente não estão em condições de verbalizarem queixas e relatar desconfortos devido à gravidade da doença, ao uso de ventilação mecânica e de medicamentos para sedação. Assim, no ponto de vista destes autores, nesse grupo de doentes é importante considerar os equivalentes somáticos e fisiológicos da dor, que se traduzem em sinais e comportamentos específicos como expressão facial, postura de proteção entre outros.

Os mesmos autores, referem que a presença da dor é um fenómeno comum entre os doentes nas unidades de cuidados intensivos, devido principalmente à gravidade dos doentes e aos procedimentos invasivos necessários ao seu tratamento. Os autores referidos anteriormente, consideram que é um problema significativo, porque aumenta as taxas de morbidade e mortalidade, e influencia diretamente na qualidade de vida dessas pessoas. A avaliação da experiência dolorosa não é um procedimento simples, uma vez que consiste num fenómeno multidimensional e envolve outros domínios, como aspetos emocionais, culturais e sociais.

De acordo com o plano nacional de avaliação da dor, citado por Pinho et al. (s/d), a Direção Geral da Saúde, através da circular normativa nº 9 de 14/06/2003, refere que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

Nesta linha de pensamento, a dor como 5º sinal vital deve ser valorizada nas UCI, especialmente em doentes ventilados, pois o doente tem dor devido á gravidade da situação clinica, com diminuição do estado de consciência e pela quantidade de

cuidados de enfermagem sistemáticos, procedimentos dolorosos e invasivos de diagnóstico, cirurgias e pela presença de dispositivos terapêuticos.

Concordando com Sakata (2010), a maioria dos doentes numa unidade de cuidados intensivos tem dor, medo e ansiedade e a administração de analgésico e sedativo é fundamental para dar conforto ao doente, reduzir o stress e evitar atraso na recuperação e na libertação da ventilação mecânica.

Segundo o mesmo autor, um estudo mostrou que menos de metade dos doentes tem um controle adequado da dor em UCI. As barreiras detetadas foram: conduta do médico, uso de protocolos sem evidência, resistência dos profissionais para mudar a conduta, método inadequado de avaliação da dor e treino insuficiente dos profissionais quanto à avaliação e ao tratamento da dor. Desta forma, o alívio da dor é essencial para a recuperação adequada do doente.

Batalha et al. (2013), referem que é importante minorar o sofrimento do doente e promover uma rápida recuperação, o que exige uma avaliação e mensuração válida, fidedigna e objetiva da dor.

Segundo um estudo desenvolvido pela sociedade portuguesa de CI, em Portugal apenas 25% das UCI utilizam instrumentos de avaliação da dor adequada ao doente crítico (Batalha et al., 2013). Os mesmos autores referem que a escala Behavioral Pain Scale (BPS), foi a primeira a ser usada, para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. Têm como desvantagem não informar sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. Esta escala consiste na relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador (Batalha et al., 2013).

Apesar de existirem várias escalas de avaliação da dor, penso que existem dificuldades em avaliar a severidade e a intensidade da dor em doentes críticos na UCI, como também diferenciá-la do medo e da ansiedade para promover o alívio e o conforto. Por este fato, senti a necessidade de realizar uma RSL sobre o tema, **Avaliação da Dor em Doentes Ventilados numa UCI.**

Silva et al. (2011), referem que os profissionais de saúde, devido á dificuldade em avaliar a dor em doentes críticos na UCI, acabam por confiar nas suas habilidades

clínicas, no seu julgamento próprio para tomar as decisões, esquecendo-se que a sensação dolorosa pode manifestar-se através do aumento da FC, TA, variações no diâmetro pupilar e lacrimejo.

A este propósito, Rigotti e Ferreira (2005, p.51), referem que o

“controle da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro. A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa algica, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas”

Em síntese, considero que o enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar a dor, planejar e realizar intervenções de alívio, além de acompanhar continuamente os seus resultados. A dor deve ser sempre respeitada e valorizada.

1.3. PROTOCOLO DE REVISÃO E QUESTÃO DE PESQUISA

Uma revisão sistemática requer uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de pesquisa, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada. O processo de desenvolvimento desse tipo de estudo de revisão inclui caracterizar cada estudo selecionado, avaliar a qualidade deles, identificar conceitos importantes, comparar as análises estatísticas apresentadas e concluir sobre o que a literatura informa em relação a determinada intervenção (Sampaio e Mancini, 2007).

Do ponto de vista de Sampaio e Mancini (2007), as revisões sistemáticas permitem-nos incorporar um espectro maior de resultados relevantes, viabilizando de forma clara e explícita um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção. Outras vantagens, incluem a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento. A revisão é planeada e transmitida após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um tema, nomeadamente estudos retrospectivos e secundários. Assim, uma revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária.

Para esta RSL formulei a seguinte questão de pesquisa: quais são os instrumentos de avaliação da dor utilizados em doentes ventilados numa UCI?

A partir desta questão e relativamente à estratégia de pesquisa para esta RSL, utilizei a estratégia PICO de Joanna Briggs, que segundo Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) esta estratégia consiste em destacar a revisão sistemática, ou seja, é utilizada para definir as propriedades dos estudos a serem considerados para a inclusão na revisão da literatura. PICO é utilizado para construir uma pergunta clara e significativa, quando procura evidências em estudos quantitativos.

Assim, do ponto de vista de JBI (2014), a formulação da pergunta para a revisão sistemática de estudos quantitativos deve ser orientada pela estratégia PICO, em que o P corresponde ao paciente ou população, I de intervenção ou indicador que estou à procura, C de comparação ou controle e o O “*outcome*” ou resultados. Estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a pesquisa bibliográfica de evidências. Segundo a mesma autora, existe outra estratégia que é designada por PICOD, onde é acrescentado o desenho do estudo, e foi esta estratégia que utilizei nesta revisão sistemática da literatura.

Na sequência da contextualização da temática abordada e partindo da análise dos pressupostos teóricos, o primeiro passo foi definir a pergunta e a estratégia a utilizar, seguindo a metodologia PICOD: P – Participantes; I – Intervenção; C – comparação e O – Outcomes, que apresento de seguida:

Quadro 1- Parâmetros PICOD

P	Participantes	Doentes adultos ventilados.	Palavras-chaves: Pain Pain Measurement Ventilation Intensive Care Adults
I	Intervenções	Instrumentos de avaliação da dor.	
C	Comparações	Comparar instrumentos de avaliação da dor	
O	Outcomes	Vantagens / desvantagens da utilização dos instrumentos para avaliar a dor.	
D	Desenho do estudo	Estudo Quantitativo com escalas de avaliação da dor.	

1.3.1. Estratégia de Pesquisa

Seguidamente, definiu-se a estratégia de pesquisa, que consistiu na definição das palavras-chaves e /ou descritores, as mesmas validadas, verificadas e existentes no *Medical Subject Heading* (MeHS) e nos descritores de ciências da saúde (DecHS).

As palavras-chaves são: Dor; Avaliação da Dor; Ventilação, Cuidados Intensivos e Adultos. As *Key Words* são: Pain; Pain Measurement; Ventilation; Intensive Care; Adults.

Os descritores controlados são “Pain” e “Pain Measurement”. Os descritores não controlados são “Ventilation”; “Intensive Care” e “Adults”.

Para a realização de uma RSL, é importante a utilização de operadores booleanos (delimitadores), representados pelos termos conectores AND, OR e NOT. Estes termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na pesquisa, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente (Santos et al., 2007).

Nesta RSL, as palavras-chaves ou descritores foram utilizadas em combinação com o operador booleano “AND”.

Partindo da questão foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Assim, considero como critérios de inclusão:

- Estudos centralizados na temática da avaliação da dor;
- Estudos primários com evidência científica quantitativos;
- Doentes internados em unidade de cuidados intensivos com idade igual ou superior a 18 anos;
- Estudos que se referem aos instrumentos de avaliação da dor que são utilizados numa UCI para avaliar a dor em doentes adultos ventilados e sedados;
- Artigos em Português, Espanhol e Inglês.
- Texto completo em PDF;

- “Data de Publicação”: últimos 10 anos (2003-2013) pela dificuldade em encontrar ensaios clínicos em tempo inferior a 5 anos;
- “Tipo de material”: artigos e “idioma”: qualquer idioma;
- Outros limitadores que considerar pertinente, aquando da minha pesquisa, tendo em vista a obtenção de artigos no sentido de encontrar o conteúdo que fosse ao encontro do estudo.

Como critérios de exclusão, saliento:

- Os estudos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol;
- Estudos em que os participantes pertencem a outros internamentos, crianças e adolescentes;
- Duplicação de artigos;
- Estudos secundários nomeadamente revisões sistemáticas da literatura.

Seguidamente, prossegui para a fase da pesquisa sistemática em base de dados científicos. Para tal ordenei as palavras-chave e /ou descritores consideradas fulcrais. Como prioridade hierárquica foi estabelecida a seguinte sequência: *Pain AND Pain Measurement AND Intensive Care*.

Esta opção foi tomada com o propósito de evidenciar os conceitos que julguei mais relacionado com a intervenção autónoma do enfermeiro, à qual atribui particular relevância e na qual foquei o interesse, visto considerar haver necessidade de refletir sobre a mesma, na medida em que se encontra diretamente ligada à prática profissional.

Seguidamente acedi ao portal da biblioteca do IPL e na área das plataformas científicas selecionei a biblioteca do conhecimento online (“B-ON”). Na procura da melhor evidência, procedi à consulta de fontes primárias de bases de dados eletrónicas como a *MEDLINE with Full Text*, *Cochrane with Full Text*, *EMBASE (The Excerpta Medica Database)* e por último a SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Comecei por realizar a pesquisa dos artigos, a 3 de Março de 2014 por volta das 10H 20 m, através da análise de três descritores: *Pain AND Pain Measurement AND Intensive*

Care, onde encontrei 14.063 artigos. Devido ao elevado número de artigo utilizei como limitadores: “data de Publicação”: últimos 10 anos; “tipo de material”: artigos e “idioma”: qualquer idioma, onde obtive 9.432 artigos. De seguida, por considerar ainda um elevado número de artigos, decidi refinar a pesquisa onde inclui artigos que fizessem referência a “Critical Care”, “Intensive Care”, “Nurses”, “Nursing”, “Pain”, “Pain Assessment”, “Pain Management” e “Pain Measurement”. Daqui resultaram 999 artigos. Refinando ainda mais a pesquisa, inclui artigos que fizessem referencia a “adults” e “Assessment”, obtendo um total de 37 artigos. Destes 37 artigos, foram excluídos 34 artigos após a leitura do título e resumo, tipo de amostra do estudo (crianças) e a existência de estudos secundários (RSL). De seguida foram avaliados os artigos pela grelha de classificação da qualidade e pela estratégia PICOD e foram selecionados 3 estudos.

Com o intuito de ir ao encontro da especificidade da questão definida para o estudo, decidi agrupar os seguintes descritores, *Pain AND Pain Measurement AND Ventilation AND Intensive Care*, onde os mesmos foram pesquisados no dia 9 de Março de 2014 às 15H30 m, tendo obtido 2.458 artigos. Utilizando os limitadores, “data de publicação”: últimos 10 anos, “tipo de material”: artigos e “idioma”: qualquer idioma, obtive um total de 1.633 artigos. Ao refinar esta pesquisa, incluindo “Critical Care”, “Intensive Care”, “Intensive Care Units”, “Nursing”, “Pain”, “Pain Assessment”, “Pain Management”, “Pain Measurement” obtive 286 artigos. Refinando os mesmos e incluindo apenas “Nurses” obtive 15 artigos, onde através da leitura do título, resumo e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, considerei apenas 1 artigo.

