



Vítor Manco Relatório de Trabalho de Projeto

Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados Intermédios

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica das Professoras Doutoras Alice Ruivo e Lurdes Martins.

Maio, 2015



Departamento de Enfermagem
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II
Estágio III

Vítor Manco

Relatório de Trabalho de Projeto

Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados Intermédios

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica das Professoras Doutoras Alice Ruivo e Lurdes Martins.

Setúbal, Maio de 2015

Para Vocês: Catarina, Maria e Martin.

AGRADECIMENTOS Reservo este espaço para agradecer a todos aqueles que deram o seu contributo, incentivo e voto de confiança para que este trabalho fosse concretizado da melhor forma possível e sem as quais tal não seria possível.

Às Professoras Doutoradas A.R. e L.M., sendo a última orientadora deste trabalho, pelos saberes partilhados, pelo seu dinamismo e disponibilidade permanente, que me permitiram desenvolver as minhas capacidades.

À Enfermeira S.P. e ao Enfermeiro P.S., pela sua amizade, empenho e partilha de saberes fundamentais ao longo deste processo.

Aos restantes colegas da Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência bem como a todos os colegas de Mestrado, especialmente ao R.S. e ao D.M., pela amizade, pelos saberes partilhados e pelas questões frequentes, consequência de um olhar crítico de que quem vê o problema por outro ângulo.

RESUMO

O presente relatório de trabalho projeto é o produto final resultante da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Incide sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, que me permitiram adquirir as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências de Mestre. Para a persecução de tais objetivos ao longo dos estágios, foram abordadas duas dimensões. O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC).

De forma a dar suporte e consistência científica às intervenções de enfermagem foi realizado o enquadramento conceptual, abordando numa primeira fase a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel e numa segunda a problemática do acolhimento à família do doente agudo.

Ao longo deste processo foi utilizada a metodologia de projeto. A realização do diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento bem como a sua execução e avaliação culminaram no Projeto de Intervenção em Serviço denominado “Acolhimento à família do doente numa unidade de cuidados intermédios.” Uma comunicação eficaz e o estabelecimento de uma relação de ajuda com os familiares dos doentes são componentes vitais da qualidade de cuidados (Azoulay, 2002). A reflexão sobre as aprendizagens decorrentes do PIS permitiram-me alcançar as competências comuns de Enfermeiro Especialista.

A realização da formação “Abordagem ao doente em Insuficiência respiratória”, onde foi incluída a temática da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e a construção do Poster Intitulado “Instruções perante suspeita / deteção de incêndio”, consistiram nas intervenções realizadas de forma a dar resposta ao Projeto de Aquisição de Competências, que visou a aquisição / aprofundamento das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

A análise crítica às intervenções realizadas ao longo deste percurso permitem-nos observar uma especialização de natureza profissional bem como a aquisição de um conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem Médico-cirúrgica.

PALAVRAS CHAVE: Teoria da Incerteza na Doença; Metodologia de Projeto; Família; Insuficiência Respiratória

ABSTRACT

This report is the result of the frequency of the 2nd Master in Medical-Surgical Nursing at the Health School of the Polytechnic Institute of Setúbal. It focuses on the activities along this route, which enabled me to achieve the common and specific skills of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing as well as the skills of a Master. To achieve those goals in the clinical practice along the internships, two dimensions were addressed, the Project of Intervention in Service (PIS) and the Competencies Learning Project (PLC).

In order to give scientific consistency to the nursing interventions we present the conceptual framework that first explains the Theories of Uncertainty in Illness (Merle Mishel) and in second a literature review regarding the host to the family of the critical patient.

During this process we used the project methodology. The realization of the diagnosis of the situation, the goal setting, the planning, as well as the execution and evaluation, ended in the PIS named "Reception to the patient's family in intermediate care unit". An effective communication and the establishment of a relationship with the patients family are vital parts of the quality care (Azoulay 2002). The reflection regarding the PIS allowed me to acquire the common skills of a Specialist Nurse.

The realization of the training "Management of the patient with respiratory distress", where we approach the prevention of the pneumonia associated with mechanical ventilation and the elaboration of the poster "Instructions facing suspicion/detection of fire", consists in the interventions done to give response to the specific skills of a Medical - Surgical Specialist Nurse.

The critical analysis to the interventions done along this route allow to observe a professional specialization as well as an acquisition of a deep knowledge regarding Medical Surgical nursing.

Keyword: Uncertainty Illness Theory; Project Methodology; Family; Respiratory distress

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS	Suporte Avançado de Vida Cardiovascular
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral Saúde
DoH	Department of Health United Kingdom
Enf^ª.	Enfermeira
Enf^º.	Enfermeiro
Enf^{os}.	Enfermeiros
ESS	Escola Superior de Saúde
GAIU	Gabinete de Apoio e Informação ao Utente
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
PAC	Projeto de Aquisição de Competências
PIS	Projeto de Intervenção em Serviço
Prof^ª.	Professora
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SBV	Suporte Básico de Vida
SIV	Suporte Imediato de Vida
SWOT	Pontos Fortes; Pontos Fracos; Oportunidades; Ameaças
TID	Teoria da Incerteza na Doença
TRID	Teoria Reconceptualizada da Incerteza na Doença
UC	Unidade Curricular
UCISU₂/UIDA	Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 /Unidade de Internamento de Doentes Agudos

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL.....	15
1.1 Teoria da Enfermagem.....	15
1.1.1 Teoria da Incerteza na Doença de Mishel e a Prática	16
1.2 O Acolhimento à Família do Doente Agudo e a Enfermagem	19
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	24
2.1 Diagnóstico de Situação.....	24
2.1.1 Determinação de Prioridades	27
2.2 Objetivos do Projeto	28
2.3 Planeamento do Projeto	29
2.4 Execução / Avaliação.....	33
2.5 Reflexão sobre as Aprendizagens decorrentes do PIS.....	37
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	41
3.1 Competência K1 - Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica	41
3.1.1 Análise das atividades para a competência K 1	43
3.2 Competência K 2 – Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-Vítima, da Conceção à Ação.	46
3.2.1 Análise das atividades para a competência K 2.....	46
3.3 Competência K3 – Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas.....	48
3.3.1 Análise das atividades para a competência K 3.....	49
4. CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	62
Bibliográficas.....	62
Eletrónicas	63

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário de Validação do Tema Escolhido para o Projeto de Intervenção em Serviço.....	69
APÊNDICE II – Pedido de autorização para aplicação do questionário.....	70
APÊNDICE III – Análise Estatística.....	71
APÊNDICE IV - Análise Swot.....	72
APÊNDICE V - Cronograma Inicial do Projeto de Intervenção em Serviço.....	73
APÊNDICE VI - Norma de Procedimento “Acolhimento à Família do Doente na UCISU ₂ / UIDA”.....	74
APÊNDICE VII - Guia de Acolhimento à Família do doente Internado na UCISU ₂ / UIDA.....	75
APÊNDICE VIII - Folha de Presenças na formação “Acolhimento à Família do doente na UCISU ₂ / UIDA”.....	76
APÊNDICE IX - Plano de sessão da Ação de Formação: “Acolhimento à Família do doente na UCISU ₂ / UIDA”.....	77
APÊNDICE X - Slides da Formação “Acolhimento à Família do doente na UCISU ₂ / UIDA”.....	78
APÊNDICE XI - Avaliação da ação de formação: “Acolhimento à Família do doente na UCISU ₂ / UIDA”.....	79
APÊNDICE XII - Artigo “Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados Intermédios - Projeto de Intervenção em Serviço”.....	80
APÊNDICE XIII - Plano de sessão da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”.....	81
APÊNDICE XIV - Manual do formando da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”.....	82
APÊNDICE XV - Slides da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”.....	83
APÊNDICE XVI - Avaliação da ação de formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”.....	84
APÊNDICE XVII - Poster “Instruções perante Suspeita / deteção de Incêndio”.....	85

ANEXOS

ANEXO I- Comprovativo de Frequência do “Curso Avançado de Emergências Cardiovasculares – ACLS”.....	87
ANEXO II- Comprovativo de Frequência do Curso “Basic Assessment & Support in Intensive Care – BASIC”	88
ANEXO III- Comprovativo de Frequência do Curso “Medicina de Catástrofe e os Hospitais”.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Representação esquemática da TID.....	18
Figura 2- Representação esquemática da TRID.....	19

Índice de Tabelas

Tabela 1- Planificação para a competência K1.....	41
Tabela 2- Planificação para a competência K2.....	46
Tabela 3- Planificação para a competência K3.....	48

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, insere-se o módulo estágio III, dando seguimento aos módulos de estágio I e II, pertencentes à unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II. A realização destes estágios articulados entre si tiveram a “finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho”. (NUNES, et.al. 2010, p.3)

A metodologia utilizada ao longo dos estágios, foi a metodologia de projeto. Esta “...baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (FERRITO, et.al. 2010, p.2). Segundo os mesmos autores (2010, p.2) “(...) através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”. A existência de um paralelismo entre a metodologia de projeto e o processo de enfermagem (ambas partem da identificação de um problema e têm como finalidade a execução das intervenções planeadas bem como a sua avaliação) é um instrumento facilitador da sua aplicação prática, com o objetivo último de permitir a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, fundamentando as intervenções com conhecimentos clínicos baseados na evidência.

Os estágios realizaram-se numa Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 / Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UCISU₂ / UIDA), de um hospital no sul do país, onde trabalho desde a sua criação em 2009. Os estágios I e II tiveram a duração de 432 horas, divididas em 14 horas na Escola Superior de Saúde (ESS), 167 horas de contacto em estágio e 251 horas de trabalho do formando. O estágio III teve a duração de 432 horas, divididas em 14 horas na ESS, 209 horas de contacto em estágio e 209 horas de trabalho do formando. No final destes estágios é espectável que se atinjam os resultados de

aprendizagem definidos para o Mestrado, que de acordo com o Guia de Orientador do Estágio realizado por NUNES, et.al., (2011), definem que no final do curso cada formando:

- ✓ Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- ✓ Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- ✓ Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- ✓ Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- ✓ Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- ✓ Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem Médico-Cirúrgica no particular.

A produção deste documento tem como principais objetivos:

- ✓ Servir como instrumento de avaliação da referida Unidade Curricular (UC);
- ✓ Descrever de forma sucinta as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios;
- ✓ Demonstrar a importância dos aportes lecionados em cada Unidade Curricular;
- ✓ Refletir sobre a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- ✓ Refletir sobre a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

Para atingir os objetivos a que nos propusemos, dividimos o corpo do trabalho em 4 Capítulos. No primeiro, realizámos o enquadramento conceptual deste estágio em que abordámos a teoria da incerteza na doença (TID) de *Mishel* e a problemática do acolhimento da família do doente internado, numa unidade que presta cuidados a doentes agudos.

No segundo capítulo, apresentámos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), onde identificámos o problema e elaborámos o diagnóstico de situação, bem como o planeamento, a execução e avaliação das intervenções realizadas para a resolução do problema identificado. A realização do PIS visa atingir quer as competências comuns, quer as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

No capítulo três encontra-se o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), onde pretendo demonstrar a minha aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, abordando as atividades desenvolvidas para as atingir.

No quarto e último capítulo é realizada uma reflexão onde procuro demonstrar a relação existente entre todo o trabalho realizado ao longo deste Mestrado, que articulado com a minha experiência profissional, me permitiram alcançar as competências de Mestre.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O enquadramento concetual caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação. A fase concetual tem início com a escolha de um tema, onde identificámos uma oportunidade de melhoria no serviço, seguindo-se a revisão bibliográfica sobre a temática escolhida, que é fundamental para conhecermos o estado atual do conhecimento sobre o assunto e nos permite determinar as bases teóricas ou concetuais, sobre as quais assenta a investigação. De acordo com FORTIN, (2009, p.49), “no decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias, e recolhe a documentação sobre um tema preciso.”

1.1 Teoria da Enfermagem

Uma teoria é “(...) um conjunto de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática.” ALLIGOOD, M.R. 2000 cit. por TOMEY E ALLIGOOD, (2004, p.7).

De acordo com o mesmo autor, a Teoria de Enfermagem é um conjunto de conceitos que se relacionam entre si e que provêm de modelos de enfermagem ou paradigmas. Paradigma pode ser outro termo para definir enquadramento concetual ou modelo concetual.

Ainda segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da ciência de enfermagem como ciência paradigma, só foi possível com as ideias de Kuhn publicadas no seu livro - Estrutura das Revoluções Científicas”, em 1962. Para ele o progresso científico implica obrigatoriamente a abordagem dos seguintes conceitos: paradigma, ciência normal, anomalia e revolução.

Segundo Meleis (1991, p. 17), cit. por HICKMAN, in GEORGE, (2000, p.12), a Teoria de Enfermagem define-se como “...uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.”

Daí a importância da comunicação da teoria de enfermagem e a finalidade da sua prescrição.

Os modelos conceituais de Enfermagem derivam de uma grande diversidade de teorias, sendo que o nível de abstração e o conteúdo das teorias determina a sua amplitude. Assim apresentam-se-nos as grandes teorias, as teorias e as teorias de médio alcance. Para o enquadramento deste trabalho, optámos por uma teoria de médio alcance, uma vez que “tem um foco de interesse mais limitado do que a teoria (...)” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004, p.8).

As teorias de médio alcance, são teorias com um “ (...) nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem (...) ”, sendo que “(...) têm informações que indicam qual a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área da prática e a atuação da enfermeira ou intervenção.” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004, p.7)

Enquanto enfermeiro e sobretudo como futuro Mestre / Enfermeiro Especialista considero de extrema importância a existência, valorização e a adoção das várias teorias, que deem suporte e consistência científica às intervenções de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem e o assumir da responsabilidade inerente quando enquadrada pelo conhecimento produzido será um processo mais harmonioso e eficiente.

De seguida abordaremos a Teoria da Incerteza na Doença (TID) de Merle Mishel, teoria esta escolhida para o enquadramento conceptual deste projeto que passo a descrever.

1.1.1 Teoria da Incerteza na Doença de Mishel e a Prática

A escolha da TID de Merle Mishel para o enquadramento conceptual destes estágios e consequentemente do relatório de projeto, foi para mim um processo bastante profícuo. O facto de basear a prática numa teoria que se enquadre no ambiente em que desenvolvemos a nossa atividade profissional constitui-se como pedra angular dos cuidados de

enfermagem em si mesmo. A escolha desta teoria deve-se ao facto de quer a minha experiência profissional quer os estágios que integram este projeto se desenrolaram numa unidade que presta cuidados ao doente numa fase aguda da sua doença / doente crítico, onde as dúvidas, questões e incertezas são permanentes, quer por parte do doente / família, quer por parte dos profissionais.

Segundo Mishel, 1988, cit. por Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004, p.633) “a incerteza é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão”.

De acordo com Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004), Mishel foi inovadora ao aplicar o conceito de incerteza à saúde e à doença, partindo de modelos pré existentes (estrutura de stress / apreciação / luta / adaptação de Lazarus e Folkman). Foi a aplicação desta estrutura à incerteza enquanto fator de stresse, que tornou a TID (Figura 1) significativa para a enfermagem. Esta foi desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa.

De acordo com os mesmos autores, a TID explica como os clientes estruturam cognitivamente um esquema para a interpretação subjetiva de incerteza na doença. Esta teoria é composta por 3 temas principais. Os Antecedentes de incerteza, que englobam o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estruturas. A avaliação da incerteza ocorre de acordo com dois processos, a inferência e a ilusão, podendo o estímulo inicial da incerteza tornar-se um perigo (quando o individuo considera a possibilidade de um resultado negativo) ou uma oportunidade (quando o individuo considera a possibilidade de um resultado positivo). A adaptação resulta do processo de lidar com a incerteza (coping). Numa avaliação de perigo, a pessoa desenvolve estratégias de “ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, gestão de afetos recorrendo a fé, separação de apoio cognitivo” Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004, p.638). Numa avaliação de oportunidade, a pessoa desenvolve estratégias que permitem manter uma memória intermédia da incerteza.

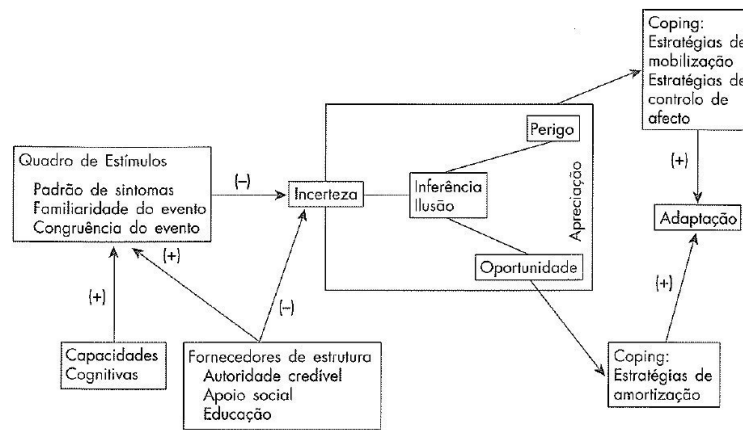


Figura 1- Representação esquemática da TID¹

Em 1990, Mishel, reconceitualizou a sua teoria de forma a englobar a ideia de que a incerteza quando não é resolvida pode tornar-se parte da realidade do indivíduo, sendo reapreciada ao longo da vida, englobando desta forma as doenças crónicas. De acordo com Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004), a teoria Reconceitualizada da Incerteza na Doença (TRID) (Figura 2) considera que o indivíduo encontra-se em permanente interação com o ambiente que o rodeia. Ao desenvolver o pensamento probabilístico o indivíduo consegue avaliar as diversas possibilidades, percebendo que a sua situação poderá alterar-se de dia para dia, abandonando assim a percepção de que a incerteza é um perigo, passando a ser encarada como uma oportunidade.

¹MISHEL, cit. por TOMEY & ALLIGOOD, p.631, 2004

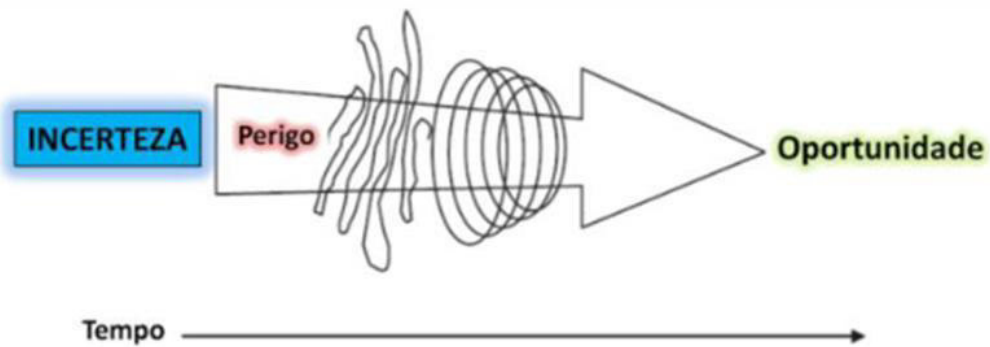


Figura 2 - Representação esquemática da TRID²

LIEHR e SMITH, (2008), referem que as intervenções dos enfermeiros são fundamentais para ajudar os clientes a lidar com a incerteza, uma vez que as explicações e o fornecimento de informação, são ações de enfermagem que permitem ao cliente gerir a incerteza, estando desta forma incluídos na TID e na TRID enquanto autoridade credível.

Terminada que está a descrição desta teoria iniciaremos de seguida a abordagem à temática do acolhimento à família.

1.2 O Acolhimento à Família do Doente Agudo e a Enfermagem

O acolhimento realizado à família do doente crítico procura constituir-se em si mesmo como um momento de afirmação do enfermeiro enquanto autoridade credível, uma vez que fornece um bom suporte de apoio à família facilitando nestes sentimentos de confiança e segurança. Para que isto aconteça o enfermeiro tem que se centrar no reconhecimento da incerteza e na sua gestão, o que poderá culminar num processo de coping positivo.

De forma a compreendermos a importância da realização do acolhimento à família do doente internado numa unidade de doentes agudos, iremos começar por definir família, que

² MISHEL, cit. por TOMEY & ALLIGOOD, p.631, 2004

de acordo com o ICN, (2010, p. 115), apresenta-se como “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”.

A realização do acolhimento permite estabelecer uma relação com a família. De acordo com CHALIFOUR, (2008, p. 33), uma relação de ajuda “consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar.” Segundo MARTINS et. al., (2012, p.76), “acolher significa receber, rececionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo” e de acordo com ALBUQUERQUE et. al., (2008 p.82), o acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças”.

Segundo OLIVEIRA et. al. (2010), muitas das equipas de enfermagem que prestam cuidados a este tipo de doentes defendem que o enfermeiro deve incluir no seu plano de cuidados a família, no entanto refere a existência de dois obstáculos, a sobrecarga de trabalho e a falta de preparação dos profissionais para se relacionarem com os familiares, que condicionam este processo e fazem com que o enfermeiro se ocupe quase exclusivamente da prestação de cuidados ao doente.

As necessidades da família do doente crítico têm vindo a ser estudadas ao longo do tempo. FAY WRIGHT, (2007), in *Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes*, apresenta as principais necessidades identificadas por MOLTER em 1979. A necessidade da família receber informação pelo menos uma vez por dia e que as explicações sejam dadas em termos simples para que possam ser compreendidas, assim como a vontade de serem informados das alterações do estado do seu familiar, mesmo que estejam em casa, e de ter as respostas para as suas questões respondidas de forma honesta, tendo acesso a dados específicos relativamente ao que está mal no seu familiar, constituem-se como as

necessidades da família do doente crítico, relativamente à informação. A necessidade de ter esperança, de ter conhecimento do prognóstico, de saber que os profissionais se preocupam com o seu familiar, de saber exatamente o que está a ser feito ao seu familiar e o porquê, e de ter a certeza de que o seu familiar está a receber o melhor tratamento possível, são as restantes necessidades identificadas por Molter que permitem a diminuição do grau de incerteza / ansiedade ao longo deste processo³.

Em 2002, LESKE refere que o medo da morte, a incerteza, as preocupações financeiras, a mudança de papéis no seio da família, e as alterações das rotinas familiares são algumas das fontes de ansiedade para a família ao longo de um internamento. Este agrupa as necessidades dos familiares do doente crítico em 5 áreas. Receber segurança, refletindo sobre a necessidade de manter esperança sobre a evolução do doente, cuja satisfação promove confiança, segurança e ausência de dúvidas. Permanecer perto do doente, que reflete a necessidade de manter os relacionamentos familiares, ajudando a família a manter-se emocionalmente próxima, dando apoio ao doente. Receber informação, que permite à família compreender a situação do seu familiar, que quando satisfeita reduz os níveis de ansiedade e promove a tomada de decisão em família. Estar confortável, que reflete a necessidade de reduzir o stress, uma vez que quando se está confortável a energia é conservada e a ansiedade reduzida. Ter suporte disponível, refletindo uma necessidade de assistência, ajuda especializada que auxilia a família a lidar com a ansiedade, aumentando os recursos da família de forma a manter forças para apoiar o doente.

³ Tradução livre do autor “*To have questions answered honestly; To know specific facts regarding what is wrong with the patient and his or her progress; To know the prognosis/outcome/chance of recovery; To be called at home about changes; To receive information once a day; To receive information and understandable explanations; To believe the hospital personal care about the patient; To have hope; To know exactly what/why things are being done to the patient; To have reassurance that the best possible care is being given to the patient.*”(Molter, 1979). in FAY WRIGHT, in Critical Care Nursing, Synergy for Optimal Outcomes (2007, p.17)

Como podemos observar com a identificação das necessidades da família do doente crítico, a incerteza é um dos sentimentos predominantes ao longo do processo de doença, pelo que mais uma vez fica demonstrada a adaptabilidade da teoria da incerteza de Mishel nesta problemática.

Analisando os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros 2001, encontramos diversas referências ao envolvimento da família no processo de cuidar, desde logo no facto do exercício profissional se centrar na relação interpessoal entre enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). O enfermeiro ao procurar atingir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, considerando, OE (2001, p.12) “o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”, como um ponto fundamental para a obtenção dessa mesma satisfação. A promoção da saúde é também consagrada neste documento como uma das categorias dos enunciados descritivos, considerando “a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade” OE (2001, p.13) como um elemento importante para que o enfermeiro ajude o cliente e este consiga atingir o máximo potencial de saúde possível.

De acordo com a circular normativa nº. 4/DSPCS de 2000 “as visitas e o acompanhamento familiar – inserem-se na humanização dos cuidados e integram a componente assistencial devendo, por conseguinte, serem consideradas um direito do doente”. A equipa de saúde deve olhar para a família como um parceiro no processo de cuidar, devendo ser incentivada a participar e a desempenhar um papel cada vez mais importante, quer na preparação para a alta, quer no processo de continuidade de cuidados. A família desempenha ainda um papel de revelo no apoio/suporte emocional ao doente internado.

A carta dos direitos do doente internado consagra no seu ponto 13 a visita de familiares e amigos ao doente sempre que ele o deseje e os horários o permitam e não esteja presente qualquer contra-indicação. Refere ainda que este processo deve ser facilitado ou mesmo incentivado, uma vez que a família pode prestar um apoio efetivo ao doente. Outro dos direitos consagrados no ponto 6 desta carta é a informação, sendo que o papel da família é também bastante destacado neste ponto uma vez que “devem ser reservados períodos de

tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis” (DGS 2005 p.7). Para PHANEUF, (2005 p.462), a família “tem necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É portanto normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber conforto e informações”.

A reorganização do acolhimento realizado à família do doente internado na unidade de cuidados intermédios, insere-se num quadro de melhoria contínua da qualidade. De acordo com AZOULAY, (2002), uma comunicação eficaz e o estabelecimento de uma relação de ajuda com os familiares dos doentes são componentes vitais da qualidade de cuidados, sendo que a entrega de um folheto informativo ajuda a melhorar a compreensão da família perante a situação do doente bem como a sua satisfação.

Apresentado que está o enquadramento concetual, passamos agora a apresentar o desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço que realizamos ao longo dos estágios.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Segundo HOBBS, (2009, p.6) “um projeto é um plano concebido para introduzir uma mudança benéfica dentro de um determinado período de tempo através de recursos específicos.”, sendo um mecanismo que permite às organizações adaptarem-se às exigências do mercado. O PIS surge como uma das dimensões do estágio que visa essencialmente a aquisição / desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Este foi realizado através de estágios sequenciais ao longo dos dois últimos semestres, todos eles, no mesmo serviço. A metodologia de projeto, utilizada ao longo deste trabalho, consiste na identificação de um problema / oportunidade clínica em enfermagem médico-cirúrgica, no planeamento das intervenções a realizar, da sua execução e, por fim, avaliação. (NUNES et. al., 2010).

2.1 Diagnóstico de Situação

De acordo com FORTIN, (2009, p.66) “O ponto de partida de uma investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão”. Ainda segundo o mesmo autor (2009, p.142) “A etapa da formulação do problema é crucial no processo de investigação” e “A formulação do problema de investigação necessita da reunião de um conjunto de elementos que, uma vez ordenados uns em relação aos outros, darão uma visão clara do problema”. De acordo com FERRITO, et. al., (2010) esta fase permite-nos descrever a realidade sobre a qual pretendemos atuar. É nesta etapa que iremos definir o problema, estabelecer as prioridades de atuação e selecionar os recursos necessários para atingirmos os nossos objetivos.

A UCISU₂ / UIDA onde trabalho e onde me encontro a realizar os estágios que compõem este mestrado, é uma unidade vocacionada para a prestação de cuidados ao doente crítico, que de acordo com a ordem dos médicos e a sociedade portuguesa de cuidados intensivos, (2008, p.9) é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou

sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.” Esta unidade é constituída por 12 camas e tem capacidade para prestar cuidados a doentes sob ventilação mecânica.

Enquanto profissional a desempenhar funções na UCISU2 / UIDA, tinha a sensibilidade da falta de um referencial que permitisse a sistematização do acolhimento à família. O acolhimento à família era um dos aspetos poucas vezes abordado, e quando o era, não se realizava de forma sistematizada, faltando, na minha perspetiva, aprofundar uma cultura de valorização do papel da família no internamento do doente.

De acordo com MARSICO, (2009) o acolhimento realizado quer ao doente quer à família é um instrumento fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Neste contexto, realiza-mos uma entrevista não estruturada à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro orientador, tendo sido identificada / validada a área do “Acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA”, como uma área importante a intervir. De seguida e no sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem e a consequente validação da necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados nesta vertente, aplicamos um questionário (Apêndice 1), no período compreendido entre os dias 20 e 28 de Janeiro de 2013. Para a aplicação do questionário foi pedido autorização ao Conselho de Administração (Apêndice 2). O questionário é constituído por três partes. A primeira caracteriza a amostra. A segunda pretende validar a pertinência do tema escolhido e a terceira pretende aferir as temáticas a incluir na elaboração dos materiais que sirvam de base ao acolhimento.

Ao questionário responderam 15 elementos, sendo a equipa constituída por 19 e após análise dos resultados dos resultados, verificamos que os elementos da equipa, têm em média cerca de 6.5 anos de experiência profissional. Os enfermeiros encontram-se a trabalhar na UCISU₂ / UIDA há cerca de 2.9 anos, em média, uma vez que é um serviço relativamente recente (tem cerca de 4 anos).

Em relação à frequência com que se realiza o acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, 53% dos enfermeiros referem que apenas o realizam raramente, enquanto 47% refere realiza-lo frequentemente. Das razões apontadas para a não realização do acolhimento, o facto de não ser prática habitual do serviço foi a hipótese mais escolhida, (cerca de 70 %). A falta de tempo obteve também 30% das escolhas como motivo para a não realização do mesmo.

Relativamente à necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem no acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA, 60% dos enfermeiros concorda enquanto 40% concorda totalmente.

No que diz respeito ao envolvimento da família no processo de cuidados, ser um ponto fundamental para a obtenção da satisfação do cliente/família, 67% dos enfermeiros concorda totalmente, enquanto 33% concorda.

60% dos enfermeiros concorda e 40% concordam totalmente com a necessidade da criação de um guia de acolhimento à família do doente internado no serviço. No que respeita à afirmação acerca da entrega do guia de acolhimento à família associada a uma entrevista explicativa, e à ajuda desta para melhorar a compreensão da família perante a situação do doente, diminuir a ansiedade e aumentar a sua satisfação, 80% dos enfermeiros concordam totalmente enquanto 20% concorda.

Em relação à aferição das temáticas a incluir no guia de acolhimento à família, todas as propostas foram aceites pelos enfermeiros, sendo que a proposta menos votada obteve 73%, que foi a inclusão do método de informação à família (estado clínico do doente/dúvidas). As propostas que obtiveram a concordância total dos enfermeiros (100%), foram a inclusão no guia de acolhimento do horário das visitas / contatos e do procedimento durante as visitas (onde a família se deve dirigir para depois ser encaminhada ao serviço; nº de visitas por período; controlo infeção). Como sugestões de temas a incluir obtivemos a descrição do circuito dos doentes e a enumeração das restrições (telemóvel, alimentação fornecida pelos familiares). A análise estatística encontra-se mais detalhada no Apêndice 3.

Após a aplicação dos questionários e análise dos seus resultados realizamos uma análise SWOT (Apêndice 4), que consiste numa ferramenta de gestão que permite alicerçar a estrutura do meu projeto. De acordo com o Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação (2007), a análise SWOT constitui-se como um elemento fundamental que nos permite identificar os riscos a ter em conta, quais os problemas a resolver, bem como as vantagens e oportunidades a explorar. Esta análise permitiu-nos identificar os elementos chave, para que desta forma possamos estabelecer prioridades e tomar decisões estratégicas. Podemos então concluir que este projeto tem mais aspetos positivos do que contrariedades, sendo a falta de tempo dos profissionais, do nosso ponto de vista, o principal fator que poderá influenciar negativamente este projeto. Como ponto forte para a exequibilidade deste projeto, saliento o facto de ser um tema pouco trabalhado no serviço, não existindo materiais de suporte ao acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

No decorrer da análise do problema procurei identificar os problemas parcelares que compõem o problema geral, tendo-se afirmado a não existência de:

- ✓ Formação específica nesta área;
- ✓ Uma norma para a realização do acolhimento à família;
- ✓ Um guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA;
- ✓ Um local para a realização do acolhimento;

2.1.1 Determinação de Prioridades

As prioridades na realização deste projeto compreenderam:

1. A pesquisa bibliográfica sobre a temática do acolhimento à família do doente crítico.
2. A realização do guia de acolhimento à família do doente internado na UIDA.

3. A criação da norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.
4. Realização de formação à equipa.
5. A implementação da norma.

2.2 Objetivos do Projeto

De acordo com FORTIN, (2009, p. 160), “O objetivo vem determinar a maneira como o investigador obterá resposta às questões de investigação ou verificará hipóteses”. O conceito de projeto, atualmente encontra-se entre a noção de programa, ou seja, algo que se pode realizar através de sequências de ações, e noção de projeção de um determinado conceito que se quer lançar. Segundo o mesmo autor, os projetos dizem respeito a grandes metas que se pretendem atingir e que estão associados a filosofias de intervenção, ou associados a realizações concretas envolvendo um elevado grau de complexidade e significado para o seu autor. Sendo assim pode-se entender por projeto, um plano de trabalho organizado, que pretende estudar/resolver um determinado problema.

A realização de um projeto tem como objetivo principal, analisar e resolver determinados problemas, recolhendo, obtendo e analisando informação, através de várias técnicas. Os objetivos na metodologia de projeto, têm como finalidade chegar a um resultado que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis, que vão do geral ao específico. Ferrito, (2010).

Objetivo geral:

Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA de um Hospital do Sul do país.

Objetivos específicos:

1. Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.
2. Criar o guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.
3. Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família.
4. Implementar o projeto.

2.3 Planeamento do Projeto

De acordo com FORTIN, (2009, p.53) “No decurso da fase metodológica o investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

De acordo com MIGUEL 2006, cit. por FERRITO et. al., (2010 p.20) a “Escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos previamente alicerçados.” A realização do plano detalhado do projeto com as atividades a desenvolver e a sua calendarização são parte integrante desta etapa.

Após ter definido os objetivos (geral e específicos) do PIS, passei a descrever as atividades e estratégias a desenvolver para os atingir.

1º Objetivo específico

Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

As atividades planeadas para a concretização deste objetivo foram:

- a) Realização de pesquisa bibliográfica;
- b) Elaboração de uma proposta de norma para a realização do acolhimento à família do doente internado no serviço (Protótipo I);
- c) Auscultação da equipa relativamente ao protótipo I;

- d) Auscultação do Enf^o. Orientador e do Prof. Doutora A. R. relativamente ao protótipo I;
- e).Auscultação da Enf^a. Chefe relativamente ao protótipo I;
- f) Recolha de sugestões e reformulação da norma para a realização do acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, elaborando o Protótipo II;
- g) Reformulação final da norma de realização do acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.
- h) Realização da validação final da norma junto da Enfermeira Chefe.
- i) Divulgação da norma.

Os recursos humanos com quem planeei articular-me para a concretização deste objetivo foram a Enf^a. Chefe, o Enf^o. Orientador, os Enf^{os}. do Serviço, Enf^a. Elo de ligação à CCI; Apoio administrativo e Gabinete de Apoio e Informação ao Utente (GAIU), recorrendo a recursos materiais como: material informático e de escritório bem como a sala de formação.

O indicador de avaliação deste objetivo específico é a apresentação da norma relativa ao acolhimento da família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

2º Objetivo específico

Criar o guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

As atividades planeadas para a concretização este objetivo foram:

- a) Realização de pesquisa bibliográfica;
- b) Consulta de guias de acolhimento à família de outros serviços / instituições;
- c) Elaboração de uma proposta de guia de acolhimento à família do doente internado no serviço (Protótipo I);
- d) Auscultação da equipa relativamente ao protótipo I;
- e) Auscultação do Enf^o. Orientador e da Prof^a. Doutora A. R. relativamente ao protótipo I;
- f) Auscultação da Enf^a. Chefe relativamente ao protótipo I;

- g) Recolha de sugestões e reformulação do guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, elaborando o Protótipo II;
- h) Validação do protótipo II junto da Enf. Chefe.
- i) Validação do guia com 4 ou 5 familiares.
- j) Reformulação final do guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.
- k) Divulgação do Guia

Os recursos humanos com que planeei articular-me para a concretização deste objetivo foram a Enf^a. Chefe, a Enf^a. elo de ligação à CCI, o Enf^o. Orientador, os Enf^{os}. do Serviço, Apoio Administrativo e GAIU, recorrendo aos seguintes materiais de suporte: material informático e de escritório bem como a sala de formação.

O indicador de avaliação deste objetivo específico é a apresentação do guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

3º Objetivo específico

Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família.

As atividades planeadas para a concretização deste objetivo foram:

- a) Pesquisa bibliográfica sobre a temática do acolhimento à família do doente crítico.
- b) Realização da divulgação da sessão
- c) Realização do planeamento da sessão de formação.
- d) Realização dos materiais a apresentar na sessão de formação;
- e) Validação do plano da sessão com a Enf^a. Chefe, com o Enf^o. Orientador e com a Professora A. R..
- f) Marcação da formação junto do Enf^o. Responsável pela Formação em Serviço.
- g) Realização da ação de formação;
- h) Apresentação da versão final do guia e da norma de acolhimento do doente internado na UCISU₂ / UIDA;

i) Avaliação da sessão de formação.

Os recursos humanos com que planeei articular-me nesta fase do planeamento foram a Enf^a. Chefe, o Enf^o. Orientador, os enfermeiros do Serviço, Apoio administrativo e GAIU, recorrendo aos seguintes recursos materiais: material informático e de escritório bem como a sala de formação e os questionários de avaliação das sessões de formação.

O indicador de avaliação deste objetivo específico é a apresentação da avaliação da sessão de formação, bem como a presença de 70% dos enfermeiros que constituem a equipa na formação.

4º Objetivo específico

Implementar o projeto.

As atividades planeadas para a concretização deste objetivo foram:

- a) Realização de uma reunião com o Enfermeiro Orientador de Estágio e com a Enfermeira Chefe;
- b) Propor a implementação da estratégia escolhida para a realização do acolhimento à família ao Conselho de Administração;
- c) Aferição de locais (para acolhimento e para guardar os materiais);

Os recursos humanos com que planeei articular-me nesta fase do planeamento foram a Enf^a. Chefe e o Enf^o. Orientador, recorrendo à sala de formação como recurso material.

O indicador de avaliação deste objetivo específico é ter uma taxa de utilização da norma nos primeiros seis meses após a sua implementação de 80 %.

O cronograma detalhado das atividades a desenvolver pode ser consultado no Apêndice V.

2.4 Execução / Avaliação

De acordo com FERRITO et. al., (2010 p.23), “A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planejado.” e de acordo com NOGUEIRA, (2005) cit. por FERRITO et. al. (2010, p.25) “A avaliação como processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos. Nesse sentido, a avaliação deve ser rigorosa.”

De seguida passo a descrever as atividades desenvolvidas para a persecução dos objetivos específicos bem como a avaliação das mesmas.

1º Objetivo específico

Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

A norma de procedimento elaborada permite sistematizar o acolhimento realizado à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA. Para dar início à sua construção comecei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em apreço como se pode constatar pelo enquadramento conceptual deste trabalho. Através da informação recolhida associada a alguns conceitos pré-concebidos relativos à própria estrutura/funcionamento do serviço elaborei um esboço/protótipo da norma de procedimento que apresentei quer ao Enfermeiro orientador P.S. à Enfermeira Chefe S.P. bem como a toda a equipa. Considero esta etapa de importância fundamental pois a inclusão de todos, conciliando as diferentes visões e sensibilidades fazendo com que todos se sintam parte integrante do projeto será certamente um elemento facilitador da alteração de comportamentos relativos ao acolhimento à família. Após recolher o contributo de todos procedi à reformulação da norma elaborando protótipo II, que foi validada pela Enfermeira Chefe. Desta forma posso concluir que as atividades planeadas para atingir este objetivo foram realizadas com sucesso. De salientar a forte articulação com o Enf^ª. Chefe, o Enf^º. Orientador, os Enf^{os}. do Serviço, Enf^ª. Elo de ligação à CCI e o GAIU. O indicador de avaliação deste objetivo específico foi a apresentação da norma relativa ao acolhimento da família do doente

internado na UCISU₂ / UIDA, que decorreu na sessão de formação e pode ser consultada no Apêndice VI.

2º Objetivo específico

Criar o guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

A criação de um guia de acolhimento tem dois objetivos primordiais. O primeiro é o facto de se constituir como um suporte para a realização do próprio acolhimento realizado pelo enfermeiro. O Segundo passa por fornecer à família um documento onde poderá encontrar informação relevante, como os horários, contactos ou como obter informação sobre o seu familiar, que possa não ter sido apreendida durante a entrevista inicial.

Para a concretização das atividades planeadas de forma a alcançar este objetivo comecei por consultar bibliografia relevante sobre a temática em estudo, guias de outras instituições bem como os resultados do inquérito realizado aos colegas uma vez que uma das questões aferia precisamente as temáticas a incluir no guia de acolhimento. Após este processo dei início à construção do protótipo I, tendo o colega S.A. e I.N. um papel importante nesta etapa, tendo inclusivamente ficado como coautores do guia de acolhimento. Este protótipo foi sujeito a apreciação por parte de todos os elementos da equipa e as sugestões de melhoria foram acolhidas tendo dado origem ao guia definitivo que foi validado pela Enfermeira Chefe.

Após a validação por parte da chefia do serviço foi aplicado a 4 familiares, não necessitando de ser revisto novamente.

A metodologia aplicada para a elaboração do mesmo visou o forte envolvimento de toda a equipa, tendo eu, um forte papel na coordenação deste grupo. Assim sendo o indicador de avaliação deste objetivo específico que consistia na apresentação do próprio guia foi alcançado tendo o mesmo sido apresentado na formação realizada intitulada “Acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA”, podendo ser consultado no Apêndice VII.

3º Objetivo específico

Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família.

A formação é por mim encarada como um momento de transformação / mudança de comportamento e atitudes através de um processo de partilha de experiências e aquisição de conhecimentos que nos permitem uma tomada de decisão mais fundamentada sobre o tema em apreço. Assim sendo considere sempre a apresentação de uma formação à equipa de enfermagem sobre a temática do acolhimento à família elemento central deste projeto.

De forma a realizar as atividades planeadas para a concretização deste objetivo comecei por recolher informação relativa à temática do acolhimento à família do doente crítico que me permitisse elaborar os materiais a apresentar na sessão de formação bem como o plano de sessão em si mesmo e os materiais de divulgação da sessão. Todos os documentos apresentados foram validados pela Enf^{ra}. Chefe, pelo Enf^o. Orientador e com a Prof^a. A. R..

A formação foi apresentada no dia 26/03/2014, tendo tido a presença de 89% dos enfermeiros do serviço como poderá comprovar pela folha de presenças (Apêndice VIII). Esta teve como objetivos principais que no final da sessão os formandos fossem capazes de: (1) Reconhecer o significado de Família bem como de Acolhimento; (2) Identificar as necessidades da família do doente crítico; (3) Resumir os procedimentos a efetuar no acolhimento à família. Para a concretização dos objetivos supracitados foram abordados os seguintes conteúdos: (1) Definição de Família e Acolhimento; (2) As necessidades da família do doente crítico; (3) Apresentação do guia de acolhimento (versão final); (4) Apresentação da norma de procedimento (versão final)

O indicador de avaliação deste objetivo consistia na realização da sessão formativa na área do acolhimento à família com a inclusão da apresentação da versão final do guia e da norma de acolhimento do doente internado na UIDA, com a presença de 70% dos enfermeiros que constituem a equipa, objetivo este que foi largamente superado e me permite afirmar que o objetivo foi concretizado com sucesso. O plano de sessão e a formação em si mesmo

poderão ser consultados nos Apêndices IX e X, respetivamente. A avaliação da sessão por parte dos formandos encontra-se no Apêndice XI.

4º Objetivo específico

Implementar o projeto.

Para a implementação do projeto começamos por realizar uma reunião com o Enfermeiro Orientador de Estágio e com a Enfermeira Chefe, onde ficou decidido deliberar a proposta de implementação da estratégia escolhida para a realização do acolhimento à família ao Conselho de Administração. No dia 27/03/2014 foram entregues à Enfermeira Diretora quer a norma de procedimento quer o guia de acolhimento. No dia 4 de Julho de 2014, altura em que decidi abraçar outro projeto profissional tendo rescindido contrato com a instituição onde realizei o projeto de intervenção em serviço encontrávamo-nos a aguardar aprovação da mesma.

A aferição de locais (para realizar o acolhimento e para guardar os materiais) apesar de ter sido planeada neste objetivo específico foi realizada durante a apresentação da sessão de formação.

Apresentada a execução e avaliação das atividades que permitiram alcançar os objetivos específicos do PIS, passaremos de seguida a apresentar uma reflexão sobre as aprendizagens decorrentes do mesmo. No Apêndice XII apresentamos um artigo que visa a divulgação deste projeto.

2.5 Reflexão sobre as Aprendizagens decorrentes do PIS

A realização do projeto de intervenção em serviço permitiu-me a operacionalização da metodologia de projeto, aprofundando os domínios de competência do Enfermeiro de cuidados gerais permitindo-me ir ao encontro aos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, que se encontram explanadas no regulamento n.º 122/2011.

Trabalhando a área do acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, promovemos uma melhor relação com o doente/família, baseada nos princípios éticos e deontológicos da nossa profissão. Se é essencial desenvolver uma prática profissional sustentada num edifício ético-deontológico firme, não podemos abdicar de garantir a perenidade de diversas competências, das quais destacámos:

- conceber um processo de tomada de decisão de referência, fundamentado no conhecimento teórico e empírico que permita a inclusão da equipa e do cliente na resolução dos problemas. Este processo deve observar todas as normas jurídicas e deontológicas inerentes à profissão;

- na qualidade de líder, assumir a responsabilidade inerente aos seus conhecimentos e às suas competências, sem esquecer de fomentar o espírito crítico de toda a equipa.

Os enfermeiros especialistas devem ter um conhecimento sólido e aprofundado sobre o ordenamento jurídico que regula a sua profissão, para que, em situações suscitadoras de controvérsia, possam ser um elemento catalisador na promoção de consensos. Na formação ministrada sobre a temática do acolhimento à família foram abordados alguns destes casos.

Ao abrigo do disposto da Base XIV da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º122/2011 da O.E.), prevê a defesa e garantia dos direitos fundamentais dos clientes, os quais devem estar plasmados na prática diária e corrente de todos os profissionais. Nesta medida, a norma de acolhimento que propomos visa a criação dos

laços profissionais e emocionais com o cliente/família. A criação destes laços constitui-se como um processo facilitador na *arte de cuidar*.

Neste contexto, a implementação do PIS procura promover a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, uma vez que, continuamente, são identificados procedimentos passíveis de flexibilização. Por exemplo, a entrada de visitas fora do horário pré estabelecido pode ser autorizada em função da análise de cada situação. Um outro exemplo prende-se com o número de visitas permitidas por período de visita, que pode ser flexibilizado de acordo com a avaliação realizada pelo responsável de turno.

Assim sendo, pensamos ter abordado as competências que permitem atingir patamares de excelência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

O PIS que implementámos na presente investigação é um exemplo claro de um processo de melhoria contínua. Através da aplicação da metodologia de projeto, em que identificamos um problema, validamos esse mesmo problema com a equipa e delineamos objetivos para colmatar a referida necessidade.

No âmbito da melhoria da qualidade, o que pretendemos fazer é gerar um processo de sensibilização da equipa para a problemática do acolhimento à família, permitindo que, em conjunto, seja estabelecida uma norma que consinta a realização do acolhimento de modo sistematizado.

Se observarmos a proposta que o Programa Ibérico, em 1990, faz sobre o conceito de *qualidade na saúde*, cit. por CAMPOS et. al., (2010, p.12), temos que a “(...) prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes.” Em linha com esta definição, este PIS promove a adesão e satisfação dos clientes e familiares, procurando

tomar as medidas certas corretamente, à primeira tentativa e no momento oportuno (DoH, 1997)⁴, proporcionando ao cliente um ambiente em que ele se sinta seguro e protegido e procurando envolver a família na satisfação das suas necessidades. Desta forma, conseguimos estabelecer um ambiente terapêutico e seguro.

Com este trabalho conseguimos abordar todas as competências englobadas no domínio da melhoria da qualidade.

No domínio da gestão dos cuidados, este projeto contribui para a otimização da resposta da equipa de enfermagem. Pretende-se introduzir uma referência – Guia de Acolhimento – que dê apoio a cada um dos elementos da equipa no acolhimento à família, garantindo um grau adequado de autonomia. Apesar do exposto, tal não significa que o enfermeiro especialista não esteja permanentemente disponível para prestar acessoria quando necessário. Pretende-se que o enfermeiro especialista, simultaneamente, assuma o papel de coordenação e supervisão das tarefas delegadas, dando rendimento aos conhecimentos que se encontram presentes na equipa multidisciplinar.

A atual conjuntura exige que haja uma constante adaptação dos processos e procedimentos, o que tem implicações diretas nas chefias e lideranças. O novo conceito de liderança – “(...) o processo de influenciar, para além da autoridade investida, o comportamento humano com vista ao cumprimento das finalidades e objetivos que superem o expectável ou exigido pela função (...)”, ROUCO et. al.,(p.72) – obriga a uma adaptação do estilo de liderança e da gestão dos recursos – humanos e materiais. O projeto apresentado visa, essencialmente, a prossecução destes objetivos. Isto é, procuramos estabelecer normas de execução permanente que estipulem o que fazer, quando e onde fazê-lo, adequando os procedimentos aos recursos existentes, nomeadamente às condicionantes físicas.

⁴ Tradução livre do autor da expressão “(...) *doing the right things right at the first time to the right people at the right time.*”(DoH, 1997). in CAMPOS et. al., (2010, p.12)

No que se refere ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurar-se-á promover o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade, bem como basear a prática especializada em padrões de conhecimento sólidos.

No contexto de um serviço que presta cuidados ao doente crítico, identificou-se e validou-se um problema no acolhimento à família. Esta identificação e validação foram alcançadas fazendo uso de diversos instrumentos da metodologia científica, designadamente a entrevista informal e o inquérito por questionário. Uma vez estabelecido o objetivo geral - melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA de um Hospital do Sul do país -, foram estabelecidos objetivos específicos que permitam a sua concretização.

Assim, elaborámos uma norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA e, como consequência, criámos um guia de acolhimento à família do doente internado. Sequencialmente, geramos condições para a formação de equipas de Enfermagem, e aguardamos neste momento a autorização para implementação do projeto. Assim que implementado e para finalizar, avaliaremos o impacto da formação na prática diária, medindo a adesão da equipa à nova norma.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

O Projeto de Aprendizagem Clínica constitui a dimensão B dos estágios. Este tem como referencial as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoas em situação crítica e o seu planeamento decorreu ao longo dos estágios I e II. Todas as atividades correspondentes às unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que desenvolvi no PAC foram concretizadas durante o estágio III.

3.1 Competência K1 - Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ACTIVIDADES
K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	K.1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UIDA com reflexão crítica em relação aos cuidados prestados.
	K.1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.	
	K.1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica.	Formação sobre a temática do cliente sob Ventilação Mecânica, disponibilizando um manual de apoio ao formando.
	K.1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.	Tirar o curso SIV – Suporte Imediato de Vida ministrado na Instituição. Tornar-me formador dos Cursos SBV e SIV na Instituição.
K.1.2 — Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.	K.1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UCISU ₂ / UIDA com reflexão crítica em relação aos cuidados prestados.
	K.1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.	
	K.1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados.	

K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.	K.1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UCISU ₂ / UIDA com reflexão crítica em relação aos cuidados prestados.
	K.1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	
	K.1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.	
	K.1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.	
K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.	K.1.4.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UCISU ₂ / UIDA.
	K.1.4.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	
K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	K.1.5.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UCISU ₂ / UIDA.
	K.1.5.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”.	
	K.1.5.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	
K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.	K.1.6.1. — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação.	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na UCISU ₂ / UIDA.
	K.1.6.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica.	
	K.1.6.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica.	
	K.1.6.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	

Tabela 1 – Planificação para a competência K1

3.1.1 Análise das atividades para a competência K 1

De acordo com o REGULAMENTO n.º 124/2011, a Ordem dos Enfermeiros considera que “...a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”. Assim sendo, a demonstração da aquisição desta competência assenta em quatro eixos fundamentais.

O primeiro consiste no facto dos estágios se terem desenvolvido numa unidade de cuidados intermédios, que, de acordo com a DGS, (2003, p.6) é um “local dotado de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgãos e em risco de falência de funções vitais;”. Associado à realização deste estágio, devo também salientar o meu percurso profissional, onde comecei por desempenhar funções no Serviço de Urgência Geral, tendo posteriormente ingressado na UCISU₂/UIDA. Neste momento enquanto Chefe de Equipa e perito na área, que de acordo com BENNER (2001, p.58) “*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.*” procuro identificar possíveis focos de instabilidade, agindo o mais precocemente possível de forma a colmatar as alterações identificadas. Neste serviço a gestão de protocolos terapêuticos complexos é uma necessidade permanente, que requer conhecimentos profundos quer ao nível das possíveis complicações, quer ao nível das respostas esperadas, exigindo assim um desenvolvimento de capacidades de monitorização. É de salientar também que três das camas desta unidade encontravam-se alocadas à Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, sendo a realização de fibrinólises em doentes com acidente vascular cerebral isquémico bastante frequentes. A Gestão da dor é também uma prioridade neste serviço, sendo efetivamente considerada como o 5º sinal vital, sendo avaliada periodicamente e instituídas medidas farmacológicas / não farmacológicas no seu controlo.

O Segundo eixo consiste na formação lecionada quer ao longo da realização deste mestrado quer com alguns cursos que complementaram os conhecimentos adquiridos na

vertente do doente crítico. Assim sendo, para cumprir alguns critérios de diagnóstico de forma a dar resposta a algumas unidades de competência, devo salientar o Curso ACLS (Anexo I), onde foram abordadas as últimas guidelines no que diz respeito à abordagem sistemática no suporte básico de vida e no suporte avançado de vida. Foi dada também importância às dinâmicas de equipa para uma ressuscitação eficaz, bem como aos sistemas de tratamento nos casos de Acidente Vascular Cerebral e de Síndrome Coronário Agudo. Realizei também o Curso BASIC (Anexo II), onde das inúmeras temáticas abordadas saliento: Avaliação do doente crítico; Oligúria e insuficiência renal aguda; Insuficiência respiratória aguda; Monitorização hemodinâmica; Choque; Sepsis e choque séptico; Emergências neurológicas; Trauma; Transporte do doente crítico. Frequentei também o laboratório de formadores da instituição, tendo obtido certificação para iniciar funções de formador nos cursos SBV e SIV. A mais-valia da aquisição destes conhecimentos que nos permitem adquirir um grau de diferenciação mais elevado é o seu transporte para o próprio serviço, utilizando a formação em serviço como meio de difusão de conhecimentos com o objetivo último de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, o terceiro eixo, consistiu na realização da formação intitulada “Abordagem ao doente em Insuficiência respiratória”, a pedido da chefia do serviço, depois de alguns colegas terem manifestado interesse em aprofundar os conhecimentos nesta área. O plano de sessão pode ser consultado no Apêndice XIII. Criei também um manual de apoio ao formando, que ficou disponível em suporte físico no serviço, podendo ser consultado no Apêndice XIV. No Apêndice XV poderá encontrar os slides apresentados durante a formação. A avaliação da sessão encontra-se presente no Apêndice XVI. O facto de possuir conhecimentos teóricos cimentados, permite-nos sustentar o processo de tomada de decisão afirmando a autonomia da profissão de Enfermeiro.

O quarto eixo diz respeito ao Próprio PIS, que ao abordar o acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, constitui-se em si mesmo como um elemento facilitador da comunicação com o doente / família. A assistência à pessoa / família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de Saúde / Doença é também para mim uma prioridade sendo que considero de extrema importância a frequência do módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, que me permitiu possuir um

conhecimento aprofundado dos conceitos de Família e de Crise, ajudando-me a planejar a intervenção em situações de crise com impacto familiar. A frequência do módulo de espiritualidade e cuidados de Enfermagem foi também de grande importância pois permitiu-me adquirir uma visão integradora das diferentes dimensões do ser humano. Gostaria ainda de salientar os conteúdos ministrados no módulo “cuidados ao cliente em fim de vida” que me permitiram aprofundar conhecimentos facilitadores de uma prestação de cuidados de qualidade ao cliente em fim de vida e sua família.

O conhecimento adquirido ao longo deste processo formativo constituíram-se como instrumento fundamental que me permite gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

3.2 Competência K 2 – Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-Vítima, da Conceção à Ação.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ACTIVIDADES
K.2.1 – Concebe em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe e emergência.	K.2.1.1 – Demonstra conhecimento do plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.	Consulta do plano dos planos de catástrofe.
	K.2.1.2 – Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição / Serviço.	
K.2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.	K.2.2.1 – Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe.	Consulta do plano de catástrofe da instituição. Realizar uma sessão formativa com manual de apoio e poster de resumo no âmbito da abordagem inicial perante um foco de incêndio
	K.2.2.2 – Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde.	
	K.2.2.3 – Atribui graus de urgência e decide a sequência da atuação.	
	K.2.2.4 – Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência.	
K.2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e ou catástrofe	K.2.3.1 – Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa.	
	K.2.3.2 – Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa.	
	K.2.3.3 – Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação.	

Tabela 2 – Planificação para a competência K2

3.2.1 Análise das atividades para a competência K 2.

De acordo com o REGULAMENTO n.º 124/2011, no domínio desta competência o Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica “Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a

complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”.

De forma a dar resposta às unidades de competência comecei por procurar conhecer o plano de catástrofe regional. Desta forma saliento o Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico e de Tsunamis na Região do Algarve. A realização deste plano é justificada pelo facto de ser altamente expectável a ocorrência de um sismo que poderá ser seguido de tsunami na região algarvia. De acordo com este plano a ocorrência quer de um sismo ou sismo seguido de tsunami poderá condicionar a eficácia do funcionamento da proteção civil, sendo necessário que os indivíduos / grupos / comunidades / consigam prestar os primeiros socorros, bem como garantirem as suas necessidades básicas. Assim sendo este tipo de evento será o principal fator que poderá provocar um cenário de catástrofe externa na instituição onde desempenho funções, sendo por isso importante ter conhecimento do seu conteúdo.

Ainda no âmbito da catástrofe externa, frequentei o curso “Medicina de Catástrofe e os Hospitais”, promovido pela Administração Regional de Saúde do Algarve no ano de 2011 (Anexo III). Para o aprofundamento de conhecimentos nesta área foram de especial importância os conteúdos ministrados no módulo Seminário de Peritos.

No âmbito da catástrofe interna, e foi nesta área que decidi intervir, comecei por reunir-me como o Engenheiro responsável pelo serviço de instalações e equipamentos de forma a poder conhecer o plano de catástrofe interno do hospital. O Segundo passo foi a minha inscrição no curso Gestão de Risco, que se encontra inserido na formação obrigatória da instituição hospitalar. Como resultado da leitura realizada ao plano de catástrofe interno da mesma, decidimos elaborar um poster intitulado “Instruções perante suspeita / deteção de incêndio”, que pode ser consultado no Apêndice XVII, que permitiu sistematizar a atuação a ter perante suspeita / deteção de incêndio.

Enquanto enfermeiro, o conhecimento aprofundado do plano de catástrofe interno é uma mais-valia que me capacita para liderar o processo de atribuição e desenvolvimento dos

papéis dos diferentes membros da equipa, bem como a sua supervisão da atuação da mesma introduzindo medidas corretivas caso sejam detetadas inconformidades.

3.3 Competência K3 – Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção Perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ACTIVIDADES
K3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para respostas às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K3.1.1 – Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo da Infeção.	Consulta das recomendações de higienização do ambiente hospitalar.
	K3.1.2 – Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção.	Entrevista com a Enf ^a . Chefe e o elo de ligação à CCI e com a Enf ^a . da CCI.
	K3.1.3 – Estabelece as estratégias pro-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço.	Criação do plano de higienização do serviço, apresentando uma formação aos assistentes operacionais e criando um documento de apoio à formação.
	K3.1.4 – Atualiza o plano de prevenção e controlo de infeção do serviço com base na evidência.	
K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K3.2.1 – Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção.	
	K3.2.2 – Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica / falência orgânica.	
	K3.2.3 – Faz cumprir os procedimentos estabelecidos	

	na prevenção e controlo da infeção.	
	K3.2.4 – Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.	Criação do documento de apoio ao formando.

Tabela 3 – Planificação para a competência K3

3.3.1 Análise das atividades para a competência K 3.

De acordo com o REGULAMENTO n.º 124/2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica “Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.”

No âmbito desta competência, começamos por realizar uma entrevista com a Enfermeira Chefe e o elo de ligação do serviço à CCI, bem como a Enfermeira da CCI. Isto permitiu-nos diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, tendo sido identificada a área da higienização hospitalar como a área a intervir.

A consulta das recomendações de higienização do ambiente hospitalar foi o segundo passo, o qual permitiu o conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo da Infeção. Daqui deduzimos que a criação do plano de higienização do serviço, constitui-se como uma estratégia a implementar, permitindo a prevenção e controlo da infeção do serviço com base na evidência.

Com o decorrer do tempo esta planificação acabou por ter de ser alterada uma vez que as alterações sofridas pelo serviço, nomeadamente as alterações físicas do mesmo, invalidariam a criação do plano a propor. Assim sendo e em consonância com a chefe do serviço, optou-se por incluir na formação realizada “Abordagem ao doente em Insuficiência Respiratória Aguda” um subcapítulo referente à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica.

No próprio decorrer do PIS a temática da prevenção da infecção encontra-se também salvaguardada uma vez que no próprio guia de acolhimento à família, no capítulo referente ao procedimento durante a visita, é realizada uma referência à importância da higienização das mãos antes e após a mesma.

Na aquisição desta competência, foram também bastante importantes os conteúdos lecionados no módulo Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas / Controlo e Prevenção da Infecção, uma vez que permitiram capacitar-me para a realização de diagnóstico e planeamento de acordo com os princípios de controlo de infeção em vigor.

Após descrever todas as atividades realizadas de forma a dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista analisarei de seguida as competências de Mestre.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.

De acordo com o Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, a obtenção do grau de Mestre no que ao ensino politécnico diz respeito, deverá conduzir predominantemente a uma especialização de natureza profissional. De acordo com NUNES, et. al., (2011, p.7) a frequência deste mestrado tem como objetivo permitir aos mestrandos adquirir um conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”

4.1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

Para a aquisição desta competência revelaram-se fundamentais a minha experiência profissional, os estágios realizados bem como os aportes teóricos ministrados ao longo desta etapa formativa.

Relativamente à minha prática profissional, apraz-me referir, que desempenho funções na UCISU₂ / UIDA desde a sua criação em 2009, onde fui colocado no desempenho da função de chefe de equipa. Até então desempenhava funções no serviço de Urgência geral. Com o objetivo final de prestar cuidados de Enfermagem de elevada qualidade, a articulação entre os profissionais que constituem a equipa deve permitir uma resultante superior à soma das suas competências e conhecimentos individuais. O trabalho de enfermagem resulta de esforços coletivos dos seus profissionais na procura de uma assistência qualificada. Para tanto, torna-se necessário a presença de um líder, que organize e articule os profissionais com um objetivo comum. Como líder de uma equipa multidisciplinar desta natureza tenho uma visão holística do conjunto que me permite, nos momentos críticos, tomar a iniciativa da decisão ou, se for caso disso, prestar consultadoria no processo de decisão.

O recurso à metodologia científica na prestação de cuidados de enfermagem através de uma linguagem padronizada (CIPE), permite-nos identificar o foco, elaborar diagnósticos, planejar intervenções e avaliar os resultados. Isto tem como objetivo produzir evidência que permita um conhecimento aprofundado da Enfermagem, de forma a servir como alicerce para a tomada de decisão.

Os estágios realizados no decorrer deste curso de Mestrado em simultâneo com os trabalhos desenvolvidos no decorrer dos mesmos, nomeadamente o PIS, em que foi reorganizado o acolhimento realizado à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA através da criação da norma de procedimento que regula o acolhimento, da criação do próprio guia de acolhimento e da realização da formação da equipa de Enfermagem nesta área, formação esta que serviu também para auscultar a equipa sobre a definição de algumas estratégias a utilizar na implementação do projeto que visa em si mesmo a otimização da qualidade dos cuidados através da gestão e supervisão dos mesmos.

Relativamente às Unidades Curriculares fundamentais para a obtenção desta competência gostaria de salientar a unidade curricular de Enfermagem uma vez que, para além de desenvolvermos as ferramentas necessárias ao raciocínio clínico, também aprofundámos a formação e utilização de novas tecnologias.

Outra Unidade Curricular que do meu ponto de vista desempenhou um papel fundamental na obtenção desta competência foi a UC de Enfermagem Médico-cirúrgica II. De entre os módulos lecionados, saliento a Supervisão de Cuidados, que me permitiu adquirir competências ao nível da reflexão sobre os processos de prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica considerando as idiossincrasias individuais. Permitiu-me também partindo dos cuidados de urgência e emergência delimitar problemas complexos de enfermagem.

A reflexão e análise relativamente à prática diária, sempre à luz dos documentos que norteiam a atividade profissional, constituem-se como pedra angular no processo de tomada de decisão. Aqui revelaram-se fundamentais os conteúdos ministrados na Unidade Curricular Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, onde a reflexão relativa à ética,

bioética e direito se constituem como instrumentos integrados num reforço de mentalidade científica e de rigor.

4.2 - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

Num ambiente em que o conhecimento científico evolui rápida e progressivamente, a atualização dos profissionais e a aquisição de novos conhecimentos constituem-se como um elo fundamental para a prestação de cuidados de elevada qualidade. Ao longo de todo o meu percurso profissional procurei sempre superar adversidades e potenciar as minhas competências profissionais. Deste modo tenho investido sucessivamente na minha formação pessoal, sendo exemplo disso mesmo a realização deste Mestrado.

Ao longo dos últimos dois anos, frequentei também várias ações de formação das quais destaco:

- ✓ O curso BASIC – Basic Assessment & Support in intensive Care curso homologado pela sociedade portuguesa de cuidados intensivos sendo apoiado e promovido pela European Society of Intensive Care Medicine;
- ✓ XVI Congresso Nacional de Medicina Intensiva;
- ✓ Curso Avançado de Emergências Cardiovasculares – ACLS, certificado pela American Heart Association;

Para além disso, frequentei o laboratório de formadores da instituição onde trabalho, tendo-me tornado formador da mesma para os cursos de Suporte Básico e imediato de vida. O meu esforço de permanente atualização dos conhecimentos, foi também recentemente reconhecido no serviço, onde fui nomeado responsável pela formação.

Para a concretização do PIS e do PAC, foi também essencial um extenso trabalho de pesquisa e revisão da literatura mais atual, o que por si só se constitui como desenvolvimento autónomo e autodidata dos temas em apreço, o que me permitiu adquirir quer as competências comuns, quer as competências específicas de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Exemplo do acima descrito foi a realização da formação "Abordagem ao doente em Insuficiência respiratória Aguda" com a

elaboração de um referencial sobre a mesma temática que foi deixado em suporte físico no serviço. Tal formação apenas foi possível devido à minha presença prévia em vários colóquios sobre a temática em apreço bem como um esforço de melhoria contínua do conhecimento. A atualização de conhecimentos através da autoformação permite-nos assim dar resposta a um dos deveres do enfermeiro, explanado no Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 88º alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente ...”.

4.3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa:

Para a aquisição desta competência revelaram-se fundamentais a minha experiência profissional, nomeadamente enquanto responsável de equipa, os estágios realizados bem como os aportes teóricos ministrados ao longo desta etapa formativa.

Integrar uma equipa é fazer parte de um grupo de pessoas que se complementam entre si e se encontram comprometidas com um objetivo comum, trabalhando intensamente para o alcançar. Enquanto enfermeiro, procurei sempre ser um elemento catalisador do trabalho em equipa. Ainda no serviço de Urgência Geral fiz parte de uma equipa de 15 elementos, da qual saí quando o serviço foi dividido em Urgência Geral / Unidade de Cuidados Intermédios, tendo nesta altura assumido as funções de responsável de equipa. Enquanto chefe de equipa procuro manter os níveis motivacionais da mesma elevados, promovendo um bom ambiente de trabalho e estando atento às diferenças individuais, não só corrigindo o que está menos bem, como também elogiando o que de bom foi realizado. Enquanto elemento de referência sou muitas vezes solicitado por parte dos elementos da equipa com questões relativas à prática clínica, às quais procuro sempre responder de forma sustentada e em tempo oportuno. Por vezes sou também consultado pela Enfermeira chefe aquando da tomada de algumas decisões relativas ao funcionamento do serviço, nomeadamente na área da formação. A realização deste mestrado permitiu-me o aprofundamento de conhecimentos relativamente à minha área de especialização, que se constituem em si mesmo como um elemento facilitador da resolução de questões pertinentes da práxis, uma vez que me permitem aborda-las por outro prisma.

A equipa de enfermagem à qual pertenço, encontra-se inserida numa vasta equipa multidisciplinar que engloba não só várias especialidades médicas, como também Psicólogos, Assistente social, Técnicos de Cardio-pneumologia, Assistentes Administrativas e Assistentes Operacionais. Para integrar esta vasta equipa de forma proativa é necessário ter conhecimentos científicos bem cimentados, um elevado grau de conhecimento de mim próprio bem como de assertividade.

A realização do PIS, no decorrer dos estágios integrantes deste curso de Mestrado, enquadra-se num bom exemplo de articulação de várias categorias profissionais. O acolhimento à família do doente na UCISU₂ / UIDA reuniu várias sensibilidades tendo sido ouvidos no processo de elaboração quer da norma, quer do guia as Assistentes administrativas do gabinete de apoio e informação ao utente, a área clinica bem como a equipa de Enfermagem, tendo todo este processo sido liderado por mim.

Relativamente às Unidades Curriculares fundamentais para a obtenção desta competência gostaria de salientar o módulo de liderança de equipas da Unidade Curricular de Gestão de processos e recursos que se revelou de grande importância na aquisição de capacidades que nos permitem alcançar esta competência, uma vez que os conteúdos lecionados visam a promoção de uma melhor integração em equipas, de desenvolvimento multidisciplinar e multisectorial de forma proactiva. Permitem também conhecer as ferramentas de gestão aplicáveis ao ambiente de cuidados promovendo uma reflexão sobre a gestão dos cuidados, bem como a promoção da melhoria contínua dos cuidados prestados.

4.4 Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

De acordo com o regulamento n.º.122/2011, “Especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” De acordo com o supra

citado, com o desenrolar deste mestrado e com a aquisição quer das competências comuns quer das competências específicas do enfermeiro especialista apreendemos ferramentas que nos permitem tomar decisões com maior autonomia e responsabilidade.

De acordo com JESUS, (2004), a evolução da sociedade tem um impacto direto na Enfermagem enquanto disciplina e profissão da saúde por dois motivos. Primeiro porque ocorre um aumento da exigência dos indivíduos perante os cuidados que lhe são prestados. Em segundo lugar, porque surgem problemas mais complexos. A enfermagem tem procurado responder a estes desafios, exigindo-se assim “... dos enfermeiros, maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional” (JESUS, 2004, p. 14).

A autonomia e a responsabilidade, de acordo com NUNES, (2006, p.11) configuram-se “como fundantes da centralidade dos cuidados, em qualquer área de atuação do enfermeiro. Sendo que a nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade...”

Ainda de acordo com NUNES, (2006) a tomada de decisão clínica em enfermagem tende a ser tanto mais complexa quanto menor for a casuística desse mesmo problema. Enquanto enfermeiros, e de acordo com o REPE as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes, estando a diferença no prescritor. Apesar do acima descrito a enfermagem assume-se como uma profissão autónoma em que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos seus atos.

De forma a capacitar-me para construir e aplicar argumentos rigorosos que permitam fundamentar o processo de tomada de decisão foi fundamental a Unidade Curricular de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e o módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, que pertence à unidade curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica II. A primeira permitiu-me enquadrar o regime jurídico aplicável ao exercício profissional de enfermagem bem como a reflexão / discussão da dimensão ética do agir enquanto enfermeiro. A análise de situações concretas à luz dos princípios éticos bem como a reflexão tendo em consideração casos específicos na minha área de especialização (doente

crítico), foram abordados no segundo módulo acima referido e permitem-me alicerçar o processo de decisão em sólidos padrões de conhecimento.

4.5 Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

De acordo com o ICN, (2012, p.10) a Prática Baseada na Evidência representa “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”. De acordo com o supracitado saliento a importância da procura da melhor evidência disponível para a questão em análise, que me permitirá uma tomada de decisão mais consciente e fundamentada, obviamente tendo em consideração o doente, como elemento central do processo de cuidar.

Nos dias de hoje a quantidade de informação disponível sobre diferentes assuntos é vasta, configurando-se as revisões sistemáticas, as revisões críticas e as guidelines clínicas como principais fontes de informação, sendo que após a recolha da mesma o Enfermeiro deverá analisá-la de acordo com três aspetos (OE, 2012, p. 18):

- ✓ A evidência tem qualidade suficiente para ser aplicada?
- ✓ Os resultados são aplicáveis no contexto proposto?
- ✓ O que significa a evidência para o doente/cliente?

Após esta análise poderemos então modificar a prática, prestando cuidados com maior segurança e autonomia. A prática de Enfermagem com base na evidência permite-nos alcançar patamares de qualidade ímpares na prestação de cuidados, objetivo último do que se configura para mim ser Enfermeiro.

Assim sendo e com o desenrolar deste mestrado, procurei ao longo dos trabalhos realizados recorrer à evidência científica mais atual relacionada com os temas em apreço o que me permitiu uma tomada de decisão mais segura e consciente. Exemplo disso mesmo foi o trabalho realizado na Unidade Curricular de Ambientes em Saúde – Descrição e análise de um incidente crítico – em que foram usados os resultados da investigação bem como os

contributos da evidência para a análise do incidente, tendo sido ainda abordada a temática da resistência à mudança numa organização e foram apresentadas as estratégias para a resolução do incidente.

A UC de Investigação, lecionada no segundo semestre apresentasse-nos também de importância fulcral para a obtenção desta competência de Mestre em Enfermagem Médico - Cirúrgica e como ferramenta para o futuro uma vez que o domínio das etapas do processo de investigação, o raciocínio crítico e o tratamento da informação, temas abordados nesta UC estão a ser bastante úteis no projeto reativado no passado mês de Novembro no Serviço onde trabalho, e no qual tenho a função de representar a equipa de enfermagem, que é a construção de um protocolo de insulina EV, que poderá sem dúvida fazer evoluir a prática.

4.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

No contexto desta competência importa referir que desempenho funções como elemento responsável pela formação em serviço, o que por si só me permite desenvolver capacidades a este nível. Anualmente realizo a identificação das necessidades formativas quer da equipa de enfermagem quer da equipa de assistentes operacionais, valido essas mesmas necessidades identificadas com as respetivas classes profissionais e sou elemento catalisador do desenvolvimento do plano anual de formação. As sessões formativas são avaliadas e no final de cada ano é elaborado o relatório relativo à formação ministrada.

Importa ainda referir que ao longo dos últimos anos tenho vindo a desempenhar um papel importante no acompanhamento de alunos em contexto de estágio, bem como na integração de novos elementos no serviço. Para que o processo supra citado se realize com proficiência é necessário um esforço diário de atualização de conhecimentos, domínio das normas da instituição, bem como de desenvolvimentos de capacidades que me permitam ser pedagogicamente competente. Para tal muito contribuiu o Certificado de Competências Pedagógicas de Formador, que me preparou para atuar em diferentes contextos,

modalidades, níveis e situações de aprendizagem, com recurso a diferentes estratégias, métodos, técnicas e instrumentos de formação e avaliação, estabelecendo uma relação pedagógica diferenciada, dinâmica e eficaz de forma a promover a aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de atitudes e comportamentos adequados ao desempenho da profissão.

No decorrer do Mestrado com a realização quer do PIS, quer da formação intitulada “Abordagem ao doente em Insuficiência Respiratória Aguda” a metodologia utilizada reforça a aquisição desta competência, uma vez que de acordo com FERRITO, (2007, p.2), a metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” sendo constituída pelas fases de diagnóstico da situação, planificação das atividades, execução do que foi planeado, avaliação e divulgação dos resultados.

4. CONCLUSÃO

Ao finalizar este relatório, torna-se para mim pertinente realizar uma síntese de todo o trabalho realizado, bem como de todas as temáticas abordadas, efetuando uma análise dos objetivos traçados e simultaneamente traçando caminhos futuros.

Gostaria de começar por salientar a importância da metodologia adotada, a metodologia de projeto, que se constitui como uma ferramenta importante na promoção de uma aprendizagem eficaz e que me permitirá abordar, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, as questões da prática diária de forma sistematizada respondendo às exigências prementes do serviço.