Com o objetivo de obter mais artigos para fundamentar o meu estudo, no dia 12 de Março de 2014 às 15 Horas, optei por agrupar os seguintes descritores, noutra base de dados, nomeadamente a SciELO a partir do Google Scholar: Dor, avaliação da Dor, Cuidados Intensivos, Ventilação e Adultos. Como resultado da pesquisa obtive um total de 2.550 artigos. Considerando como limitadores humano, texto completo em PDF e a data de Publicação nos últimos 10 anos, decidi analisar 50 artigos, onde após a leitura do título e resumo, e utilizando os critérios de inclusão e de exclusão, optei por seleccionar 1 artigo.

1.4. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS / NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

No que diz respeito aos cinco estudos selecionados, realizou-se um quadro, que se encontra em anexo (Anexo III), resumindo a evidência recolhida, com referência ao estudo (título, autor e ano de publicação), desenho, participantes, intervenção e medidas de avaliação. No respetivo quadro a numeração atribuída aos artigos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos. De seguida, recorreu-se a uma escala de Bandolier Journal, Evidence-Based Everything (1995) citado em Pereira e Bachion (2006, p. 494), no sentido de caracterizar o tipo e força de evidência dos estudos (Anexo IV). Para além disso, ainda recorreu-se à escala *Joanna Briggs Institute (JBI)*, para verificar se os estudos satisfazem os critérios de qualidade (Anexo V).

Young, Siffleet, Nikoletti, Shaw (2006), realizaram um estudo prospetivo, descritivo de medidas repetidas, onde foi usado para avaliar a validade e a confiabilidade do BPS para avaliar a dor em doentes críticos submetidos a um procedimento doloroso, o reposicionamento, e outro não doloroso como a lavagem ocular.

O estudo foi baseado numa amostra randomizada, tendo ocorrido numa unidade de cuidados intensivos com 18 camas com valências de medicina e cirurgia, neurologia e de emergência. Utilizaram três instrumentos para realizar a colheita dos dados, a escala comportamental da dor (BPS), a escala de avaliação da atividade motora (MAAS) e dados demográficos dos clientes. Foram incluídos neste estudo quarenta e quatro doentes. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, doentes ventilados mecanicamente no período superior a 48 H, hemodinamicamente estáveis e que não receberam terapia de ressuscitação. Os critérios de exclusão foram quadriplegia, doentes com bloqueio neuromuscular e doentes admitidos por auto mutilação.

Foram estudadas as relações entre algumas variáveis, nomeadamente as variáveis da escala comportamental da dor (BPS), o nível de consciência/sedação (escala de avaliação da atividade motora - MAAS), dados demográficos do doente, assim como a frequência cardíaca, pressão arterial e a administração de analgésicos/sedação.

Foi feito um estudo comparativo da avaliação da dor aquando do procedimento doloroso (posicionamento) e o não doloroso (lavagem ocular). Os resultados responderam aos objetivos, o follow up decorreu num intervalo de tempo adequado, os

resultados foram corretamente descritos e a estatística pertinente, nomeadamente a estatística descritiva e testes para modelos de regressão.

Gélinas (2010), desenvolveu um estudo descritivo, que foi realizado na UCI de um centro de saúde da Universidade na área de Montreal. O objetivo do estudo foi descrever as avaliações dos enfermeiros acerca da viabilidade e utilidade clínica da Ferramenta de observação da dor (CPOT) na avaliação da dor em doentes adultos críticos ventilados. Os participantes foram enfermeiras (62) e doentes (55), estes últimos com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de trauma, razão médica (por exemplo, problema pulmonar ou cardíaco, hemorragia, sepsis), ou tinha sofrido cirurgia abdominal ou torácica e encontravam-se ventilados mecanicamente. Pode-se dizer que este estudo baseou-se numa amostra não randomizada, estando os critérios de inclusão e exclusão bem definidos. Trinta doentes foram capazes de verbalizarem a sua dor, enquanto que outros 25 estavam inconscientes.

Os fatores de viés foram identificados, nomeadamente o viés de seleção que consistiu numa amostra de conveniência, em que as enfermeiras na UCI voluntariaram-se para o estudo. Os resultados responderam aos objetivos, o follow up foi realizado no intervalo de tempo adequado.

Os resultados foram corretamente descritos e a estatística utilizada foi a estatísticas descritivas. Dados qualitativos também foram compilados para comentários, sugestões e para fundamentação das avaliações das enfermeiras.

Vazquez, Pardavila, Lucia, Aguado, Margall e Asiain (2011), desenvolveram um estudo descritivo prospetivo onde foi realizado em uma UCI com 12 camas. O estudo teve como objetivo comparar as respostas comportamentais à dor, medido na escala de ferramenta de observação da dor da Critical Care (CPOT), e as respostas fisiológicas antes, durante e após o procedimento do posicionamento em doentes com ventilação mecânica invasiva, e analisar se existem diferenças nas pontuações CPOT entre doentes médicos e cirúrgicos e entre doentes conscientes e inconscientes durante a mudança de decúbitos, e descrever a analgesia/sedação administrada nos doentes 1h antes e durante o procedimento do posicionamento, ou seja, se a administração de analgesia / sedação influência as respostas comportamentais à dor antes e durante os posicionamentos do doente.

O estudo foi baseado numa amostra não randomizada, onde o tipo de amostragem utilizada no estudo foi a amostragem de conveniência. Foi utilizada uma amostra de conveniência de 96 doentes que foram intubados e ventilados mecanicamente, alguns dos quais estavam conscientes e outros inconscientes. Da amostra foram excluídos doentes com relaxantes musculares, todos aqueles com problemas de motor ou sensíveis e com dispositivos de analgesia controlada pelo doente. Os doentes hemodinamicamente instáveis ou com insuficiência respiratória no momento da observação também foram excluídos. Assim pode-se dizer que os critérios de inclusão e exclusão se encontram bem definidos.

Os fatores de viés foram identificados e definidos, nomeadamente os viés de seleção, que está relacionada com o tipo de amostragem do estudo e o viés de interação de variáveis.

No estudo houve comparação entre as respostas comportamentais à dor medido na escala de ferramenta de observação da dor da Critical Care (CPOT) e as respostas fisiológicas antes, durante e após o procedimento do posicionamento em doentes com ventilação mecânica invasiva.

O follow up foi realizado com intervalo de tempo adequado, os resultados foram corretamente descritos e a estatística utilizada foi a correta, nomeadamente a estatística descritiva: medidas de frequência para as variáveis qualitativas e medidas de Central e de dispersão. Também se utilizou a Estatística inferencial, sob a forma de t-teste de um estudante para amostras emparelhadas para comparar as pontuações CPOT e variáveis fisiológicas antes e durante o procedimento, durante e após o procedimento e antes e após o procedimento. Também se utilizou o t-Student para amostras independentes entre as observações de doentes médicos e cirúrgicos e também entre pacientes conscientes e inconscientes.

No estudo de Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant e Desjardins (2011), que desenvolveram um estudo descritivo retrospectivo cujos participantes foram enfermeiras da UCI e arquivos médicos. Os participantes enfermeiros eram todos aqueles que estavam a trabalhar a tempo inteiro ou a tempo parcial, e foram treinadas para usar a ferramenta de observação da dor (CPOT). Os arquivos médicos foram selecionados aleatoriamente da lista de doentes admitidos na UCI nos períodos de alvo até um total

de 90 arquivos elegíveis foram incluídos. Assim pode-se dizer que se trata de uma amostra randomizada.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos no estudo, uma vez que através de arquivos médicos foram selecionados os doentes que foram admitidos na UCI com 18 anos ou mais, tinham sido ventilados por um período de 24 horas e que estavam incapazes de comunicar. Dos arquivos médicos foram excluídos os doentes que tinham uma lesão na coluna, que apresentavam uma escala de Glasgow <4 ou que lhes tinham sido administrados bloqueadores neuromusculares durante as primeiras 48 horas após a admissão na UCI.

Foram estudadas as relações entre a CPOT e algumas variáveis, nomeadamente a confiabilidade das enfermeiras da UCI após a utilização do CPOT, a avaliação/gestão da dor na UCI e as práticas de enfermagem.

Relativamente aos resultados, estes responderam aos objetivos. O follow up foi realizado num tempo adequado, o elemento da amostra que se perdeu foi caracterizado e os resultados foram corretamente descritos. A estatística descritiva e inferencial utilizada foi adequada.

No estudo de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), o tipo de amostra foi randomizada, tendo sido efetuada a tradução e análise de validade psicométrica da escala BPS com o desenvolvimento de painéis e aplicação da escala por dois observadores de forma simultânea e independente a 60 doentes selecionados de forma acidental.

No que se refere aos critérios de inclusão e exclusão, os mesmos estão bem definidos no estudo, uma vez que participaram na colheita dos dados três enfermeiros com idades entre os 28 e os 30 anos, todos frequentaram e obtiveram aproveitamento numa formação sobre avaliação da dor, e já utilizavam no serviço uma versão traduzida da escala. A recolha dos dados decorreu entre março de 2011 e fevereiro de 2012 e envolveu 60 doentes. Foram excluídos os doentes sob efeito de fármacos bloqueadores neuromusculares, com patologia neuromuscular, tetraplégicos, com comportamentos de auto-agressão e com imobilização dos membros superiores.

Relativamente aos fatores de viés estes estão presentes no estudo nomeadamente o viés de seleção, em que os três enfermeiros participantes selecionados foram aqueles que foram escolhidos por cinco elementos por critérios não especificados.

Através da aplicação desta escala verifiquei que os resultados obtidos respondem aos objetivos definidos, o *follow up* foi realizado no tempo adequado. Uma limitação do estudo é que houve pouca variabilidade da dor e a grande maioria foi observado em repouso. Os resultados foram corretamente descritos.

1.5. RESULTADOS DOS ESTUDOS

Quanto ao estudo de Young, Siffleet, Nikoletti, Shaw (2006), os resultados obtidos revelam que existem valores do BPS mais altos, que indicam dor, após a execução de procedimentos dolorosos (reposicionamentos) do que nos procedimentos não dolorosos (lavagem ocular), bem como alterações hemodinâmicas, nomeadamente elevação da frequência cardíaca e tensão arterial. Concluem que a escala comportamental da dor (BPS) é uma ferramenta válida para a avaliação da dor nestes doentes, pois comprovaram que os valores de dor aumentam após os procedimentos dolorosos. Resultados mostraram que os indicadores de dor, tais como flutuações nos parâmetros hemodinâmicos, nem sempre são uma medida exata para a avaliação da dor em doentes inconscientes, e como tal, são essenciais medidas de avaliação da dor mais objetivas. Como tal, é necessário mais validação do BPS e identificação de outros procedimentos de rotina dolorosas para melhorar a entrega da gestão da dor para doentes inconscientes.