A escolha de uma teoria de médio alcance, (teoria com um foco de interesse mais limitado do que as teorias ou que as grandes teorias), revelou-se uma escolha acertada para o enquadramento da realização dos estágios integrantes deste mestrado. A TID de Merle Mishel, em que o Enfermeiro procura ajudar o doente / família a gerir a incerteza foi por nós escolhida e revelou-se de importância fundamental como referencial teórico da prática profissional. O estabelecimento de um contato prévio com a família do doente crítico permite que o Enfermeiro se afirme como alguém disponível, alguém que se importa e que está presente para apoiar a família num momento em que a incerteza vivida se constitui em si mesmo como uma oportunidade para estabelecer uma relação Enfermeiro - Doente/Família de maior proximidade.

O diagnóstico e a planificação realizadas tiveram um papel preponderante para se poder alcançar um bom desempenho e a sua realização permitiu-nos a reflexão sobre a nossa prática profissional de forma a podermos corrigir e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados. Desta forma após a validação da necessidade sentida pelo serviço em reformular o acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, realizamos a planificação das atividades a desenvolver de forma a alcançar o objetivo geral da realização do projeto de intervenção em serviço, que passa por “Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA de

um Hospital do Sul do país.”. As atividades planeadas foram executadas e aguardamos um parecer positivo por parte do Conselho de Administração para a implementação do projeto.

A minha experiência profissional quer no serviço de Urgência Geral quer na UCISU₂/UIDA associada à formação adquirida quer ao longo da realização deste mestrado quer com alguns cursos que complementaram os conhecimentos adquiridos na vertente do doente crítico assumiram-se de importância fundamental na construção dos documentos integrantes dos estágios realizados ao longo deste mestrado, que passo a citar:

- ✓ Formação “Abordagem ao doente em Insuficiência respiratória”
- ✓ Formação “Acolhimento à Família do doente na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 (UCISU₂) Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA).”
- ✓ Poster “Instruções perante suspeita / deteção de Incêndio”

Como elementos facilitadores da realização desta etapa saliento o fato de os estágios se terem desenvolvido no próprio serviço em que desempenho funções, o que se constituiu como elemento facilitador na articulação quer com os colegas, chefia do serviço e direção de Enfermagem.

As principais dificuldades sentidas ao longo da realização desta etapa consistiram na instabilidade sentida principalmente neste último ano relativamente a alterações que sofremos quer relativamente ao funcionamento do serviço quer relativamente a alterações físicas do mesmo. Outro dos constrangimentos sentidos ao longo deste período consistiu na articulação da minha vida pessoal / profissional e académica o que originou o não cumprimento dos prazos inicialmente estabelecidos para a realização do projeto.

Com a elaboração deste relatório fica inequivocamente demonstrada a aquisição quer das competências comuns, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, bem como as competências de Mestre. A sensação dominante neste momento é de dever cumprido, ao ter sido um elemento dinamizador das alterações de práticas que conduziram a uma melhoria dos cuidados prestados e me permitiram crescer enquanto ENFERMEIRO.

5. REFERÊNCIAS

5.1 Bibliográficas

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X ;

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **CIPE – Versão 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011; Tradução: Dr^a. Herminia Castro. ISBN 978-92-95094-35-2

CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda**. Lusodidacta, 2008. Volume I; ISBN 978-989-8075-05-5.

FORTIN, M. F. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta; 2009, 593p. ISBN: 978-989-8075-18-5

HICKMAN, Janet S. – **Introdução à Teoria de Enfermagem**. In **GEORGE, Júlia e Colaboradores – TEORIAS DE ENFERMAGEM – Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4^a Ed. Porto Alegre, Artmed Editora. 2000. 355p.

HOBBS, P. – **Gerir projectos**. Porto: Dorling Kindersley – Civilização Editores, Lda., 2009. 72p. ISBN 978-989-550-798-6

ICN – **CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2.0**. Genebra. International Council of Nurses.

JESUS, Élvio Henriques. **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004, Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem

LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajudar: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214 p. ISBN 972-95399-5-2;

LIERH, Patricia e SMITH, Mary – **Middle Range Theory for Nursing** – Copyright- Springer Publishing Company, LLC. 2ª Ed. New York, 2008. 531 p. ISBN 978-0-8361-1916-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Ordem dos Enfermeiros, 2011. 82p.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - **Recomendações para o Transporte do Doente Crítico**. Lisboa, 2008. 45 p.

TOMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2004. 764p. ISBN 972-8383-74-6.

5.2 Eletrónicas

AZOULAY, Elie, et al, **Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial**. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2002, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11850333>

CAMPOS, Luis; et. al., **Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016, A qualidade dos cuidados e dos serviços**, 2010, 139 p. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Código de ética do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio; 2011; p.4; Disponível em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-425F-A795-2F0C2DE16737/21132/CODIGO_ETICA_CHBA.pdf

Direção geral da Saúde – Circular normativa nº 4/DSPCS de 28/01/00 - **_Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados** - Disponível em: <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/visitas-e-acompanhamento-familiares.pdf>

Direção geral da Saúde - **Carta dos Direitos do Doente Internado**, 2005, Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Carta+os+Direitos+do+Doente+Internado.htm>

FERRITO, C. et. al. – **Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas**; Revista Percursos [Em linha]. nº 15 (2010), 37 p. Disponível em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html ISSN 1646-5067

Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação - **A análise SWOT**; 2007; Disponível em: <http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=2344>

KAPLOW, Roberta; HARDIN, Sonya R. – **Critical Care Nursing, Synergy for optical Outcomes**; Jones and Bartlett Publishers International, 2007 Disponível em: http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=KsvUM9urNVIC&oi=fnd&pg=PA15&dq=family++focused+care&ots=N4oQzXLx4X&sig=uwTZhDnICWo19HGhHyWkyAWS9MY&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20-%20focused%20care&f=false

Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, disponível em:
https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/lei_48-90.pdf

LESKE, Jane Stover; **Interventions to decrease Family Anxiety**, Critical Care Nurse vol 22, n.º6; 2002, Disponível em:
<http://ccn.aacnjournals.org/content/22/6/61.full.pdf>

MAESTRI, Eleine; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho e MARTINS, Josiane de Jesus. **Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 75-81. ISSN 0080-6234. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342012000100010

MARSICO, Erika Fonseca Camargo; et al - **Acolhimento e Humanização para acompanhantes: A inserção do Serviço Social e da Enfermagem de uma Instituição Federal**. In *Enfermagem Brasil*, 2009; Disponível em
http://www.atlanticaeditora.com.br/index.php?view=article&catid=92%3Aenfermagem-brasil-2009&id=289%3Aeb-v8n4-artigo-8&format=pdf&option=com_content&Itemid=68

MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A e CLARA-COSTA, Iris do Céu. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco**. *Rev. salud pública*. 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. ISSN 0124-0064. Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642010000300006

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. – Lisboa: Direcção-

Geral da Saúde, 2003 – 72 p. ISBN: 972-675-097-0; Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

NUNES, L., RUIVO, A. e LOPES, J. - **Guia de Curso – 1º Semestre**. Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2011. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7543>

NUNES, L., RUIVO, A. e LOPES, J. - **Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres (Curso Regular)**. Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2010. Disponível em:

<http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=18869>.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante et al. **Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva**. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010, vol.44, n.2, pp. 429-436. ISSN 0080-6234.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n2/27.pdf>

Ordem dos Enfermeiros – **Combater a Desigualdade – da evidência à ação**, Maio de 2012; disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros – **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual / Enunciados descritivos**; Dezembro 2001, Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). **Parecer CJ-194 / 2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem**. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf

REGULAMENTO n.º 122/2011 - **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista enfermeiro.** —D.R. II SérieII. 35 (11-02-18), p. 8656- 8657.

Disponível

em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

REGULAMENTO n.º 124/2011 - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.** —D.R. II SérieII. 35 (11-02-18), p. 8653- 8653. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

ROUCO, José Carlos Dias; SARMENTO, Manuela - **Perspectivas do Conceito de Liderança;** Proelium – Revista da Academia Militar – Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.academiamilitar.pt%2Fproelium-n.o-13%2Fperspectivas-do-conceito-de-lideranca.html&ei=0K45U6mDIqWv7AbWnIG4CA&usg=AFQjCNFg-4pLXJcNZEBH1DgqyRX75zZfLQ>

APENDICES

APENDICE I

Questionário de Validação do Tema Escolhido para o Projeto de
Intervenção em Serviço

Questionário

Eu, Vítor Hugo Neves Manco, aluno do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção em serviço (PIS), que será desenvolvido ao longo dos estágios I, II e III a realizar na

Este trabalho é orientado pela Prof. Doutora

Após ouvida a Enfermeira Chefe a área escolhida para a realização do PIS foi o Acolhimento à Família do Doente Internado na sendo que o presente questionário tem como principal objetivo, conhecer a opinião da equipa de enfermagem e a consequente validação da necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados nesta vertente.

O questionário que se segue é constituído por três partes. A primeira para caracterização da amostra. A segunda onde se pretende validar a pertinência do tema escolhido e a terceira onde pretendemos aferir as temáticas a incluir na elaboração do guia de acolhimento.

A sua colaboração é fundamental para a concretização deste projeto. Solicita-se que responda objetivamente e com o máximo de sinceridade às questões colocadas, pois estas irão influenciar o desenvolvimento do mesmo.

Nesta pesquisa cumprimos todos os aspetos éticos inerentes a um trabalho deste tipo, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das fontes. Poderá abandonar a participação neste estudo em qualquer altura, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para si.

Mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento que julgue adequado.

Grato pela vossa compreensão e disponibilidade.

O estudante

(Vitor Hugo Neves Manco)

Email: vitormanco@hotmail.com / Tlm: 963478851

Janeiro, 2013

Consentimento Informado

Após ter lido o contexto e objetivos do estudo:

Aceito participar no estudo.

Não aceito participar no estudo.

I – Caracterização da amostra população

1 – Qual o seu tempo de exercício profissional? Anos _____
Meses _____

1.1 – Há quanto tempo se encontra na ? Anos _____
Meses _____

II – Validação da pertinência do tema escolhido

(Assinale com um X a opção por si escolhida)

1 – Com que frequência realiza o acolhimento à família do doente internado na Unidade de Internamento de doentes Agudos.

Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>	Frequentemente	<input type="checkbox"/>	Sempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------	--------------------------

1.1 – Se respondeu **nunca** ou **raramente**, das possibilidades seguintes selecione a causa / as causas:

Falta de tempo.	<input type="checkbox"/>
Não é prática habitual do serviço.	<input type="checkbox"/>
Não considero o acolhimento à família importante na prática diária.	<input type="checkbox"/>
Não sei bem como proceder nesta situação.	<input type="checkbox"/>
Outra - a)	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

2 - De acordo com a sua opinião, preencha a tabela seguinte tendo em conta a seguinte legenda:

1-Discordo totalmente; 2- Discordo; 3-Concordo; 5-Concordo totalmente

1- Precisamos de aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem no acolhimento à família do doente Internado na <input type="text"/>	1	2	3	4
2- O envolvimento da família no processo de cuidados é um ponto fundamental para a obtenção da satisfação do cliente / família.	1	2	3	4
3 – A criação de um guia de acolhimento à família é uma necessidade do serviço.	1	2	3	4
4 – A entrega do guia de acolhimento à família associado a uma entrevista explicativa, ajuda a melhorar a compreensão da família perante a situação do doente, a diminuir a ansiedade e a aumentar a sua satisfação.	1	2	3	4

III – Aferição das temáticas a incluir no guia de acolhimento à família.

1 - Na sua opinião quais as temáticas que se devem incluir num possível guia de acolhimento à família?

Pode assinalar tantas opções quantas quiser. Caso tenha alguma outra sugestão, selecione a opção outro e descreva-a na linha abaixo.

O que é <input type="text"/> (vocação do serviço)	
Equipamento existente na <input type="text"/> O que esperar quando chega à <input type="text"/>	
Horário das visitas / contatos	
Procedimento durante as visitas (onde a família se deve dirigir para depois ser encaminhada ao serviço; nº de visitas por período; controlo infeção)	
Informação à família (estado clínico do doente / dúvidas)	
Tipos de cuidados prestados na <input type="text"/>	
Comunicação / interação com o familiar	
Outro	a)

a) _____

Obrigado pela sua participação

Vítor Manco

APENDICE II

Pedido de autorização para aplicação do questionário

Ex.^a. Sr.^a Enf.^a Diretora do Centro Hospitalar do

[]

Eu, Vítor Hugo Neves Manco, Enfermeiro desta instituição, com número mecanográfico 82694, a desempenhar funções na Unidade de Internamento de Doentes Agudos e a frequentar o 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob a tutoria do Enf. [] e da Professora Doutora [] encontro-me a realizar os estágios no mesmo serviço, aplicando a metodologia de projeto no desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço.

Efetuei junto da Sr.^a. Enfermeira Chefe uma validação da área temática pertinente a desenvolver, tendo sido identificada a área do “Acolhimento à família do doente internado []”. Ainda na fase de diagnóstico de situação, necessito de proceder à auscultação e envolvimento da equipa, pelo que pretendo aplicar um questionário (Anexo), para conhecer a opinião dos enfermeiros e as suas sugestões para o desenvolvimento deste projeto.

Neste trabalho, serão assegurados todos os princípios éticos inerentes a um estudo deste tipo, nomeadamente o consentimento informado e o cumprimento do anonimato e confidencialidade das fontes.

Mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento que julgue oportuno. Fico a aguardar uma resposta de V.Ex.^a com a maior brevidade possível.

Atenciosamente

Pede deferimento

(Vítor Hugo Neves Manco)

Email: vitormanco@hotmail.com / Tlm: 963478851

[] 21 de Janeiro de 2013

APENDICE III

ANÁLISE ESTATÍSTICA

I – Caracterização da amostra população

Após análise dos resultados do questionário relativamente à primeira questão colocada: “Qual o seu tempo de exercício profissional?”, verificámos que os elementos da equipa, têm em média cerca de 6.5 anos de experiencia, sendo que o elemento que desenvolve a sua atividade profissional há mais tempo, trabalha há 17 anos e o mais novo há 3 anos e 5 meses (gráfico 1). Já, relativamente à segunda questão colocada, que dizia respeito ao tempo de exercício profissional na encontramos um tempo médio de exercício de 2.9 anos. Uma das explicações possíveis para este facto prende-se com a recente abertura do serviço, (tem cerca de 4 anos).



Gráfico 1: Distribuição da amostra consoante o tempo de exercício

II – Validação da pertinência do tema escolhido

A primeira questão colocada de forma a validar o tema escolhido prendeu-se com a frequência da realização do acolhimento por parte dos enfermeiros na . Observámos que 53% dos enfermeiros referem que apenas o realizam raramente, enquanto 47% refere realiza-lo frequentemente, confirmando desta forma a hipótese por nós levantada e as minhas suspeitas relativamente ao tema em estudo (gráfico 2). De salientar ainda que ninguém assinalou as respostas nunca ou sempre.

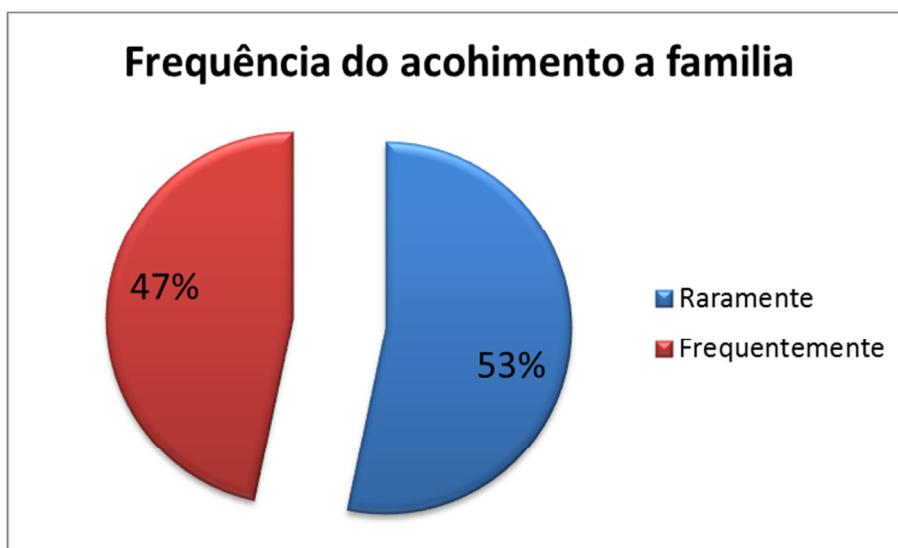


Gráfico 2: Distribuição da amostra relativamente à frequência da realização do acolhimento à família

Os 8 enfermeiros inquiridos, que declararam que apenas raramente realizavam o acolhimento, apontaram como razões da não realização do mesmo, o facto de não ser prática habitual do serviço, (cerca de 70 %), tendo sido a hipótese mais escolhida. A falta de tempo obteve também 30% das escolhas como motivo para a sua não realização. Gostávamos ainda de salientar que nenhum elemento da amostra escolheu a opção “Não considero o acolhimento à família importante na prática diária”, o que à partida nos permite concluir o seu contrário, ou seja, que o acolhimento à família do doente internado na é um procedimento importante na prática diária.

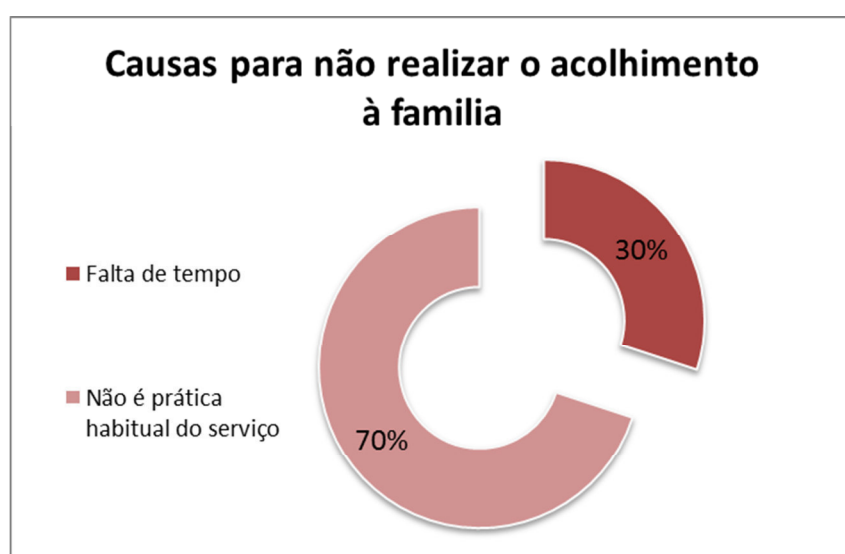


Gráfico 3: Distribuição da amostra pelas possíveis causas da não realização do acolhimento à família

Ainda com o objetivo de validação do tema escolhido foram apresentadas algumas afirmações aos inquiridos para que de acordo com a sua opinião pudessem optar por discordar totalmente, discordar, concordar ou concordar totalmente. Os resultados encontram-se explanados na tabela 1.

	Concordo	Concordo Totalmente
Necessitamos de aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem no acolhimento à família do doente internado na UIDA	60,0%	40,0%
O envolvimento da família no processo de cuidados é um ponto fundamental para obtenção da satisfação do cliente/família	33,3%	66,7%
A criação e uma guia de acolhimento à família é uma necessidade do serviço	60,0%	40,0%
A entrega do guia de acolhimento à família associado a uma entrevista explicativa, ajuda a melhorar a compreensão da família perante uma situação do doente, a diminuir a ansiedade e a aumentar a sua satisfação.	20,0%	80,0%

Tabela 1: Opinião dos enfermeiros relativamente ao acolhimento à família na

Com os resultados obtidos podemos concluir que toda a equipa se encontra sensibilizada com a necessidade de aumentar a qualidade de cuidados nesta vertente, sendo que o envolvimento da família no processo de cuidados constitui-se como um ponto fundamental para a obtenção da satisfação do cliente/família. A entrega do guia de acolhimento à família associada a uma entrevista explicativa, será a melhor forma de o fazermos.

III – Aferição das temáticas a incluir no guia de acolhimento à família.

Com o objetivo de aferir as temáticas a incluir no guia de acolhimento à família do doente internado na , todas as propostas foram aceites pelos inquiridos (gráfico 4), sendo que a proposta menos votada obteve 73%, que foi a inclusão do método de informação à família (estado clínico do doente/dúvidas). As propostas que obtiveram a concordância total dos enfermeiros (100%), foram a inclusão no guia de acolhimento do horário das visitas / contatos e do procedimento durante as visitas (onde a família se

deve dirigir para depois ser encaminhada ao serviço; nº de visitas por período; controlo infeção).

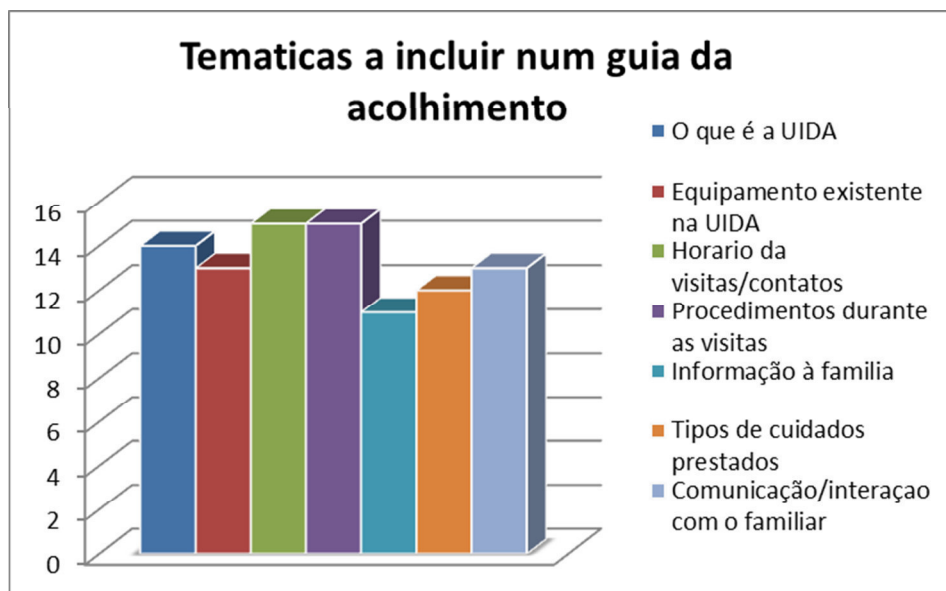


Gráfico 4: Distribuição da amostra pelas temáticas propostas a incluir no guia de acolhimento

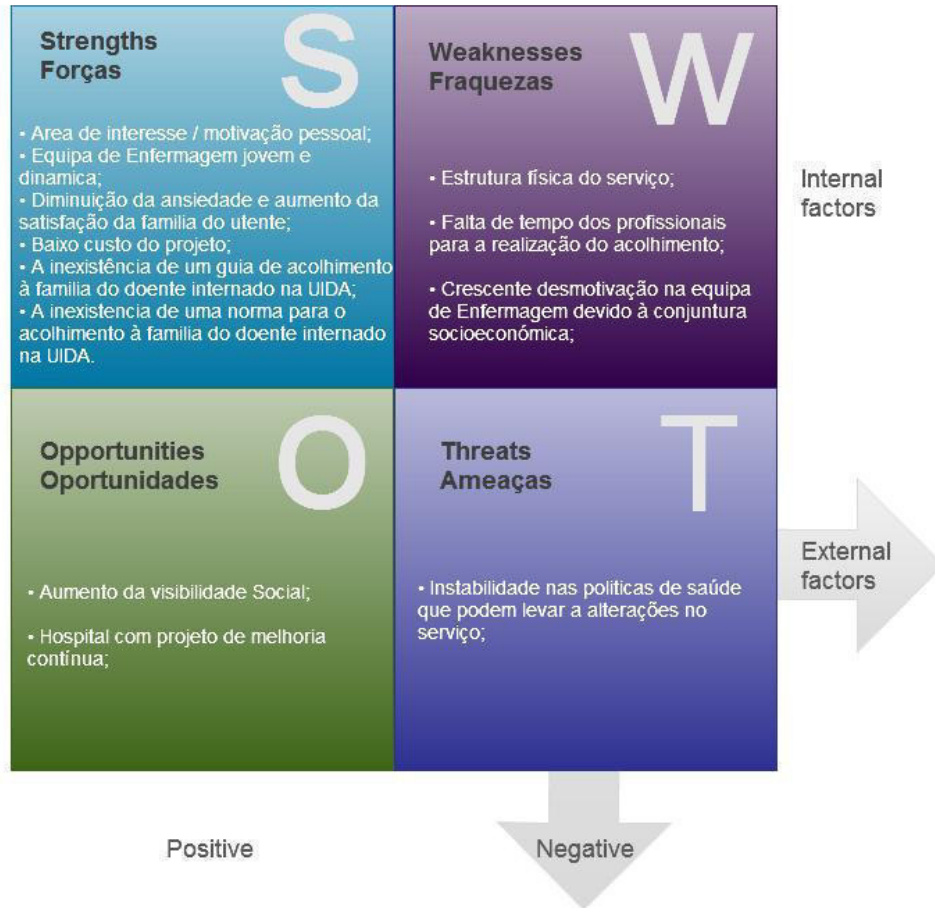
Como sugestões de temas a incluir, por parte do inquiridos, obtivemos ainda a descrição do circuito dos doentes e a enumeração das restrições durante o período das visitas, (telemóvel, alimentação fornecida pelos familiares).

APENDICE IV

ANÁLISE SWOT

SWOT Analysis - High School

Acolhimento à Família do Doente Internado na UIDA



APENDICE V

Cronograma Inicial do Projeto de Intervenção em Serviço

MÊS	ABRIL		MAIO				JUNHO				JULHO				SETEMBRO			
ACTIVIDADES \ SEMANA	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1. Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UIDA.																		
a) Realização de pesquisa bibliográfica;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
b) Elaboração de uma proposta de norma para a realização do acolhimento à família do doente internado no serviço (Protótipo I					X	X	X	X										
c) Recolha de sugestões e reformulação da norma para a realização do acolhimento à família do doente internado na UIDA, elaborando o Protótipo II;									X	X	X	X						
d) Reformulação final da norma de realização do acolhimento à família do doente internado na UIDA.													X	X				
e) Realização da validação final da norma junto da Enfermeira Chefe.															X	X	X	
2. Criar o guia de acolhimento à família do doente internado na UIDA.																		

a) Realização de pesquisa bibliográfica;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
b) Consulta de guias de acolhimento à família de outros serviços / instituições;	X	X	X																
c) Elaboração de uma proposta de guia de acolhimento à família do doente internado no serviço (Protótipo I);					X	X	X	X											
d) Recolha de sugestões e reformulação do guia de acolhimento à família do doente internado na UIDA, elaborando o Protótipo II;										X	X	X	X						
e) Validação do protótipo II junto da Enf. Chefe.												X	X	X					
f) Validação do guia com 4 ou 5 familiares.													X	X	X				
g) Reformulação final do guia de acolhimento à família do doente internado na UIDA.														X	X				
h) Divulgação do Guia																X	X		
3. Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família.																			
a) Pesquisa bibliográfica sobre a temática do acolhimento à família do doente crítico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
b) Validação o plano da sessão com a Enfª. Chefe, com o Enfº. Orientador e com a Prof. Doutora <input type="text"/>												X	X	X					

c) Realização da ação de formação;																	X	X		
d) Apresentação da versão final do guia e da norma de acolhimento do doente internado na UIDA;																	X	X		
e) Avaliação da sessão de formação.																	X	X		
4. Implementar o projeto.																				
a) Realização de uma reunião com o Enfermeiro Orientador de Estágio e com a Enfermeira Chefe;																		X	X	X
b) Propor a implementação da estratégia escolhida para a realização do acolhimento à família ao Conselho de Administração;																		X	X	X
c) Aferição de locais (para acolhimento e para guardar materiais);																		X	X	X

APENDICE VI

Norma de Procedimento “Acolhimento à Família do Doente
na UCISU₂ / UIDA”

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º DATA:	FOLHA 1/3
ASSUNTO:	ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2 (UCISU 2) / UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS (UIDA)	ELABORADO POR: Enf. Vítor Manco com colaboração da equipa de Enfermagem da UCISU 2 / UIDA	REVISTO POR Enfº Chefe <input type="text"/> Em: Fevereiro / 2014
DIVULGAÇÃO:	MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM	APROVADA POR:	
ENTRADA EM VIGOR:	A REVER EM:		

I – INTRODUÇÃO

De acordo com a circular normativa n.º. 4/DSPCS de 2000 “as visitas e o acompanhamento familiar – inserem-se na humanização dos cuidados e integram a componente assistencial devendo, por conseguinte, serem consideradas um direito do doente”. A equipa de saúde deve olhar para a família como um parceiro no processo de cuidar, devendo ser incentivada a participar e a desempenhar um papel cada vez mais importante, quer na preparação para a alta, quer no processo de continuidade de cuidados. Importa por isso definir família, que de acordo com o ICN, 2010 p. 115, apresenta-se como “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”. Segundo Martins et al 2012, p.76, “acolher significa receber, rececionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo” e de acordo com Albuquerque et al, 2008 p.82, o acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças”.

II – OBJECTIVOS

- Sistematizar o acolhimento realizado à família do doente internado na UCISU 2 / UIDA.

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2 (UCISU 2) / UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS (UIDA)	N.º DATA:	FOLHA 2/3
--	--------------	--------------

III - INFORMAÇÕES GERAIS

A) – Quem executa?

- O Enfermeiro

B) - Horário

- Preferencialmente durante a primeira visita.

IV – PROCEDIMENTO

1. Identificar os doentes aos quais ainda não foi realizado o acolhimento à família.
2. Dar conhecimento ao assistente do Gabinete de Apoio e Informação ao Utente (GAIU), informando-o para contactar o enfermeiro responsável pelo doente caso existam visitas.
3. O Enfermeiro ao iniciar o acolhimento, deverá começar por se apresentar perguntando qual a sua relação com o doente procurando utilizar uma linguagem adequada ao nível sociocultural do doente/família durante todo o processo de acolhimento.
4. Fornecer o Guia de Acolhimento.
5. Explicar o funcionamento do serviço relativamente a:
 - ✓ Horário de visitas;
 - ✓ Procedimento durante as visitas;
 - ✓ Informação à família;
 - ✓ Recursos de apoio disponíveis no hospital (GAIU; Serviço Social; Assistência Religiosa);
6. Reforçar a importância da correta higienização das mãos, exemplificando o procedimento.
7. Preparar o familiar relativamente ao ambiente que vai encontrar junto do doente que vem visitar.
8. Acompanhar o visitante até à respectiva unidade do doente demonstrando disponibilidade para esclarecer qualquer questão / preocupação.

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2 (UCISU 2) / UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS (UIDA)	N.º DATA:	FOLHA 3/3
--	--------------	--------------

V – REGISTOS

- Registo em folha de enfermagem no campo referente aos “Aspetos Relevantes”.
- Data da realização do acolhimento.
- Reação do familiar ao processo de internamento.
- Assinatura legível e nº mecanográfico.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ **Código de ética do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio**; 2011; p.4; disponível em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-425F-A795-2F0C2DE16737/21132/CODIGO_ETICA_CHBA.pdf
- ✓ Direção geral da Saúde – Circular normativa nº 4/DSPCS de 28/01/00 - **_Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados** - disponível em: <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/visitas-e-acompanhamento-familiares.pdf>
- ✓ ICN – **CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2.0**. Genebra. International Council of Nurses.
- ✓ MAESTRI, Eleine; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho e MARTINS, Josiane de Jesus. **Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 75-81. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342012000100010
- ✓ MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldénisia A e CLARA-COSTA, Iris do Céu. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco**. *Rev. salud pública*. 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. ISSN 0124-0064. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642010000300006

APENDICE VII

Guia de Acolhimento à Família do doente Internado na UCISU₂/ UIDA

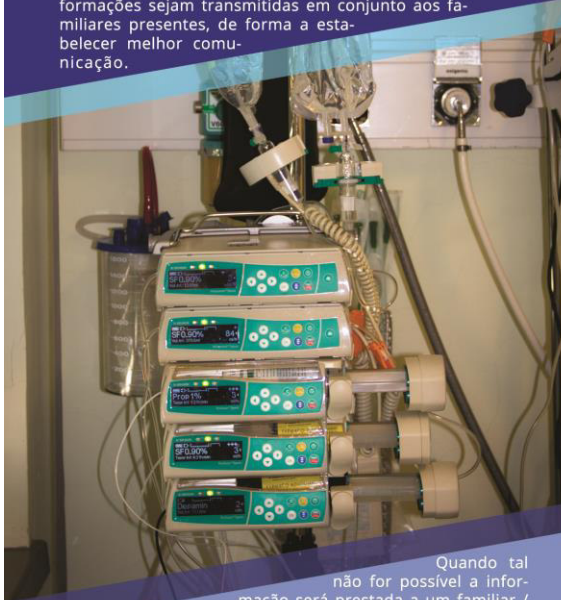
► Informação à Família

É para nós, de todo compreensível, a sua necessidade em obter informações acerca do estado clínico do seu familiar e tudo faremos, para que tal aconteça no mais curto período de tempo possível.

As informações relativas à condição clínica do doente, bem como ao seu prognóstico, são fornecidas pelo médico responsável.

À chegada ao serviço, aquando da receção realizada pelo assistente GAIU, poderá solicitar o pedido de informação, para que este possa requerer a presença do médico.

Tendo em conta que a vocação da UIDA é o tratamento da doença numa fase aguda, o que por si só provoca alterações emocionais no seio da família, será aconselhável que as informações sejam transmitidas em conjunto aos familiares presentes, de forma a estabelecer melhor comunicação.



Quando tal não for possível a informação será prestada a um familiar / representante da família, que se encarregará de divulgar perante os restantes membros.

Informações acerca do seu familiar não serão dadas por telefone, no entanto é importante que os familiares mais próximos deixem o seu contacto pois a equipa poderá precisar de comunicar com eles.

Se surgir alguma dúvida ou alguma nova questão antes, durante ou após a visita não hesite em colocá-la pois compreendemos que esta é uma fase difícil em que tudo lhe pode parecer confuso. Tem na UIDA uma equipa multidisciplinar que terá todo o prazer em esclarecê-la.

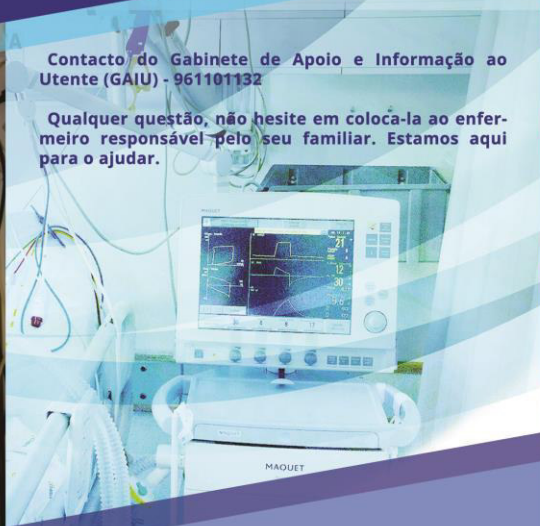
► Horário das visitas

Durante as 24 horas o doente encontra-se sob vigilância permanente de uma equipa multidisciplinar.

Poderá visitá-lo no seguinte horário:
1º. Período - 13:30 às 14:30
2º. Período - 19:00 às 20:00

No entanto e tendo em conta a dinâmica do serviço em situações pontuais este poderá sofrer alterações.

Se este horário não for de todo conveniente, deve informar o enfermeiro responsável, que procurará de acordo com a disponibilidade do serviço adequar uma alternativa.



Contacto do Gabinete de Apoio e Informação ao Utente (GAIU) - 961101132

Qualquer questão, não hesite em colocá-la ao enfermeiro responsável pelo seu familiar. Estamos aqui para o ajudar.

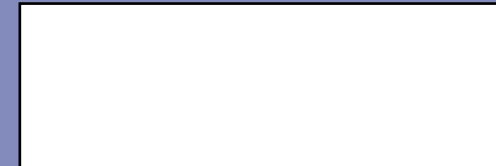
► Realizado no âmbito

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II
Módulo - Estágio III

Autor: Vítor Manco (Aluno nº110519035)
Com a colaboração de Enfº [] e Enfº []



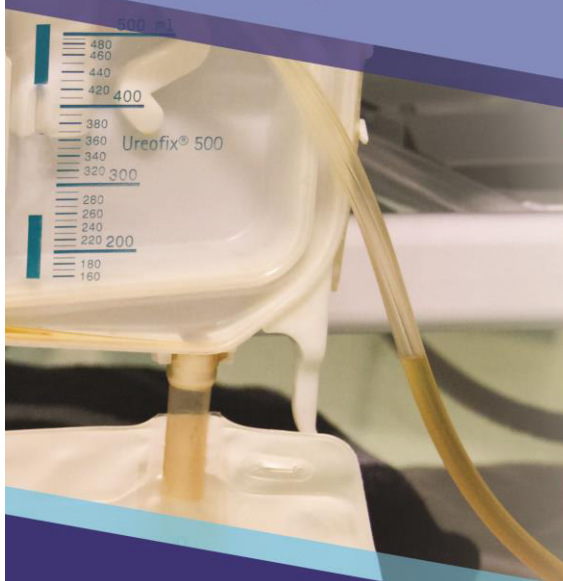
Revisão: Enfº. Chefe []
Imagem: Enfº []
Tutoria: Enfº []
Docente Orientador: Prof. Doutora []



Unidade de Internamento
de doentes agudos

GUIA DE ACOLHIMENTO
À FAMÍLIA

Caro (a) familiar ou amigo (a):



Ter um familiar ou um(a) amigo(a) internado(a) com uma doença aguda pode constituir um fator de stress, tornando-se em algo extenuante e desgastante, podendo, inclusivamente, sentir-se confuso e sem saber o que fazer e onde se dirigir.

O presente guia pretende elucidá-lo sobre o funcionamento do serviço, a equipa multidisciplinar que o integra, os equipamentos existentes, os horários praticados, bem como alguns aspetos práticos que o podem ajudar durante a visita ao seu familiar.

É nosso objetivo ajudar, da melhor forma possível, o seu familiar e a sua família a ultrapassar este período complicado das suas vidas, pelo que não hesite em colocar as suas dúvidas ou exprimir as suas preocupações.

► O que é a UIDA?

A UIDA (Unidade Internamento de Doentes Agudos) consiste numa unidade de cuidados intermédios, concebida para prestar cuidados diferenciados a pessoas em situação de doença aguda, requerendo, como tal, acompanhamento, monitorização e vigilância permanentes.

Este é um serviço dotado de profissionais e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz a doentes críticos, bem como assegurar as funções essenciais à vida.



► Procedimento da visita

Deverá dirigir-se ao balcão de informações do piso 0, (entrada principal do Hospital), onde se deverá identificar e aguardar pela chamada para o serviço.

À chegada ao serviço, será recebida por uma assistente do GAIU – (Gabinete de Apoio e Informação ao Utente), que lhe indicará a unidade do doente assim que possível.

Antes e após a visita deverá desinfetar as suas mãos com solução alcoólica disponibilizada à entrada do serviço.



Apenas é permitida a presença de uma pessoa de cada vez perto do doente, sendo que por cada período serão permitidas 2 pessoas. Situações excecionais devem ser colocadas ao Enfermeiro Responsável que decidirá de acordo com a dinâmica do serviço.

Se o doente o desejar, e o seu estado o permitir, poderá trazer alguns objetos de uso pessoal tal como artigos de higiene (pasta e escova de dentes, chinelos). Não é permitido trazer qualquer tipo de bebida / comida. Tudo o que o seu familiar necessita é fornecido pelo hospital.

► O que esperar quando chegar à UIDA

Ao entrar na UIDA, vai deparar-se com equipamentos complexos que lhe vão parecer estranhos e até mesmo assustadores



(Bombas e seringas infusoras, monitor, ventilador, entre outros). Estes assumem como funções principais a monitorização dos sinais vitais e o auxílio ou até mesmo a substituição de algumas funções vitais que poderão estar comprometidas.

Encontrará também uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, que estará sempre à sua disposição. Todos os outros profissionais de saúde (tais como fisioterapeutas, dietistas, psicólogos, assistente social) dão apoio sempre que solicitado.

APENDICE VIII

Folha de Presenças na formação “Acolhimento à Família do doente na UCISU₂/ UIDA”

REGISTO DA FORMAÇÃO CONTÍNUA/SERVIÇO

Serviço UIDA

C.Custos _____ Data 26/03/2014

TEMA : *Acolhimento à Família do doente na Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA).*

DESTINATÁRIOS: Enf's UIDA

FORMADOR:

Vítor Manco

Nº Mec. 82694

Local: Gabinete da Chefe

Duração: 1 hora

SUMÁRIO:

- ✓ Definição de Família e Acolhimento
- ✓ As necessidades da família do doente crítico
- ✓ Apresentação do guia de acolhimento (versão final)
- ✓ Apresentação da norma de procedimento (versão final)

Nº Mec.	Nome	Rúbrica	De serviço	Serviço	Sector Profissional
80833				UIDA	Enfermagem
80972		<i>Carla Moura</i>		UIDA	Enfermagem
82047		Licença sem Vencimento		UIDA	Enfermagem
82646		<i>Sérgio Pinho</i>		UIDA	Enfermagem
82694		FORMADOR		UIDA	Enfermagem
82862		<i>Lúcia Saraiva</i>		UIDA	Enfermagem
82681				UIDA	Enfermagem
82518		<i>Isma Gonçalves</i>	X	UIDA	Enfermagem
83053		<i>Sérgio Azevedo</i>	X	UIDA	Enfermagem
83037		<i>Juliete</i>		UIDA	Enfermagem
83093		<i>Júlia</i>		UIDA	Enfermagem
83132		<i>Davi Reis</i>		UIDA	Enfermagem
83041		Licença Maternidade		UIDA	Enfermagem
82743		<i>Isma</i>		UIDA	Enfermagem
83035		<i>AVAL.</i>		UIDA	Enfermagem
83034		<i>Angela C.</i>		UIDA	Enfermagem
82961		<i>Ana Ruivo</i>		UIDA	Enfermagem
83359		<i>Tatiana N.</i>		UIDA	Enfermagem
82176		<i>Isma</i>		UIDA	Enfermagem
83485		<i>Rute Loureiro</i>		UIDA	Enfermagem
82751		<i>Rita</i>		UIDA	Enfermagem
82606				UIDA	Enfermagem

Justificação de Faltas: _____

Validação pelo Responsável da Formação: Vítor Manco

Emissão de Certificado

Assinatura _____

Data ___ / ___ / ___

APENDICE IX

Plano de sessão da Ação de Formação: “Acolhimento à
Família do doente na UCISU₂/ UIDA”

Plano de Sessão da Ação de Formação

**Tema:**

Acolhimento à Família do doente na Unidade de Cuidados Intermediários do Serviço de Urgência 2 (UCISU₂) / Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA).

Formador:

Enf.º Vítor Manco

Orientação:

Enf.º Esp.

Prof.ª Dr.ª

Âmbito:

2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Destinatários:

Enfermeiros da UCISU₂/UIDA

Data:

26/03/2014

Hora:

16h00 às 17h00

Duração:

1 hora

Local:

Auditório da unidade

Objetivos:

No final da sessão os formandos deveram ser capazes de:

- ✓ Reconhecer o significado de Família bem como de Acolhimento;
- ✓ Identificar as necessidades da família do doente crítico;
- ✓ Resumir os procedimentos a efetuar no acolhimento à família;

Conteúdos:

- ✓ Definição de Família e Acolhimento
- ✓ As necessidades da família do doente crítico
- ✓ Apresentação do guia de acolhimento (versão final)
- ✓ Apresentação da norma de procedimento (versão final)

Cronograma:

<u>Horário</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Tempo</u>
16h00 – 16h05	Acolhimento dos formandos; Explicação dos objetivos da sessão;	5 min.
16h05 – 16h10	Definição de Família e Acolhimento	5 min.
16h10 – 16h25	As necessidades da família do doente crítico	15 min.
16h25 – 16h40	Apresentação do guia de acolhimento	15 min.
16h40 – 16h50	Apresentação da norma de procedimento	10 min.
16h50 – 17h00	Considerações finais e encerramento	10 min.

Meios audiovisuais: Computador; Projetor + tela de projeção.	Recursos materiais: Nenhum
Metodologia: Método expositivo, ativo e interrogativo.	
Avaliação da Sessão: Avaliação de Grupo através da resposta a questões que são colocadas ao longo da formação.	


APENDICE X

Slides da Formação “Acolhimento à Família do doente na
UCISU₂/ UIDA”

A
C
O
D
O
L
O
H
I
D
M
O
E
N
N
T
T
O
E

À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO


 IPS Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

O acolhimento realizado quer ao doente quer à família é um instrumento fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Marsico, (2009)


Neste contexto, pretendemos reorganizar o acolhimento realizado à família do doente internado, inserindo-se esta temática num quadro de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, indo de encontro à missão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e procurando “a humanização dos cuidados de saúde, principalmente aos grupos mais vulneráveis”, defendendo os valores pelos quais devemos pautar o nosso comportamento.

in Código de ética do
 2011, p.4) 3

A
C
O
D
O
L
O
H
I
D
M
O
E
N
N
T
T
O
E


À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

FAMÍLIA


 IPS Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

Família - “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.” ICN, 2010 p. 115,

[Imagem: http://www.saiadologar.com.br/como-coneclar-empresas/10-cuidados-para-conquistar-o-apoio-familiar-seu-empreendimento/attachment/familia/](http://www.saiadologar.com.br/como-coneclar-empresas/10-cuidados-para-conquistar-o-apoio-familiar-seu-empreendimento/attachment/familia/)




4

A
C
O
D
L
O
H
I
D
M
O
E
N
N
T
T
O
E

À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

O ACOLHIMENTO



“acolher significa receber, rececionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo”
Segundo Martins et al 2012, p.76,


o acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças”.
Albuquerque et al, 2008 p.82

5

A
C
O
D
L
O
H
I
D
M
O
E
N
N
T
T
O
E

À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

NECESSIDADES DA FAMILIA DO DOENTE CRITICO – Molter 1979



- **Ter as questões respondidas de forma honesta;**
- **Ter acesso a dados específicos relativamente ao que está mal com o seu familiar bem como sobre o seu progresso;**
- **Conhecer o prognóstico;**
- **Ser informado sobre alterações mesmo que esteja em casa;**
- **Receber informação uma vez por dia;**
- **Receber a informação em termos simples para que possa ser compreendida;**


Fay Wright 2007, in Critical Care Nursing,
Synergy for optical Outcomes

6

A
C
O
D
O
L
O
H
I
D
M
O
E
E
N
N
T
T
O
E

À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

NECESSIDADES DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO – Molter 1979



- **Acreditar que a equipa hospitalar se preocupa com o seu familiar;**
- **Ter esperança;**
- **Ter conhecimento sobre o que está a ser feito ao seu familiar e porquê;**
- **Ter a certeza de que os melhores cuidados possíveis estão a ser prestados ao seu familiar;**


Fay Wright 2007, in Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes

7

A
C
O
D
O
L
O
H
I
D
M
O
E
E
N
N
T
T
O
E

À
N
A
F
A
U
M
I
D
L
A
I
A

NECESSIDADES DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO – Leske 2002



- ✓ **Receber Segurança;**
- ✓ **Permanecer perto do doente;**
- ✓ **Receber Informação;**
- ✓ **Estar Confortável;**
- ✓ **Ter suporte disponível;**

Fay Wright 2007, in Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes

8

► Informação à Família

É para nós, de todo compreensível, a sua necessidade em obter informações acerca do estado clínico do seu familiar e tudo faremos, para que tal aconteça no mais curto período de tempo possível.

As informações relativas à condição clínica do doente, bem como ao seu prognóstico, são fornecidas pelo médico responsável.

A chegada ao serviço, aquando da receção realizada pelo assistente GAIU, poderá solicitar o pedido de informação, para que este possa requerer a presença do médico.

Tendo em conta que a vocação da UIDA é o tratamento da doença numa fase aguda, o que por si só provoca alterações emocionais no seio da família, será aconselhável que as informações sejam transmitidas em conjunto aos familiares presentes, de forma a estabelecer melhor comunicação.

► Horário das visitas

Durante as 24 horas o doente encontra-se sob vigilância permanente de uma equipa multidisciplinar.

Poderá visitá-lo no seguinte horário:
1º Período - 13:30 às 14:30
2º Período - 19:00 às 20:00

No entanto e tendo em conta a dinâmica do serviço em situações pontuais este poderá sofrer alterações.

Se este horário não for de todo conveniente, deve informar o enfermeiro responsável, que procurará de acordo com a disponibilidade do serviço adequar uma alternativa.





► Realizado no âmbito

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II
 Módulo - Estágio III

Autor: Vitor Manco (Aluno nº1105190253)
 Com a colaboração de EnF: [redacted]

Revisão: EnF: [redacted]
 Imagem: EnF: [redacted]
 Tutoria: EnF: [redacted]
 Docente Orientador: Pror. Duarte [redacted]

IPS Instituto Politécnico de Setúbal

Unidade de Internamento de doentes agudos

GUIA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA

9

Caro (a) familiar ou amigo (a):



► O que é a UIDA?

A UIDA (Unidade Internamento de Doentes Agudos) consiste numa unidade de cuidados intermédios, concebida para prestar cuidados diferenciados a pessoas em situação de doença aguda, requerendo, como tal, acompanhamento, monitorização e vigilância permanentes.

Este é um serviço dotado de profissionais e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz a doentes críticos, bem como assegurar as funções essenciais à vida.



Ter um familiar ou um(a) amigo(a) internado(a) com uma doença aguda pode constituir um fator de stress, tornando-se em algo extenuante e desgastante, podendo, inclusivamente, sentir-se confuso e sem saber o que fazer e onde se dirigir.

O presente guia pretende elucidá-lo sobre o funcionamento do serviço, a equipa multidisciplinar que o integra, os equipamentos existentes, os horários praticados, bem como alguns aspetos práticos que o podem ajudar durante a visita ao seu familiar.

É nosso objetivo ajudar, da melhor forma possível, o seu familiar e a sua família a ultrapassar este período complicado das suas vidas, pelo que não hesite em colocar as suas dúvidas ou exprimir as suas preocupações.

► O que esperar quando chegar à UIDA

Ao entrar na UIDA, vai deparar-se com equipamentos complexos que lhe vão parecer estranhos e até mesmo assustadores

(Bombas e seringas infusoras, monitor, ventilador, entre outros). Estes assumem como funções principais a monitorização dos sinais vitais e o auxílio ou até mesmo a substituição de algumas funções vitais que poderão estar comprometidas.

Encontrará também uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, que estará sempre à sua disposição. Todos os outros profissionais de saúde (tais como fisioterapeutas, dietistas, psicólogos, assistente social) dão apoio sempre que solicitado.

► Procedimento da visita

Deverá dirigir-se ao balcão de informações no piso 0, (entrada principal do Hospital), onde se deverá identificar e aguardar pela chamada para o serviço.

À chegada ao serviço, será recebida por uma assistente do GAIU - (Gabinete de Apoio e Informação ao Utente), que lhe indicará a unidade do doente assim que possível.

Antes e após a visita deverá desinfetar as suas mãos com solução alcoólica disponibilizada à entrada do serviço.



NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM		N.º	FOLHA
ASSUNTO:		DATA: 29/10/2013	1/4
ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS (UIDA)		ELABORADO POR: Enf. Vitor Manco com colaboração da equipa de Enfermagem da UIDA	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM		REVISTO POR: Enf.º Chefe <input type="text"/> Em: 29/10/2013	
ENTRADA EM VIGOR:		APROVADA POR:	
		A REVER EM:	

11

Referências Bibliográficas	
•	Kaplow, Roberta; Hardin, Sonya R. – Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes ; Jones and Bartlett Publishers International, 2007 Disponível em: http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=KsvUM9urNVIC&oi=fnd&pg=PA15&dq=family++focused+care&ots=N4oQzXLx4X&sig=uwTZhDnlCWol9HGhHyWkyAWS9MY&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20%20focused%20care&f=false
•	Marsico, Erika Fonseca Camargo; et al Acolhimento e Humanização para acompanhantes: A inserção do Serviço Social e da Enfermagem de uma Instituição Federal . In Enfermagem Brasil, 2009; Disponível em http://www.atlanticaeditora.com.br/index.php?view=article&catid=92%3Aenfermagembrasil-2009&id=289%3Aeb-v8n4-artigo-8&format=pdf&option=com_content&Itemid=68
•	Código de ética do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio ; 2011; p.4; disponível em: http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0D49F06C-0A49-2F0C2DE16737/21132/CODIGO_ETICA_CHBA.pdf
•	Direção geral da Saúde – Circular normativa nº 4/DSPCS de 28/01/00 - Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados - disponível em: http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/visitas-e-acompanhamentofamiliares.pdf
•	Conselho Internacional de Enfermeiros – CIPE – Versão 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem . Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros Fevereiro 2011; Tradução: Dr.ª. Herminia Castro. ISBN 978-92-95094-35-2
•	MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A e CLARA-COSTA, Iris do Céu. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco . <i>Rev. salud pública</i> . 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. ISSN 0124-0064. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0124-00642010000300006

12

APENDICE XI

Avaliação da ação de formação: “Acolhimento à Família do doente na UCISU₂/ UIDA”

Avaliação Final da Acção

Formulário B N° _____

Curso N°/Acção N° _____

1. Identificação do Curso/Acção

Designação: _____

Início _____

Duração _____ H

2. Apreciação da Acção

*Para a Apreciação da Acção propõe-se:**- Apreciação da escala de 1 a 4**- Marcação com X do quadrado escolhido*

2.1 Programa da Acção

		1	2	3	4	
2.1.1 Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Claros
2.1.2 Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente Adequado
2.1.3 Utilidade dos Temas Abordados	Inaplicáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Aplicáveis
2.1.4 Grau de Satisfação	Pouca Satisfação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita Satisfação
2.1.5 Correspondeu às Minhas Expectativas	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente

2.2 Funcionamento da Acção

2.2.1 Motivação e Participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
2.2.2 Trabalhos/Exercícios/Actividades	Insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os Convenientes
2.2.3 Relacionamento entre Participantes	Negativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Aberto
2.2.4 Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
2.2.5 Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os Convenientes
2.2.6 Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na Totalidade
2.2.7 Utilização dos Suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Adequada
2.2.8 Apoio Técnico/Administrativo/Pedagógico	Ineficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Eficaz

V.S.F.F.



3. Actuação dos Formadores

Parâmetros	Domínio do Assunto				Métodos Relativamente aos Objectivos				Linguagem Utilizada				Empenho				Relação com os Participantes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Nomes																				

4. Sugestões/Críticas

4.1 Temas considerados mais importantes _____

4.2 Temas a desenvolver mais profundamente _____

4.3 Outros temas a incluir em acções deste tipo _____

4.4 Aspectos mais positivos na acção _____

4.5 Aspectos a melhorar _____

4.6 Sugestões _____

5. Como vai mudar a minha prática após este curso?

6. Observações

Nome (Facultativo) _____

Data / / _____

Análise dos Questionários de Avaliação da Ação “Acolhimento à Família do doente na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência 2 (UCISU2) Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA)”

De salientar que dos 17 Enfermeiros presentes na formação, apenas 8 responderam ao questionário.

2.1 Programação da Ação

		1	2	3	4	
2.1.1 Objetivos da Sessão	Confusos				100%	Muito Claros
2.1.2 Conteúdo da Ação	Inadequados				100%	Completamente Adequado
2.1.3 Utilidade dos Temas Abordados	Inaplicáveis				100%	Totalmete Aplicáveis
2.1.4 Grau de Satisfação	Pouca Satisfação				100%	Muita Satisfação
2.1.5 Correspondeu às minhas expectativas	Nada				100%	Totalmente

2.2 Funcionamento da Ação

		1	2	3	4	
2.2.1 Motivação e Participação	Ausente			12.5%	87.5%	Plena
2.2.2 Trabalhos / Exercícios / Atividades	Insuficientes			12.5%	87.5%	Os Convenientes
2.2.3 Relacionamento entre Participantes	Negativos			12.5%	87.5%	Muito Aberto
2.2.4 Instalações	Más			25%	75%	Excelentes
2.2.5 Meios Audiovisuais	Escassos			12.5%	87.5%	Os Convenientes
2.2.6 Documentação	Inadequada			12.5%	87.5%	Adequada na Totalidade
2.2.7 Utilização de Suportes	Inadequada			12.5%	87.5%	Muito Adequada
2.2.8 Apoio Técnico / Administrativo / Pedagógico	Ineficaz			25%	75%	Muito Eficaz

3. Atuação dos Formadores

	Domínio do Assunto				Métodos relativamente aos Objetivos				Linguagem Utilizada				Empenhamento				Relação com os Participantes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
V.M.				100%				100%				100%				100%				100%

4. Sugestões / Críticas

Sem qualquer resposta a esta questão.

5. Como vai mudar a minha prática após este curso?

Sem qualquer resposta a esta questão.

6. Observação

Sem qualquer resposta a esta questão.

APENDICE XII

Artigo

“Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados
Intermédios - Projeto de Intervenção em Serviço”

Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados Intermédios

Projeto de Intervenção em Serviço

Vítor Manco¹; A.R.²; LM³

RESUMO

A equipa de saúde deve olhar para a família como um parceiro no processo de cuidar, devendo ser incentivada a participar e a desempenhar um papel cada vez mais importante, quer como suporte emocional para o próprio paciente, quer no processo de continuidade de cuidados. A procura contínua pelo aumento da qualidade dos cuidados de Enfermagem que oferecemos à pessoa / família conduziu-nos à realização deste Projeto de Intervenção em Serviço, realizado num hospital do sul do país o qual vos é apresentado através deste artigo. A teoria adotada e que serve de âncora conceptual para o desenvolvimento deste projeto foi a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. A metodologia a que recorremos na elaboração deste trabalho foi a metodologia de projeto, que divide o trabalho em cinco fases distintas. De forma a ir ao encontro do objetivo geral do projeto “Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA de um Hospital do Sul do país.”, criámos uma norma de procedimento para a realização do mesmo, elaborámos um guia de acolhimento para entregar ao familiar aquando da realização do mesmo e realizámos uma formação à equipa de enfermagem intitulada “Acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA”. A implementação do mesmo ainda se encontra pendente de autorização do conselho de administração da instituição hospitalar, no entanto tenho a perceção que este terá forte adesão por parte da equipa de Enfermagem e será um elemento preponderante no aumento da qualidade dos cuidados proporcionados.

PALAVRAS CHAVE: Acolhimento; Família; Metodologia de Projeto

¹ Enfermeiro, Mestrando do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica na ESS/IPS

² Professora Doutora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

³ Professora Doutora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal realizei três estágios com a duração total de 864 horas. A realização destes estágios articulados entre si, tiveram a “finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho”. (NUNES, et.al. 2010, p.3)

Uma das dimensões destes estágios foi a realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) que visa essencialmente a aquisição / desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e é precisamente sobre este projeto que incide este artigo, que têm como objetivos principais: realizar o enquadramento conceptual do mesmo; descrever a metodologia utilizada; realizar uma análise crítica do mesmo.

ENQUADRAMENTO

CONCEPTUAL

A fase concetual tem início com a escolha de um tema, “O acolhimento à família do doente internado numa unidade de cuidados intermédios” onde identificámos uma oportunidade de melhoria no serviço. A revisão bibliográfica sobre a temática escolhida é fundamental para o conhecimento do estado atual sobre o assunto e permite-nos determinar as bases teóricas ou concetuais, sobre as quais assenta a investigação.

De forma a compreendermos a importância da realização do acolhimento à família do doente internado numa unidade de doentes agudos, iremos começar por definir família, que de acordo com o ICN, (2010, p. 115), apresenta-se como “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”.

A realização do acolhimento permite estabelecer uma relação com a família. De acordo com CHALIFOUR, (2008, p. 33), uma relação de ajuda “consiste numa interação particular entre duas pessoas, o

interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar.” Segundo MARTINS et. al., (2012, p.76), “acolher significa receber, rececionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo” e de acordo com ALBUQUERQUE et. al., (2008 p.82), o acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças”.

Segundo OLIVEIRA et. al. (2010), muitas das equipas de enfermagem que prestam cuidados a este tipo de doentes defendem que o enfermeiro deve incluir no seu plano de cuidados a família, no entanto refere a existência de dois obstáculos, a sobrecarga de trabalho e a falta de preparação dos profissionais para se relacionarem com os familiares, que condicionam este processo e fazem com que o enfermeiro se ocupe quase exclusivamente da prestação de cuidados ao doente.

As necessidades da família do doente crítico têm vindo a ser estudadas ao longo do tempo. FAY WRIGHT, 2007, in *Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes*, apresenta as principais necessidades identificadas por MOLTER em 1979. A necessidade da família receber informação pelo menos uma vez por dia e que as explicações sejam dadas em termos simples para que possam ser compreendidas, assim como a vontade de serem informados das alterações do estado do seu familiar, mesmo que estejam em casa, e de ter as respostas para as suas questões respondidas de forma honesta, tendo acesso a dados específicos relativamente ao que está mal no seu familiar, constituem-se como as necessidades da família do doente crítico, relativamente à informação. A necessidade de ter esperança, de ter conhecimento do prognóstico, de saber que os profissionais se preocupam com o seu familiar, de saber exatamente o que está a ser feito ao seu familiar e o porquê, e de ter a certeza de que o seu familiar está a receber o melhor tratamento possível, são as restantes necessidades identificadas por Molter que permitem a diminuição do grau de incerteza / ansiedade ao longo deste processo.

Em 2002, LESKE refere que o medo da morte, a incerteza, as preocupações

financeiras, a mudança de papéis no seio da família, e as alterações das rotinas familiares são algumas das fontes de ansiedade para a família ao longo de um internamento. Este agrupa as necessidades dos familiares do doente crítico em 5 áreas. Receber segurança, refletindo sobre a necessidade de manter esperança sobre a evolução do doente, cuja satisfação promove confiança, segurança e ausência de dúvidas. Permanecer perto do doente, que reflete a necessidade de manter os relacionamentos familiares, ajudando a família a manter-se emocionalmente próxima, dando apoio ao doente. Receber informação, que permite à família compreender a situação do seu familiar, que quando satisfeita reduz os níveis de ansiedade e promove a tomada de decisão em família. Estar confortável, que reflete a necessidade de reduzir o stress, uma vez que quando se está confortável a energia é conservada e a ansiedade reduzida. Ter suporte disponível, refletindo uma necessidade de assistência, ajuda especializada que auxilia a família a lidar com a ansiedade, aumentando os recursos da família de forma a manter forças para apoiar o doente.

Enquanto enfermeiro e sobretudo como futuro Mestre / Enfermeiro Especialista considero de extrema importância a existência, valorização e a adoção das

várias teorias, que deem suporte e consistência científica às intervenções de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem e o assumir da responsabilidade inerente quando enquadrada pelo conhecimento produzido será um processo mais harmonioso e eficiente.

A escolha da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel para o enquadramento concetual deste projeto, foi para mim um processo bastante profícuo. O facto de basear a prática numa teoria que se enquadre no ambiente em que desenvolvemos a nossa atividade profissional constitui-se como pedra angular dos cuidados de enfermagem em si mesmo. Quer a minha experiência profissional quer os estágios que integram este projeto se desenrolaram numa unidade que presta cuidados ao doente numa fase aguda da sua doença / doente crítico, onde as dúvidas, questões e incertezas são permanentes, quer por parte do doente / família, quer por parte dos profissionais.

Segundo Mishel, 1988, cit. por Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004, p.633) “a incerteza é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as

decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão”.

A TID explica como os clientes estruturam cognitivamente um esquema para a interpretação subjetiva de incerteza na doença. Esta teoria é composta por 3 temas principais. Os Antecedentes de incerteza, que englobam o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estruturas. A avaliação da incerteza ocorre de acordo com dois processos, a inferência e a ilusão, podendo o estímulo inicial da incerteza tornar-se um perigo (quando o indivíduo considera a possibilidade de um resultado negativo) ou uma oportunidade (quando o indivíduo considera a possibilidade de um resultado positivo). A adaptação resulta do processo de lidar com a incerteza (coping). Numa avaliação de perigo, a pessoa desenvolve estratégias de “ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, gestão de afetos recorrendo a fé, separação de apoio cognitivo” Balley e Stewart em TOMEY E ALLIGOOD (2004, p.638). Numa avaliação de oportunidade, a pessoa desenvolve estratégias que permitem manter uma memória intermédia da incerteza.

O acolhimento realizado à família do doente crítico, procura constituir-se em si mesmo como um momento de afirmação do enfermeiro enquanto autoridade credível uma vez que fornece um bom suporte de apoio à família facilitando nestes sentimentos de confiança e segurança. Para que isto aconteça o enfermeiro tem que se centrar no reconhecimento da incerteza e na sua gestão, o que poderá culminar num processo de coping positivo.

METODOLOGIA

A metodologia de projeto, adotada para a concretização do PIS, consiste na identificação de um problema / oportunidade clínica em enfermagem médico-cirúrgica, no planeamento das intervenções a realizar, da sua execução e por fim, avaliação. (NUNES et. al., 2010). De acordo com FERRITO, et.al. (2010, p.2) esta metodologia “(...) através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”

Enquanto profissional a desempenhar funções na UCISU2 / UIDA, tinha a sensibilidade da falta de um referencial que permitisse a sistematização do

acolhimento à família. O acolhimento à família era um dos aspetos poucas vezes abordado, e quando o era, não se realizava de forma sistematizada, faltando, na minha perspetiva, aprofundar uma cultura de valorização do papel da família no internamento do doente. Esta minha sensibilidade / perceção foi confirmada, aquando da realização de uma entrevista não estruturada à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro orientador, tendo sido identificada / validada a área do “Acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA”, como uma área importante a intervir. De seguida e no sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem e a conseqüente validação da necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados nesta vertente, aplicamos um questionário. A população é constituída por 19 Enfermeiros da UCISU₂/UIDA, sendo a amostra formada por 15 desses enfermeiros. Quando questionados sobre a frequência com que realizam o acolhimento à família gostaria de salientar que de entre as 4 hipóteses disponíveis ninguém assinalou as respostas nunca ou sempre. 8 Enfermeiros afirmam realiza-lo raramente e 7 frequentemente.

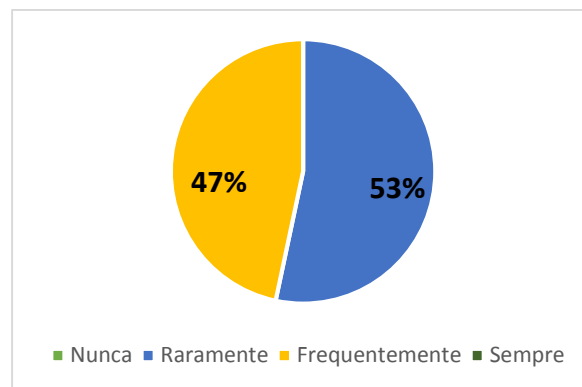


Gráfico1: Distribuição da amostra relativamente à frequência da realização do acolhimento à família

Aos Enfermeiros que responderam **raramente** à questão anterior foi-lhes perguntado quais as causas, sendo que cerca de 70 % apontaram como razão da não realização do mesmo, o facto de não ser prática habitual do serviço.

Do questionário aplicado gostaria ainda de salientar as respostas obtidas à questão número 2, das quais podemos inferir um total apoio ao projeto como se pode verificar pela análise da tabela 1, em baixo descrita.

AFIRMAÇÕES	1	2	3	4
Necessitamos de aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem no acolhimento à família do doente internado na UIDA	0 %	0 %	60 %	40 %
O envolvimento da família no processo de cuidados é um ponto fundamental para obtenção da satisfação do cliente/família	0 %	0 %	33,3 %	66,7 %
A criação e uma guia de acolhimento à família é uma necessidade do serviço	0 %	0 %	60 %	40 %
A entrega do guia de acolhimento à família associado a uma entrevista explicativa, ajuda a melhorar a compreensão da família perante uma situação do doente, a diminuir a ansiedade e a aumentar a sua satisfação.	0 %	0 %	20 %	80 %

Tabela 1: Opinião dos enfermeiros relativamente ao acolhimento à família na UIDA

LEGENDA: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo; 3-Concordo; 4-Concordo totalmente

Após a aplicação dos questionários e análise dos seus resultados realizamos uma análise SWOT, que consiste numa ferramenta de gestão que permite alicerçar a estrutura do meu projeto. Esta análise permitiu-nos identificar os elementos chave, para que desta forma possamos estabelecer prioridades e tomar decisões estratégicas. Podemos então concluir que este projeto tem mais aspetos positivos do que contrariedades, sendo a falta de tempo dos profissionais, do nosso ponto de vista, o principal fator que poderá influenciar negativamente este projeto. Como ponto forte para a exequibilidade deste projeto, saliento o facto de ser um tema pouco trabalhado no serviço, não existindo materiais de suporte ao acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A realização de um projeto tem como objetivo principal, analisar e resolver determinados problemas, recolhendo, obtendo e analisando informação, através de várias técnicas. Os objetivos na metodologia de projeto, têm como finalidade chegar a um resultado que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis, que vão do geral ao específico. Ferrito, (2010).

Assim definimos como Objetivo geral: Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA de um Hospital do Sul do país.

Como objetivos específicos: (1) Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA. (2) Criar o guia de acolhimento à família do

doente internado na UCISU₂ / UIDA. (3) Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família. (4) Implementar o projeto.

PLANEAMENTO

De acordo com MIGUEL 2006, cit. por FERRITO et. al., (2010 p.20) a “Escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos previamente alicerçados.” A realização do plano detalhado do projeto com as atividades a desenvolver e a sua calendarização foram parte integrante desta etapa. Após ter definido os objetivos (geral e específicos) do PIS, descrevi as atividades e estratégias a desenvolver para os atingir.

DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO

De acordo com FERRITO et. al., (2010 p.23), “A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” e de acordo com NOGUEIRA, (2005) cit. por FERRITO et. al. (2010, p.25) “A avaliação como processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e

os objetivos atingidos. Nesse sentido, a avaliação deve ser rigorosa.”

1º Objetivo específico

Elaborar a norma de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

A norma de procedimento elaborada permite sistematizar o acolhimento realizado à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA. Para dar início à sua construção comecei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em apreço como se pode constatar pelo enquadramento conceptual deste trabalho. Através da informação recolhida associada a alguns conceitos pré-concebidos relativos à própria estrutura/funcionamento do serviço elaborei um esboço/protótipo da norma de procedimento que apresentei quer ao Enfermeiro orientador P.S. à Enfermeira Chefe S.P. bem como a toda a equipa. Considero esta etapa de importância fundamental pois a inclusão de todos, conciliando as diferentes visões e sensibilidades fazendo com que todos se sintam parte integrante do projeto será certamente um elemento facilitador da alteração de comportamentos relativos ao acolhimento à família. Após recolher o

contributo de todos procedi à reformulação da norma elaborando protótipo II, que foi validada pela Enfermeira Chefe. Desta forma posso concluir que as atividades planeadas para atingir este objetivo foram realizadas com sucesso. De salientar a forte articulação com o Enf^a. Chefe, o Enf^o. Orientador, os Enf^{os}. do Serviço, Enf^a. Elo de ligação à CCI e o GAIU. O indicador de avaliação deste objetivo específico foi a apresentação da norma relativa ao acolhimento da família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, que decorreu na sessão de formação.

2º Objetivo específico

Criar o guia de acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA.

A criação de um guia de acolhimento tem dois objetivos primordiais. O primeiro é o facto de se constituir como um suporte para a realização do próprio acolhimento realizado pelo enfermeiro. O Segundo passa por fornecer à família um documento onde poderá encontrar informação relevante, como os horários, contactos ou como obter informação sobre o seu familiar, que possa não ter sido apreendida durante a entrevista inicial.

Para a concretização das atividades planeadas de forma a alcançar este objetivo comecei por consultar bibliografia relevante sobre a temática em estudo, guias de outras instituições bem como os resultados do inquérito realizado aos colegas uma vez que uma das questões aferia precisamente as temáticas a incluir no guia de acolhimento. Após este processo dei início à construção do protótipo I, tendo o colega S.A. e I.N. um papel importante nesta etapa, tendo inclusivamente ficado como coautores do guia de acolhimento. Este protótipo foi sujeito a apreciação por parte de todos os elementos da equipa e as sugestões de melhoria foram acolhidas tendo dado origem ao guia definitivo que foi validado pela Enfermeira Chefe.

Após a validação por parte da chefia do serviço foi aplicado a 4 familiares, não necessitando de ser revisto novamente.

A metodologia aplicada para a elaboração do mesmo visou o forte envolvimento de toda a equipa, tendo eu, um forte papel na coordenação deste grupo. Assim sendo o indicador de avaliação deste objetivo específico que consistia na apresentação do próprio guia foi alcançado tendo o mesmo sido apresentado na formação realizada intitulada “Acolhimento à

família do doente internado na UCISU₂ / UIDA”

3º Objetivo específico

Formar a equipa de Enfermagem na área do acolhimento à família.

A formação é por mim encarada como um momento de transformação / mudança de comportamento e atitudes através de um processo de partilha de experiências e aquisição de conhecimentos que nos permitem uma tomada de decisão mais fundamentada sobre o tema em apreço. Assim sendo considere sempre a apresentação de uma formação à equipa de enfermagem sobre a temática do acolhimento à família elemento central deste projeto.

De forma a realizar as atividades planeadas para a concretização deste objetivo comecei por recolher informação relativa à temática do acolhimento à família do doente crítico que me permitisse elaborar os materiais a apresentar na sessão de formação bem como o plano de sessão em si mesmo e os materiais de divulgação da sessão. Todos os documentos apresentados foram validados pela Enf^a. Chefe, pelo Enf^o. Orientador e com a Professora A. R..

A formação foi apresentada no dia 26/03/2014, tendo tido a presença de 89% dos enfermeiros do serviço. Esta teve como objetivos principais que no final da sessão os formandos fossem capazes de:

- (1) Reconhecer o significado de Família bem como de Acolhimento;
- (2) Identificar as necessidades da família do doente crítico;
- (3) Resumir os procedimentos a efetuar no acolhimento à família. Para a concretização dos objetivos supracitados foram abordados os seguintes conteúdos:

- (1) Definição de Família e Acolhimento;
- (2) As necessidades da família do doente crítico;
- (3) Apresentação do guia de acolhimento (versão final);
- (4) Apresentação da norma de procedimento (versão final)

O indicador de avaliação deste objetivo consistia na realização da sessão formativa na área do acolhimento à família com a inclusão da apresentação da versão final do guia e da norma de acolhimento do doente internado na UIDA, com a presença de 70% dos enfermeiros que constituem a equipa, objetivo este que foi largamente superado e me permite afirmar que o objetivo foi concretizado com sucesso.

4º Objetivo específico

Implementar o projeto.

Para a implementação do projeto começamos por realizar uma reunião com o Enfermeiro Orientador de Estágio e com a Enfermeira Chefe, onde ficou decidido deliberar a proposta de implementação da estratégia escolhida para a realização do acolhimento à família ao Conselho de Administração. No dia 27/03/2014 foram entregues à Enfermeira Diretora quer a norma de procedimento quer o guia de acolhimento. No dia 4 de Julho de 2014, altura em que decidi abraçar outro projeto profissional tendo rescindido contrato com a instituição onde realizei o projeto de intervenção em serviço encontrávamo-nos a aguardar aprovação da mesma.

A aferição de locais (para realizar o acolhimento e para guardar os materiais) apesar de ter sido planeada neste objetivo específico foi realizada durante a apresentação da sessão de formação.

CONCLUSÃO

A teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, em que o Enfermeiro procura ajudar o doente / família a gerir a incerteza foi por nós escolhida e revelou-se de importância fundamental como referencial teórico da prática profissional.

O estabelecimento de um contato prévio com a família do doente crítico permite que o Enfermeiro se afirme como alguém disponível, alguém que se importa e que está presente para apoiar a família num momento em que a incerteza vivida se constitui em si mesmo como uma oportunidade para estabelecer uma relação Enfermeiro - Doente/Família de maior proximidade.

O diagnóstico e a planificação realizadas tiveram um papel preponderante para se poder alcançar um bom desempenho e a sua realização permitiu-nos a reflexão sobre a nossa prática profissional de forma a podermos corrigir e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados. Desta forma após a validação da necessidade sentida pelo serviço em reformular o acolhimento à família do doente internado na UCISU₂ / UIDA, realizamos a planificação das atividades a desenvolver de forma a alcançar o objetivo geral da realização do projeto de intervenção em serviço, que passa por “Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na área do acolhimento à família do doente Internado na UCISU₂ / UIDA de um Hospital do Sul do país.”. As atividades planeadas foram executadas e aguardamos um parecer positivo por parte do Conselho de Administração para a implementação do projeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda.**

Lusodidacta, 2008. Volume I; ISBN 978-989-8075-05-5.

ICN – CIPE (**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**) versão 2.0. Genebra. International Council of Nurses.

TOMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).**

Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2004. 764p. ISBN 972-8383-74-6.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

FERRITO, C. et. al. – **Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas;** Revista Percursos [Em linha]. nº 15 (2010), 37 p. Disponível em

http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html ISSN 1646-5067

KAPLOW, Roberta; HARDIN, Sonya R. – **Critical Care Nursing, Synergy for optimal Outcomes;** Jones and Bartlett Publishers International, 2007 Disponível em:

http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=KsvUM9urNVIC&oi=fnd&pg=PA15&dq=family++focused+care&ots=N4oQzXLx4X&sig=uwTZhDnlCWol9HGhHyWkyAWS9MY&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20-%20focused%20care&f=false

LESKE, Jane Stover; **Interventions to decrease Family Anxiety,** Critical Care Nurse vol 22, nº6; 2002, Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/22/6/61.full.pdf>

MAESTRI, Eleine; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho e MARTINS, Josiane de Jesus. **Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva.** *Rev. esc. enferm. USP* [online].