Relativamente ao estudo de Gélinas (2010), os resultados revelaram que em geral, a viabilidade e a utilidade clínica do CPOT eram positivamente avaliados pelos enfermeiros. Mais de 90% dos enfermeiros revelaram que as diretivas acerca da utilização do CPOT eram claras, simples de entender e fácil de completar. Sobre a sua utilidade clínica, um pouco mais de 70% dos enfermeiros mencionou que o CPOT era útil para a prática de enfermagem e recomendam o seu uso rotineiramente. As enfermeiras recomendam a utilização do CPOT e mencionam a sua relevância para a prática de enfermagem. Reconhecem também que o CPOT permite uma maior uniformidade entre enfermeiros, porque fornece uma linguagem comum e uma maneira padronizada para avaliar a dor dos doentes. Metade dos enfermeiros revela que o CPOT influenciou a sua prática clínica na avaliação da dor do doente. Seis enfermeiras

mencionaram que o CPOT ajudou-as a lembrar e a serem mais sensíveis aos sinais de dor em doentes que não comunicavam, antes da introdução do CPOT. No entanto, alguns enfermeiros referem que falta especificidade de alguns indicadores do CPOT, que por esse fato o instrumento não pode ser usado na UCI em doentes que não comunicam verbalmente, logo não recomendam a sua utilização. Outras enfermeiras mencionaram que o CPOT era um instrumento extra, que não era necessário, era complicado e que não era prático para implementar na rotina dos cuidados. Para algumas enfermeiras, o CPOT não influenciou a sua prática, porque já estavam sensíveis aos sinais de dor nos doentes que não comunicavam antes da introdução do instrumento. Uma enfermeira também salienta que um instrumento não deve substituir o julgamento clínico.

Em síntese, o CPOT é uma escala de comportamento da dor válida, que tem sido sugerido por especialistas em resenhas críticas recentes.

Quanto ao estudo de Vazquez, Pardavila, Lucia, Aguado, Margall e Asiain (2011), os resultados relativos à confiabilidades da escala CPOT, mostraram que os percentuais de concordância foram entre 97 % e 100 %, o que indica uma excelente grau de acordo. Ao testarem a confiabilidade da escala e ao comparar as respostas comportamentais à dor e as respostas fisiológicas antes, durante e após o procedimento dos posicionamentos, através da observação, utilizando uma pontuação para a escala CPOT e a partir de indicadores como a expressão facial, movimentos do corpo, conformidade com o ventilador e tensão muscular, os resultados revelaram que a pontuação e média de score total (dor) na escala de CPOT foi maior durante o procedimento dos posicionamentos, a expressão facial foi o indicador que mais cresceu em relação à situação inicial, seguido pelos movimentos do corpo; conformidade com o ventilador e finalmente, a tensão muscular. Havia também pequenas variações nas variáveis fisiológicas (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio) durante o procedimento do posicionamento. A média de pontuação total da escala de CPOT (dor) durante o posicionamento dos doentes cirúrgicos foi maior do que nos doentes médicos. A observação do comportamento do doente durante o posicionamento e as alterações fisiológicas produzidas permitem aos profissionais objetivar a dor em doentes críticos com dificuldades na comunicação verbal. Além disso, os resultados revelaram também a necessidade de administrar analgesia antes de um procedimento doloroso,

particularmente em doentes pós-cirúrgicos. Perante estes resultados e devido às boas qualidades de medição da escala CPOT obtidas durante um procedimento doloroso recomendam a sua utilização em unidades de terapia intensiva para pacientes adultos com ventilação artificial.

No estudo de Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant e Desjardins (2011), verificou-se que a aplicação da escala de observação da dor comportamental (CPOT) pode ser aplicada pelas enfermeiras nas UCI para detetar a presença de dor em doentes críticos que não comunicam. A aplicação deste instrumento teve uma influência positiva sobre as práticas de enfermagem na avaliação da gestão da dor e na dor na UCI. As enfermeiras da UCI aprenderam a utilizar o CPOT uma vez que relatos de avaliação e reavaliação da dor foram mais evidentes nos arquivos médicos após a implementação do instrumento do que em comparação com a fase da pré implementação do instrumento (3 avaliações em um período de 24 horas). Foi observada uma redução na utilização de analgésicos e sedativos com a implementação do CPOT. Assim, pode-se dizer que o CPOT também parece ser útil na avaliação da eficácia das intervenções farmacológicas.

No estudo de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), cujo objetivo foi adaptar semântica e culturalmente para o Português a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) e avaliar as suas propriedades psicométricas, em doentes com ventilação mecânica internados nos cuidados intensivos, verificou-se que no momento da avaliação da dor os doentes estavam sobre efeito de analgésicos e sedativos e alguns doentes apenas com sedativos. A avaliação foi feita maioritariamente em doentes em repouso e no momento em que os enfermeiros avaliaram a dor verificaram que a maioria dos doentes estava com dor. Relativamente ao processo de validação semântica e cultural da escala BPS, verificou-se que após uma análise fatorial de componentes principais (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador) emergiu a solução com um fator, que revelou uma variância entre dois observadores. Os movimentos dos membros superiores foi o indicador da escala com maior peso fatorial. A consistência interna calculada pelo *Alfa Cronbach* variou um pouco entre os observadores. Para ambos os observadores, o indicador “movimentos dos membros superiores” foi o que melhor se correlacionou e o que mais contribuiu para a sua consistência interna. Em relação ao nível de concordância entre observadores, a percentagem de acordos item a item entre as duas observações variou na expressão facial e na adaptação ao ventilador

(igual percentagem) e nos movimentos dos membros superiores (maior percentagem). O nível de concordância avaliado pelo coeficiente *Kappa* de Cohen variou na adaptação ao ventilador e na expressão facial.

1.6. DISCUSSÃO

Comparando o estudo de Young, Siffleet, Nikoletti, Shaw (2006) e de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), onde ambos os estudos estudaram o mesmo instrumento de avaliação da dor, a BPS, em doentes ventilados em cuidados intensivos e incapazes de autoavaliarem a dor, verificou-se que no estudo de Young, Siffleet, Nikoletti, Shaw (2006), estes validaram a behavioural pain scale através de dois procedimentos: o posicionamento e a lavagem ocular e identificaram três fatores que influenciaram os valores elevados de dor, como a não administração de analgesia antes de procedimentos dolorosos, os valores também eram mais altos nos doentes ventilados por traqueotomia e nos doentes cirúrgicos. O que difere deste estudo para o estudo de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), foi o fato de que a avaliação da dor foi realizada no momento em que os doentes se encontravam sedados e com efeito de analgesia. No entanto, ao aplicarem a escala verificaram que a mesma tem boas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade), todas as subescalas (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador) contribuem para a avaliação da dor global, e o que teve maior contributo foi a expressão facial, seguido dos movimentos dos membros superiores e finalmente a adaptação ao ventilador, o que demonstra também boa visibilidade e bom tempo requerido para fazer a avaliação, sendo esta de quatro minutos. Os autores referidos anteriormente referem que as flutuações a nível dos parâmetros hemodinâmicos nem sempre são uma medida exata para avaliar a dor em doentes inconscientes e ventilados.

No estudo de Varquez, Pardavila, Lucia, Aguado, Margall e Asiain (2011), durante a implementação da escala CPOT, que consistiu na observação do comportamento do doente durante os posicionamentos, as enfermeiras constataram que durante o posicionamento ou procedimentos dolorosos, o doente apresentava sintomas de dor, verificando-se variações através das alterações fisiológicas bem como através da expressão facial, movimentos do corpo e a adaptação ao ventilador, sendo a expressão facial o indicador que mais sugere dor no doente ventilado. Por outro lado, os enfermeiros verificaram que o doente inconsciente apresentava menor dor em relação ao

doente consciente, onde este acontecimento foi comprovado pelo facto do doente inconsciente receber elevadas doses de analgesia /sedação. Assim as enfermeiras concluíram que deve-se associar a analgesia antes de qualquer procedimento doloroso, essencialmente em doentes do foro cirúrgico. Este episódio foi reforçado e comprovado no estudo de Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant e Desjardins (2011), uma vez que as enfermeiras verificaram através da observação e durante a implementação do CPOT que a dor era menor em doentes a quem já tinham sido administrada analgesia, o que revela que o CPOT fornece orientações para a seleção de intervenções farmacológicas para a dor e é útil na avaliação da eficácia das intervenções farmacológicas. Contudo, comparando este ultimo estudo com o estudo de Gelinas (2010) verificou-se algumas controvérsias. Relativamente á viabilidade e utilidade clinica do CPOT, no estudo de Gélinas (2010), estas eram avaliadas positivamente para as enfermeiras, referindo que a utilização do CPOT era clara, simples de entender, fácil de completar e utilizar, útil para a prática de enfermagem e recomendaram a sua utilização rotineiramente. Reconheceram que o CPOT lhes forneceu uma linguagem e uma maneira padronizada para avaliar a dor e que tinha influenciado a sua prática, considerando que a utilização de um instrumento de documentação padronizada da dor pode levar a uma melhor avaliação da dor e uma avaliação da dor combinada com uma padronizada abordagem de gestão da dor pode levar a um melhor controlo da dor. Por outro lado algumas enfermeiras criticaram o CPOT como longo ou complexo de utilizar, referiram que já estavam sensibilizadas para a avaliação da dor em doentes ventilados antes da introdução do CPOT. Referem ainda a falta de indicadores no CPOT, tais como especificidade de dor para os movimentos do corpo, o score zero indica que o doente não se mobiliza ou imóvel, a ausência dos movimentos não significa ausência de dor ou seja, as enfermeiras identificam a ausência de movimentos como um indicador da presença de dor em doentes nos cuidados intensivos. Para as enfermeiras, os movimentos do corpo podem variar dependendo do nível de consciência do doente ou fatores físicos. Doentes inconscientes também são mais propensos a apresentarem menos comportamentos de dor em comparação com doentes conscientes. Além disso, o movimento do corpo deveria ser categorizado de acordo com o nível de consciência e as expressões faciais diferem em doentes com lesões na cabeça. Algumas enfermeiras também referiram que estavam sensíveis aos sinais de dor em doentes que não comunicavam antes da introdução do CPOT.

1.7. CONCLUSÃO

A avaliação da dor é imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, logo o controlo da dor exige que esta seja orientada por uma avaliação e reavaliação, através da utilização de escalas válidas e precisas.

Finalizando esta revisão sistemática da literatura e através dos estudos analisados verifiquei que a questão da avaliação da dor em doentes críticos, nas unidades de cuidados intensivos, é um problema que tem sido discutido há mais de uma década, no entanto, no nosso país este assunto começa agora a ser investigado.

A avaliação da dor em cuidados intensivos continua a ser um desafio para os profissionais de saúde e pesquisadores, não existe um parâmetro específico neurobiológico para a avaliação, no entanto, ao analisar os estudos constatei que existem várias escalas para avaliação da dor. Quando os doentes críticos estão impossibilitados de autoavaliar a intensidade da sua dor a avaliação da dor deve ser objetiva através da observação de indicadores de dor, como por exemplo a expressão facial, movimento dos membros e a adaptação ao ventilador, e em alguns estudos também fazem referência aos parâmetros hemodinâmicos.

Através da análise dos vários estudos, constatei que existem instrumentos fiáveis e válidos para melhorar a gestão da dor em doentes sedados e inconscientes nas unidades de cuidados intensivos, o que veio trazer muitos contributos para a avaliação da dor. Nesses estudos foram identificados dois instrumentos/escalas comportamentais, a *behavioral pain scale* (BPS) e a *critical care pain observation* (CPOT), onde ambas têm a vantagem de permitir avaliar as consequências da dor na vida do doente. Estas foram desenvolvidas para mensurar especificamente a intensidade da dor em doentes sedados, com ventilação mecânica e inconscientes. Destas, a BPS revelou-se como a que tinha melhor taxa de confiança e de validade nos doentes de unidades de cuidados intensivos e pode oferecer uma melhoria na análise fragmentada da avaliação da dor em doentes sedados e ser incorporada em protocolos e recomendações sobre gestão da dor. Como desvantagens saliento o fato de não permitirem localizar a dor.

Relativamente à escala CPOT, os estudos revelaram resultados aceitáveis de confiabilidade e validade em doentes adultos conscientes e inconscientes numa UCI, e a

sua viabilidade e utilidade clínica foi avaliada pelas enfermeiras como positiva. Esta escala de dor comportamental tem a vantagem de ser válida para a avaliação da dor em doentes que não comunicam, ou seja em doentes ventilados, e a sua implementação pode melhorar a gestão da dor, sendo útil para guiar as intervenções. Além disso, a mudança de variáveis fisiológicas através da observação (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação) e aplicação desta escala, alerta os profissionais para o facto de que o doente pode estar com dor durante um procedimento doloroso, cujos resultados evidenciam a necessidade de administrar analgesia antes de um procedimento doloroso, em particular em doentes do foro cirúrgico.

Em conclusão, após a validação das escalas comportamentais da dor para doentes adultos ventilados e as mesmas se encontrarem disponíveis, torna-se necessário e urgente que as mesmas sejam implementadas na prática da UCI, bem como que sejam recomendadas clinicamente para a sua utilização na prática. Todos os profissionais devem ser envolvidos na atualização de protocolos de gerenciamento da dor com o objetivo de incluírem intervenções na sua prática, no sentido de aplicarem as várias escalas, com o intuito de alcançar melhores resultados para o doente em termos de alívio da dor.

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano profissional do enfermeiro é rico em experiências e desafios que exigem atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e aperfeiçoamento de capacidades humanas que lhes permitam melhores desempenhos. Nesta jornada de aquisição de aptidões para uma prática especializada, tentei ao longo destes períodos de ensinos clínicos ter em conta estes pressupostos, uma vez que, com eles me identifico e acredito permitirem atingir objetivos.

Ao longo dos vários ensinos clínicos pude refletir acerca do meu processo de aprendizagem, penso que a sua concretização se encontra espelhada ao longo deste relatório crítico. Um relatório de estágio resulta da análise e avaliação do trabalho desenvolvido mediante um projeto previamente definido. As reflexões sobre os objetivos determinados, a sua concretização, as dificuldades de realização e os mecanismos facilitadores do percurso de aprendizagem, tiveram lugar para agora documentar por escrito o trabalho desenvolvido durante um período de tempo, tendo por base um processo de auto avaliação centrado na reflexão sobre o contexto vivido.

Considero que foi favorável o facto de inicialmente ter elaborado um projeto pessoal com definição de objetivos específicos contextualizados nos serviços por onde decorreu esse percurso e de ser feita uma breve abordagem a esses objetivos com o professor orientador no sentido de os operacionalizar. Tendo em conta que a avaliação é a “...capacidade de formular um juízo acerca do processo e do produto final ...” (Fonseca, 2006, p. 42), o relatório final é o culminar dessa reflexão acerca das atividades realizadas relacionadas com os conhecimentos mobilizados, vivências e aspetos facilitadores da aquisição de competências durante esta etapa.

Este trabalho não foi de todo fácil de compilar, leva tempo e é baseado num processo de auto-avaliação centrado no pensamento crítico e reflexivo.

Pela riqueza das experiências com que me defrontei, os serviços por onde passei proporcionaram-me campos de estágio proveitosos, em que a necessidade de atualização permanente, aliada à necessidade de trabalho em equipa e de controlo das situações de risco se tornou necessário a qualquer profissional que lá desempenhou funções. Creio que demonstrei humildade durante toda a aprendizagem, procurando acima de tudo observar, conhecer e integrar uns serviços diferentes da minha realidade, tendo sido benéfico no desenvolvimento de competências.

A necessidade de refletir continuamente acerca da nossa atividade e dos recursos que temos para a tornar mais eficaz, fez com que os vários campos de estágio evidenciassem muitas das características para as quais temos vindo a ser sensibilizados pelo corpo docente da escola, nomeadamente as relacionadas com a nossa postura profissional, a necessidade de adquirir competências acrescidas e de refletir de uma forma global acerca das necessidades dos serviços.

Não estamos sozinhos quando nos desenvolvemos pessoal e profissionalmente. Saliento aqui a disponibilidade de toda a equipa multiprofissional, que me permitiu a aquisição de novos conhecimentos, bem como a mobilização de outros aplicando-os na prática na direção de novas competências no contexto dos cuidados ao doente crítico nos vários estágios. Destaco em particular, a partilha de saberes e de experiências com as “minhas” enfermeiras orientadoras, bem como de todas as conversas informais que íamos tendo ao longo dos estágios, que me serviram de inspiração, motivação e de esperança, de que podemos fazer melhor, e que se escolhemos este caminho temos a responsabilidade acrescida de, antes de exigir, ter a competência de o fazer, sustentando-nos e adquirindo várias capacidades que procurem a excelência no que fazemos. A reflexão é essencial para a transformação e para o desenvolvimento de competências necessárias que possam contribuir para a mudança e para a responsabilização desta emergindo a autonomia do cuidar.

Saber agir num contexto de trabalho, é uma maneira de facilitar a adaptação e o ser competente não é um estado ou um dado adquirido, não se resume a um saber, um enfermeiro competente, deverá saber transferir aquilo que aprendeu, mobilizar os conhecimentos, para solucionar um dado problema com qualidade. Neste sentido, o presente documento tenta expressar o saber adquirido, as experiências formativas, os

sentimentos vivenciados e especialmente o espírito de parceria em que decorreram os ensinamentos clínicos.

No que respeita aos objetivos delineados para este relatório, sinto que os atingi, com alguns ajustes face ao percurso/contexto onde se encontra inserido.

Relativamente às limitações que surgiram neste percurso, tenho de salientar o cansaço nesta fase, devido ao excesso de trabalho inerente ao serviço onde atualmente exerço funções. No entanto, com esforço e empenho tudo se consegue e mais uma vez penso ter superado com êxito mais uma “batalha” inerente ao mestrado.

Tendo em conta que o serviço de Urgência, a Unidade de Cuidados Intensivos e o Bloco Operatório são uma porta de entrada de muitos dos doentes em estado crítico, com probabilidade de evoluir para situações de risco de vida, penso que a realização destes ensinamentos clínicos, foi uma mais-valia e de crucial importância para o processo de aprendizagem como futura enfermeira especialista em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. É universalmente aceite que todos os enfermeiros, qualquer que seja a sua especialidade, necessitam de adquirir um conjunto de conhecimentos, aptidões, valores e atitudes, que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados na sua atividade.

Um contexto onde estão presentes muitos medos, ansiedades, incertezas e inseguranças, onde muitas vidas se ganham, se transformam e mudam radicalmente, onde os enfermeiros têm de conseguir lidar com todos estes sentimentos humanos e ajudar nas readaptações de vários contextos de vida, compreendi que ser enfermeira Especialista passa por ter atitudes que permitam utilizar ao máximo e melhor os saberes adquiridos, para poder cuidar com qualidade.

Considero este momento importante, pois permite a sistematização e a súmula de todas as reflexões e autoavaliações informais que realizei ao longo do ensino clínico, na certeza de que uma aprendizagem eficaz só é possível, quando existe uma reflexão constante sobre as minhas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARTE I

- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., Lima, M. A. D. S. (2012). *Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa*. Rev Gaúcha Enferm, 33(4):181-190.
- AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006) “*Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática de Cuidados*”. Portugal, Lusodidata. Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Alarcão, I. (2001). *Formação Reflexiva*. Referência. Vol. 6, 54-59.
- Aparecida, C. M., Espíndula, B. M. (2009). *Qualidade da assistência de enfermagem ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva – Uma revisão bibliográfica*. Revista Eletrônica de enfermagem, 1(1), p. 1-13.
- Apolinário, J.M.. (2010). *Pessoas, Trabalho e Funções: Reflexões fundamentais sobre a Política de Recursos Humanos*. Revista dirigir, nº 111, 3-9.
- Assis, C. (2010). *O Enfermeiro gestor: que dificuldades. Gestão dos Serviços de Saúde*. Vila Real: Universidade de Trás- os- Montes e Alto Douro, p 8-31.
- Benner, P.. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto editora, p. 294.
- Beuter, M., Brondani, C. M., Szarecki, C., Cordeiro, F. R., Roso, C. C.. (2012). *Sentimentos de Familiares Acompanhants de Adultos Face Ao Processo de Hospitalização*. Esc Anna Nery (impr.), 16 (1):134-140.
- Castro, C., Vilelas, J., Botelho, M.. (2011). *A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCIP: Revisão Sistemática da Literatura*. Pensar Enfermagem. Vol. 15, nº 2,1-43.
- Cerejo, M. N. (2001). *Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós-operatória*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 4, Edições Sinais Vitais, 42-59.

Código Deontológico. (2009). Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Coelho, N.. (2010). *Guia orientador da entrevista de acolhimento aos familiares do doente internado na unidade de cuidados intensivos polivalente*. Santarém: Unidade de Cuidados Intensivos, p. 11.

Colliére, M.F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Corbani, N. M. S., Brêtas, A. C. P., Matheus, M. C. C.. (2009). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?* Rev Bras Enferm, Brasília, 62(3), 349-54.

Christóforo, B. E. B., Carvalho, D. S. (2009). *Cuidados de Enfermagem realizados ao Paciente Cirúrgico no Período Pré-operatório*. Ver. Esc. Enferm. USP, 43 (1), 14 – 22.

Cunha, A. P., Ferreira, J. J. M., Rodrigues, M. A.. (2010). *Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 1, p. 7-16.

Decreto – Lei n.º 48/95 de 15 de Março (1995). Aprova o Código Penal. Diário da República SÉRIE I-A. Nº 63 (95/03/15), 1350 a 1416.

Decreto – Lei nº 33/2009 de 14 de Julho (2009). Direito de acompanhamento dos Utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República I Série. Nº 134 (09-07-14), 4467.

Decreto – Lei n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série. Nº 35 (18/02/2011), 8656-8657.

Decreto-lei nº 9128/2012 de 5 de Julho (2012). Aprova a Estrutura Curricular e Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Instituto politécnico de Leiria. Diário da República II Série. Nº 129 (012/07/05), 23790 - 23791.