2012, vol.46, n.1, pp. 75-81. ISSN 0080-6234. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342012000100010

MEDEIROS, Flávia A; ARAUJO-SOUZA, Georgia C de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, Aldenísia A e CLARA-COSTA, Iris do Céu. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** *Rev. salud pública.* 2010, vol.12, n.3, pp. 402-413. ISSN 0124-0064.

Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642010000300006

NUNES, L., RUIVO, A. e LOPES, J. - **Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres (Curso Regular).** Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2010.

Disponível em:

<http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=18869>.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante et al. **Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.** *Rev. esc. enferm.*

USP. 2010, vol.44, n.2, pp. 429-436.

ISSN 0080-6234. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/27.pdf>

APENDICE XIII

Plano de sessão da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”

Plano de Sessão da Ação de Formação

**Tema:**

Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.

Formador:

Enf.º Vítor Manco

Orientação:

Enf.º Esp. ; Prof.ª Dr.ª

Âmbito:

2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

Destinatários:

Enfermeiros do Serviço da UCISU₂/UIDA

Data:

1/10/2013

Hora:

16h15 às 18h00

Duração:

1:30 horas

Local:

Auditório da unidade de

Objetivos:

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- ✓ Identificar os tipos de insuficiência respiratória;
- ✓ Identificar as principais causas de insuficiência respiratória;
- ✓ Identificar a forma de abordar um doente em insuficiência respiratória aguda;
- ✓ Descrever os objetivos da ventilação mecânica;
- ✓ Identificar os princípios da Ventilação Mecânica;
- ✓ Identificar as atitudes que permitem melhorar as trocas gasosas;
- ✓ Identificar os modos Ventilatórios;
- ✓ Identificar as complicações associadas à ventilação mecânica;
- ✓ Resumir os princípios que orientam a prestação de cuidados de enfermagem a este tipo de doentes.

Conteúdos:

- ✓ Insuficiência respiratória
- ✓ Fisiopatologia da Insuficiência Respiratória
 - Baixa pressão parcial de oxigénio no ar Inspirado
 - Hipoventilação
 - Alterações na relação ventilação/perfusão
 - Alterações da difusão
- ✓ Identificação do mecanismo fisiológico subjacente à hipoxemia
- ✓ Abordagem do doente crítico com Insuficiência respiratória
 - Sinais e sintomas de Insuficiência respiratória
 - Oximetria de Pulso
 - Oxigenoterapia

- ✓ Ventilação mecânica – Quando Iniciar
- ✓ Princípios da Ventilação Mecânica
- ✓ Formas de melhorar as trocas gasosas
 - Oxigenação
 - Eliminação de dióxido de carbono
- ✓ Parâmetros ventilatórios
- ✓ Modos Ventilatórios
 - Volume Controlado
 - Pressão Controlada
 - Pressão de Suporte
 - SIMV – Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation
- ✓ Complicações associadas à ventilação mecânica
 - Diminuição do Débito Cardíaco
 - Alcalose Respiratória Aguda
 - Elevação da Pressão Intracraniana
 - Barotrauma
 - Pneumonia associada à Ventilação Mecânica
- ✓ Intervenções de Enfermagem prestados ao doente sob ventilação mecânica

Cronograma:

<u>Horário</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Tempo</u>
16h15 – 16h18	Acolhimento dos formandos; Explicação dos objetivos da sessão;	3 min.
16h18 – 16h21	Insuficiência respiratória	3 min.
16h21 – 16h36	Fisiopatologia da Insuficiência Respiratória	15 min.
16h36 – 16h45	Identificação do mecanismo fisiológico subjacente à hipoxemia	9 min.
16h45 – 16h55	Abordagem do doente crítico com Insuficiência respiratória	10 min.
16h55 – 17h10	Intervalo	15 min.
17h10 – 17h13	Ventilação mecânica – Quando Iniciar	3 min.
17h13 – 17h17	Princípios da Ventilação Mecânica	4 min.
17h17 – 17h22	Formas de melhorar as trocas gasosas	5 min.
17h22 – 17h27	Parâmetros ventilatórios	5 min.
17h27 – 17h37	Modos Ventilatórios	10 min.
17h37 – 17h42	Complicações associadas à ventilação mecânica	5 min.
17h42 – 17h57	Intervenções de Enfermagem prestados ao doente sob ventilação mecânica	15 min.
17h57 – 18h00	Considerações finais / síntese e encerramento	3 min.

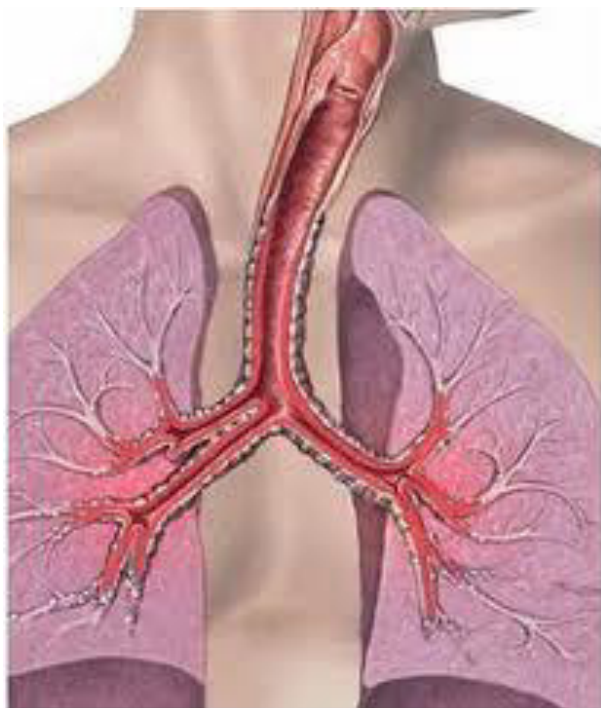
Apresentação do Poster: “Instruções Perante Suspeita/deteção de Incêndio”

Meios audiovisuais: Computador; Projektor + tela de projeção.	Recursos materiais: Nenhum
Metodologia: Método expositivo, ativo e interrogativo.	
Avaliação da Sessão: Avaliação de Grupo: Resolução de cenários colocados aos colegas ao longo da formação, bem como a resposta a questões que são colocadas ao longo da formação.	

APENDICE XIV

Manual do formando da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda.”

Manual da Formação: Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda



Autor: Enfermeiro Vítor Manco

Âmbito: 2º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tutoria: Enfª. Especialista

Enfª.

Docente orientador: Professora Doutora

Setúbal, Outubro de 2013

Siglas

CO ₂	Dióxido de carbono
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
FiO ₂	Fração de Oxigénio no ar inspirado
G(A-a)	Gradiente Alvéolo - Arterial
KPa	Quilopascal
l/min	Litro por minuto
mL/kg	Mililitros por quilo
mmHg	Milímetros de mercúrio
O ₂	Oxigénio
PaO ₂	Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial
PA O ₂	Pressão parcial de oxigénio no ar alveolar
PaCO ₂	Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial
PB	Pressão barométrica
PBO ₂	Pressão parcial de oxigénio na atmosfera
PEEP	Pressão positiva no final de expiração
PC	Pressão controlada
PRVC	Controlo de volume com pressão regulada
PS	Pressão de Suporte
SPO ₂	Saturação periférica de oxigénio no sangue
SIMV	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada
UIDA	Unidade de Internamento de Doentes Agudos
V/Q	Ventilação/Perfusão
VC	Volume controlado

Índice de Figuras

Figura 1: Representação esquemática de uma unidade alveolar-capilar normal	9
Figura 2: Representação esquemática de ventilação do espaço morto.	11
Figura 3: Representação esquemática mostrando o shunt do qual resulta	12
Figura 4: Representação esquemática de alteração na difusão.	13
Figura 5: Esquema que permite determinar qual o mecanismo de hipoxemia presente.	14
Figura 6: Curva de dissociação da oxiemoglobina.	15
Figura 7: Fases do ciclo ventilatório	20
Figura 8: Representação de curvas em volume controlado.	25
Figura 9: Representação de curvas em pressão controlada.	25
Figura 10: Representação de curvas em pressão de suporte.	26
Figura 11: Representação de curvas em SIMV (volume controlado + pressão de suporte).....	27
Figura 12: Distinção dos períodos de ativação dos modos combinados no SIMV.....	27

Índice de Tabelas

Tabela 1: Sinais e sintomas de hipoxemia e hipercapnia	15
Tabela 2: Relação entre os dispositivos de administração de oxigénio e a respetiva FiO ₂	17
Tabela 3: Parâmetros que podem indicar a necessidade de suporte ventilatório.	18

Índice

INTRODUÇÃO	6
1 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	7
1.1 Fisiopatologia da Insuficiência Respiratória	8
1.1.1 Baixa pressão parcial de oxigénio no ar Inspirado	8
1.1.2 Hipoventilação.....	9
1.1.3 Alterações na relação ventilação/perfusão	11
1.1.4 Alterações da difusão	13
1.2 Identificação do mecanismo fisiológico subjacente à hipoxemia	13
1.3 Abordagem do doente crítico com Insuficiência respiratória.....	14
1.3.1 Sinais e sintomas de Insuficiência respiratória	15
1.3.2 Oximetria de Pulso	15
1.3.3 Oxigenoterapia	16
1.3.4 Ventilação Mecânica	17
2 VENTILAÇÃO MECÂNICA	18
2.1 Ventilação mecânica – Quando Iniciar.....	18
2.2 Princípios da Ventilação Mecânica.....	19
2.3 Formas de melhorar as trocas gasosas	21
2.3.1 Oxigenação	21
2.3.2 Eliminação de dióxido de carbono	22
2.4 Parâmetros ventilatórios.....	22
2.5 Modos Ventilatórios.....	24
2.5.1 Volume Controlado	24
2.5.2 Pressão Controlada	25
2.5.3 Pressão de Suporte.....	26
2.5.4 SIMV – Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation	26
2.6 Complicações Associadas À Ventilação Mecânica	28
2.6.1 Diminuição do Débito Cardíaco.....	28
2.6.2 Alcalose Respiratória Aguda.....	28
2.6.3 Elevação da Pressão Intracraniana.....	29
2.6.4 Barotrauma	29
2.6.5 Pneumonia associada à Ventilação Mecânica.....	29

2.7	Intervenções de Enfermagem ao doente sob ventilação mecânica	30
3	REFERÊNCIAS.....	33
3.1	Bibliográficas	33
3.2	Eletrónicas.....	35

ANEXOS

Anexo A: Norma Procedimento nº 8/II/E Intervenções de Enfermagem ao doente ventilado..36

Anexo B: Norma Procedimento nº 9/II/E - Cuidados de Enfermagem ao doente na extubação traqueal.....43

Anexo C: Norma Procedimento nº 10/II/E - Intervenções de Enfermagem na aspiração de secreções através do Tubo Endotraqueal / Traqueostomia.....48

INTRODUÇÃO

Este manual, serve de apoio à formação a ser ministrada na
 que aborda a temática do doente em
insuficiência respiratória aguda.

Esta formação encontra-se inserida no âmbito do módulo de estágio III, pertencente à Unidade Curricular Médico – Cirúrgica II, integrada no 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal. Conforme descrito no planeamento do projeto de aprendizagem clínica, pretendo com esta formação dar resposta a algumas unidades de competência pertencentes às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoas em situação crítica, nomeadamente à competência k1 - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e à competência k3 – maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Este manual encontra-se dividido em duas partes, na primeira procuramos explicar os mecanismos fisiopatológicos que permitem explicar a insuficiência respiratória em si mesma, bem como a abordagem a realizar ao doente com insuficiência respiratória aguda. Numa segunda parte explanamos de forma aprofundada a temática da ventilação mecânica e suas implicações.

1 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

O sistema respiratório é constituído por um conjunto de estruturas que se encontram funcionalmente relacionadas e que podem ser agrupadas em dois “órgãos”, que são responsáveis pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. A **bomba respiratória** que é constituída pelo centro respiratório do sistema nervoso central, pela via piramidal, pela célula do corno anterior da medula espinal, pelo neurónio motor, pela junção neuromuscular e pelos músculos/caixa torácica, que é o “órgão” responsável pela ventilação alveolar e o **pulmão** (vias aéreas + alvéolos), que é o órgão responsável pelas trocas gasosas. (Silva, 2009 e Martins, 2009)

De acordo com Pádua et al, 2009; Phipps et al, 2003 e Martins, 2009, a insuficiência respiratória aguda ocorre quando o sistema respiratório não consegue manter os valores da PaO₂ e da PaCO₂ dentro dos limites da normalidade, não conseguindo desta forma satisfazer as necessidades metabólicas do organismo.

Quanto à sua fisiopatologia, a insuficiência respiratória pode ser dividida em dois tipos:

Insuficiência respiratória tipo I (Hipoxémica): PaO₂ <8 kPa (60 mmHg) - ar ambiente.

Insuficiência respiratória tipo II (Hiperclápnica): PaCO₂ > 6,7 kPa (50 mm Hg)

Em doentes que se encontram sob oxigenoterapia, assumimos que se encontram em insuficiência respiratória quando **PaO₂/FiO₂ ≤ 300**, sendo que quanto menor for esta relação maior será a gravidade.

Dependendo da duração e natureza da compensação, a insuficiência respiratória pode também ser classificada em aguda ou crónica, sendo que a primeira pode ocorrer numa pessoa sem doença pulmonar ou pode ser sobreposta à insuficiência respiratória crónica. (Carneiro et al, 2009; Joynt et al, 2012)

1.1 Fisiopatologia da Insuficiência Respiratória

A compreensão da fisiopatologia torna mais fácil a identificação das causas e estados de doença, apresentando-se também como um contributo importante para a identificação de estratégias de abordagem adequadas.

Os mecanismos envolvidos na respiração, são fundamentalmente, a **ventilação**, que permite a entrada e saída do ar e a **difusão**, que permite a troca de gases entre a corrente sanguínea e o ar através da membrana alveolar. (Joynt et al, 2012; Pinheiro et al, 2004)

As principais causas de insuficiência respiratória são:

- ✓ Baixa pressão parcial de oxigénio no ar inspirado;
- ✓ Hipoventilação
- ✓ Alterações na relação ventilação/perfusão
- ✓ Alterações na difusão

De seguida abordaremos cada uma delas de forma detalhada.

1.1.1 Baixa pressão parcial de oxigénio no ar Inspirado

Como consequência da diminuição da fração de O₂ no ar inspirado, ocorre uma redução do gradiente de difusão de oxigénio através da membrana alveolar.

A pressão parcial de O₂ na atmosfera (PBO₂) corresponde ao produto da pressão barométrica pela fração de oxigénio no ar atmosférico (PBO₂ = PB X FIO₂). Como a pressão atmosférica diminui à medida que a altitude aumenta, a pressão parcial de oxigénio também se reduz proporcionalmente. A altitude, é portanto, o principal mecanismo que potencia este tipo de Insuficiência respiratória. (Joynt et al, 2012; Pinheiro et al, 2004)

Ex: A pressão atmosférica ao nível do mar é de 760mmHg, o que corresponde a uma pressão parcial de oxigénio de **159.6 mmHg** (21% de 760).

Numa altitude de 2500m a pressão atmosférica é de 544mmHg, sendo a pressão parcial de oxigénio de $0.21 \times 544 = 114\text{mmHg}$

1.1.2 Hipoventilação

Através da ventilação o ar deve alcançar os alvéolos, renovando o ar alveolar, dependendo deste mecanismo do funcionamento da bomba ventilatória. Quando existe falência deste mecanismo o organismo perde a capacidade de remover o CO₂ que é produzido, aumentando assim a sua concentração no sangue arterial (hipercapnia). Por sua vez, o oxigénio que é gasto pelas células também não é repostado, apresentando como consequência a hipoxemia.

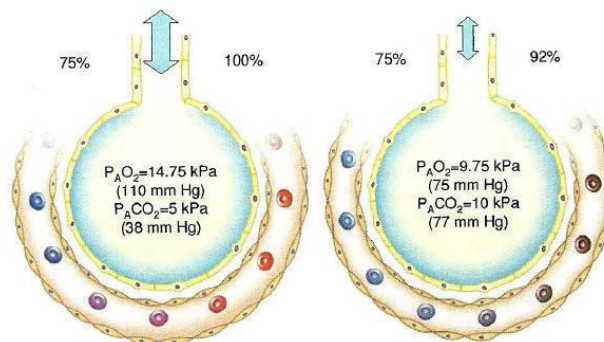


Figura 1: Representação esquemática de uma unidade alveolar-capilar normal e uma unidade alveolar-capilar hipoventilada¹

O Gradiente alvéolo – arterial, traduz a diferença entre as pressões parciais de oxigénio no espaço alveolar (PAO₂) e no sangue arterial (PaO₂). É usado para determinar se um shunt ou anormalidade da difusão está presente, sendo uma medida fundamental da capacidade de transferência do oxigénio do ar alveolar para o sangue. (Silva et al, 2009; Martins, 2009)

$$G(A-a) = PAO_2 - PaO_2$$

A PaO₂ é obtida através da gasimetria, sendo que a PAO₂ é calculada através da fórmula dos gases alveolares:

$$PAO_2 = [FiO_2 \times (PB - PH_2O)] - (PaCO_2/R)$$

PH₂O - Pressão parcial de H₂O nas vias aéreas - 47mmHg a 37°C (valor usual)

R – quociente respiratório = estimado em 0.8, podendo ser eliminado quando FiO₂ > 60%

¹ Tradução livre: "Schematic representation of a normal alveolar-capillary unit and a hypoventilated alveolar-capillary unit", in Joynt, Gavin; et al; P.12

Exemplo: Na UIDA do CHBA, deu entrada um paciente com dificuldade respiratória evidente, apresentando gasimetricamente os seguintes valores: $PaO_2=50$, $PaCO_2=40$ sem oxigenoterapia. Calcule o G(A-a).

$$PAO_2 = [FiO_2 \times (PB - PH_2O)] - (PaCO_2/R)$$

$$PAO_2 = [0.21 \times (760 - 47)] - (40/0.8)$$

$$PAO_2 = 150 - 50$$

$$PAO_2 = 100$$

$$G(A-a) = PAO_2 - PaO_2$$

$$G(A-a) = 100 - 50$$

$$G(A-a) = 50$$

Os valores normais de G(A-a) encontram-se entre 5 -10 mmHg, sendo ainda aceitáveis níveis de 10 – 20 mmHg, que podem ser influenciados quer pela idade, quer pelo FiO_2 . (5;6) A forma para o calculo do gradiente A-a normal adaptado à idade é a seguinte: (McAuley, S.D.)

✓ $G(A-a) = (idade+10)/4$;

De acordo como mesmo autor, para o ajuste do gradiente A-a devido ao FiO_2 devemos aumentar 5 a 7 mmHg por cada 10% de aumento no F_iO_2 ;

Se o valor do G(A-a) se apresenta aumentado, encontra-se implícito doença do parênquima pulmonar, (presença de Shunt ou alterações na difusão). Um gradiente normal significa que a hipoxemia pode ser explicada pela hipercapnia.

Segundo Joynt et al, 2012 e Pinheiro et al, 2004, as causas de hipoventilação são as seguintes:

- ✓ **Depressão do centro respiratório:** a ingestão de drogas, anestesia, traumatismo crânio encefálico, encefalopatia, fadiga.
- ✓ **Alteração do estímulo respiratório durante a sua transmissão dos nervos para os músculos:** lesão medular, doença do neurônio motor, síndrome de Guillain-Barret.
- ✓ **Disfunção da junção neuro-muscular:** agentes paralisantes, miastenia gravis.
- ✓ **Disfunção dos músculos da respiração:** miopatia, fadiga, desnutrição, distrofia muscular...
- ✓ **Anormalidades da parede torácica:** cifoescoliose, espondilite anquilosante, fibrose pleural.

1.1.3 Alterações na relação ventilação/perfusão

Para que as trocas gasosas se realizem eficazmente, a ventilação (V) e a perfusão (Q) devem estar equilibradas, isto significa que os alvéolos bem ventilados devem ser bem profundos ao mesmo tempo, que alvéolos com bom aporte sanguíneo devem ser bem ventilados.

De acordo com Phipps et al, 2003 e Seely et al, 2001, quando existe excessiva desproporção entre a V/Q em diversas zonas do pulmão, ocorrem alterações ao equilíbrio V/Q, que pode ser afectado de duas formas:

✓ **Alvéolos bem ventilados, mas sem perfusão (aumento do espaço morto).**

Neste caso o ar entra e sai dos alvéolos, não ocorrendo a sua difusão. O CO₂ não tem a oportunidade de se difundir do sangue para os alvéolos e o sangue com uma concentração elevada de CO₂ entra na aurícula esquerda.

De forma a compensar a subida da PaCO₂, fisiologicamente ocorre um aumento do volume minuto, permanecendo a PaCO₂ relativamente constante até que o doente não seja capaz de compensar. Esta forma de incompatibilidade da ventilação perfusão tem um efeito reduzido sobre PaO₂. (Joynt et al, 2012)

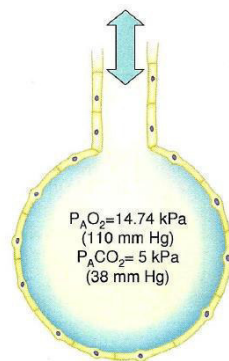


Figura 2: Representação esquemática de ventilação do espaço morto. Como o alvéolo não é profundo não ocorrem as trocas gasosas.²

Como exemplos deste tipo de alteração da relação V/Q, temos a hipovolémia, o tromboembolismo pulmonar, a diminuição da função cardíaca e a presença de pressões intratorácicas elevadas (consequência da ventilação mecânica).

² Tradução livre: "Schematic representation of dead space ventilation. Because the alveolus is not perfused no gas exchange occurs", in Joynt, Gavin; et al; P.13

✓ **Alvéolos não ventilados, mas bem profundos (Shunt)**

Se a ventilação alveolar se encontra comprometida (devido a colapso alveolar, alvéolos com pus, sangue ou edema) o sangue atravessa os alvéolos, sem ter a oportunidade de ser oxigenado, sendo esta a causa fisiopatológica mais comum de insuficiência respiratória hipoxêmica, conhecida como SHUNT. De forma a compensar o comprometimento ventilatório destes alvéolos afetados, ocorre vasoconstrição pulmonar, diminuindo o fluxo de sangue para estes alvéolos. Normalmente o fluxo de sangue não desce tanto como a disponibilidade de O₂, o que origina uma redução da saturação total de oxigênio na veia pulmonar.

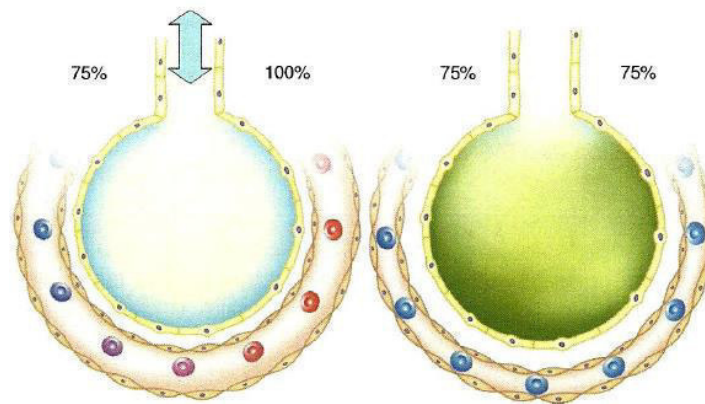


Figura 3: Representação esquemática mostrando o shunt do qual resulta uma queda na saturação de oxigênio.³

O aumento do FiO₂ tem um efeito relativamente pequeno, porque o sangue ao deixar unidades bem ventiladas já se encontra 100% saturado e o oxigênio não chega aos alvéolos não ventilados.

Joynt et al, 2012 apresentam como exemplos deste tipo de alteração da relação V/Q :

- ✓ pneumonia,
- ✓ edema pulmonar,
- ✓ contusão pulmonar,
- ✓ atelectasias...

³ Tradução livre: "Schematic representation showing shunting results in a fall in oxygen saturation", in Joynt, Gavin; et al; P.13

1.1.4 Alterações da difusão

O processo de difusão representa a passagem dos gases através da membrana alvéolo-capilar. Os gases movimentam-se no sentido da maior para a menor concentração. Assim sendo, a pressão parcial de oxigénio no alvéolo ventilado ao ser superior relativamente à pressão parcial de oxigénio no sangue venoso, faz com que este se difunda para o capilar. Com o CO₂, verifica-se o processo inverso. (Phipps et al, 2003; Seely et al, 2001)

De acordo com Pádua et al, 2003, diversos são os fatores que podem afetar a difusão, dos quais destacamos:

- ✓ Alteração da espessura e composição da membrana alvéolo – capilar: Ex. Doença intersticial pulmonar; fibrose pulmonar
- ✓ Redução da superfície da membrana de difusão: Ex. Enfisema

Estas alterações conduzem a uma diminuição na PaO₂, (hipoxia). (Joynt et al, 2012)

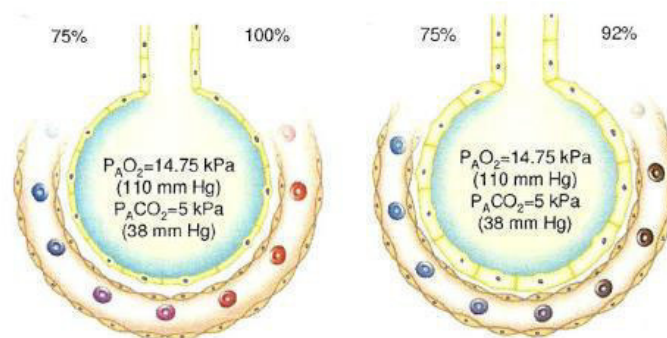


Figura 4: Representação esquemática de alteração na difusão.⁴

1.2 Identificação do mecanismo fisiológico subjacente à hipoxemia

Martins, 2009 defende que a identificação do mecanismo fisiológico subjacente à hipoxemia, pode ser realizada recorrendo ao diagrama abaixo descrito, que se baseia na determinação do

⁴ Tradução livre: "Schematic representation of a diffusion abnormality", in Joynt, Gavin; et al; P.14

gradiente alvéolo-arterial de oxigênio e na avaliação da resposta da hipoxemia à administração de oxigênio suplementar.

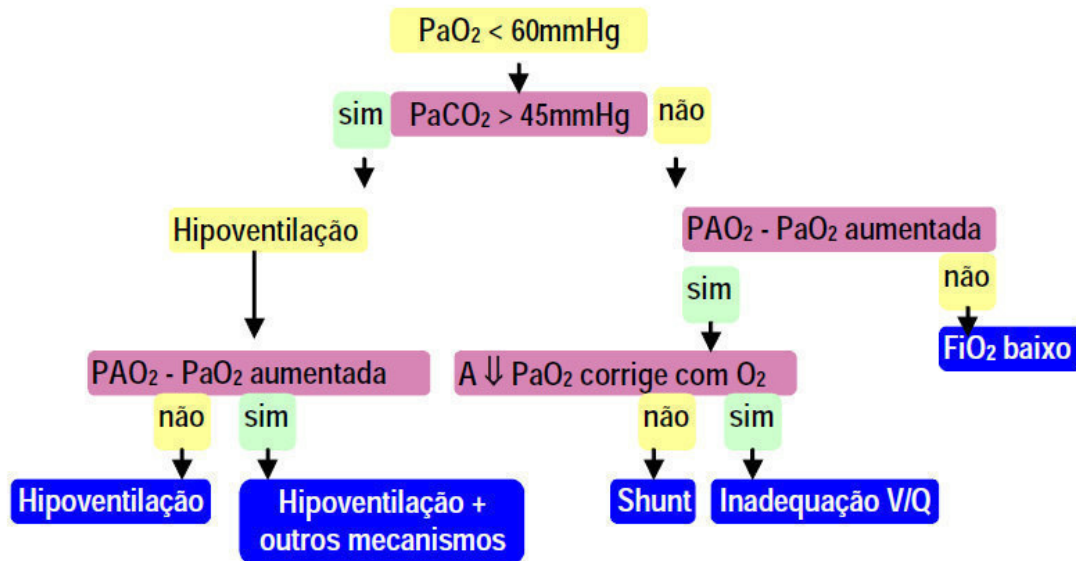


Figura 5: Esquema que permite determinar qual o mecanismo de hipoxemia presente.⁵

1.3 Abordagem do doente crítico com Insuficiência respiratória

A abordagem do doente crítico é realizada segundo a metodologia ABCDE: A – Via aérea, B – Ventilação; C – Circulação D – Disfunção neurológica E – Exposição corporal com controlo de temperatura, com o objetivo de: (Joynt et al, 2012)

- ✓ Identificar alterações fisiológicas;
- ✓ Identificar a melhor forma de corrigir essas mesmas alterações;
- ✓ Diagnosticar o problema de base;

De salientar, que a procura de níveis adequados de oxigenação tecidual é prioritária, uma vez que os efeitos da hipoxia grave prolongada são permanentes. (Pinheiro et al, 2004; Martins, 2009)

⁵ Martins, Alfredo, 2009, p. 3

1.3.1 Sinais e sintomas de Insuficiência respiratória

As manifestações clínicas de insuficiência respiratória, devem-se aos efeitos da instalação de Hipoxemia e / ou hipercapnia sobre o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular. (Joynt et al, 2012; Hovnanian et all, 2012)

	Hipoxemia aguda	Hipercapnia
Sistema nervoso central	Confusão	Apreensão
	Instabilidade motora	Confusão
	Convulsões/coma	Torpor/coma
Efeitos cardiovasculares	Iniciais: taquicardia, hipotensão	Sinais de vasoconstrição e vasodilatação
	Hipoxemia grave: bradicardia, sinais de baixo débito	
Aparelho respiratório	Taquipneia	Taquipneia
	Dispneia	Dispneia
	Uso de musculatura acessória	Uso de musculatura acessória

Tabela 1: Sinais e sintomas de hipoxemia e hipercapnia (Hovnanian et all, 2012, p.1)

1.3.2 Oximetria de Pulso

A oximetria de pulso (SpO_2), é um método não invasivo que permite avaliar a percentagem de hemoglobina arterial na configuração de oxihemoglobina. A relação entre a saturação e PaO_2 é descrita pela curva de dissociação da oxihemoglobina (figura 6).

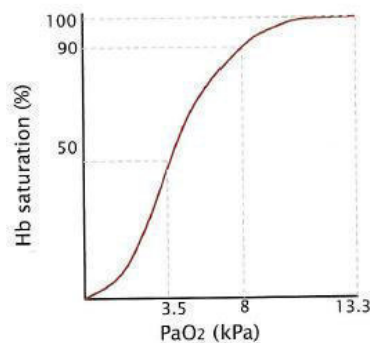


Figura 6: Curva de dissociação da oxihemoglobina.⁶

⁶ Tradução livre: "Oxyhaemoglobin dissociation curve", in Joynt, Gavin; et al; P.16

Após análise do gráfico, verificamos que a saturação de +- 90% é um limiar crítico, pois abaixo deste nível uma pequena queda no PaO₂ produz uma queda acentuada na SpO₂. Por outro lado um aumento na PaO₂ tem um efeito reduzido sobre a saturação. É de salientar, que é a saturação e não a PaO₂ que é o principal determinante do oxigénio contido no sangue e do oxigénio entregue aos tecidos.

Segundo Carrara et al, 2009 e Pereira et al, 2012, como fonte de erro na avaliação da SPO₂, salientam-se:

- ✓ Os movimentos do doente.
- ✓ Os estados de baixa perfusão periférica.
- ✓ Hipoxemia local.
- ✓ Baixa saturação de O₂ (inferior a 70%).
- ✓ Carboxihemoglobina.
- ✓ Meta-hemoglobina.
- ✓ Alterações nos níveis de bilirrubina.
- ✓ Anemia.
- ✓ Hiperpigmentação da pele.
- ✓ Convulsão.
- ✓ Pulsação venosa.
- ✓ Congestão venosa.
- ✓ Interferência luminosa: fonte de luz de xénon, fototerapia, luzes fluorescentes, lâmpadas com raios infravermelhos ou a incidência direta dos raios solares.
- ✓ Esmalte de unhas.
- ✓ Vasoconstrição periférica.
- ✓ Utilização incorreta do sensor.
- ✓ Corantes intravasculares (indocianina verde ou azul de metileno).
- ✓ Posicionamento de sensor em extremidade com manga para pressão arterial ou cateter arterial.
- ✓ Oclusão arterial próxima ao sensor.

1.3.3 Oxigenoterapia

A pedra angular para o tratamento da insuficiência respiratória independentemente da causa é a oxigenoterapia. Como já foi referido neste manual, os efeitos da hipoxia grave prolongada são permanentes, podendo ser fatais se não corrigida atempadamente. Assim sendo, enquanto se estuda a causa fisiopatológica da insuficiência respiratória de forma a se instituir o tratamento definitivo, todos os pacientes devem ser submetidos a oxigenoterapia. Perante um doente em estado crítico, inicialmente devemos fornecer oxigénio com um dispositivo que disponibilize uma fração inspiratória de oxigénio (FiO₂) de 100%, utilizando uma máscara com

reservatório (Máscara de Hudson) – 15L/min. Assim que possível, mudar o dispositivo de administração de oxigénio para manter SpO₂ 94-98%. Nos doentes com agudização da sua DPOC, a oximetria alvo é de 88-92%. (Freire, 2009; Thelan et al, 1994)

Os objetivos da administração de oxigénio passam pela diminuição dos sintomas associados à hipoxemia crónica; correção da hipoxemia aguda (suspeita / comprovada) e pela redução do trabalho cardiopulmonar imposto pela hipoxemia. (Pinheiro et al, 2004)

De salientar também que o risco de hipoventilação induzida por oxigénio nos doentes hipercápicos (DPOC), é baixo. (Joynt et al, 2012)

Existem diferentes formas de administração de Oxigénio, permitindo ao doente ter diferentes frações de oxigénio no ar inspirado, que discriminaremos na tabela em baixo.

Dispositivo	Fluxo de Oxigénio (l/min)	FiO ₂ (%)*
Cânula Nasal	1	21 – 24
	2	25 – 28
	3	29 – 32
	4	33 – 36
	5	37 - 40
	6	41 - 44
Mascara Simples	6 a 10	35 - 60
Mascara de Venturi	4 a 8	24 – 40
	10 a 12	40 a 50
Mascara com Reservatório	6	60
	7	70
	8	80
	9	90
	10 - 15	95 - 100

*Percentagens aproximadas

Tabela 2: Relação entre os dispositivos de administração de oxigénio e a respetiva FiO₂.⁷

1.3.4 Ventilação Mecânica

A ventilação mecânica é um método que permite substituir total ou parcialmente a ventilação de um indivíduo, sendo utilizada em doentes em estado crítico. Este tema será abordado de forma mais aprofundada no capítulo 3.

⁷ Tradução livre: “Delivery of supplementary oxygen: Flow rates and percentage of oxygen delivered” in ACLS –2012, p.4

2 VENTILAÇÃO MECÂNICA

De acordo com Marcelino et al, 2008 e Carvalho et al 2007, a ventilação mecânica tem como objetivos principais a promoção de uma adequada ventilação e oxigenação, ou seja, a correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia. Tem ainda como objetivos o alívio do trabalho da musculatura respiratória, evitando a exaustão, reduzindo desta forma as necessidades metabólicas do organismo, reduzindo assim também as necessidades de oxigênio, sendo uma terapêutica em si mesmo ou um coadjuvante que permite ganhar tempo para a aplicação de terapêuticas dirigidas à causa da falência.

Existem dois tipos de ventilação mecânica disponíveis:

- ✓ Ventilação mecânica Invasiva
- ✓ Ventilação mecânica não invasiva

Neste manual apenas abordaremos a ventilação mecânica invasiva.

2.1 Ventilação mecânica – Quando Iniciar

Ainda segundo os mesmos autores, a decisão de ventilar ou não um doente deve ter por base critérios fundamentalmente clínicos, auxiliada por alguns parâmetros laboratoriais que se encontram descritos na tabela 3.

Parâmetros	Normal	Considerar VM
Frequência respiratória	12-20	>35
Volume corrente (mL/kg)	5-8	<5
Capacidade Vital (mL/kg)	65-75	<50
Volume minuto (L/min)	5-6	>10
Pressão inspiratória máxima (cmH ₂ O)	80-120	>-25
Pressão expiratória máxima (cmH ₂ O)	80-100	<+25
Espaço morto (%)	25-40	>60
PaCO ₂ (mmHg)	35-45	>50
PaO ₂ (mmHg) (FIO ₂ = 0,21)	>75	<50
P(A-a)O ₂ (FIO ₂ = 1,0)	25-80	>350
PaO ₂ / FIO ₂	>300	<200

Tabela 3: Parâmetros que podem indicar a necessidade de suporte ventilatório. (Carvalho et al 2007, p.2)

De acordo com Joynt et al, 2012, doentes que se encontram hipóxicos apesar de altas concentrações de oxigénio inspirado e doentes que se apresentam inconscientes devido à hipercapnia, têm indicação clara para serem ventilados, no entanto, a decisão é um complexo em que diversos fatores, como a gravidade da insuficiência respiratória, a reserva cardiopulmonar do doente, a adequação da compensação aos tratamentos até então instituídos, a velocidade esperada de resposta ao tratamento da causa subjacente e os riscos de complicações associadas à ventilação, necessitam de ser tidos em conta.

2.2 Princípios da Ventilação Mecânica

A existência de diferentes pressões permite que o ar flua de uma zona para outra. Existem duas formas de provocar artificialmente estas diferenças, criando uma pressão negativa alveolar (ventilação por pressão negativa), ou através da criação de uma pressão positiva na via aérea proximal (ventilação por pressão positiva), que é a que usamos no nosso serviço, sendo também aquela que abordaremos neste manual.

De acordo com Marcelino et al, 2008 e Carvalho et al 2007 a ventilação com pressão positiva envolve a entrega de um determinado volume de ar ao doente e a sua saída de forma passiva, com os objetivos de melhorar a oxigenação e remover de forma apropriada o CO₂ produzido.

Segundo Pádua et al, 2001, o ciclo ventilatório pode ser dividido em 4 fases:

I- Fase inspiratória: o ventilador deverá insuflar os pulmões do paciente, vencendo as propriedades elásticas do sistema respiratório. No final da insuflação pulmonar, uma pausa inspiratória poderá ser introduzida, prolongando-se esta fase de forma a melhorar as trocas gasosas.