- Dias, M. F. B.. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências de enfermagem para o grau de Licenciado*. Lusociência, (1.^a edição).
- Dias, A. B., Oliveira, L., Dias, D. G., Santana, M. G.. (2008). *O toque afetivo na visão do enfermeiro*. Rev Bras Enferm, Brasília, 61(5), 603-7.
- Direção Geral de Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde - Direção de Serviços de Planeamento, p. 24.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 82.
- Duarte, L. T. D., Fernandes, M. C. C. B., Fernandes, M. J., Saraiva, R. Â.. (2004). *Analgesia Peridural Contínua: Análise da Eficácia, Efeitos Adversos e Fatores de Risco para Ocorrência de Complicações*. Rev Bras Anestesiol, 54 (3), 371 – 390.
- Farias, G., Freitas, M. , Rocha, K., Costa, I. (2009). *Pacientes sob ventilação mecânica: Cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal*. Revista Científica Internacional, N°09.
- Fernandes, E. O. [et al]. (2010). *Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências*. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (2), 240-258.
- Fernandes, A. M. M. L., Queirós, P. J. P.. (2011). *Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*. Revista de Enfermagem Referência. III Série, N° 4, 37 – 48.
- Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., Campello, G., Dias, C., Granja, C.. (2008). *Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um Modelo Orgânico Funcional*. Rev Port Cardiol, 27 (7-8), 889-900.

- Ferreira, M. A. G., Pontes, M., Ferreira, N.. (2009). *Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes*. Revista de Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 6, 358 – 366.
- Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Perspectiva do Docente*. Coimbra: Formasau.
- Fontes, A. I. C., Ferreira, A. C. O. S. (2009). *Do Outro Lado da Porta... Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Sinais Vitais, 85, 33-38. Coimbra.
- Fragata, J. (2009). *Gestão do Risco. Governação dos Hospitais*. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal Editores, 75 – 105.
- Froes, F, et al.. (2007). *Documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial*. Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol XIII N.º 3.
- Garcia, M. J.. (2006). *Protocolos em Analgesia Pós operatória*. Biblioteca da Dor. Permanyer Portugal, 1-48.
- Germano, N., Fernandes, A. P. (2008). *Pneumonia Associada ao Ventilador. Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência, p. 250.
- Gomes, N. C. R. P. (2010). *Cuidar do Doente Crítico nos Diferentes Contextos da Prática*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Lisboa.
- Gomes, J. R. A. A., Corgozinho, M. M., Lourencini, J.C., Horan, L. M.. (2013). *A Prática do Enfermeiro como Instrumentador Cirúrgico*. Rev. SOBECC, São Paulo, 18(1), 54-63.
- Graveto, J. M. G. N. (2005). *Construção e Validação de uma Escala de Percepção de Competências Profissionais do pré-Licenciado em Enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade da Extremadura –Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.

- Grigoletto, A. R. L., Gimenes, F. R. E., Avelar, M. C. Q.. (2011). *Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 13(2), 347 – 54.
- Grupo de Trabalho das Urgências. (2006). *Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes*. [S. I]: Ministério da Saúde, p. 111. [Em linha]. [Consult.17 de fevereiro de 2014]. Disponível em [www:saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)
- Guedes, L., Rebelo, H., Oliveira, R., Neves, A. (2012). *Analgesia Regional em Cuidados Intensivos*. Rev Bras Anesthesiol, 62 (5), 719-730.
- Haddad, J. G. V., Neves-Amado, J., Machado, E. P., Zoboli, E. L. C. P. (2011). *A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania*. O Mundo da Saúde, São Paulo, 35(2):145-155.
- Hesbeen, W.. (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Iksilara, M., Diccini, S., Barbosa, D.. (2005). *Incidência de infecção em pacientes com cateter epidural tunelizado*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN. Associação Brasileira de enfermagem, 58 (2), 152 – 155.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). *Recomendações para prevenção da infecção respiratória em doente ventilado*. Ministério da Saúde.
- Jorge, S. F. (2011). *Cuidar a Pessoa com Doença Grave e em Estado Crítico*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto.
- Kazanowski, M., Laccetti, M. (2005) *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Laceiras, A. I. R. (2004). *Unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA)*. Nursing. Lisboa, Ano 15, N.º 189, 20-21.
- Lages, N., Fonseca, C., Abelha, F.. (2006). *Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos?* Revista SPA, 15 (4), 18 – 26.
- Leite, M. A., Vila, V. S. C. (2005). *Dificuldades Vivenciadas pela Equipe Multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva*. [Consult. 4 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a03.pdf>.
- Leite, L. (2006). *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional*. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. [Consulta a: Abril 2014]. URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Lima, E.. (2009). *Efeito de uma intervenção educativa na adesão às recomendações técnicas de aspiração traqueobrônquica em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva*. Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, p. 10-30.
- Marcelino, P.. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no adulto – Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência, p. 250.
- Marques, P., Vieira, M.. (2007). *Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos*. Centro Universitário São Camilo, Vol. 1, nº 2, 45-55. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/57/Principios_eticos_gerais_no_agir_em_enfermagem.pdf
- Martins, P.. (2006). *A Via Epidural em Analgesia Pós-operatória*. Biblioteca da dor. *Permanyer Portugal*, 1 – 48.
- Martins, J. J., Nascimento, E. R. P., Geremias, C. K., Schneider, D. G., Schweitzer, G., Neto, H. M.. (2008). *O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional*. Rev. Eletr. Enf., 10(4), 1091-101.

- Martins, A. et al (2008). *Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?* Pensar Enfermagem. Vol. 12 N.º 2, 2º Semestre.
- Martins, J.C.A. (2009). *Actuação do Enfermeiro no Sector Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competência*. In Malagutti, W., Caetano, K. *Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*. Rio de Janeiro: Rubio, 175-189.
- Massada, S. R. (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa*. 1ª ed. Grupo de Trauma do Hospital de São João, p. 111.
- Matos, T., Mendes, A.. (2011). *Comunicação com o Doente Ventilado: Competências e estratégias. Resultados de uma Revisão da Literatura*. [S.l.:s.n.]. Disponível em: www.esenfcp.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id.
- Melo, I. (s/d). *O Enfermeiro de Anestesia. Enfermagem e o Cidadão*. SRCOE. *Ordem dos Enfermeiros* www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/.../page0004
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Editora Manole Lda, p. 301.
- Monahan, F.D. (2007). *Cuidados Críticos*. In N. S. Blair (Ed.). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*, Vol. 1, 8ª ed., 1 – 580. Portugal: Lusodidacta.
- Morais, A. M. M.. (2002). *Gestão de Conflitos*. Lisboa. Nursing, nº172, 24-29.
- Morgan, G. E. [et al.]. (2006). *Clinical Anesthesiology*. 4.ª Edição. Londres: McGraw-Hill, 1056.
- Neto, A. et al. (2003). *Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência*. Revista Servir, 51, 214-228.
- Oliveira, I. B. (1998). *Melhoria Contínua nas Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Centro de Estudos de Management, p.65.

- Oliveira, M. L., Paula, T. R., Freitas, J. B. (2007). *Evolução Histórica da Assistência de Enfermagem*. *Conscientiae Saúde*. S. Paulo, 6 (1), 127 – 136.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Coleção Divulgar. Lisboa, p. 15-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, p. 24
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema*. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, p.10. [Em linha]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Oriá, M. O. B., Moraes, L. M. P., Victor, J. F.. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 292-297. Disponível em www.fen.ufg.br
- Paixão, H., Monteiro, R. (2009). *Formação em Serviço: das Motivações aos Contributos para o Desenvolvimento Profissional*. *Revista Sinais Vitais*, 87, p. 41-43.
- Pasin, S., Schnath, F.. (2007). *Cuidados de Enfermagem na Analgesia por Cateter Peridural*. *Rev. HCPA*, 27(2), 69 – 73.

- Pedroso, R. A., Celich, K. L. S. (2006). *Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 15 (2), 270-6.
- Peniche, A. C. G.. (2005). *A influência da ansiedade na atividade profissional do circulante de sala de operações*. Acta Paul Enferm, 18(3), 247-52.
- Peniche, A. C. G., Leite, R. C. B. O.. (2007). *Aspetos organizacionais da sala de recuperação pós-anestésica: planeamento físico, materiais e equipamentos, recursos humanos*. Capítulo 14 In Carvalho, R., Bianchi, E. R. F. – *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. São Paulo: Manole, 258-266.
- Pereira, S. C. (2005). *A Importância dos Registos de Enfermagem*. Sinais Vitais, 62, 58-61.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O., Martins, M. A. C. S. C. (2012). *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário*. Revista de Enfermagem Referência. III Série, n.º 7, p. 55-62.
- Pias, M. (2008). *Ansiedade e Stress na Família do Doente em Estado Crítico*. Revista Sinais Vitais, 81, p.11-15.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B.. (2010). *Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Rev Port Saúde Pública, Vol Temat (10), 27-39.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., Alves, F.. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Plano Nacional de Avaliação da Dor. Grupo de avaliação da dor. Acedido em 14 de Maio de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao>.
- Pinto, N. (2006). *A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem*. Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 6, p.11-15.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., Ramos, I. C.. (2008). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Rev Bras Enferm, Brasília, 61(3), p. 312-8.

- Programa Nacional de Controlo da Dor. (2008). Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Razera, A. P. R., Braga, E. M.. (2011). *A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória*. Rev Esc Enferm USP, 45(3), 632-7.
- Rigotti, M. A., Ferreira, A. M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Arq Ciênc Saúde, 12 (1), 50-4.
- Rodriguez, E. O. L., Oliveira, C. S., França, T. R. S., Andrade, J. S., Campos, M. P. A., Silva, F. J. C. P.. (2013). *Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem*. Enfermeria Global, nº 31, p. 219-231.
- Rosa, L. M., Sebold, L. F., Arzuaga, M. A., Santos, V. E. P., Radünz, V.. (2010). *Referenciais de Enfermagem e Produção do Conhecimento Científico*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 18 (1), 120-5.
- Rosário, E.. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em Cuidados intensivos*. Universidade Aberta: Lisboa. Disponível em www:https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf.
- Roxo, J. R. S. (2008). *O Toque na prática Clínica*. Revista Referência. II Série. Coimbra, nº 6, p. 77-89.
- Ruthes, R. M., Cunha, I. C. K. O.. (2008). *Entendendo as competências para aplicação na enfermagem*. Rev Bras Enferm, Brasília, 61(1), 109-12.
- Sá, T., Machado, L. (2006). *Comunicar com Doentes Ventilados: Uma Função de Enfermagem*. Sinais Vitais, 67, 29-34. Coimbra.
- Saça, C. S., Carmo, F. A., Arbuleia, J. P. S., Souza, R. C. X., Alves, S. A., Rosa, B. Â.. (2010). *A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*. J Health Sci Inst., 28(1):35-41.
- Sales, D. (1998). *Garantia de Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os Profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa: Principia, p.158.

- Santiago, L. C., Silva, R. F. A., Cunha, K. C. S. (2009). *O Paciente Submetido à Ventilação Mecânica e o Cuidado de Enfermagem que emerge da Prática Assistencial*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. Centro de Convenções do Ceará, Fortaleza.
- Santos, S.A.M., Belentani, L.M.. (2010). Pneumonia Associada à Intubação Orotraqueal e Ventilação Mecânica: Fatores de Risco e Estratégia de Prevenção. *UNINGÁ Review*, nº 4(1), 46-51.
- Schneider, C. C., Bielemann, V. L. M., Sousa, A. S., Quadros, L. C. M., Kantorski, L. P.. (2009). *Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, Importância e Limites*. Visão da Enfermagem e Familiares. *Cienc Cuid Saude*, 8(4), 531-539.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., Costa, N. M. V. N.. (2011). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 3, 15-23.
- Setz, V. G., D. Innocenzo, M.. (2009). *Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria*. *Acta Paul Enferm*, 22(3), p. 313-7.
- Sheehy, S.. (2004). *Enfermagem de Urgência – da teoria à prática*. 4ªed. Loures. Lusociência, ENA – Associação dos Enfermeiros de Urgência, p. 877. ISBN 972-8383-16-9.
- Silva, A. R., Lage, M. J.. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau, p. 198. ISBN 978-989-8269-11-9.
- Sobrinho, V. G., Carvalho, E. C.. (2004). *Uma Visão Jurídica Do Exercício Profissional Da Equipe De Enfermagem*. *R Enferm UERJ*, 12, 102-8.
- Souza, C., Santana, V.. (2012). *Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica*. [Revista Brasileira de Terapia Intensiva](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en) X, Vol. 24, nº 4, São Paulo. ISSN 0103-507 [Em linha]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

- Swearingen, P., Keen, J.. (2005). *Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos* (4ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Takaki, M. H., Sant'Ana, D. M. G.. (2004). *A Empatia como Essência no cuidado Prestado ao Cliente pela Equipe de Enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde*. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 9 (1), p. 79-83.
- Thalita, R. O.. (2013). *A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h):uma interpretação em Travelbee*. *Enfermeria Global*. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, nº 30, p. 91-105.
- Unidade de Cuidados Intensivos Hospital de Santarém. (2010). *Plano de Actividades e Orçamento*. Santarém.
- Unidade de Cuidados Intensivos Hospital de Santarém. (2012). *Elementos Estatísticos/Indicadores de Qualidade*. Santarém: [s.n.]
- Urden, L., Stacy, K., Lough, M. (2008). *The lan's – Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidata, 1265.
- Vargas, D., Braga, A. L.. (2006). *O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Reflectindo sobre seu papel*. [S.I.:s.n.].
- Veiga, B. S., Henriques, E.. (2008). *Administração Central do Sistema de Saúde – Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 280.
- Veiga, K. C. G., Fernandes, J. D., Sadigursky, D.. (2010). *Relacionamento Enfermeira/Paciente: Perspetiva Terapêutica do Cuidado*. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 18(2), 322-5.
- Velez, L. (2009). *Formação em Serviço: uma Necessidade ou uma Calendarização*. *Revista Sinais Vitais*, 87, p. 44-46.
- Vieira. M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2ª Edição. Universidade Católica Editora. Lisboa. P. 155.

PARTE II

Amaral, J. (2007). *Como Fazer Pesquisa Bibliográfica*. Ceára. Recuperado em 12 Março de 2014, de <http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>

Batalha, L.M.C., Figueiredo, A. M., Marques, M., Bizarro, V. (2013). *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Revista de Enfermagem Referência. III Série, n.º 9, 7 – 16.

Fonseca, C. (2006). *A Tomada de Decisão dos Enfermeiros Face aos Cuidados que Prestam no Hospital*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Gélinas, Céline, RN.. (2010). *Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool*. Pain Management Nursing, Vol 11 (2), 115-125.

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., Desjardins, S.. (2011). *Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study*. International Journal of Nursing Studies 48, 1495–1504.

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 Edition. The Joanna Briggs Institute, 1-197. ISBN: 978-1-920684-11-2.

Kazanowski, M., & Laccetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem*. Lisboa. Recuperado em 2 de Março de 2014.

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Mar2014.pdf

Pedroso, R. A., Celich, K. L. S.. (2006). *Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 15 (2), 270-6.

Pereira, A., Bachion, M.. (2006). *Actualidades em revisão sistemática, critérios de força e grau de recomendações de evidência*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 27 (4),491-498. Recuperado em 5 de Maio, 2014, em

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

Pinho, J. A., Carneiro, H., Alves, F.. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - Plano Nacional de Avaliação da Dor. Grupo de avaliação da dor. Acedido em 5 de Fevereiro de 2014 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao>.

Pinto, C. M. I., Santoro, D.C., Silva, J.. (2012). *Um Estudo sobre atividades relacionadas a intervenções de enfermagem controle da dor no cenário da terapia intensiva*. Persp. Online: biol. & Saúde, Campos dos Goytacazes, 6 (2), 70-75.

Rigotti, M. A., Ferreira, A. M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Arq Ciênc Saúde, 12 (1), 50-4.

Sakata, R. K.. (2010). *Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Brasileira de Anestesiologia, Elsevier Editora, 60 (6), 648-658.

Sampaio, R. F., Mancini, M. C.. (2007). *Estudos de Revisão Sistemática: um Guia para Síntese Críteriosa da Evidência Científica*. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11 (1), 83-89.

Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., Nobre, M. R. C.. (2007). *A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências*. Rev Latino-am Enfermagem, 15(3), 1-4.

Silva, C. C. S., Vasconcelos, J. M. B., Nóbrega, M. M. L. (2011). *Dor em Pacientes Críticos sob a ótica de Enfermeiros Intensivistas: Avaliação e Intervenções*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene. Fortaleza, 12 (3), 540-7.

Souza, R. C. S., Garcia, D. M., Sanches, M. B., Gallo, A. M. A., Martins, C. P. B., Siqueira, I. L. C. P.. (2013). *Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre*

Avaliação Comportamental de Dor em Paciente Critico. Rev Gaúcha Enferm, 34 (3), 55-63.

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., Shaw, T.. (2006). *Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Intensive and Critical Care Nursing, 22, 32—39.*

Vazquez, M., Pardavila, M., Lucia, M., Aguado, Y., Margall, M. Á., Asiain, M. C.. (2011). *Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation. Nursing in Critical Care. British Association of Critical Care Nurses, Vol 16 (4), 178-185.*

ANEXOS

ANEXO I

Boas Práticas na Abordagem ao Doente com VMNI

Diapositivo 1

Boas Práticas na Abordagem ao Doente com VMNI



Estudantes do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Catarina Rufino
Diego Ferreira
Joana Ribeiro

Diapositivo 2


Objetivos:

- Descrever conceitos, princípios e fundamentos para a utilização da VMNI;
- Refletir sobre as boas práticas de VMNI;
- Partilhar experiências e conhecimentos.

Diapositivo 3

Sumário


- Definição;
- Objetivos da VMNI;
- Componentes da VMNI;
- Ventiladores e modos ventilatórios;
- Indicações e contra indicações;
- Critérios de seleção para VMNI;
- Efeitos fisiológicos da VMNI;
- Complicações da VMNI;
- Intervenções de enfermagem na VMNI;



Diapositivo 4

Definição de VMNI

“Aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos da via aérea (entubação orotraqueal e traqueostomia)”.




(Ferreira et al, 2009, p.656)

Diapositivo 5



Objetivos da VMNI:

- Diminuir o trabalho respiratório;
- Melhoria do conforto do doente;
- Aumentar a ventilação alveolar;
- Melhoria das trocas gasosas;
- Diminuição da dispneia.



Diapositivo 6

Componentes da VMNI

Ventilador	Interfaces
	

Sucesso!!

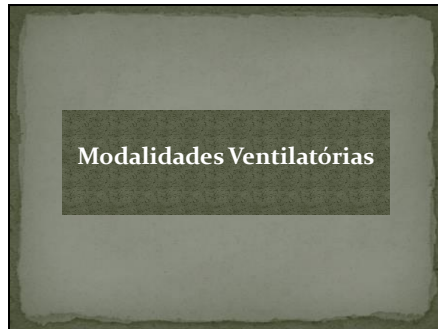
Diapositivo 7



Diapositivo 8



Diapositivo 9



Diapositivo
10

Modalidades ventilatórias:

Assistida (Spontaneous) - o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes.

Assistida/Controlada (Spontaneous/Timed) - o doente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes.


Controlada (Timed) - o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios.

Diapositivo
11

Modos ventilatórios

Ventilação regulada por pressão

Ventilação regulada por volume



- Mais utilizada;
- Menor custo;
- Maior capacidade para compensar fugas;
- Bem tolerados pelos doentes;
- Situações agudas ou crónicas.

Diapositivo
12

Ventiladores por pressão positiva

BIPAP (bi level positive airway pressure)

dois níveis de pressão:

IPAP - nível de suporte inspiratório

EPAP ou PEEP - nível de pressão no fim da expiração

$IPAP > EPAP$


- Pode ser aplicada nas modalidades Assistida, Assistida/Controlada ou Controlada

- Menores consequências hemodinâmicas e menor risco de barotrauma

- Possibilidade de impor FR mandatória e de ajustar relação IE

Diapositivo
13

CPAP (continuous positive airway pressure)



↓

aplica uma pressão contínua durante todo o ciclo respiratório
(Pinspiração = P expiração)

↓

- Impede o colapso das vias aéreas superiores (apneia do sono)
- Aumenta a capacidade residual funcional
- Melhora a oxigenação
- Diminui o retorno venoso e pós carga do ventrículo esquerdo

Diapositivo
14



Funções Programáveis do BIPAP



Diapositivo
15

Funções Programáveis do BIPAP

IPAP	EPAP
Benefícios: <ul style="list-style-type: none">- Diminui o trabalho respiratório;- Aumento do volume corrente;- Diminuição do CO₂ e aumento do O₂.	Benefícios: <ul style="list-style-type: none">- Previne a re-inalação de CO₂;- Estabiliza as vias aéreas superiores durante o sono;- Recruta alvéolos;- Diminui a formação de atelectasias;- Reduz o trabalho inspiratório necessário para ativar o trigger inspiratório em doentes com auto-PEEP;
Efeitos Indesejáveis <ul style="list-style-type: none">- Otalgia;- Dor sinusal;- Aerofagia;- Fugas na máscara;	Efeitos Indesejáveis <ul style="list-style-type: none">- Reduz pressão de suporte;- Desconforto;- Barotrauma;



Diapositivo
16

Funções Programáveis do BIPAP (cont.)

Frequência Respiratória	Tempo Inspiratório máximo I:E
<ul style="list-style-type: none">- No doente agudo deve ser programada uma FR de recurso, ligeiramente abaixo da do doente;- Valores iniciais variam entre 12 e 24 ciclos/min;- Reduzir gradualmente a FR à medida que o doente melhora.	<ul style="list-style-type: none">- Permite programar duração máxima da inspiração durante os ciclos controlados (nos assistidos é o doente que controla);- Duração entre 0,5 e 3s;- Pode interferir com a FR;- Deve tentar aproximar-se ao efetivo do doente.

Trigger

- Tecnologia que permite em cada ciclo respiratório detetar o início da inspiração e expiração, respondendo automaticamente a padrões respiratórios variáveis mesmo na presença de fugas (que compensa);
- Um trigger com baixa sensibilidade aumenta o trabalho respiratório.