II- Mudança da fase inspiratória para a fase expiratória: o ventilador deverá interromper a fase inspiratória (após a pausa inspiratória), e permitir o início da fase expiratória;

III - Fase expiratória: o ventilador deverá permitir o esvaziamento dos pulmões de forma passiva, mantendo normalmente um determinado volume de ar residual - PEEP.

IV - **Mudança da fase expiratória para a fase inspiratória:** essa transição pode ser desencadeada pelo ventilador ou pelo paciente. Fase em que termina a expiração e ocorre a abertura da válvula inspiratória, iniciando-se um novo ciclo.

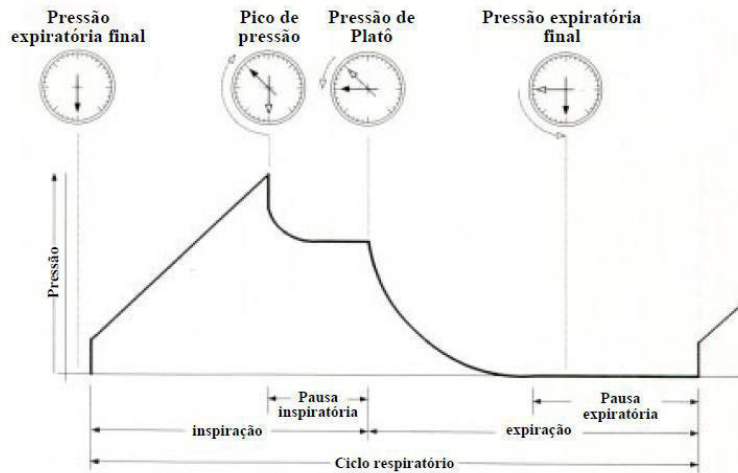


Figura 7- Fases do ciclo ventilatório (Pádua et al, 2001, p.134)

Para superar a resistência oferecida pelas traqueias do ventilador, pelo tubo endotraqueal e pela traqueia do doente, de forma a permitir que o ar possa insuflar os alvéolos é necessária uma determinada pressão. Essa pressão é determinada pela resistência e pelo fluxo de tal modo que:

$$\text{Pressão} = \text{Fluxo} \times \text{Resistência}$$

$$\text{Sendo que por sua vez o } \textit{Fluxo} = \frac{\textit{volume}}{\textit{tempo}}$$

A pressão alveolar pode ser dividida em dois componentes: a PEEP (pressão positiva no final da expiração) e a pressão que resulta da inspiração que é determinada pelo volume adicional de ar bombeado para dentro do pulmão e da capacidade que este tem para o receber, podendo ser determinada pela seguinte fórmula: (Joynt et al, 2012)

$$\textit{Pressão Alveolar} = \frac{\textit{volume}}{\textit{compliance}} + \textit{PEEP}$$

Assim sendo a pressão na via aérea durante a fase inspiratória será o somatório da pressão na via aérea com a pressão alveolar.

$$\text{Pressão na via aérea} = \text{fluxo} \times \text{resistência} + \frac{\text{volume}}{\text{compliance}} + \text{PEEP}$$

2.3 Formas de melhorar as trocas gasosas

De seguida apresentaremos algumas formas que permitem melhorar quer a oxigenação, quer a remoção de CO₂. A escolha de qual a ação a tomar, depende em grande parte dos efeitos adversos de cada uma destas ações e da importância relativa dos vários efeitos adversos em cada doente em particular.

2.3.1 Oxigenação

A absorção de oxigénio está dependente de um determinado número de fatores, alguns dos quais podem ser manipulados por meio da ventilação mecânica. O aumento da pressão parcial de oxigénio alveolar (PAO₂) ou a redução do shunting, são exemplos de como a ventilação mecânica poderá influenciar positivamente a oxigenação. A PAO₂ pode ser manipulada através da alteração da concentração de oxigénio inspirado (FIO₂), da pressão alveolar média e em menor medida da ventilação alveolar.

A pressão alveolar média, como o próprio nome indica, é a pressão média entre a inspiração (fase em que o doente atinge uma pressão alveolar mais elevada) e a expiração (fase em que o doente atinge uma pressão alveolar mais baixa).

A pressão alveolar média pode ser manipulada através:

- Do ajuste do volume corrente ou da pressão inspiratória (maiores pressões ou volumes aumentam a pressão alveolar média)
- Do tempo inspiratório (a pressão é sempre maior na inspiração, logo ao aumentarmos o tempo inspiratório, inevitavelmente, aumentamos o valor da pressão alveolar média)
- Da PEEP (através do aumento do PEEP aumentamos a pressão alveolar quer na inspiração quer na expiração)

O aumento de qualquer um destes parâmetros irá aumentar a pressão alveolar média e na maioria dos casos, melhorar a oxigenação.

O SHUNTING pode ser reduzido pela reabertura dos alvéolos e pela manutenção da sua abertura com PEEP. O shunting pode também ser reduzido através do prolongamento da fase inspiratória. Isto permite uma distribuição mais uniforme do ar e melhora a ventilação dos alvéolos já ventilados, aumentando desta forma a oxigenação.

Resumidamente, **o aumento do FI02**, da **PEEP**, do **tempo inspiratório** e do **volume corrente ou pressão inspiratória** são os principais fatores que permitem aumentar a oxigenação. (Joynt et al, 2012)

2.3.2 Eliminação de dióxido de carbono

Para compreendermos o processo de eliminação do CO₂, importa saber que este é dependente da ventilação alveolar. Por sua vez, a ventilação alveolar depende da quantidade de ar que é bombeado para dentro dos pulmões a cada ventilação, da quantidade desse gás que fica no espaço morto e do número de respirações por minuto, de modo a que:

$$\text{Ventilação alveolar} = \text{frequência respiratória} \times (\text{volume corrente} - \text{espaço morto})$$

Assim sendo, a eliminação de dióxido de carbono pode ser aumentada pelo aumento do volume corrente, da frequência respiratória ou pela diminuição do espaço morto. (Joynt et al, 2012)

2.4 Parâmetros ventilatórios

De seguida apresentaremos alguns dos parâmetros ventilatórios a serem programados para se instituir uma determinada modalidade ventilatória.

FI02- Parâmetro programado em todos os modos ventilatórios. A fração de oxigénio no ar inspirado é ajustada de acordo com os resultados gasimétricos. Inicialmente recomenda-se

começar com 100% FiO₂, sendo ajustado o mais rapidamente possível para se obter PaO₂ 60-90 mmHg ou SPO₂ 90 -98%. (Joynt et al, 2012)

Frequência respiratória – Parâmetro utilizado em todos os modos ventilatórios com exceção da pressão de suporte. Representa o número mínimo de vezes que o doente vai respirar por minuto. No início recomenda-se a utilização de 12 ciclos por min. No entanto pode ser ajustada tendo em conta as necessidades ventilatórias do doente (volume minuto) através da avaliação da Pa CO₂. (Joynt et al, 2012; Marcelino et al, 2008)

Volume corrente – Parâmetro programado na modalidade de volume controlado e nos modos combinados que recorram ao volume controlado. Representa o volume de ar fornecido ao doente em cada ciclo respiratório (recomendado - 8 ml/kg peso). Em algumas patologias podem ser considerados volumes mais baixos. (Joynt et al, 2012; Marcelino et al, 2008)

Pressão de suporte inspiratória – Parâmetro programado na modalidade de pressão de suporte, pressão controlada e nos modos combinados que recorram a estas modalidades. Representa a pressão acima da PEEP entregue ao doente em cada inspiração. Deve ser ajustada para se atingirem os volumes correntes desejáveis, no entanto o seu valor somado com a PEEP não deverá exceder os 30 mmHg. (Joynt et al, 2012; Marcelino et al, 2008)

PEEP – Parâmetro que pode ser utilizado em todos os modos ventilatórios. A manutenção de pressão positiva nas vias aéreas no final da expiração permite melhorar a oxigenação arterial, mantendo alvéolos abertos durante todo o ciclo respiratório. (Marcelino et al, 2008)

Trigger - Parâmetro utilizado em todos os modos ventilatórios. Representa a sensibilidade do ventilador para a deteção da pressão negativa gerada pelo esforço inspiratório do doente. Quanto maior o valor, maior deverá ser o esforço do paciente para conseguir abrir a válvula que liberta o fluxo inspiratório. ((Marcelino et al, 2008; Maquet, 2005)

Tempo de Pausa Inspiratória – Representa um período em que não há fluxo, permitindo uma melhor distribuição do ar e por conseguinte uma melhor oxigenação. É Programado como uma percentagem do ciclo respiratório. (Marcelino et al, 2008)

Racio I:E – Representa a relação entre o tempo inspiratório e o tempo expiratório. Usualmente é programada a relação 1:2 ou seja, o tempo expiratório é o dobro do tempo inspiratório + o tempo de pausa expiratória. (Marcelino et al, 2008)

2.5 Modos Ventilatórios

Para a realização de ventilação mecânica é necessária a utilização de ventiladores, que através das traqueias e do tubo endotraqueal insuflam os pulmões com volumes de ar, deixando depois esse ar sair passivamente devido às diferenças de pressão. Os modos ventilatórios / parâmetros definidos em cada modo, vão definir a rapidez, a quantidade, bem como o número de vezes que o ar entra nos pulmões por minuto. (Maquet, 2005)

Importa também salientar desde já, a importância da rigorosa definição dos valores estabelecidos para os alarmes independentemente do modo ventilatório escolhido, sendo que nos modos controlados por pressão, o maior risco poderá ser a não realização de um volume minuto adequado, enquanto nos modos controlados por volume corremos um risco elevado de se atingirem pressões altas.

Segundo o mesmo autor, os modos ventilatórios existentes podem ser divididos em três grupos:

- ✓ **Modos controlados** - (Volume controlado – VC; Pressão controlada – PC; Controlo de Volume com pressão regulada - PRVC)
- ✓ **Modos assistidos** - (Pressão de suporte; Volume de suporte)
- ✓ **Modos combinados** - (SIMV: VC+PS; PC+PS; PRVC+PS)

Abordaremos neste manual os modos mais utilizados no serviço que passarei a descrever de seguida.

2.5.1 Volume Controlado

De acordo com Marcelino et al, 2008, nesta modalidade ventilatória, o doente recebe um volume corrente pré determinado, sendo também pré-estabelecido o número mínimo de vezes que deve respirar por minuto (frequência respiratória mínima). Independentemente do doente ter estímulo ou não, as características da ventilação são iguais uma vez que o volume corrente, fluxo (constante), tempo inspiratório e tempo de pausa inspiratória são pré-estabelecidos. É também importante a definição de um trigger sensível de forma permitir que o doente inicie ventilação espontânea o mais cedo possível.



Figura 8: Representação de curvas em volume controlado. (Maquet, 2005; p.14)

2.5.2 Pressão Controlada

Nesta modalidade ventilatória, o doente recebe um volume corrente correspondente a uma pressão de suporte pré-estabelecida. Também são determinadas pelo operador o tempo inspiratório e a frequência respiratória mínima. Uma característica que diferencia este modo ventilatório do volume controlado é o facto de o fluxo ser desacelerante como se pode verificar na figura 8. (Maquet, 2005)

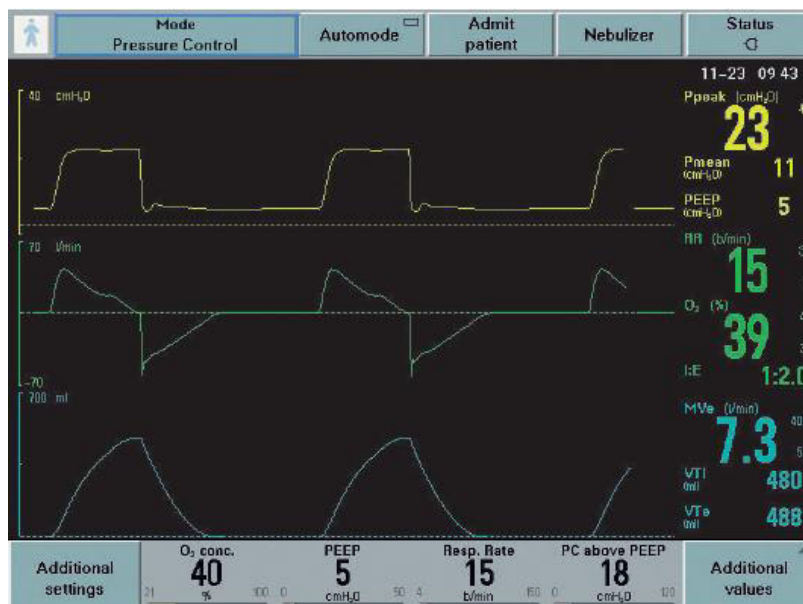


Figura 9: Representação de curvas em pressão controlada. (Maquet, 2005; p.17)

2.5.3 Pressão de Suporte

Neste modo ventilatório, o operador define uma pressão de suporte que é entregue ao doente sempre que este inicia uma ventilação, tendo controle sobre a frequência respiratória bem como sobre o volume corrente. O esforço realizado pelo paciente influencia o volume corrente, pelo que a pressão de suporte deverá ser ajustada de forma a obtermos a ventilação desejada. (Marcelino et al, 2008)

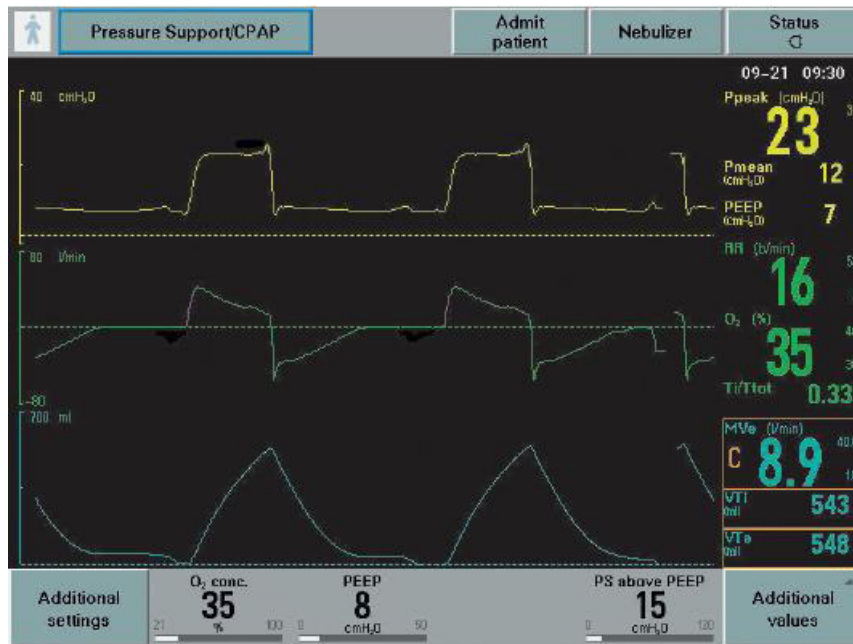


Figura 10: Representação de curvas em pressão de suporte. (Maquet, 2005; p.25)

2.5.4 SIMV – Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation

Segundo Marcelino et al, 2008, esta é uma modalidade em que o operador combina uma modalidade controlada com uma modalidade assistida (usualmente - pressão de suporte). O doente recebe um determinado número de ventilações mandatórias por minuto (frequência de SIMV), que são sincronizadas com o seu estímulo, mas realizadas no modo controlado definido. Entre as ventilações mandatórias o estímulo ventilatório do doente é correspondido com uma pressão de suporte, com o objetivo de melhorar a sincronia paciente-ventilador.



Figura 11: Representação de curvas em SIMV (volume controlado + pressão de suporte). (Maquet, 2005 p.43)

O que define se o doente irá realizar uma ventilação mandatória ou de suporte é o tempo em que ocorre o estímulo. De forma a explicitar melhor esta ideia observemos o seguinte exemplo:

SIMV rate =6

Duração ciclo respiratório mandatório =3s

I:E ratio 1:2 = 1s inspiração; 2s expiração

O ventilador irá calcular o tempo de cada ciclo SIMV, dividindo o 60s pelo número da frequência de SIMV, o que neste caso seria: $60/6 = 10s$. Destes 10 segundos, 3 correspondem ao modo controlado, enquanto 7s correspondem ao modo assistido. (Maquet, 2005)

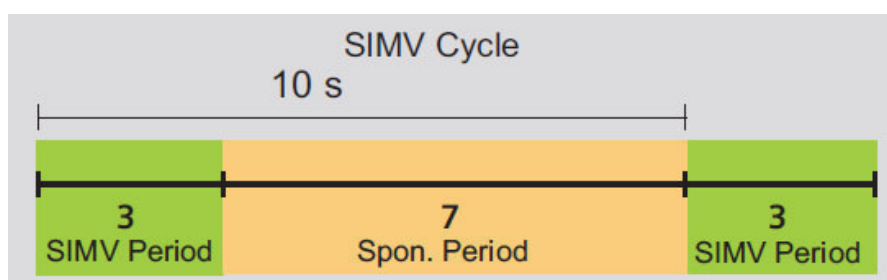


Figura 12: Distinção dos períodos de ativação dos modos combinados no SIMV. (Maquet, 2005; p.45)

2.6 Complicações Associadas À Ventilação Mecânica

Apesar dos seus benefícios, a aplicação de suporte ventilatório mecânico requer alguns cuidados uma vez que não é isento de complicações, as quais, podem ser altamente lesivas para o doente e envolver os sistemas gastrointestinal, renal, respiratório e neurológico.

A instituição de ventilação mecânica altera a mecânica pulmonar e a função respiratória, uma vez que esta deixa de ser feita por pressão negativa (fisiológica), passando a ser realizada por pressão positiva (ventiladores habituais). É de extrema importância que os profissionais conheçam os aspetos anatómicos e fisiológicos das estruturas envolvidas, bem como as alterações patológicas, de forma a estar desperto para as possíveis complicações que possam surgir.

Entre as principais complicações e intercorrências, destacamos as seguintes:

2.6.1 Diminuição do Débito Cardíaco

A ventilação mecânica sob pressão positiva aumenta a pressão intratorácica média, reduzindo desta forma o retorno venoso e a pré-carga ventricular direita, principalmente com a utilização de PEEP. A distensão pulmonar, pela ventilação mecânica, associada ou não à PEEP, também aumenta a resistência vascular pulmonar (RVP). Note-se que ambos os efeitos diminuem o débito cardíaco, principalmente em pacientes hipovolémicos. (Marcelino et al, 2008)

2.6.2 Alcalose Respiratória Aguda

É uma das ocorrências mais comuns. Pode prejudicar a perfusão cerebral, predispor à arritmia cardíaca, além de ser razão frequente para insucesso do desmame. Comumente secundária à dispneia, dor ou agitação, a hiperventilação alveolar também pode resultar de uma programação inadequada do ventilador e ser corrigida por ajustes da frequência respiratória ou do volume corrente, de acordo com as necessidades do paciente. (Marcelino et al, 2008)

2.6.3 Elevação da Pressão Intracraniana

A ventilação com pressão positiva na presença de pressão intracraniana (PIC) elevada pode prejudicar o fluxo sanguíneo cerebral, principalmente quando se utilizam altos níveis de PEEP, devido à diminuição do retorno venoso do território cerebral e o consequente aumento da PIC. (Marcelino et al, 2008)

2.6.4 Barotrauma

As situações como pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo traduzem a situação de ar extra-alveolar. A existência de pressões ou de volumes correntes muito elevados foi correlacionada ao barotrauma nos pacientes em ventilação mecânica. (Marcelino et al, 2008)

2.6.5 Pneumonia associada à Ventilação Mecânica

De acordo com Camargo et al, 2006, a Pneumonia associada à ventilação mecânica, é a segunda infecção associada aos cuidados de saúde mais prevalente nas UCIs Americanas e a mais prevalente nas UCIs Europeias, representando elevados custos para os sistemas de saúde, uma vez que prolonga o tempo de internamento e aumenta o recurso a antibacterianos.

Importa portanto prevenir o aparecimento desta infecção, na qual o enfermeiro tem um papel fundamental.

Segundo o mesmo autor, as medidas recomendadas para a prevenção da PAV encontram-se subdivididas em quatro subtemas que englobam:

- ✓ A formação da equipa;
- ✓ A vigilância da PAV e a vigilância microbiológica;
- ✓ Prevenção de fatores de risco ao tratamento em si;
- ✓ Prevenção da transmissão de microrganismos

Iremos focar a nossa atenção nos últimos dois subgrupos, pois é nestes que o desempenho dos enfermeiros tem maior relevo. Assim sendo, como principais medidas para prevenção da PAV apresentam-se:

- ✓ Interrupção diária da sedação, uma vez que facilita o desmame ventilatório e por conseguinte reduz o tempo de ventilação mecânica. (Institute for Healthcare Improvement, 2012)
- ✓ Manutenção da pressão do Cuff do tubo traqueal maior ou igual a 20mmHg, evitando assim que as secreções que se acumulam na região subglótica desçam para a árvore brônquica. (Camargo et al, 2006)
- ✓ Manutenção da cabeceira elevada 30-45º, reduzindo assim o risco de aspiração de conteúdo gastrointestinal, de secreções naso e orofaríngeas. Esta medida melhora também a ventilação do doente. (Institute for Healthcare Improvement, 2012)
- ✓ Higiene oral diária com clorexidina; (Institute for Healthcare Improvement, 2012)
- ✓ Profilaxia da úlcera de stress. (Institute for Healthcare Improvement, 2012)
- ✓ Profilaxia da trombose venosa profunda. (Institute for Healthcare Improvement, 2012)
- ✓ Boa higiene das mãos. (Camargo et al, 2006)

2.7 Intervenções de Enfermagem ao doente sob ventilação mecânica

Neste subcapítulo iremos apresentar-vos um artigo publicado em Março de 2012 na Revista American Nurse Today por Parker, bem como as normas de procedimento adotadas pela nossa instituição. O artigo de Parker, 2012 apresenta os 10 pontos fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade ao doente ventilado, os quais passaremos a descrever de seguida.

A **Comunicação**, quer entre os profissionais de saúde, quer com o paciente é encarada como um desses pontos. Através da informação fornecida pela equipa multidisciplinar devemos perceber o porquê do doente ter entrado na nossa unidade e qual é o objetivo do tratamento proposto (melhoria da ventilação, melhoria da oxigenação...). Por outro lado, a comunicação com o doente quando tal é possível, é também de importância vital, pois permite-nos aperceber das necessidades do doente. O recurso a perguntas com resposta simples (sim / não) e a material de escrita, são elementos facilitadores deste processo.

O enfermeiro na avaliação inicial do doente, deve avaliar os sinais vitais, realizar a auscultação pulmonar e **verificar se o modo e os parâmetros ventilatórios estão de acordo com a prescrição**. Devemos ainda certificarmo-nos de que o aspirador está operacional e que se

encontra disponível um insuflador manual. Devemos também ter um conhecimento aprofundado dos valores dos alarmes e das ações a tomar para as diferentes alterações detetadas, bem como hiperoxigenar ou hiperventilar um doente.

A **aspiração** de forma apropriada é outro dos cuidados fundamentais a serem prestados aos doentes sob ventilação mecânica. Apesar de estarem disponíveis guidelines relativamente a este tema, devemos consultar a norma de procedimento da instituição, no entanto as recomendações padrão incluem a não aspiração dos doentes por rotina (técnica apenas realizada quando necessário), hiperoxigenação antes e após o procedimento de forma a evitar a dessaturação, não introdução de soluções salinas pelo tubo-oro-traqueal de forma a promover a saída de secreções, limitar a pressão de sucção ao mínimo possível para a remoção de secreções bem como a duração da aspiração.

A **avaliação das necessidades de sedação / analgesia** através de escalas validadas é outro dos pontos fundamentais para a prestação de cuidados a doentes sob ventilação mecânica. De salientar também, que a melhor forma de prevenir a extubação acidental é o recurso ao controlo da ansiedade e agitação através de medidas farmacológicas e não farmacológicas como a comunicação, o toque e a presença de familiares entre outras.

No campo da **prevenção da infeção** é dado especial realce à prevenção da pneumonia associada ao ventilador, já discutida no subcapítulo anterior.

A **prevenção da instabilidade hemodinâmica** passa pela avaliação permanente dos sinais vitais, ter um conhecimento das principais complicações relacionadas com a ventilação mecânica e saber como agir perante cada uma delas.

Relativamente à **manipulação da via aérea** é dado especial relevo à manutenção da pressão adequada do cuff do tubo endotraqueal, bem como à operação da troca da fita de nastro, que deve ser realizada por dois profissionais, de forma a que um possa manter o tubo numa posição fixa, enquanto o outro troca a fita.

As necessidades **nutricionais do doente**, devem ser determinadas e a alimentação deve ser iniciada o mais precocemente possível. A via de eleição é a entérica, no entanto a parentérica é a alternativa quando a primeira não pode ser utilizada por qualquer motivo.

O **desmame ventilatório apropriado** é outro dos fatores a ter em conta na prestação de cuidados a este tipo de doentes. O trabalho em equipa, a avaliação permanente do doente e o

ajuste dos parâmetros ventilatórios de acordo com as necessidades detetadas é o melhor método para o desmame do doente, no entanto existem também protocolos para este efeito. Os fatores que influenciam o desmame são a doença de base, o estado nutricional e a medicação usada no controlo da ansiedade e da dor.

Para finalizar, é dada importância à **realização dos ensinamentos ao doente/família**, procurando a sua participação no plano de cuidados. Devemos explicar tudo o que fazemos, salientando os objetivos do tratamento e as melhorias que dele podem advir.

De realçar também a existência na nossa instituição de três Normas de Procedimentos de Enfermagem relacionadas com a prestação de cuidados ao doente sob ventilação mecânica:

- ✓ nº 8/II/E – Intervenções de Enfermagem ao doente ventilado; (ANEXO A)
- ✓ nº 9/II/E – Cuidados de Enfermagem ao doente na extubação traqueal; (ANEXO B)
- ✓ nº 10/II/E – Intervenções de Enfermagem na aspiração de secreções através do Tubo Endotraqueal / Traqueostomia; (ANEXO C)

Estas normas uma vez adotadas pela nossa instituição e tendo entrado em vigor no início deste ano devem servir como guia orientador da prestação de cuidados a este tipo de doentes, pelo que servirão também de base à apresentação a realizar aos colegas no que aos cuidados de enfermagem diz respeito.

3 REFERÊNCIAS

3.1 Bibliográficas

- ✓ ACLS – Advanced Cardiovascular Life Support – Provider Manual, **Supplementary Material**, 2012;
- ✓ Camargo, Luis; et al; **Diretrizes sobre a Pneumonia Associada ao Ventilador**; Sociedade Paulista de Infectologia; 2006;
- ✓ Carneiro, António; et al. **MANUAL Do Curso de Equilíbrio Ácido-Base e Hidroelectrolítico**; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009;
- ✓ Carvalho, Carlos Ribeiro; Junior, Carlos; Franca, Suelene – **III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Ventilação mecânica: Capítulo I - Princípios, análise gráfica e modalidades ventilatória**; Jornal brasileiro de Pneumologia; 2007 – vol. 33, suplemento 2s;
- ✓ Carrara, Dirceu; et al; **Oximetria de Pulso** - Conselho de Enfermagem de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf>;
- ✓ CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 10/II/E – **Cuidados de Enfermagem na aspiração de secreções a doentes com entubação endotraqueal**; 3ª revisão; Manual Hospitalar;
- ✓ CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 8/II/E – **Cuidados de Enfermagem ao doente ventilado**, 3ª revisão; Manual Hospitalar;
- ✓ CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 9/II/E – **Cuidados de Enfermagem ao doente na extubação traqueal**, 3ª revisão; Manual Hospitalar;
- ✓ Freire, Helga; **Princípios gerais da oxigenoterapia na emergência – Curso de Ventilação não Invasiva**; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009;
- ✓ Joynt, gavin; et al; **Basic Assessment & Support in Intensive Care** - Department of Anaesthesia & Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong. P.207;2012 - ISBN-13: 978-988-99073-2-7;
- ✓ Marcelino, Paulo; et al. **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico**; Lusociencia, 2008, ISBN: 978-972-8930-42-4;

- ✓ Martins, Alfredo; **Insuficiência Respiratória Aguda** – Manual do Curso de ventilação não Invasiva; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009;
- ✓ Maquet, **Modes of ventilation Servo-i V3.1**, Invasive and Non Invasive – Pocket Guide, 2005;
- ✓ Pádua, Adriana; Martinez, José; **Modos de assistência ventilatória**; Simpósio: MEDICINA INTENSIVA - 4ª PARTE; Capítulo VI; 133-142, abr./jun. 2001;
- ✓ Pádua, Adriano; Alvares Flávia; Martinez, José; **Insuficiência Respiratória** Medicina, Ribeirão Preto, 36 p. 205-213, 2003;
- ✓ PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane; **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**, Volume II - Secção 3 sistema respiratório; Sexta Edição; Lusociência; Lisboa 2003; ISBN 972-8383-65-7;
- ✓ Pinheiro, Cleovaldo; Carvalho, Werther Brunow; **Programa de atualização em medicina intensiva** – Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Editora Panamericana; 2004;
- ✓ SEELY, Rod; Stephens, Trent; Tate, Philip; **Anatomia e Fisiologia**; Terceira Edição; Lusodidacta, 2001. ISBN:972-96610-5-7;
- ✓ SHIMOYA-BITTENCOURT, Walkiria; PEREIRA, Carlos Alberto de Castro; DICCINI, Solange and BETTENCOURT, Ana Rita de Cássia. **Interferência do esmalte de unha na saturação periférica de oxigênio em pacientes pneumopatas no exercício**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.6, pp. 1169-1175. ISSN 0104-1169;
- ✓ Silva, Fátima; Marques, Fernando; Martins, Alfredo; **A permeabilidade das vias Aéreas durante a ventilação não invasiva** – Curso de Ventilação não Invasiva; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009;
- ✓ Thelan, Lynne A.; Davie, Joseph; Urden, Linda; Lough, Mary; **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e intervenção**, 2ª Edição, Lusodidacta, 1994; ISBN: 972-96610-2-2;

3.2 Eletrônicas

- ✓ Hovnanian, André Luiz Dresler; Carvalho, Carlos Roberto Ribeiro; **Insuficiência Respiratória Aguda**, 2012, disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2152/insuficiencia_respiratoria_aguda.htm;
- ✓ How-to Guide: **Prevent Ventilator-Associated Pneumonia**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org;
- ✓ Marchezin, Tânia Mara; **Apostila Ventilação Mecânica**, 2008, disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com/2008/12/arquivos-para-download.html>;
- ✓ McAuley, D.; **A-a gradient (Alveolar to arterial gradient)**, disponível em: <http://www.globalrph.com/aagradient.htm>;
- ✓ Parker, Laura C.; **Top 10 Care essentials for ventilator patients** – American Nurse Today – Março 2012; Disponível em: <http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=8858>;

ANEXO A

Norma de Procedimento nº 8/II/E – Intervenções de Enfermagem ao doente ventilado

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 1/6
ASSUNTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO		ELABORADO POR: Serviço de Enfermagem REVISTO POR Equipa Enfermagem Serviço Pneumologia 3ª REVISÃO POR: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> Em: 02/04/2013	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM – Capítulo II – Alterações Aparelho Respiratório		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado 15/04/2013	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: NP 8/II/E, de 09/03/2009 (3ª Versão)		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Ventilado		Abril 2016	

I – DEFINIÇÃO

Conjunto de medidas que possibilitam ao doente uma adequada ventilação e oxigenação, que visam substituir ou estimular a ventilação espontânea, com a finalidade de proporcionar uma ventilação adequada ao doente que não o consegue realizar espontaneamente.

II – OBJECTIVOS

- Proporcionar ventilação adequada
- Manter uma boa oxigenação
- Reduzir o esforço e o desconforto respiratório
- Repor o equilíbrio ácido-base
- Assegurar a comunicação
- Prevenir complicações

III - INFORMAÇÕES GERAIS

A) – Quem executa?

- O enfermeiro

B) - Horário

- 1 vez por turno
- 3 vezes por turno

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 2/6
--	--	----------------------------

- 3 vezes por dia
- SOS

C) – Orientações quanto à execução

- No doente submetido a ventilação mecânica, devem ser evitados os posicionamentos em decúbitos laterais puros, pelo risco de diminuição da expansão pulmonar.
- Incentivar a fazer as mobilizações activas ou activas assistidas dos membros inferiores e superiores,
- O aumento do tempo expiratório sugere broncoespasmo.
- A diminuição do volume corrente pode ser sugestivo de fuga no circuito, ou rotura do cuff.
- O aumento da pressão nas vias aéreas pode ser sugestivo de retenção de secreções, de obstrução no circuito ou de broncoespasmo.
- A emissão de sons provenientes da orofaringe pode ser sugestiva de diminuição da pressão do cuff, rotura do cuff ou deslocação do tubo endo-traqueal.
- A assimetria do tórax e/ou diminuição do murmúrio vesicular num dos hemitorax, pode ser sugestivo de deslocação do tubo endo-traqueal para um brônquio principal ou pneumotorax.
- Deve ser evitada tracção do tubo endo-traqueal, mantendo o adequado posicionamento das traqueias e o ventilador fixo/imobilizado.
- A cabeceira da cama do doente submetido a ventilação mecânica deve estar elevada entre 30 a 45°, salvo se contra indicado ou se prescrição médica.
- Efetuar interrupção diária da sedação de acordo com o protocolo de sedação (caso exista)
- Avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório (aplicação de protocolo, caso exista)
- Proceder à higiene oral com clorhexidina (solução oral).
- Para prevenir a extubação acidental deve-se:
 - Fixar o tubo endo-traqueal com tira de nastro de modo a impedir que o mesmo se desloque.
 - Avaliar 1x turno e SOS a pressão do cuff
 - Assinalar na folha de registos o nível do tubo endo-traqueal e verificar periodicamente se houve deslocação

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 3/6
--	--	----------------------------

- Pressão do cuff:
 - 20 a 25 cmH₂O– pressões mais elevadas podem comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquémicas.
 - A pressão do cuff do tubo endotraqueal ou da traqueostomia deve ser o suficiente para evitar a saída de ar ou a passagem de secreções que se encontrem acima do cuff.
- **Técnica de oclusão mínima:**
 - Colocar o estetoscópio sobre a laringe
 - Remover o ar lentamente (em quantidades de 0,2ml) do cuff até se ouvir a fuga de ar
 - Reintroduzir o ar lentamente (em quantidades de 0,2ml) até que a fuga inspiratória termine

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO

- Material para aspiração de secreções
- Material para higiene oral
- Fita de nastro
- Estetoscópio
- Manómetro de pressão

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 4/6
--	--	----------------------------

V - PROCEDIMENTO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1 - Proceder à higiene das mãos	1 - Prevenir a infecção cruzada
2 - Explicar ao doente os procedimentos	2 - Diminuir a ansiedade - Obter colaboração
3 - Incentivar a comunicação, estimulação táctil e sensorio-motora	3 - Diminuir a ansiedade - Facilitar a comunicação
4 - Posicionar o doente 3 vezes por turno ou em SOS de acordo com a situação, alternando regularmente o decúbito dorsal com semi-dorsais, tendo em consideração a necessidade de repouso do doente no período nocturno.	4 - Facilitar a mobilização e drenagem de secreções - Prevenir o aparecimento de zonas de pressão - Promover descanso - Permitir posterior colaboração no desmame ventilatório
5 - Monitorizar continuamente Frequência Cardíaca, Tensão Arterial, Frequência Respiratória e SPO2	5 - Despistar alterações hemodinâmicas
6 - Vigiar coloração das mucosas	6 - Despistar sinais de hipoxémia
7 - Observar parâmetros e funcionamento do ventilador, no início de cada turno e SOS (deterioração do estado clínico do doente ou activação de alarmes do ventilador), e registá-los na folha de registos de enfermagem.	7 - Manter boa oxigenação - Prevenir complicações - Identificar e registar variações na forma de ventilação

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 5/6
--	--	----------------------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
8 - Vigiar sinais de desadaptação ventilatória: diminuição do volume corrente, aumento ou diminuição da frequência respiratória, aumento das pressões, diminuição da SatO ₂	8 - Despistar precocemente desadaptação ventilatória
9 - Efectuar aspiração de secreções no tubo endotraqueal (NP 10/II/E) e na orofaringe (NP 5/II/E)	9 - Permitir uma boa oxigenação - Prevenir complicações - Manter a permeabilidade do tubo endotraqueal
10 - Efectuar correcta fixação do tubo endotraqueal, mantendo-o ao nível adequado e substituir a fixação diariamente e em SOS aquando dos cuidados de higiene, alternando a posição do tubo na boca	10 - Prevenir a infecção e as lesões cutâneas - Proporcionar conforto - Evitar contacto do tubo endotraqueal sempre na mesma região - Prevenir exteriorização do tubo endotraqueal ou introdução em demasia na árvore brônquica
11 - Avaliar a pressão do cuff do tubo endotraqueal 1 vez por turno	11 - Prevenir deslocação do TET - Prevenir lesões da mucosa traqueal - Evitar fugas de ar
12 - Fazer higiene oral 3 vezes dia e em SOS	12 - Redução da carga microbiana oral - Prevenir a infecção
13 - Substituir o filtro humidificador e harmónio diariamente e em SOS	13 - Prevenir infecção - Proporcionar conforto
14 - Proceder à higiene das mãos	14 - Prevenir infecção cruzada

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO	N.º 8/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 6/6
--	--	----------------------------

VI – REGISTOS

- Data e hora
- Modalidade ventilatória instituída
- Parâmetros ventilatórios programados
- Reacções do doente à ventilação;
- Existência de estímulo respiratório próprio
- Características das secreções;
- Frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e SatO₂;
- Coloração das mucosas;
- Valores da gasimetria;
- Nível, calibre e pressão do cuff do tubo endo-traqueal;
- Intercorrências
- Assinatura legível e nº mecanográfico

ANEXO B

Norma de Procedimento nº 9/II/E – Cuidados de Enfermagem ao doente na extubação traqueal;

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 9/II/E DATA: 06/05/2013	FOLHA 1/4
ASSUNTO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE NA EXTUBAÇÃO TRAQUEAL		ELABORADO POR: Serviço de Enfermagem 3ª REVISÃO POR: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Em: 03/05/2013	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM – Capítulo II – Alterações Aparelho Respiratório		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado 06/05/2013	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: NP 9/II/E, de 21/05/2009 (3ª Versão)		A REVER EM: Mai 2016	

I - DEFINIÇÃO

É um conjunto de acções que consistem na remoção intencional do tubo endotraqueal, através do qual foi temporariamente possível o doente ventilar espontânea ou mecanicamente.

II - OBJECTIVOS

- Manter uma boa oxigenação
- Prevenir complicações

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A) Quem executa?