Diapositivo
17


Interfaces



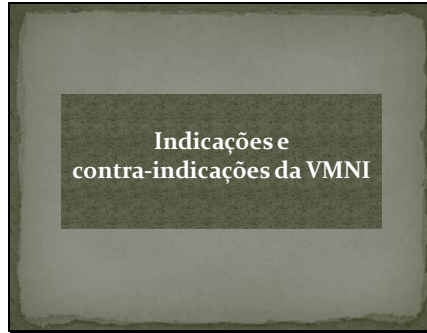
Diapositivo
18

Tipos de interfaces:

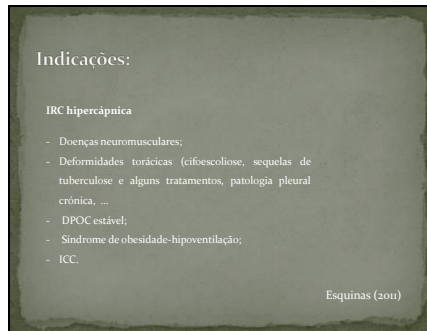
- Mascaras nasais
 - utilizadas em ventilação domiciliar (bem toleradas)
 - problemas - fuga pela boca e patologias nasais
- Mascaras faciais e faciais totais
 - problemas (claustrofóbica e risco de aspiração do vômito)
- Capacete
- Peças bucais
- Almofadas nasais
 - utilizadas quando surgem lesões cutâneas
 - desvantagem de não permitirem a aplicação de pressões elevadas (maior probabilidade de fugas de ar)



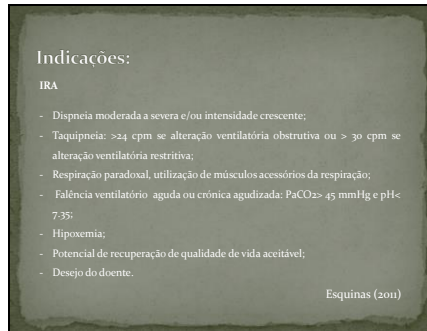
Diapositivo
19



Diapositivo
20



Diapositivo
21



Diapositivo
22

Seleção do doente para ser submetido a VMNI:

- Vigil, com bom nível de consciência e com respiração espontânea;
- Dispneia secundária a falência respiratória hipoxémica, hipercápnica ou mista;
- Existência de sinais físicos de fadiga;
- Taquipneia (FR> ou igual a 25 cpm);
- Hemodinamicamente estável;
- Capacidade para proteção da VA e controlo de secreções;
- Colaborante;
- Ausência de contra-indicação.


Esquinas (2011)

Diapositivo
23

Contra-Indicações:

Absolutas:

- PCR;
- Instabilidade hemodinâmica severa;
- Arritmia não controlada;
- Pneumotorax não drenado;
- Encefalopatia severa GCS<8;
- Cirurgia ou trauma facial / deformações que impedem colocação da interface;
- Obstrução VA superior;
- Incapacidade controlo da via aérea com alto risco de aspiração;
- Hemorragia gastrointestinal severa;
- Indicação para entubação traqueal.



Esquinas (2011)

Diapositivo
24

Contra-Indicações:

Relativas:

- Confusão, agitação psicomotora;
- Enfarte coronário agudo;
- Acidose respiratória severa;
- Cormobilidades importantes;
- Vômitos;
- Obstrução intestinal;
- Cirurgia recente do trato digestivo superior;
- Falência de dois ou mais órgãos;
- Consolidação pulmonar focal no RXTx.

Esquinas (2011)

Diapositivo
25

Avaliação do sucesso / insucesso da VMNI

	VMNI bem sucedida (após 1-4 horas pós-início)	VMNI mal sucedida (após 1-4 horas pós-início)
Crítérios clínicos (2 ou mais)	<ul style="list-style-type: none"> - Doente tolera VMNI; - Doente tolera períodos sem VMNI; - Dispneia melhorada; - FR < 35 cpm; - Vigil e colaborante 	<ul style="list-style-type: none"> - Intolerância à VMNI; - Dispneia persistente; - FR > 35; - Necessidade de EOT; - GCS < 8;
Crítérios gasométricos (2 ou mais)	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da GSA; - SpO₂ > 92% com FiO₂ < 0,7; - pO₂ > 65 com FiO₂ < 0,6; - pH > 7,30 - pO₂ / FiO₂ > 100 respeito ao valor inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> - GSA não melhorada; - SpO₂ < 92% com FiO₂ > 0,7; - pO₂ < 65 com FiO₂ > 0,6; - pH < 7,30 - pO₂ / FiO₂ < 100 respeito ao valor inicial.

Esquinas (2011)

Diapositivo
26

Efeitos fisiológicos da VMNI

A nível PULMONAR	A nível HEMODINÂMICO
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da permeabilidade das VA superiores - Permite recrutar unidades alveolares inundadas e colapsadas, permitindo a reexpansão de atelectasia, melhorando o shunt intrapulmonar, as trocas gasosas e a distensibilidade pulmonar. O aumento da pressão intratorácica leva a um aumento da CRF e da troca gasosa com melhoria da hipoxemia; - Alívio dos músculos respiratórios e, consequentemente, redução do trabalho respiratório (diminuição da FR). 	<ul style="list-style-type: none"> - A pressão intratorácica positiva provoca uma diminuição da pré-carga, por diminuição do retorno venoso e diminuição da distensibilidade ventricular durante a diástole, e facilita o esvaziamento ventricular durante a sístole (diminui o enchimento ventricular durante a diástole e promove o seu esvaziamento em sístole).

Esquinas (2011)


Diapositivo
27



Diapositivo
28

Complicações relacionadas com o interface/ máscara

Complicações	Intervenções de enfermagem
Obstrução nasal (30-50% dos doentes)	Correto ajuste da máscara, diminuindo a tensão provocado pelo arnés, utilizando outros modelos de máscaras,
Rush cutâneo (10-30% dos doentes)	Aplicação de esteróides tópicos (intervenção interdependente)
Úlcera de pressão (5-10%)	Manter o ajuste da máscara e arnés (não deixar muito apertado); Realizar cuidados de higiene à face; Aplicar creme hidratante; Aplicação de hidrocolóide; Diminuir e monitorizar fugas; Programar períodos de descanso do doente, se possível, coincidentes com os horários das refeições;



Diapositivo
29

Complicações relacionadas com o interface/ máscara (cont.)

Complicações	Intervenções de enfermagem
Congestão nasal (40,8% dos doentes)	Aplicação de corticoides, descongestionantes nasais e anti-histamínicos orais (intervenções interdependentes); Trocar a máscara nasal para facial; Aplicação de soro fisiológico nasal.
Aspiração de vômito	Vigilância, essencialmente após ingestão de alimentos e líquidos; Posicionar o doente em fowler

Diapositivo
30

Complicações relacionadas com a pressão e o fluxo

Complicações	Intervenções de enfermagem
Otalgias, algias nos seios perinasais	Redução do IPAP (intervenção interdependente)
Conjuntivite	Diminuição das fugas através da correta adaptação da interface/máscara
Distensão abdominal	Monitorizar o aumento do diâmetro abdominal; ENG para drenagem passiva; Incentivar o doente a manter a boca fechada e a sincronizar-se com o ventilador; Evitar, se possível, pressões elevadas; Promover a mobilização e excreção de secreções; Vigiar a ocorrência de vômitos

Diapositivo
31

Complicações relacionadas com a pressão e o fluxo (cont.)

Complicações	Intervenções de enfermagem
Secura nasal e oral	Utilização de humidificadores acoplados aos ventiladores; Promoção de hidratação via oral ou EV; Realização de higiene oral e nasal várias vezes por dia.

Diapositivo
32

Complicações relacionadas com a Aspiração e drenagem de secreções

Complicações	Intervenções de enfermagem
Presença de secreções	Reforço hídrico; Cinesioterapia respiratória; Sempre que possível, fazer pausas para o doente eliminar as secreções, incentivando a uma tosse eficaz, podendo ser necessária aspiração de secreções.

Diapositivo
33


Complicações relacionadas com as trocas gasosas inadequadas

Complicações	Intervenções de enfermagem
Assincronia doente/ventilador	Ajuste correto dos parâmetros ventilatórios às características e necessidades do doente; Reduzir fugas;


Diapositivo
34

Complicações relacionadas com os Efeitos Hemodinâmicos

Complicações	Intervenções de enfermagem
Hipotensão	Monitorização de Sinais Vitais e avaliação contínua do traçado cardíaco;



Diapositivo
35



Obrigada pela vossa
atenção! :)

ANEXO II

Comunicação do Doente Cirúrgico do Serviço de Urgência Geral ao Bloco Operatório

Diapositivo 1

IPL
Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Comunicação do Doente Cirúrgico do Serviço de Urgência Geral ao Bloco Operatório

Joana Ribeiro

Diapositivo 2

Âmbito do trabalho

- ✓ Integrado no Ensino Clínico III, do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - estágio em Bloco Operatório do Centro Hospitalar Leiria;
- ✓ Como futura especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, houve a necessidade de direcionar a minha atenção para a especificidade e pericia desta fase formativa;
- ✓ Adquirir competências acerca do doente cirúrgico no Bloco Operatório;

Diapositivo 3

- ✓ Ser o elo de ligação, dinamizador e com vista a sensibilizar os enfermeiros para a importância da transmissão de informação precisa, clara e objetiva do doente cirúrgico, quando da sua chegada ao BO (no transfer);
- ✓ Alertar para uma mudança de atitudes e comportamentos dos profissionais face aos cuidados prestados no Serviço de Urgência Geral

↓

uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente
uma melhoria da continuidade de cuidados

↻
principal beneficiário o doente


Diapositivo 4

Objetivo Geral:

- ✓ Compreender a importância da transmissão de informação acerca do doente cirúrgico entre profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral e o Bloco Operatório

Objetivos Específicos:



- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ Melhorar a transmissão de informação entre os serviços;
- ✓ Reduzir a probabilidade de erros;
- ✓ Minimizar o desconforto/dor do doente;
- ✓ Otimizar a gestão dos tempos operatórios;



Diapositivo 5

Competências Adquiridas




- ✓ Cuidar do doente cirúrgico em doença crítica e/ou falência orgânica cujo tratamento consiste num procedimento cirúrgico;
- ✓ Dinamizar a resposta a situações de emergência do doente cirúrgico no bloco operatório;
- ✓ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação.



Diapositivo 6

Justificação do Tema

- ✓ Necessidade de elaborar um documento (check list) que validasse o cumprimento das intervenções de enfermagem no período pré-operatório efetuadas no serviço de urgência Geral e o respetivo transporte do doente cirúrgico, desde o serviço de urgência Geral até ao Bloco Operatório




facilitar a transmissão de informação
no sentido de haver continuidade de cuidados entre o Serviço de Urgência Geral e o Bloco Operatório

Diapositivo 7

✓ Deparei-me com a dificuldade em obter informações acerca dos cuidados pré-operatórios já efetuados ao doente cirúrgico no serviço de urgência Geral

↓

estado de consciência,
manutenção da via aérea,
ventilação,
circulação,
estado neurológico,
exposição,
a administração de terapêutica, grau de dependência, antecedentes pessoais e alergias medicamentosas.



Diapositivo 8



✓ Constatei que o doente cirúrgico quando chega ao BO, vem na maioria das vezes muito ansioso e com medo, quer do procedimento cirúrgico quer da anestesia, traduzindo-se em vasoconstrição periférica e uma hipersensibilidade à dor:

✓ A preparação do doente para a cirurgia é muitas vezes inadequada:

✓ Carência de informação acerca dos cuidados prestados no período pré-operatório.

Diapositivo 9

✓ Lacuna a nível da comunicação entre os profissionais de saúde, considerando que muitas vezes a transmissão da informação acerca do doente cirúrgico era incompleta.



Comprometer o desempenho tanto do profissional como também de toda a equipa, pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Diapositivo 10

A comunicação contínua entre profissionais e entre profissionais/doente é importante, uma vez que a transmissão de informação adequada, clara e precisa, quer verbal, quer escrita, é uma forma de garantir a continuidade dos cuidados, bem como a prevenção de eventos adversos, e consequentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação "(...) é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens."
(Morais, 2002:29)


Diapositivo 11

✓ Se o doente cirúrgico vier corretamente preparado do SUG

↓

- O processo de indução anestésica é iniciado de imediato;
- O doente não tem que ser submetido a outros procedimentos:
 - Ganha-se tempo;
 - Estabelece-se uma comunicação assertiva.