- O médico com a colaboração do enfermeiro

B) Horário

- Por indicação médica

C) Orientações quanto à execução

- A terapêutica depressora do centro respiratório deve ser evitada
- O material de Entubação / Ventilação Invasiva deverá ser mantido operacional e em local de fácil acesso, pois pode ser necessária a reentubação do doente

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE NA EXTUBAÇÃO TRAQUEAL	N.º 9/II/E DATA: 06/05/2013	FOLHA 2/4
---	--	----------------------------

- Colocar o doente com a cabeceira da cama elevada na posição de fowler ou semi-fowler
- A alimentação deve ser interrompida preferencialmente 4 horas antes da extubação. Se não for possível, colocar a sonda gástrica em drenagem livre antes da extubação traqueal
- Retirar o tubo traqueal no momento coincidente com a expiração do doente, facilitando a expulsão de secreções e prevenindo complicações
- Após a extubação, não deverá ser imediatamente estimulada a comunicação verbal, por dificuldade de comunicação por parte do doente devido à inflamação das cordas vocais (só cerca de 1 hora após a extubação)
- Após a extubação é necessário reiniciar cuidadosamente a alimentação com líquidos e sólidos, uma vez que a função glótica só é retomada passadas 4 a 6 horas
- Complicações da extubação:
 - Rouquidão
 - Edema laringeo
 - Laringoespasma
 - Estridor
 - Paralisia das cordas vocais
 - Estenose da glote

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO

- Estetoscópio
- Material para aspiração de secreções
- Seringa de 10cc
- Carro de urgência com material para entubação endotraqueal / ventilação mecânica
- Máscara de oxigénio

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE NA EXTUBAÇÃO TRAQUEAL	N.º 9/II/E DATA: 06/05/2013	FOLHA 3/4
---	--	----------------------------

V - PROCEDIMENTOS

Antes da extubação	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1- Proceder à higiene das mãos	1 - Prevenir infecção cruzada
2 - Explicar ao doente os procedimentos e qual a colaboração que se pretende	2 - Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração
3 - Aspirar secreções	3 - Manter a permeabilidade das vias aéreas
4 - Colocar o doente em posição de semi-fowler ou fowler, se a sua situação o permitir	4 - Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar - Obter boa oxigenação
5 - Fazer higiene oral e nasal se necessário	5 - Proporcionar conforto e prevenir infecção
6 - Monitorizar a frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de O ₂ e vigiar a amplitude respiratória, estado de consciência e coloração da pele e mucosas	6 - Prevenir complicações

Durante a extubação	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
7 - Aspirar secreções imediatamente antes da extubação	7 - Manter a permeabilidade das vias aéreas e prevenir complicações
8 - Desinsuflar o cuff do tubo traqueal; retirar a fixação do tubo traqueal e retirar o tubo traqueal	8 - Evitar traumatismos aquando a retirada do tubo traqueal
9 - Aspirar fossas nasais e orofaringe utilizando outra sonda de aspiração	9 - Facilitar a remoção de secreções - Melhorar a capacidade respiratória - Prevenir infecções
10 - Colocar máscara de oxigénio ou similar e efectuar oxigenoterapia de acordo com a prescrição médica	10 - Manter boa oxigenação
11 - Proceder à higiene das mãos	11 - Prevenir a infecção cruzada

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE NA EXTUBAÇÃO TRAQUEAL	N.º 9/II/E DATA: 06/05/2013	FOLHA 4/4
---	--	----------------------------

Após a extubação	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
12 - Manter o doente em posição de Semi-fowler ou fowler, se a situação permitir	12 - Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar - Obter boa oxigenação
13 – Estimular o doente a respirar ampla e pausadamente	13 - Manter boa oxigenação - Prevenir complicações
14 - Estimular a tosse (fazendo contenção da sutura abdominal se existir)	14 - Facilitar a drenagem de secreções - Manter boa oxigenação - Prevenir complicações - Diminuir a dor
15 - Colaborar na colheita de sangue arterial para gasimetria, após a extubação ou de acordo com prescrição médica	15 - Despistar eventuais complicações
16 – Monitorizar a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de O ₂ e vigiar amplitude respiratória, estado de consciência e coloração da pele e mucosas	16 - Detetar precocemente sinais e sintomas sugestivos de dificuldade respiratória
17 - Manter o doente sob oxigenoterapia, de acordo com prescrição clínica	17 - Manter boa oxigenação

VI – REGISTOS

- Procedimento (Data / Hora)
- Parâmetros ventilatórios / Fonte de O₂ após a extubação
- Reacção do doente Pré, Durante e Pós – extubação
- Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação de O₂
- Características das secreções
- Intercorrências
- Assinatura legível e nº mecanográfico

ANEXO C

Norma de Procedimento nº 10/II/E – Intervenções de Enfermagem na aspiração de secreções através do Tubo Endotraqueal / Traqueostomia;

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 10/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 1/4
ASSUNTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ATRAVÉS DO TUBO ENDOTRAQUEAL/TRAQUEOSTOMIA		ELABORADO POR: Serviço de Enfermagem 4ª REVISÃO POR: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> Em: 02/04/2013	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM – Capítulo II – Alterações Aparelho Respiratório		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado 15/04/2013	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: NP 10/II/E, de 21/05/2009 (3ª Versão)		A REVER EM: Abril 2016	
PALAVRAS-CHAVE: Aspiração			

I – DEFINIÇÃO

È um conjunto de acções que visam a aspiração/remoção de secreções das vias aéreas superiores, através de um tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia

II – OBJECTIVOS

- Manter a permeabilidade das vias aéreas
- Promover uma boa oxigenação
- Prevenir complicações relacionadas com a retenção de secreções traqueo-brônquicas
- Colher amostras de secreções traqueo-brônquicas

III - INFORMAÇÕES GERAIS

A) – Quem executa?

- Enfermeiro

B) - Horário

- De acordo com a necessidade do doente

C) – Orientações quanto à execução

- Utilização de técnica asséptica

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES A DOENTES COM ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	N.º 10/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 2/4
---	---	----------------------------

- É obrigatório o uso de máscara.
- Todo o material para a aspiração de secreções deve estar preparado junto ao doente ventilado
- O aumento da pressão nas vias aéreas pode ser sugestivo de presença de secreções
- A existência de roncospinos (ruídos de tonalidade grave, audíveis nos dois tempos respiratórios), sugerem presença de secreções em brônquios de grande calibre
- A existência de sibilos (ruídos de tonalidade aguda e fina, audíveis nos dois tempos respiratórios), sugerem obstrução dos pequenos brônquios, por secreções, ou por broncoespasmo.
- A pressão de aspiração excessiva pode originar a hipóxia ou traumatismo da mucosa da traqueia, não devendo ultrapassar:
 - 80 mmHg nas crianças com menos de 1 ano
 - 120 mmHg nos restantes doentes
- Antes e/ou após cada aspiração, deve ser efectuada hiperoxigenação, para prevenir hipoxémia (excepto nos doentes com DPOC) utilizando o insuflador manual ou aumentando temporariamente a FiO₂ do ventilador
- O calibre da sonda de aspiração não deve exceder metade do calibre do tubo endotraqueal. Recomenda-se:

Tubo endotraqueal/ Cânula de traqueostomia (mm)	Sonda de aspiração (Ch)
2,0	4
3,0	5
4,0	6
5,0	8
6,0	10
7,0	12
8,0	14

- A duração de cada aspiração não deve ultrapassar os 10 segundos. Aspirações com duração superior a 15 segundos podem provocar hipoxia, alterações cardíacas e broncoespasmo
- A sonda de aspiração não deve ser introduzida para além do tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia, para prevenir traumatismo/lesão da traqueia
- A instilação de Soro Fisiológico (SF) deve ser evitada, pois aumenta o risco de infecção e diminui o tempo de recuperação da oxigenação. Se as secreções forem muito espessas, instilar 3 a 5 cc de soro fisiológico (nos adultos), 0,5 a 1cc (nas crianças), devendo obrigatoriamente ser precedida de pré aspiração

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES A DOENTES COM ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	N.º 10/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 3/4
---	---	----------------------------

- Quando se efectua a aspiração de secreções do tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia, poderá ser necessário efectuar higiene oral ou aspiração de secreções da orofaringe/supra-glóticas, para impedir a passagem de secreções para as vias aéreas por eventual mobilização do tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia
- O sistema de aspiração deve ser substituído na íntegra:
 - 48/48 horas;
 - S.O.S.

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO

- Máscara
- Sondas de aspiração
- Ampolas de 10 cc de Soro Fisiológico
- Luvas não esterilizadas e esterilizadas
- Recipiente com água destilada/soro fisiológico
- Tubo de aspiração
- Controle digital de aspiração
- Insuflador manual
- Estetoscópio

V - PROCEDIMENTO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Proceder à higiene das mãos.	1. Prevenir infecção
2. Explicar ao doente os procedimentos.	2. Diminuir a ansiedade. Obter colaboração
3. Conectar a fonte de oxigénio ao insuflador manual ou aumentar a FiO ₂ do ventilador para 100%, caso o doente esteja ventilado	3. Prevenir hipóxia
4. Colocar máscara e calçar luvas não esterilizadas	4. Prevenir infecção
5. Inserir a conexão da extremidade da sonda no controle digital de aspiração, mantendo-a protegida pelo respectivo invólucro e ligar o aspirador.	5. Dar continuidade ao procedimento.
6. Calçar uma luva esterilizada na mão dominante e segurar a parte estéril da sonda com essa mão	6. Prevenir infecção
7. Desconectar o doente do ventilador/fonte de oxigénio.	7. Dar início ao procedimento

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES A DOENTES COM ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	N.º 10/II/E DATA: 15/04/2013	FOLHA 4/4
---	---	----------------------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
8. Inserir a sonda no tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia, com a mão dominante, suavemente e sem aspirar, de modo a não ultrapassar o tamanho do tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia	8. Prevenir traumatismo da traqueia e árvore respiratória.
9. Aspirar de forma intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai removendo a sonda de aspiração.	9. Remover as secreções. Prevenir hipoxia.
10. Conectar o doente à fonte de oxigénio/ventilador.	10. Permitir a ventilação mecânica.
11. Descartar a sonda enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso.	11. Prevenir infeção
12. Auscultar os campos pulmonares.	12. Avaliar a eficácia da aspiração.
13. Posicionar o doente se necessário	13. Providenciar conforto
14. Limpar o interior do tubo de aspiração, fazendo aspiração de água destilada ou soro fisiológico	14. Prevenir infeção
15. Suprimir a fonte de aspiração	15. Evitar desperdícios
16. Proceder à higiene das mãos.	16. Prevenir infeção


VI – REGISTOS

- Procedimento (data e hora)
- O motivo da aspiração
- Características das secreções
- Complicações
- Estado do utente após a aspiração
- Intercorrências
- Assinatura legível e nº mecanográfico

APENDICE XV

Slides da Ação de Formação: “Abordagem ao Doente em
Insuficiência Respiratória Aguda.”

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Constituído por um conjunto de estruturas que se encontram funcionalmente relacionadas e que podem ser agrupadas em dois “órgãos” que são responsáveis pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. (7;8)


O pulmão

- ✓ vias aéreas
- ✓ alvéolos

É o órgão responsável pelas trocas gasosas.

Enf. Vítor Manco 3

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

SISTEMA RESPIRATÓRIO

A **bomba respiratória** que é constituída:

- ✓ pelo centro respiratório do sistema nervoso central
- ✓ pela via piramidal
- ✓ pela célula do corno anterior da medula espinal,
- ✓ pelo neurónio motor
- ✓ pela junção neuromuscular e pelos músculos/caixa torácica(7;8)


É o “órgão” responsável pela ventilação alveolar.


Enf. Vítor Manco 4

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
A
G
U
D
A

DEFINIÇÃO

A insuficiência respiratória aguda ocorre quando o sistema respiratório não consegue manter os valores da PaO₂ e da PaCO₂ dentro dos limites da normalidade, não conseguindo desta forma satisfazer as necessidades metabólicas do organismo. (1;2;8)






Enf. Vítor Manco

5

Fonte Imagem: <http://pulmaosars.wordpress.com/2010/04/25/oximetro-quando-preciso-usar-oximetro-qual-entao-preciso-oximetro/>

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
A
G
U
D
A

CASO PRÁTICO



Sr^a. A de 74 anos de idade com antecedentes de HTA e DM Tipo II, que deu entrada no serviço de Urgência por quadro de dificuldade respiratória com três dias de evolução associada a hipertermia.

- Realizou:
- ✓ **Analises:** Leucócitos 18 000; Neutrófila; PCR 150
- ✓ **GSA s/ Oxigenoterapia:** Ph 7,39; PaO₂ 55; PaCO₂ 40; HCO₃ 26
- ✓ **Rx Torax:** Hipotransparência bilateral

}

Transferida para a UIDA

Do ponto de vista respiratório à entrada na UIDA apresentava-se polipneica em repouso com respiração toraco-abdominal de baixa amplitude com 26 ciclos respiratórios por min. SPO₂ 85% sem O₂ suplementar.

Estará esta doente em insuficiência respiratória?
Qual será o tipo de insuficiência respiratória presente neste caso?

Enf. Vítor Manco


6

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

CLASSIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA QUANTO À SUA FISIOPATOLOGIA



- **Insuficiência respiratória tipo I (Hipoxémica):**
PaO₂ <8 kPa (60 mmHg) - ar ambiente.

- **Insuficiência respiratória tipo II (Hiperclápnica):**
PaCO₂ > 6,7 kPa (50 mm Hg)


Enf. Vítor Manco 7

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

CASO PRÁTICO - Continuação



Após colocação de oxigenoterapia por máscara de venturi a 60%, realizou-se gasimetria de controlo que revelou:

GSA c/O₂ a 60%: Ph 7,39; PaO₂ 61; PaCO₂ 40; HCO₃ 26

Estará ainda esta doente em Insuficiência Respiratória?

Enf. Vítor Manco 8

SE DOENTE SOB OXIGENOTERAPIA



R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
A
G
U
D
A

Assumimos que se encontra em insuficiência respiratória quando $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$, sendo que quanto menor for esta relação mais grave será a insuficiência respiratória.^{4,5}

$$\text{No caso apresentado: } \frac{PaO_2}{FiO_2} = \frac{61}{0,6} = 102$$

Enf. Vítor Manco

9

FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA



R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
A
G
U
D
A

A compreensão da fisiopatologia dá-nos um contributo importante para a identificação de estratégias de abordagem adequadas.

As principais causas de insuficiência respiratória são:

- ✓ Baixa pressão parcial de oxigénio no ar inspirado;
- ✓ Hipoventilação
- ✓ Alterações na relação ventilação/perfusão
- ✓ Alterações na difusão (5)

Enf. Vítor Manco

10

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

BAIXA PRESSÃO PARCIAL DE OXIGÉNIO NO AR INSPIRADO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

↓ Fracção de O₂ no ar inspirado ↘

Redução do gradiente de difusão de oxigénio através da membrana alveolar.

$$PBO_2 = PB \times FIO_2$$

PBO₂ - pressão parcial de O₂ na atmosfera
 PB - pressão barométrica
 FIO₂ - fração de oxigénio no ar atmosférico

Enf. Vítor Manco 11

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

BAIXA PRESSÃO PARCIAL DE OXIGÉNIO NO AR INSPIRADO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

Exemplo:


- A pressão atmosférica ao nível do mar é de 760mmHg, o que corresponde a uma pressão parcial de oxigénio de **159.6 mmHg** (21% de 760).
- Numa altitude de 2500m a pressão atmosférica é de 544mmHg, sendo a pressão parcial de oxigénio de $0.21 \times 544 =$ **114mmHg**

A altitude é portanto o principal mecanismo que potencia este tipo de Insuficiência respiratória. (5;6)

Enf. Vítor Manco 12

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
 I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
 A
G
U
D
A

HIPOVENTILAÇÃO



 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

Através da ventilação o ar deve alcançar os alvéolos, renovando o ar alveolar, dependendo este mecanismo do funcionamento da bomba ventilatória.

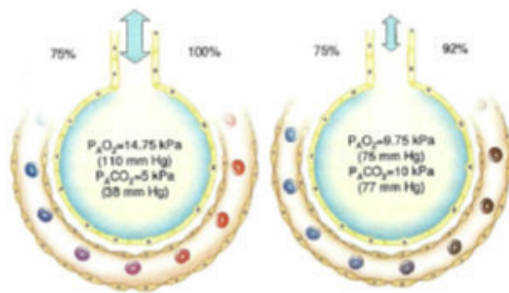



Figura 1. Representação esquemática de uma unidade alveolar-capilar normal e uma unidade alveolar-capilar hipoventilada. (5,P.12)

Enf. Vítor Manco 13

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
 I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A
 A
G
U
D
A

CAUSAS DE HIPOVENTILAÇÃO




 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

- **Depressão do centro respiratório (5;6):**
 - ✓ ingestão de drogas
 - ✓ anestesia
 - ✓ TCE
 - ✓ encefalopatia
 - ✓ fadiga
- **Alteração do estímulo respiratório durante a sua transmissão dos nervos para os músculos(5;6):**
 - ✓ lesão medular
 - ✓ doença do neurônio motor
 - ✓ síndrome de Guillain-Barre

Enf. Vítor Manco 14

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

CAUSAS DE HIPOVENTILAÇÃO



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

- **Disfunção da junção neuro-muscular (5;6):**
 - ✓ agentes paralisantes
 - ✓ miastenia gravis

- **Disfunção dos músculos da respiração (5;6):**
 - ✓ miopatia
 - ✓ Fadiga
 - ✓ Desnutrição
 - ✓ distrofia muscular


- **Anormalidades da parede torácica (5;6):**
 - ✓ cifoescoliose
 - ✓ espondilite anquilosante
 - ✓ fibrose pleural

Enf. Vítor Manco

15


R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

ALTERAÇÕES NA RELAÇÃO VENTILAÇÃO / PERFUSÃO




IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Para que as trocas gasosas se realizem eficazmente, a ventilação (V) e a perfusão (Q) devem estar equilibradas. (2,3)



O equilíbrio V/Q, pode ser afetado de duas formas:



Alvéolos bem ventilados, mas sem perfusão (aumento do espaço morto).

Alvéolos não ventilados, mas bem perfundidos (Shunt).

Enf. Vítor Manco

16

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

ALVÉOLOS BEM VENTILADOS, MAS SEM PERFUSÃO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

O ar entra e sai dos alvéolos, não ocorrendo a sua difusão.

O CO₂ não tem a oportunidade de se difundir do sangue para os alvéolos e o sangue com uma concentração elevada de CO₂ é entra na aurícula esquerda.

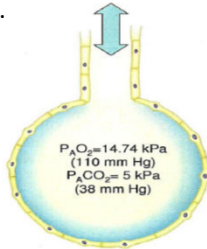


Figura 2. Representação esquemática de ventilação do espaço morto. Como o alvéolo não é profundo não ocorrem as trocas gasosas. (5, p.13)

De forma a compensar a subida da PaCO₂, fisiologicamente ocorre um aumento do volume minuto permanecendo a PaCO₂ relativamente constante até que o doente não seja capaz de compensar.

Enf. Vítor Manco 17

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

ALVÉOLOS BEM VENTILADOS, MAS SEM PERFUSÃO - Exemplos

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

- ✓ Hipovolémia
- ✓ Tromboembolismo pulmonar
- ✓ Diminuição da função cardíaca
- ✓ Pressões intratorácicas elevadas (consequência da ventilação mecânica).

Enf. Vítor Manco 18

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

ALVÉOLOS NÃO VENTILADOS, MAS BEM PROFUNDIDOS (SHUNT)

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

Ventilação alveolar comprometida →

- ✓ colapso alveolar
- ✓ pus
- ✓ sangue
- ✓ edema

- ✓ O sangue atravessa os alvéolos, sem ter a oportunidade de ser oxigenado.
- ✓ Causa fisiopatológica mais comum de insuficiência respiratória hipoxémica.

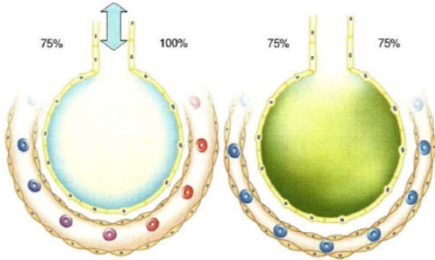


Figura 3. Representação esquemática mostrando o shunt do qual resulta uma queda na saturação de oxigênio.⁵

Enf. Vítor Manco 19

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

ALVÉOLOS NÃO VENTILADOS, MAS BEM PROFUNDIDOS (SHUNT)

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

De forma a compensar o comprometimento ventilatório

↓

Vasoconstrição pulmonar, diminuindo o fluxo de sangue para estes alvéolos.

Normalmente o fluxo de sangue não desce tanto como a disponibilidade de O₂, o que origina uma redução da saturação total de oxigênio na veia pulmonar → **HIPOXÉMIA**

Enf. Vítor Manco 20

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

ALVÉOLOS NÃO VENTILADOS, MAS BEM PROFUNDIDOS (SHUNT) - Exemplos

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

- ✓ Pneumonia
- ✓ Edema pulmonar
- ✓ Contusão pulmonar
- ✓ Atelectasias

Enf. Vítor Manco 21

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

ALTERAÇÕES NA DIFUSÃO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

O processo de difusão representa a passagem dos gases através da membrana alvéolo-capilar.


Estas alterações conduzem a uma diminuição na PaO_2 , (hipoxia). (5)

Figura 4. Representação esquemática de alteração na difusão. Note-se a diferença na entre o ar e o sangue à direita em comparação com a esquerda (normal). (5, p.13)

Enf. Vítor Manco 22

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

ALTERAÇÕES NA DIFUSÃO




Diversos são os fatores que podem afetar a difusão, dos quais destacamos:

- ✓ **Alteração da espessura e composição da membrana alvéolo – capilar:** Ex. Doença intersticial pulmonar; fibrose pulmonar (1)
- ✓ **Redução da superfície da membrana de difusão:** Ex. Enfisema (1)

Enf. Vítor Manco 23

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

GRADIENTE ALVEOLO – ARTERIAL DE O₂




Traduz a diferença entre as pressões parciais de oxigénio no espaço alveolar (PAO₂) e no sangue arterial (PaO₂).

$$G(A-a) = PAO_2 - PaO_2$$

É usado para determinar se um shunt ou anormalidade de difusão está presente, sendo uma medida fundamental da capacidade de transferência do oxigénio do ar alveolar para o sangue. (7;8)

Enf. Vítor Manco 24

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

GRADIENTE ALVEOLO – ARTERIAL DE O₂

A PaO₂ é obtida através da gasimetria, sendo que a PAO₂ é calculada através da fórmula dos gases alveolares:

$$PAO_2 = [FiO_2 \times (PB - PH_2O)] - (PaCO_2/R)$$


PB – Pressão Barométrica – 760 mmHg, nível do mar

PH₂O - Pressão parcial de H₂O nas vias aéreas - 47mmHg a 37°C (valor usual)

R – quociente respiratório = estimado em 0.8, podendo ser eliminado quando FiO₂ > 60%

Enf. Vítor Manco 25

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



 Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

Caso A – Calculo do Gradiente alvéolo – arterial

✓ **GSA** s/ Oxigenoterapia: Ph 7,39; PaO₂ 55; PaCO₂ 40; HCO₃ 26

$$PAO_2 = [FiO_2 \times (PB - PH_2O)] - (PaCO_2/R)$$

$$PAO_2 = [0,6 \times (760 - 47)] - 40$$

$$PAO_2 = 387,8$$

$$G(A-a) = PAO_2 - PaO_2$$

$$G(A-a) = 388 - 55$$

$$G(A-a) = 333$$

Gradiente normal neste caso poderia ir até 41.

Enf. Vítor Manco 26

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

GRADIENTE ALVEOLO – ARTERIAL DE O₂

Valores normais de G(A-a) encontram-se < 20 mmHg.

O **G(A-a)** pode ser influenciado quer pela **idade**, e pelo **FiO₂**.

A forma para o calculo do gradiente A-a normal adaptado à idade é a seguinte (9) :

$$\mathbf{G(A-a) = (idade+10)/4;}$$

Para o ajuste do gradiente A-a devido ao FiO₂ devemos aumentar 5 a 7 mmHg por cada 10% de aumento no F_iO₂; (9)

Enf. Vítor Manco 27

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

GRADIENTE ALVEOLO – ARTERIAL DE O₂

Valor do G(A-a) aumentado

↓

Doença do parênquima pulmonar, (presença de Shunt ou alterações na difusão).

Um gradiente normal

↓

Hipoxemia pode ser explicada pela hipercapnia.

Enf. Vítor Manco 28

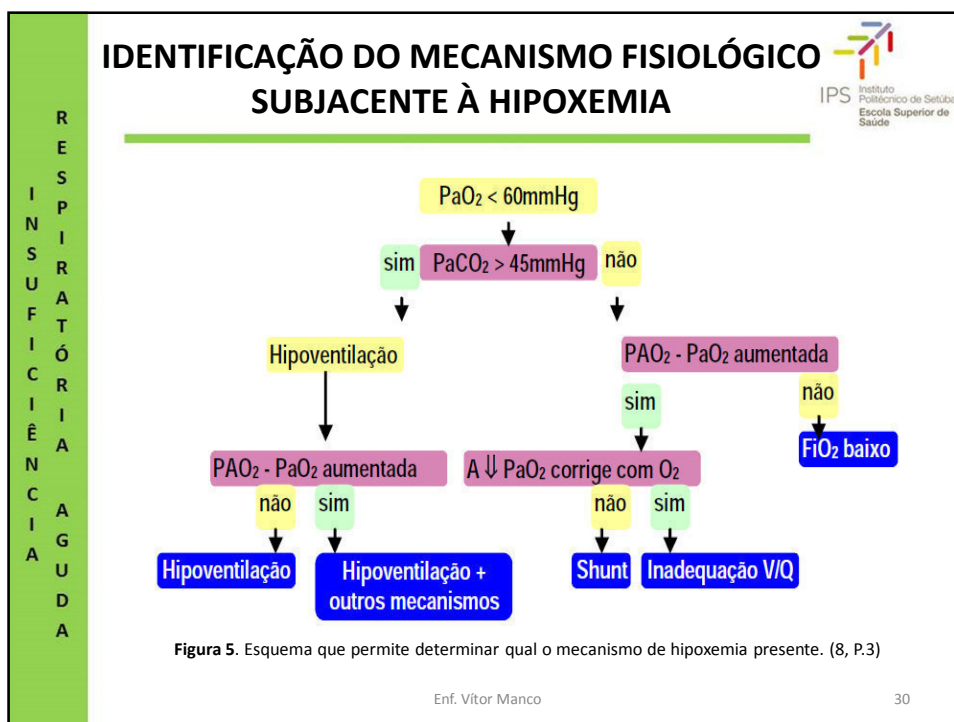
RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA

CASO PRÁTICO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde


Dos mecanismos fisiológicos apresentados qual será o que melhor justifica a hipoxemia apresentada pela doente?

Enf. Vítor Manco 29



RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA


 IPS Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde


A abordagem do doente crítico é realizada segundo a metodologia ABCDE: com o objetivo de (5):

- ✓ Identificar alterações fisiológicas;
- ✓ Identificar a melhor forma de corrigir essas mesmas alterações;
- ✓ Diagnosticar o problema de base;

Enf. Vítor Manco 31

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA

SINAIS E SINTOMAS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA


 IPS Instituto Politécnico de Setúbal
 Escola Superior de Saúde

	Hipoxemia aguda	Hipercapnia
Sistema nervoso central	Confusão	Apreensão
	Instabilidade motora	Confusão
	Convulsões/coma	Torpor/coma
Efeitos cardiovasculares	Iniciais: taquicardia, hipotensão	Sinais de vasoconstricção e vasodilatação
	Hipoxemia grave: bradicardia, sinais de baixo débito	
Aparelho respiratório	Taquipneia	Taquipneia
	Dispneia	Dispneia
	Uso de musculatura acessória	Uso de musculatura acessória


Tabela 1: Sinais e sintomas de hipoxemia e hipercapnia: (10, P.4)

Enf. Vítor Manco 32

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

Oximetria de Pulso

Método não invasivo que permite avaliar a percentagem de hemoglobina arterial na configuração de oxihemoglobina.



A relação entre a saturação e PaO₂ é descrita pela curva de dissociação da oxihemoglobina. (5,11,12)

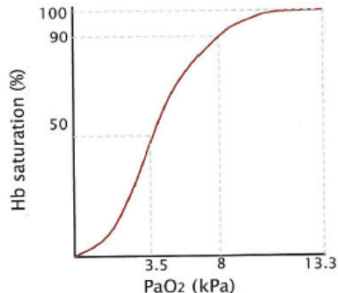



Figura 6. Curva de dissociação da oxihemoglobina: (5, P.16)

Enf. Vítor Manco
33

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

FONTES DE ERRO NA AVALIAÇÃO DA SPO₂




<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os movimentos do paciente ✓ Os estados de baixa perfusão periférica. ✓ Hipoxemia local ✓ Baixa saturação de O₂ (inferior a 70%) ✓ Alterações nos níveis de bilirrubina ✓ Anemia ✓ Oclusão arterial próxima ao sensor 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esmalte de unhas ✓ Vasoconstrição periférica ✓ Utilização incorreta do sensor ✓ Corantes intravasculares (indocianina verde ou azul de metileno) ✓ Posicionamento de sensor em extremidade com manga para pressão arterial ou cateter arterial
---	--

(11;12)

Enf. Vítor Manco
34

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA




OXIGENOTERAPIA – Objetivos

- ✓ Diminuição dos sintomas associados à hipoxemia crónica.
- ✓ Correção da hipoxemia aguda (suspeita / comprovada).
- ✓ redução do trabalho cardiopulmonar imposto pela hipoxemia. (6)

Enf. Vítor Manco 37

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA



DISPOSITIVOS DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÉNIO

Dispositivo	Fluxo de Oxigénio (l/min)	FiO ₂ (%)*
Cânula Nasal	1	21 – 24
	2	25 – 28
	3	29 – 32
	4	33 – 36
	5	37 - 40
	6	41 - 44
Mascara Simples	6 a 10	35 - 60
Mascara de Venturi	4 a 8	24 – 40
	10 a 12	40 a 50
Mascara com Reservatório	6	60
	7	70
	8	80
	9	90
	10 - 15	95 - 100

*Percentagens aproximadas

Tabela 2: Relação entre os dispositivos de administração de oxigénio e a respectiva FiO₂ (13, P.4)


Enf. Vítor Manco 38


R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A


QUESTÕES



 Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Ent. Vítor Manco

39



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Abordagem ao Doente com Insuficiência Respiratória Aguda - VENTILAÇÃO MECÂNICA -

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Módulo – Estágio III

Autor: Enfermeiro Vítor Manco
Tutoria: Enfermeira Especialista
Enfermeiro Especialista
Docente orientador: Professora Doutora

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A


I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

VENTILAÇÃO MECÂNICA

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

A ventilação mecânica é um método que permite substituir total ou parcialmente a ventilação de um indivíduo.



Enf. Vítor Manco 41

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

VENTILAÇÃO MECÂNICA - Objectivos

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde


- **Promoção de uma adequada:**
 - ✓ **ventilação** → acidose respiratória associada à hipercapnia.
 - ✓ **Oxigenação** → a correcção da hipoxemia.
- **Alívio do trabalho da musculatura respiratória, evitando a exaustão.**

(14;15)

Enf. Vítor Manco 42

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

CASO A



A Sr^a. A no segundo dia de internamento apresenta-se confusa, polipneica em repouso com respiração toraco-abdominal de baixa amplitude com 35 ciclos respiratórios por min. SPO₂ 82% com O₂ por máscara com reservatório a 15l/min. Monitorizada com traçado rítmico de base sinusal com frequência cardíaca de 125 batimentos por min.


- Realizou:
- ✓ **Analises (2):** Leucócitos 21 000; Neutrófila; PCR 220
- ✓ **GSA (3) c/ O₂ 100% :** Ph 7,34; PaO₂ 50; PaCO₂ 45; HCO₃ 26
- ✓ **Rx Torax:** Hipotransparência bilateral

TERÁ ESTA DOENTE CRITÉRIOS PARA SER VENTILADA?

Enf. Vítor Manco
43

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
CARDIACA

VENTILAÇÃO MECÂNICA – Quando Iniciar ?



Parâmetros	Normal	Considerar VM
Frequência respiratória	12-20	>35
Volume corrente (mL/kg)	5-8	<5
Capacidade Vital (mL/kg)	65-75	<50
Volume minuto (L/min)	5-6	>10
Pressão inspiratória máxima (cmH ₂ O)	80-120	>-25
Pressão expiratória máxima (cmH ₂ O)	80-100	<+25
Espaço morto (%)	25-40	>60
PaCO ₂ (mmHg)	35-45	>50
PaO ₂ (mmHg) (FIO ₂ = 0,21)	>75	<50
P(A-a)O ₂ (FIO ₂ = 1,0)	25-80	>350
PaO ₂ / FIO ₂	>300	<200

Parâmetros que podem indicar a necessidade de suporte ventilatório. (15, p.2)

Enf. Vítor Manco
44

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A


A
G
U
D
A

Decisão de ventilar

Doentes **hipóxicos apesar de altas concentrações de oxigénio** inspirado e doentes que se apresentam **inconscientes devido à hipercapnia**, têm indicação clara para serem ventilados.

Fatores a ter em conta:

- ✓ Gravidade da insuficiência respiratória
- ✓ Reserva cardiopulmonar do doente
- ✓ Adequação da compensação aos tratamentos até então instituídos
- ✓ Velocidade esperada de resposta ao tratamento da causa subjacente
- ✓ Riscos de complicações associadas à ventilação. (5)



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Enf. Vítor Manco
45

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A


VENTILAÇÃO PRESSÃO POSITIVA

Envolve a entrega de um determinado volume de ar ao doente e a sua saída de forma passiva, com os objetivos de melhorar a oxigenação e remover de forma apropriada o CO₂ produzido.