O cuidado prestado ao doente cirúrgico durante o período pré-operatório deve ser planeado de acordo com a individualidade de cada doente, respeito pelas necessidades físicas e emocionais do doente ... tipo de cirurgia, rotina implementada na instituição e o tempo disponível entre o internamento e a cirurgia. Assim, obtém-se ganho quer no conforto e bem-estar para o doente quer em tempos para se poderem cumprir os planos operatórios.






(Cristóforo e Carvalho, 2009)

Diapositivo 12

Procedimentos efetuados no SUG:

Preparação do doente cirúrgico:

- ✓ Comunicação da decisão cirúrgica;
- ✓ Procedimento a realizar;
- ✓ Fármacos a manter em perfusão durante o transporte;
- ✓ Informação ao doente/família/pessoa significativa;
- ✓ Confirmação prévia com o bloco operatório por via telefónica se está pronto para receber o doente e antecipar alguma informação;
- ✓ Efetivar o transporte de acordo com o "sistema de avaliação de doentes para transporte" (SADT) - preenchimento do scor (Protocolo PL.HSA.043.00)





Diapositivo 13

Preparação pré-operatória do doente:

- ✓ Preenchimento da check list no SUG.

Preparar o doente cirúrgico para o transporte até ao BO:

- ✓ Monitorizar o doente (doentes com instabilidade hemodinâmica);
- ✓ Colocar bola de O2 (quando necessário);
- ✓ Levar o processo do doente;
- ✓ Contactar o bloco operatório por via telefónica para avisar do início do transporte.






Diapositivo 14

Em doentes ventilados:

- ✓ Monitorizar o doente (TA, FC, Sato2, FR);
- ✓ Ligar ventilador de transporte;
- ✓ Conectar o doente ao ventilador de transporte;
- ✓ Colocar ambú com máscara no suporte das bombas/seringas Infusoras;
- ✓ Levar mala de transporte.

(NOTA: o transporte intra hospitalar de doentes ventilados deve ser sempre feito com acompanhamento médico e de enfermeiro)



Chegada ao Bloco Operatório



Diapositivo 15

Acolhimento do Doente Cirúrgico


- ✓ Verifiquei que os Enfermeiros perioperatórios têm necessidade de fazer uma colheita de dados direcionada para o ato anestésico e cirúrgico a que o doente vai ser submetido;
- ✓ Constatei que seria fundamental a existência de um documento de fácil consulta que caracterizasse rapidamente o doente nos pontos essenciais e que fornecesse informações precisas ao enfermeiro perioperatório;
- ✓ O documento fazia parte do processo clínico e nele constava a informação pertinente e objetiva dos cuidados prestados ao doente cirúrgico, melhoria da continuidade dos cuidados, uma redução da probabilidade de erro.



Diapositivo 16

"O enfermeiro de anestesia é responsável por recolher e verificar todas as informações que são necessárias junto do utente no dia da cirurgia e, efectuar uma série de procedimentos diferenciados, de forma a proporcionar um ambiente seguro a quem necessita de ser operado"

(Melo, s/d, p. 4)







Diapositivo 17

Compete ao enfermeiro de anestesia (fase pré anestésica e indução):

- ✓ Acolher o doente no BO: validar a permeabilidade do acesso venoso, cumprimento do jejum e da pré medicação, alergias, próteses dentárias;
- ✓ Receber a informação do enfermeiro;
- ✓ Preparar e testar o material necessário para o ato anestésico;
- ✓ Verificar a operacionalidade do equipamento;
- ✓ Monitorizar o doente;
- ✓ Preparar a anestesia;
- ✓ Colaborar na indução anestésica do doente;
- ✓ Colaborar no posicionamento;
- ✓ Elaborar os registos de enfermagem.


(AESOP, 2006)



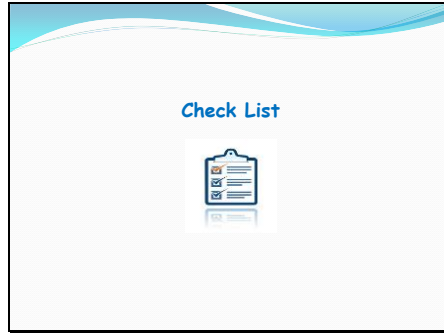
Diapositivo 18

Espera-se que o enfermeiro de anestesia consiga " (...) manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a atuar em situações de urgência e emergência"

(AESOP, 2006, p. 110)



Diapositivo
19



Diapositivo
20

Etiqueta de identificação do doente

QUEIXA INICIAL: _____

Antecedentes Pessoais:

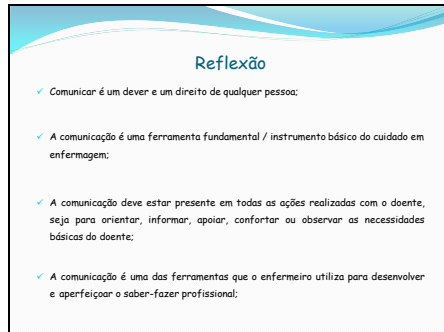
HTA <input type="checkbox"/>	Alterações Psíquicas <input type="checkbox"/>
AVC <input type="checkbox"/>	Obesidade <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Outro(s) <input type="checkbox"/>
Alergias: <input type="checkbox"/>	Qual? _____
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
Hábitos e Dependências:	
Tabágicos <input type="checkbox"/>	
Etílicos <input type="checkbox"/>	
Drogas <input type="checkbox"/>	

Diapositivo
21

Avaliação Primária:

A - Via Aérea	
Controlo da Cervical <input type="checkbox"/>	
Permeável <input type="checkbox"/>	Não permeável <input type="checkbox"/>
Adjuvantes da Via Aérea:	TET <input type="checkbox"/>
Tubo de Guedel <input type="checkbox"/>	Outro _____
Marcas Laríngeas <input type="checkbox"/>	
B - Ventilação	
Classe <input type="checkbox"/> Peira / Farfalheira <input type="checkbox"/>	Dispneia <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/>
SetO ₂ _____ % FR _____ rpm	Capnografia <input type="checkbox"/>
Oxigenoterapia:	MV _____ %
VMNE <input type="checkbox"/> Oculas nasais _____ l/min	FiO ₂ _____ l/min
VMI <input type="checkbox"/> EPAP _____	Modo Ventilatório _____
Dreno Torácico <input type="checkbox"/>	Características do líquido _____
C - Circulação	
Accesso Venoso Periférico: G 14 <input type="checkbox"/> G 16 <input type="checkbox"/> G 18 <input type="checkbox"/> G 20 <input type="checkbox"/> Local _____	
Cateter Central <input type="checkbox"/>	
Colheita de Sangue: Bole <input type="checkbox"/> Hemop <input type="checkbox"/> Coagulação <input type="checkbox"/> Tipagem <input type="checkbox"/>	
Reserva de Sangue: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transfusão Sanguínea <input type="checkbox"/>
Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Qual? _____	

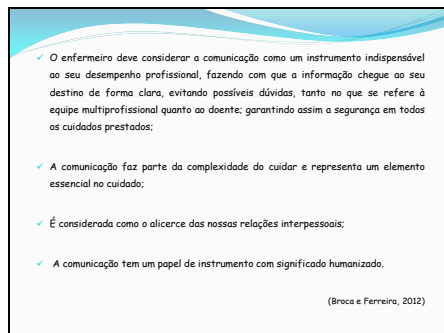
Diapositivo
25



Slide 25: Reflexão

- ✓ Comunicar é um dever e um direito de qualquer pessoa;
- ✓ A comunicação é uma ferramenta fundamental / instrumento básico do cuidado em enfermagem;
- ✓ A comunicação deve estar presente em todas as ações realizadas com o doente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou observar as necessidades básicas do doente;
- ✓ A comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional;

Diapositivo
26

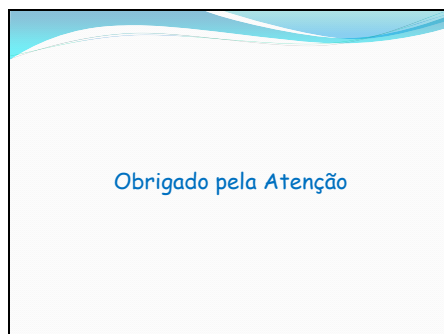


Slide 26: Reflexão

- ✓ O enfermeiro deve considerar a comunicação como um instrumento indispensável ao seu desempenho profissional, fazendo com que a informação chegue ao seu destino de forma clara, evitando possíveis dúvidas, tanto no que se refere à equipe multiprofissional quanto ao doente, garantindo assim a segurança em todos os cuidados prestados;
- ✓ A comunicação faz parte da complexidade do cuidar e representa um elemento essencial no cuidado;
- ✓ É considerada como o alicerce das nossas relações interpessoais;
- ✓ A comunicação tem um papel de instrumento com significado humanizado.

(Broca e Ferreira, 2012)

Diapositivo
27



Slide 27: Obrigado pela Atenção

ANEXO III

Quadro resumo dos artigos selecionados

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	Estudo 4	Estudo 5
Título	Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients	Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool	Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation	Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study	Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)
Autor e Ano	Young, Siffleet, Nikoletti, Shaw (2006)	Gélinas (2010)	Vazquez, Pardavila, Lucia, Aguado, Margall e Asiain (2011)	Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant e Desjardins (2011)	Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013)
Orientação Metodológica	Estudo prospetivo, descritivo	Estudo descritivo	Estudo descritivo prospetivo	Estudo descritivo retrospectivo	Estudo descritivo de caráter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica
Participantes	Doentes sedados e inconscientes (44)	Enfermeiros e doentes ventilados	96 participantes que foram intubados e ventilados mecanicamente, alguns dos quais estavam conscientes e alguns inconscientes	Enfermeiros da UCI a trabalhar a tempo inteiro ou a tempo parcial	3 enfermeiros, 1 professor perito e 1 tradutor; 60 doentes ventilados selecionados de forma accidental
Intervenções	Projeto	Ferramenta de observação intensiva da dor	Escala CPOT e dados do paciente	Projeto	Desenvolvimento de painéis
Evidência	Nível V	Nível V	Nível V	Nível V	Nível V

ANEXO IV

Tipos e Níveis de Evidências

Tipos e Níveis de Evidências

I – Evidência forte a partir de pelo menos uma publicação de revisão sistemática de múltiplos experimentos controlados randomizados, bem delineados.
II – Evidência forte a partir de pelo menos uma publicação de experimento controlado, randomizado, correctamente projetado, com tamanho apropriado e em cenário clínico apropriado.
III – Evidência a partir de apenas um experimento bem delineado, sem randomização, de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle.
IV – Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa.
V – Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

Figura 1 – Tipos e Níveis de Evidência

Fonte: Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

ANEXO V

Critérios de Avaliação da Qualidade Metodológica dos estudos – critérios da JBI

Type: Primary
 User: catalin1
 Design: Descriptive / Case Series Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) Was appropriate statistical analysis used?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include

Reason

Fonte: Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 Edition. The Joanna Briggs Institute, 1-197. ISBN: 978-1-920684-11-2