(14;15)

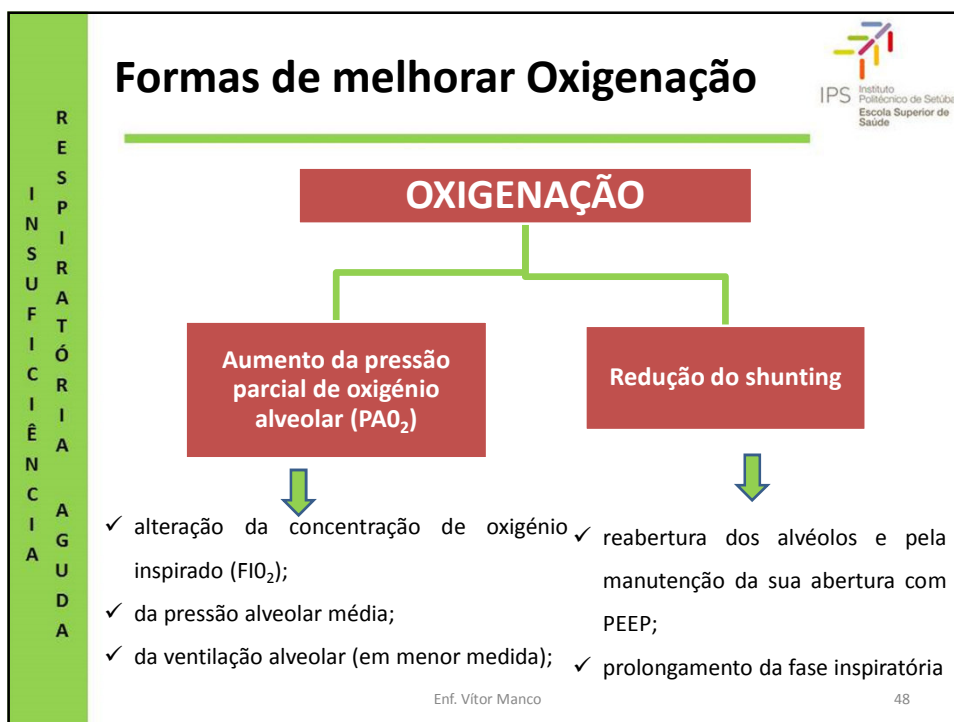
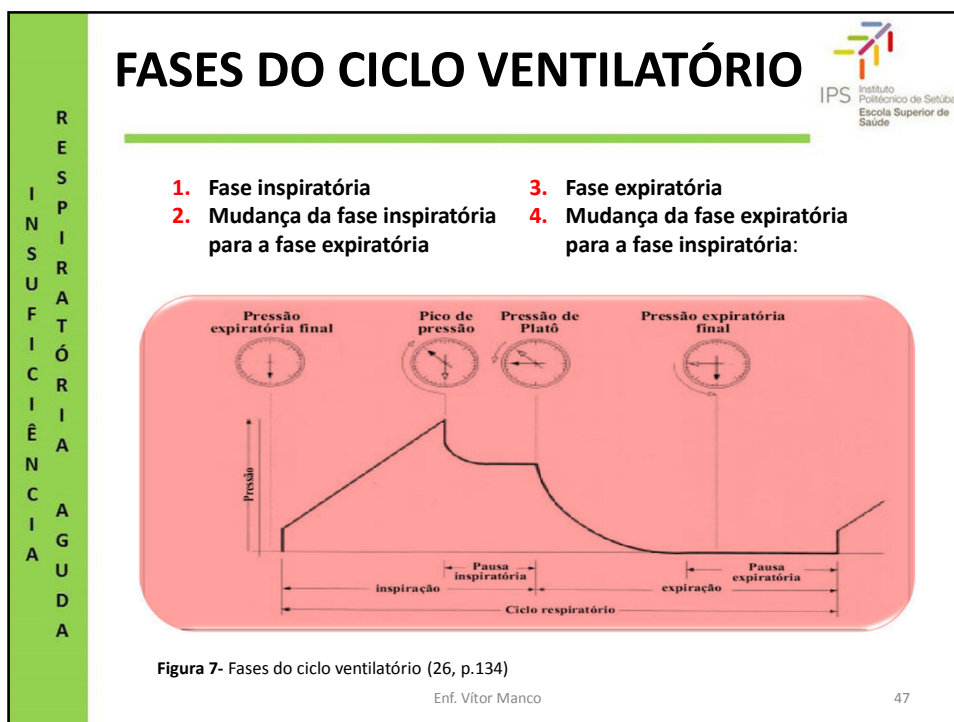
A pressão na via aérea durante a fase inspiratória será o somatório da pressão na via aérea com a pressão alveolar.

$$\text{Pressão na via aérea} = \text{fluxo} \times \text{resistência} + \frac{\text{volume}}{\text{compliance}} + \text{PEEP}$$




IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Enf. Vítor Manco
46



R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Formas de melhorar Oxigenação

A pressão alveolar média pode ser manipulada através:


- ✓ Do ajuste do volume corrente ou da pressão inspiratória
- ✓ Do tempo inspiratório
- ✓ Da PEEP

Resumindo

O aumento do FI02, da PEEP, do tempo inspiratório e do volume corrente ou pressão inspiratória são os principais fatores que permitem aumentar a oxigenação. (5)

Enf. Vítor Manco
49

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Formas de melhorar eliminação de CO₂

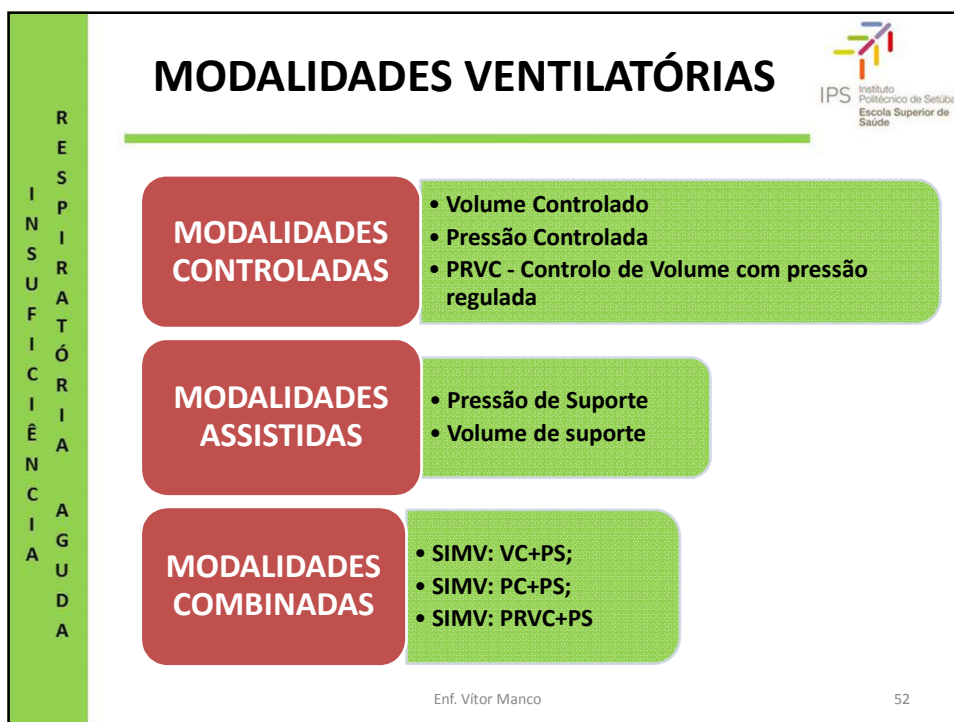
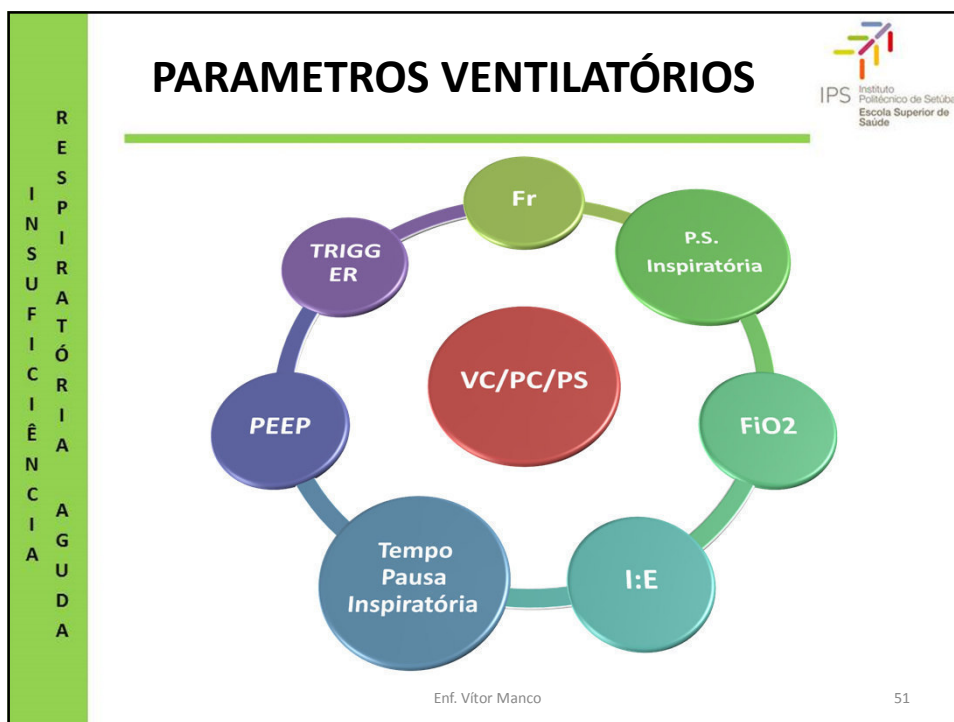
A eliminação do CO₂ é dependente da ventilação alveolar;

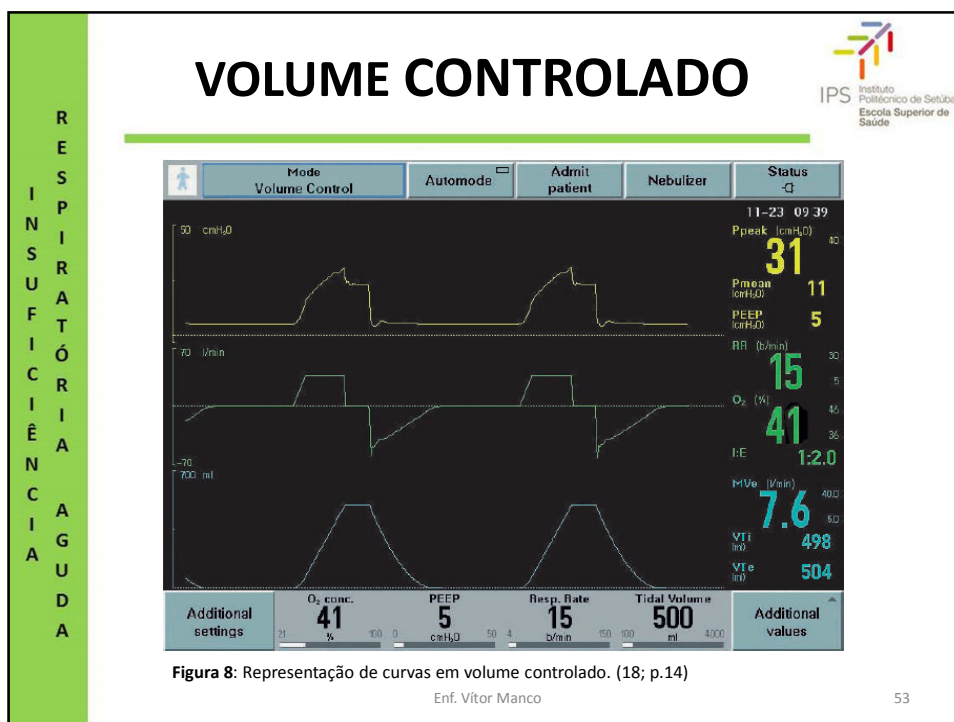
Ventilação alveolar = F_{resp} × (V_c – espaço morto)

F_{resp} – Frequência respiratória
V_c – Volume corrente

- ✓ Aumento do volume corrente,
- ✓ Aumento da frequência respiratória
- ✓ Diminuição do espaço morto. (5)

Enf. Vítor Manco
50






R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

QUESTÕES

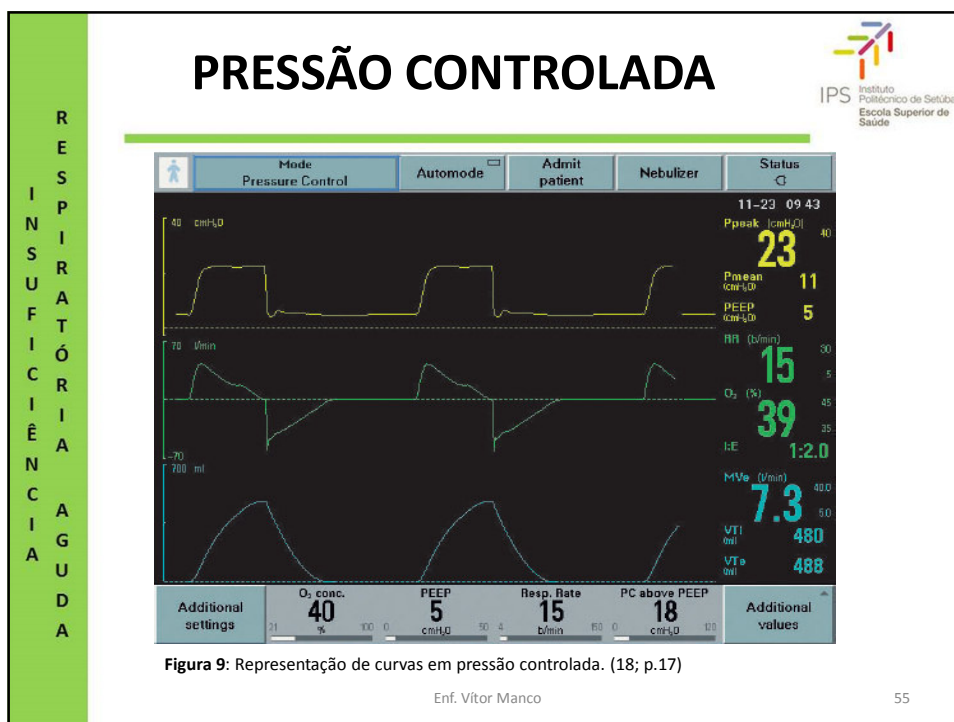


IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

- Como poderíamos promover uma melhor oxigenação neste paciente?
- Como poderíamos promover uma melhor eliminação de CO₂ neste paciente?

Enf. Vítor Manco

54



RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA

QUESTÕES

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

- Como poderíamos promover uma melhor oxigenação neste paciente?
- Como poderíamos promover uma melhor eliminação de CO₂ neste paciente?

Enf. Vítor Manco

56

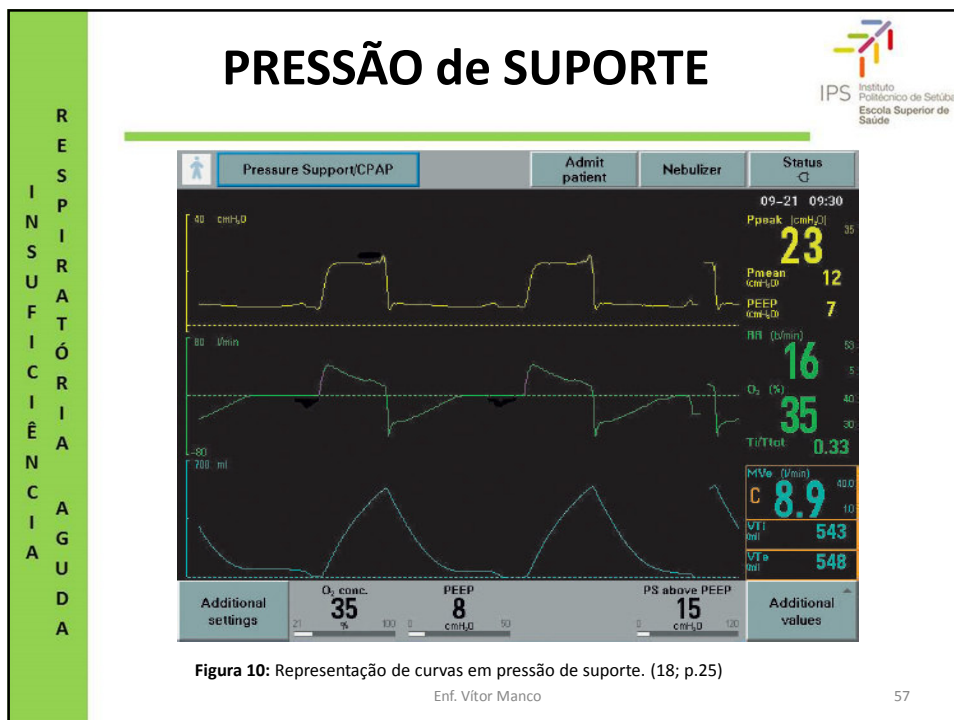


Figura 10: Representação de curvas em pressão de suporte. (18; p.25)

Enf. Vítor Manco

57

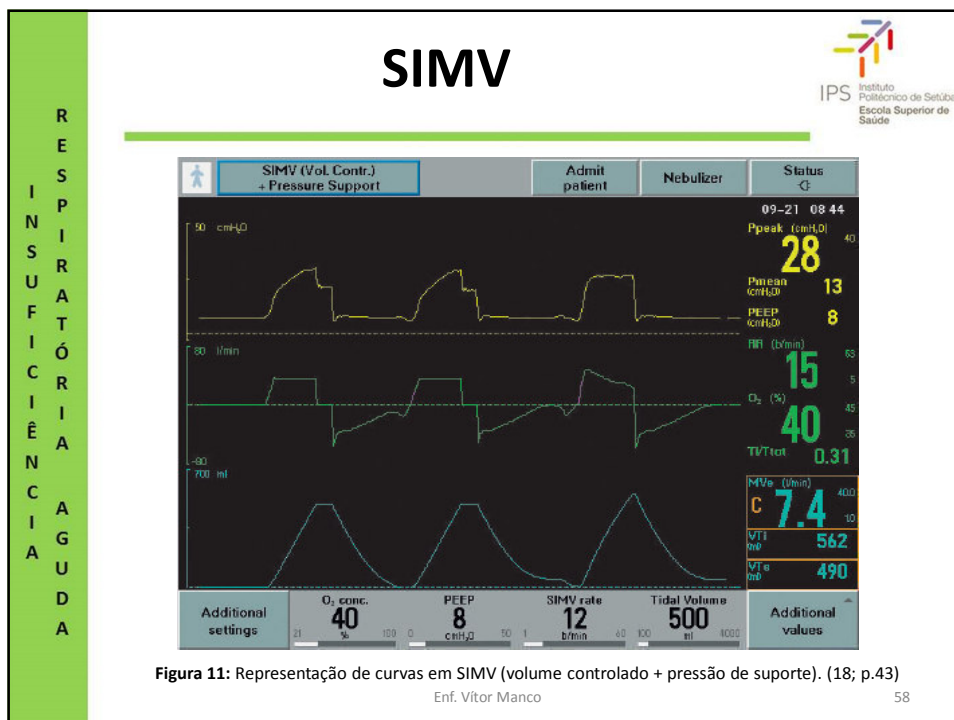



Figura 11: Representação de curvas em SIMV (volume controlado + pressão de suporte). (18; p.43)

Enf. Vítor Manco

58

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA

SIMV



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

O que define se o doente irá realizar uma ventilação mandatória ou de suporte é o tempo em que ocorre o estímulo. De forma a explicitar melhor esta ideia observemos o seguinte exemplo:

- ✓ SIMV rate =6
- ✓ Duração ciclo respiratório mandatório =3s
- ✓ I:E ratio 1:2 = 1s inspiração; 2s expiração

O ventilador irá calcular o tempo de cada ciclo SIMV, dividindo o 60s pelo número da frequência de SIMV, o que neste caso seria: $60/6 = 10s$. Destes 10 segundos, 3 correspondem ao modo controlado, enquanto 7s correspondem ao modo assistido. (18)

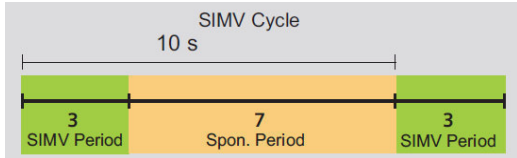



Figura 12: Distinção dos períodos de ativação dos modos combinados no SIMV. (18; p.45)

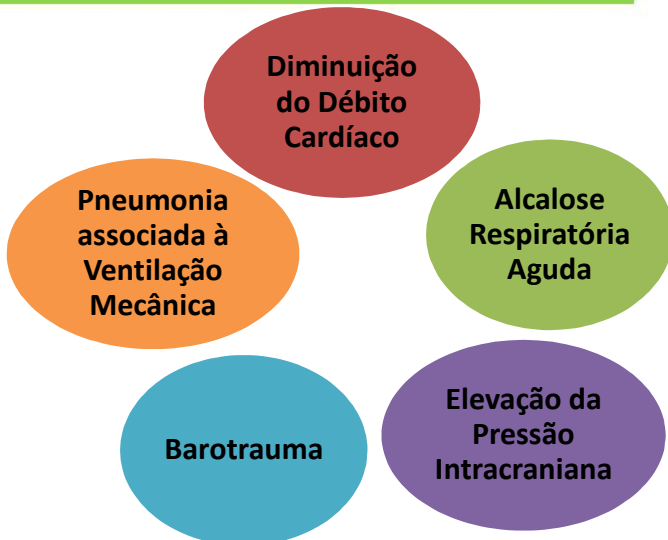
Enf. Vítor Manco 59

RESPIRATÓRIA
INSUFICIÊNCIA
AGUDA

COMPLICAÇÕES DA VMI



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde




Enf. Vítor Manco 60

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

PREVENÇÃO DA PAV

Principais medidas para prevenção da PAV:



- ✓ Interrupção diária da sedação;(22)
- ✓ Manutenção da pressão do Cuff do tubo traqueal maior ou igual a 20mmHg;(21)
- ✓ Profilaxia da úlcera de stress. (22)
- ✓ Manutenção da cabeceira elevada 30-45º;(22)
- ✓ Profilaxia da trombose venosa profunda. (22)
- ✓ Higiene oral diária com clorexidina; (22)
- ✓ Boa higiene das mãos. (21)

Enf. Vítor Manco


61

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

Top 10 care essentials for ventilator patients

Evidence-based interventions and teamwork are crucial when caring for patients on mechanical ventilators.

By Laura C. Parker, MSN, RN, CCRN




- ✓ Comunicação;
- ✓ A prevenção da instabilidade hemodinâmica;
- ✓ verificar se o modo e os parâmetros ventilatórios estão de acordo com a prescrição;
- ✓ manipulação da via aérea;
- ✓ A aspiração de secreções;
- ✓ necessidades nutricionais do doente;
- ✓ A avaliação das necessidades de sedação / analgesia;
- ✓ desmame ventilatório apropriado;
- ✓ prevenção da infeção;
- ✓ A realização dos ensinios ao doente/família;

Enf. Vítor Manco

62

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

N.P. nº 8/II/E


	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 8/II/E	FOLHA
		DATA: 15/04/2013	1/6
ASSUNTO:		ELABORADO POR:	
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO		Serviço de Enfermagem	
		REVISADO POR:	
		Equipa Enfermagem Serviço Pneumologia	
		3ª REVISÃO POR:	
		Enf.º Especialista <input style="width: 50px;" type="text"/>	
		UCI	

OBJETIVOS:

- ✓ Proporcionar ventilação adequada
- ✓ Manter uma boa oxigenação
- ✓ Reduzir o esforço e o desconforto respiratório
- ✓ Repor o equilíbrio ácido-base
- ✓ Assegurar a comunicação
- ✓ Prevenir complicações


Enf. Vítor Manco 63

RESPIRATÓRIA INSUFICIÊNCIA AGUDA



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

N.P. nº 8/II/E – Pontos a reter



The diagram consists of seven colored ovals arranged in a circular pattern, each containing a key point for the procedure:


- Posicionamentos** (Red oval)
- Registos** (Green oval)
- Higiene oral** (Green oval)
- Pressão do Cuff** (Purple oval)
- Observar Parâmetros / Funcionamento Ventilador** (Blue oval)
- Vigiar sinais de desadaptação ventilatória** (Orange oval)
- Substituição do filtro humidificador** (Red oval)

Enf. Vítor Manco 64

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

N.P. nº 10/II/E



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 10/II/E	FOLHA
		DATA: 15/04/2013	1/4
ASSUNTO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES ATRAVÉS DO TUBO ENDOTRAQUEAL/TRAQUEOSTOMIA		ELABORADO POR: Serviço de Enfermagem 4ª REVISÃO POR: Enf. [] Enf. Chete UCI	

OBJETIVOS:


- ✓ Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- ✓ Promover uma boa oxigenação;
- ✓ Prevenir complicações relacionadas com a retenção de secreções traqueo-brônquicas;
- ✓ Colher amostras de secreções traqueo-brônquicas;

Enf. Vítor Manco 65


R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

N.P. nº 10/II/E – Pontos a reter



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde




Enf. Vítor Manco 66

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

N.P. nº 9/II/E



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 9/II/E	FOLHA
		DATA: 06/05/2013	1/4
ASSUNTO:	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE NA EXTUBAÇÃO TRAQUEAL		
	ELABORADO POR: Serviço de Enfermagem		3.ª REVISÃO POR:
	Enf. <input style="width: 100px;" type="text"/>		Enf. <input style="width: 100px;" type="text"/>
	UCI		

OBJETIVOS:


- ✓ Manter uma boa oxigenação
- ✓ Prevenir complicações

Enf. Vítor Manco 67

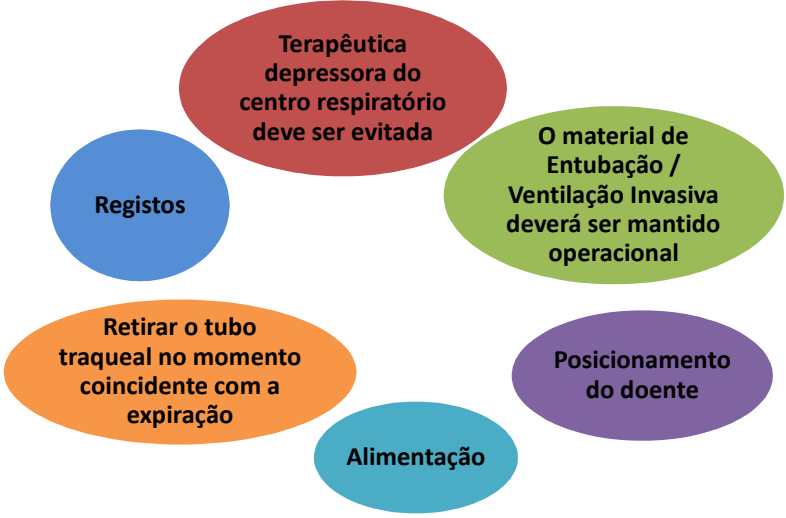
R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
G
U
D
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

N.P. nº 9/II/E – Pontos a reter



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Terapêutica depressora do centro respiratório deve ser evitada

O material de Entubação / Ventilação Invasiva deverá ser mantido operacional

Posicionamento do doente

Alimentação

Retirar o tubo traqueal no momento coincidente com a expiração

Registos


Enf. Vítor Manco 68


R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

QUESTÕES





Ent. Vítor Manco
69

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A

I
N
S
U
F
I
C
I
Ê
N
C
I
A

A
G
U
D
A

REFERÊNCIAS




1. Pádua, Adriano; Alvares Flávia; Martinez, José; **Insuficiência Respiratória** Medicina, Ribeirão Preto, 36 p. 205-213, 2003
2. PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane; **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**, Volume II - Secção 3 sistema respiratório; Sexta Edição; Lusociência; Lisboa 2003; ISBN 972-8383-65-7.
3. SEELY, Rod; Stephens, Trent; Tate, Philip; **Anatomia e Fisiologia**; Terceira Edição; Lusodidacta, 2001. ISBN:972-96610-5-7
4. Carneiro, António; et al. **MANUAL Do Curso de Equilíbrio Ácido-Base e Hidroelectrolítico**; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009
5. Joynt, Gavin; et al; **Basic Assessment & Support in Intensive Care** - Department of Anaesthesia & Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong. P.207 ISBN-13: 978-988-99073-2-7
6. Pinheiro, Cleovaldo; Carvalho, Werther Brunow; **Programa de atualização em medicina intensiva** – Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Editora Panamericana; 2004
7. Silva, Fátima; Marques, Fernando; Martins, Alfredo; **A permeabilidade das vias Aéreas durante a ventilação não invasiva** – Curso de Ventilação não Invasiva; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009
8. Martins, Alfredo; **Insuficiência Respiratória Aguda** – Manual do Curso de ventilação não Invasiva; Reanima – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009
9. McAuley, D.; **A-a gradient (Alveolar to arterial gradient)**, disponível em: <http://www.globalrph.com/aagradient.htm>
10. Hovnanian, André Luiz Dresler; Carvalho, Carlos Roberto Ribeiro; **Insuficiência Respiratória Aguda**, 2012, disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2152/insuficiencia_respiratoria_aguda.htm

Enf. Vítor Manco
70

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

REFERÊNCIAS




11. Carrara, Dirceu; et al; **Oximetria de Pulso** - Conselho de Enfermagem de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf>
12. SHIMOYA-BITTENCOURT, Walkiria; PEREIRA, Carlos Alberto de Castro; DICCINI, Solange and BETTENCOURT, Ana Rita de Cássia. **Interferência do esmalte de unha na saturação periférica de oxigênio em pacientes pneumopatas no exercício**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.6, pp. 1169-1175. ISSN 0104-1169.
13. ACLS – Advanced Cardiovascular Life Support – Provider Manual, **Supplementary Material**, 2012
14. Marcelino, Paulo; et al. **Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico**; Lusociencia, 2008, ISBN: 978-972-8930-42-4
15. Carvalho, Carlos Ribeiro; Junior, Carlos; Franca, Suelene – **III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Ventilação mecânica: Capítulo I - Princípios, análise gráfica e modalidades ventilatória**; Jornal brasileiro de Pneumologia; 2007 – vol. 33, suplemento 2s.
16. Freire, Helga; **Princípios gerais da oxigenoterapia na emergência – Curso de Ventilação não Invasiva; Reanimação** – Associação para Formação em Reanimação e Medicina do Doente Crítico, 2009
17. Thelan, Lynne A.; Davie, Joseph; Urden, Linda; Lough, Mary; **Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e intervenção**, 2ª Edição, Lusodidacta, 1994; ISBN: 972-96610-2-2

Enf. Vítor Manco 71

R
E
S
P
I
R
A
T
Ó
R
I
A
N
C
I
A
G
U
D
A

REFERÊNCIAS



18. **Modes of ventilation Servo-i V3.1, Invasive and Non Invasive – Pocket Guide – Maquet**
19. Marchezin, Tânia Mara; **Apostila Ventilação Mecânica**, 2008, disponível em: <http://www.concursoefisioterapia.com/2008/12/arquivos-para-download.html>
20. Parker, Laura C.; **Top 10 Care essentials for ventilator patients – American Nurse Today – Março 2012**; Disponível em: <http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=8858>
21. Camargo, Luis; et al; **Diretrizes sobre a Pneumonia Associada ao Ventilador**; Sociedade Paulista de Infectologia; 2006
22. **How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org
23. CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 8/II/E – **Cuidados de Enfermagem ao doente ventilado**, 3ª revisão; Manual Hospitalar
24. CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 9/II/E – **Cuidados de Enfermagem ao doente na extubação traqueal**, 3ª revisão; Manual Hospitalar
25. CHBA; Norma da Procedimentos de Enfermagem nº 10/II/E – **Cuidados de Enfermagem na aspiração de secreções a doentes com entubação endotraqueal**; 3ª revisão; Manual Hospitalar
26. Pádua, Adriana; Martinez, José; **Modos de assistência ventilatória**; Simpósio: MEDICINA INTENSIVA - 4ª PARTE; Capítulo VI; 133-142, abr./jun. 2001;

Enf. Vítor Manco 72

APENDICE XVI

Avaliação da ação de formação: “Abordagem ao Doente em
Insuficiência Respiratória Aguda.”

Avaliação Final da Acção

Formulário B N° _____

Curso N°/Acção N° _____

1. Identificação do Curso/Acção

Designação: _____

Início _____

Duração _____ H

2. Apreciação da Acção

Para a Apreciação da Acção propõe-se:

- Apreciação da escala de 1 a 4

- Marcação com X do quadrado escolhido

2.1 Programa da Acção

		1	2	3	4	
2.1.1 Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Claros
2.1.2 Conteúdo da Acção	Inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Completamente Adequado
2.1.3 Utilidade dos Temas Abordados	Inaplicáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente Aplicáveis
2.1.4 Grau de Satisfação	Pouca Satisfação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita Satisfação
2.1.5 Correspondeu às Minhas Expectativas	Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalmente

2.2 Funcionamento da Acção

2.2.1 Motivação e Participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plena
2.2.2 Trabalhos/Exercícios/Actividades	Insuficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os Convenientes
2.2.3 Relacionamento entre Participantes	Negativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Aberto
2.2.4 Instalações	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excelentes
2.2.5 Meios Audiovisuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os Convenientes
2.2.6 Documentação	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequada na Totalidade
2.2.7 Utilização dos Suportes	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Adequada
2.2.8 Apoio Técnico/Administrativo/Pedagógico	Ineficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito Eficaz

V.S.F.F.



3. Actuação dos Formadores

Parâmetros	Domínio do Assunto				Métodos Relativamente aos Objectivos				Linguagem Utilizada				Empenho-mento				Relação com os Participantes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Nomes																				

4. Sugestões/Críticas

4.1 Temas considerados mais importantes _____

4.2 Temas a desenvolver mais profundamente _____

4.3 Outros temas a incluir em acções deste tipo _____

4.4 Aspectos mais positivos na acção _____

4.5 Aspectos a melhorar _____

4.6 Sugestões _____

5. Como vai mudar a minha prática após este curso?

6. Observações

Nome (Facultativo) _____

Data ____ / ____ / ____

Análise dos Questionários de Avaliação da Ação “Abordagem ao Doente em Insuficiência Respiratória Aguda”

De salientar que dos 12 Enfermeiros presentes na formação, apenas 8 responderam ao questionário.

2.1 Programação da Ação

		1	2	3	4	
2.1.1 Objetivos da Sessão	Confusos				100%	Muito Claros
2.1.2 Conteúdo da Ação	Inadequados				100%	Completamente Adequado
2.1.3 Utilidade dos Temas Abordados	Inaplicáveis			25%	75%	Totalmete Aplicáveis
2.1.4 Grau de Satisfação	Pouca Satisfação			12.5%	87.5%	Muita Satisfação
2.1.5 Correspondeu às minhas expectativas	Nada			12.5%	87.5%	Totalmente

2.2 Funcionamento da Ação

		1	2	3	4	
2.2.1 Motivação e Participação	Ausente			50%	50%	Plena
2.2.2 Trabalhos / Exercícios / Atividades	Insuficientes		12.5%	37.5%	50%	Os Convenientes
2.2.3 Relacionamento entre Participantes	Negativos		12.5%		87.5%	Muito Aberto
2.2.4 Instalações	Más		12.5%			Excelentes
2.2.5 Meios Audiovisuais	Escassos			25%	75%	Os Convenientes
2.2.6 Documentação	Inadequada			12.5%	87.5%	Adequada na Totalidade
2.2.7 Utilização de Suportes	Inadequada			25%	75%	Muito Adequada
2.2.8 Apoio Técnico / Administrativo / Pedagógico	Ineficaz			37.5%	62.5%	Muito Eficaz

3. Atuação dos Formadores

	Domínio do Assunto				Métodos relativamente aos Objetivos				Linguagem Utilizada				Empenhamento				Relação com os Participantes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
V.M.				100%				100%				100%			14%	86%				100%

4. Sugestões / Críticas

Neste ponto apenas temos a referir uma resposta no que diz respeito aos aspetos mais positivos na ação, que foi “O domínio pleno do tema apresentado”. Também obtivemos uma sugestão que foi “Programar nova ação de formação para que a equipa esteja presente a 100%”

5. Como vai mudar a minha prática após este curso?

Sem qualquer resposta a esta questão.

6. Observação

Sem qualquer resposta a esta questão.


APENDICE XVII

Poster

“Instruções perante Suspeita / detecção de Incêndio”

INSTRUÇÕES PERANTE DETEÇÃO/SUSPEITA DE INCÊNDIO

Se detectar um incêndio

- Não entre em pânico.
-  Accione a botoneira de alarme mais próxima e contacte o **1117** fornecendo toda a informação disponível.
- Se o problema é numa zona de internamento comunique ao Enf^o Chefe ou ao Enf^o Responsável de Turno do Serviço / Unidade em causa, bem como o dos Serviços contíguos.
- Se possível, quando habilitado e sem correr riscos desnecessários, procure extinguir o foco de incêndio com os meios de 1.^a intervenção existentes no local.



- Se não conseguir extinguir o foco de incêndio:
 - ✓ Abandone imediatamente o local da ocorrência;
 - ✓ Não corra;
 - ✓ Se houver fumos baixe-se e saia do local, se necessário, a gatinhar;

Se suspeitar de um incêndio

Se sentir cheiro a queimado ou observar qualquer outro sinal que faça suspeitar da existência de um incêndio, mas não exista chama ou fumo visíveis, contacte o **1117** – n.º de emergência geral do CHBA, fornecendo toda a informação disponível.

Informação a ser Transmitida

- ✓ Local;
- ✓ Gravidade da situação;
- ✓ Eventual existência de sinistrados ou de doentes em zona muito próxima;
- ✓ Produtos e equipamentos envolvidos;
- ✓ Eventual proximidade de pontos perigosos;

Conselhos Úteis

- Nunca abra uma porta fechada, antes de verificar se ela está quente. Use a parte posterior da mão para evitar queimar-se na face palmar;
- Se a porta estiver quente, procure outra saída de emergência. Se não existir procure selar as frestas à volta das portas e janelas com o que tiver à mão: tecidos, cobertores, etc.;
- Se as chamas se ateam às suas roupas, detenha-se, atire-se ao chão e rolee-se, isto apagará as chamas e pode salvar-lhe a vida;
- Se alguém próximo de si estiver envolto em chamas, cubra-o com uma manta, apagando as chamas. Isto poderá salvá-lo de possíveis queimaduras;
- Se ficar preso numa sala cheia de fumo:
 - permaneça junto ao solo onde o ar é mais respirável;
 - se possível abra uma janela;
 - procure sinalizar a sua presença.

ANEXOS

ANEXOS I

Comprovativo de Frequência do “Curso Avançado de Emergências Cardiovasculares – ACLS”



O Grupo de Formação em Emergências e Reanimação (GFER) da ENFARTE Lda. Centro Internacional de Treino da AHA, com sede em Vila Nova de Famalicão, Portugal (NIPC 508514207)

CERTIFICA QUE:

VÍTOR HUGO NEVES MANCO

Frequentou com **APROVEITAMENTO** o “Curso Avançado de Emergências Cardiovasculares - ACLS.”, segundo as recomendações da *American Heart Association (AHA)* e incluído no *Programa de Formação em Emergência e Trauma* da *PLANOSAÚDE*, destinado aos profissionais de saúde, com uma carga horária de **14 horas lectivas** e realizado nos dias 12 e 13 de Abril de 2013

PLANOSAÚDE, 13 de Abril de 2013



Estêvão Lafuente, MD
Instrutor AHA nº 07080928714
Coordenador da ENFARTE

Este Documento Certifica que o titular acima completou com sucesso as avaliações nacionais e cognitivas e de capacidade, de acordo com o currículo da American Heart Association para o Programa de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, com a validade de dois anos

1º DIA

Boas vinda e Introdução
Abertura e Perspectiva do Curso
Organização do Curso
Avaliação Primária de SBV e secundária de SAV

Divisão em 4 Grupos
SALA A Banca de Paragem Respiratória
SALA B Prática de CPR e Teste Competência
SALA C Banca de Paragem Respiratória
SALA D Prática de CPR e Teste Competência

INTERVALO

SALA A Banca de Paragem Respiratória
SALA B Prática de CPR e Teste Competência
SALA C Banca de Paragem Respiratória
SALA D Prática de CPR e Teste Competência

Revisão da Tecnologia
Megacode e Conceito de Equipa de Reanimação

ALMOÇO
SALA A Bradicardia /Assistolia /DEM
SALA B TV/FV
SALA C TV/FV
SALA D Taquicardia instável e estável

SCA
INTERVALO

Divisão em 4 Grupos
SALA A Bradicardia /Assistolia /DEM
SALA B TV/FV
SALA C TV/FV
SALA D Taquicardia instável e estável

Stroke - AVC

Conceito de Megacode

2º DIA

4 Grupos

SALA A Megacode

SALA B Megacode

SALA C Megacode

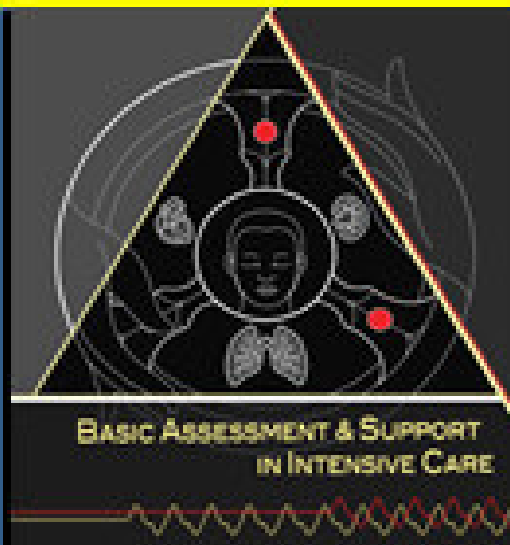
SALA D Megacode

Megacode Teste

TESTE ESCRITO
FINAL E REPESCAGEM

ANEXOS II

Comprovativo de Frequência do Curso “Basic Assessment &
Support in Intensive Care – BASIC”



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

DIPLOMA

Certificamos que Vitor Hugo Neves Manco conduiu com sucesso o *CURSO Basic Assessment & Support in Intensive Care (BASIC)*, realizado de 12 a 14 de Maio de 2013 no Hotel Vila Galé, em Lagos - Algarve, pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) durante o XVI Congresso Nacional de Medicina Intensiva. Este Curso foi desenvolvido pela *Chinese University of Hong Kong* e é apoiado e promovido pela *European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)*.
Lagos, 14 de Maio de 2013

Ricardo Matos: Diretor do CURSO BASIC

Antero Fernandes: Diretor do CURSO BASIC



ANEXOS III

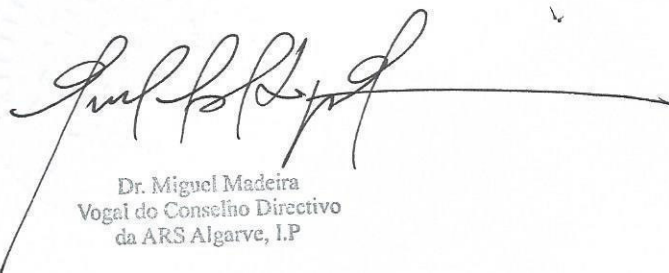
Comprovativo de Frequência do Curso “Medicina de Catástrofe e os Hospitais”

DECLARAÇÃO

Organizado pela Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. realizou-se em Faro o Curso “ Medicina de Catástrofe e os Hospitais “ de Março de 2010 a Fevereiro de 2011, com a duração de 20 Horas.

Neste curso participou, durante **5 Horas**, Vítor Hugo Neves Manco.

Faro, 28 de setembro de 2012



Dr. Miguel Madeira
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P