



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

**O ENFERMEIRO COMO SUJEITO ATIVO NO PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DO SEU PRÓPRIO CONHECIMENTO**

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

por

Maria Manuela Rodrigues de Carvalho

Porto, abril de 2012



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **O ENFERMEIRO COMO SUJEITO ATIVO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SEU PRÓPRIO CONHECIMENTO**

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

Por Maria Manuela Rodrigues de Carvalho

Sob orientação de Amélia Rego

Porto, abril de 2012

## **RESUMO**

O relatório é uma apreciação global sobre as experiências vividas e refletidas durante o estágio. Neste foram realizados dois módulos, módulo III – Assistência Pré-hospitalar e módulo I - Serviço de Urgência no Hospital de Braga. A sua finalidade principal reporta-se à intenção de dar visibilidade ao desenvolvimento de competências conseguidas na assistência avançada ao doente adulto, na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, e conduzir à obtenção do grau de Mestre.

A metodologia utilizada assenta no método descritivo e reflexivo, e estruturalmente, face aos vários domínios de competência a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências propostas pelo plano de estudos do curso e descritas as atividades realizadas para a sua concretização, através duma análise crítica-reflexiva pessoal, fundamentada em referenciação bibliográfica, cujo pensamento crítico estimulou todo o meu processo educativo e de desenvolvimento pessoal e profissional.

Descreve o processo de ensino/aprendizagem como a estratégia para o desenvolvimento de competências. Enumera atividades direcionadas à pessoa adulta e família, atuando de acordo com a ética e deontologia profissional, avaliando, adequando e aplicando os diferentes métodos de análise de situações complexas. Expõe a importância da prática baseada na evidência, através da análise a protocolos, normas e procedimentos existentes, de forma a verificar a sua validação científica, deixando sugestões para alterações e possível implementação, promovendo cuidados de excelência. Relata atividades direcionadas ao público em geral, promovendo a transmissão de conhecimentos e de técnicas, encarada como uma função educativa ao nível do processo global de desenvolvimento, e deixa elaborado um guia de acolhimento ao doente/família como contributo efetivo ao serviço de urgência do Hospital de Braga.

A realização deste estágio contribuiu para a minha evolução pessoal e profissional, permitindo vivenciar diferentes realidades, adquirir ou aprofundar conhecimentos, possibilitando aquisição de competência específicas na área da Enfermagem médico-cirúrgica.

## **ABSTRACT**

The report is an overall assessment of the experiences lived and reflected during the internship. In this there were two modules, Module III - Pre-hospital Care and module I - Emergency Service, both on Braga Hospital. Its main purpose will be reports intended to give visibility to the development of advanced skills achieved in the adult patient care in the area of Medical-surgical nursing, and lead to the degree of Master.

The methodology is based on the descriptive and reflective method, and structurally, given the various fields of competence to acquire / develop, are given the powers proposed by the study plan of the course and described the activities undertaken to achieve them, through a personal critical analysis- reflective, based on bibliographic referencing, which stimulated critical thinking through the educational process and my personal and professional development.

Describes the process of teaching / learning as a strategy for skills development. Activities will be targeted lists adult and family, acting in accordance with the ethics and professional deontology, evaluating, adapting and applying different methods to analyze complex situations. Exposes the importance of practice based on evidence, by analyzing the protocols, standards and procedures in order to verify its scientific validation, making suggestions for changes and possible implementation, promoting excellence of care. Reports activities targeted to the general public, promoting the transfer of knowledge and techniques, seen as an educational function at the level of the overall development process, and leaves the host prepared a guide to the patient / family as a real contribution to the emergency department of Hospital de Braga.

The completion of this stage contributed to my personal and professional development, allowing experience different realities acquire or develop knowledge, allowing acquisition of specific expertise in the area of medical-surgical nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

No final deste relatório não posso deixar de expressar o meu sincero agradecimento às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estágio.

A minha gratidão vai:

Enfermeira Amélia Rego pela orientação, disponibilidade, acompanhamento e motivação proporcionados;

A todos os Enfermeiros tutores pelo acompanhamento, orientação e apoio;

À minha família pela compreensão demonstrada.

O meu agradecimento

## **ABREVIATURAS / SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgente

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

ERC – European Resuscitation Council

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem Enfermeiros

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Enf. - Enfermeiro

## **INDICE**

<b>0- <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	8
<b>1- <u>COMPETENCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS</u></b> .....	12
1.1 - DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	12
1.1.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	13
1.2 – DOMINIO DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS...	22
1.2.1– ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	22
1.3– DOMINIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL.....	30
1.3.1– ATIVIDADES DESNVOLVIDAS .....	30
1.4– DOMINIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	34
1.4.1– ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	34
<b>2- <u>CONCLUSÕES GERAIS</u></b> .....	40

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

ANEXO I – Planos de sessão

ANEXO II – Manual de suporte teórico

ANEXO III – Power Point de suporte teórico

ANEXO IV – Avaliação Teórica / Avaliação da Prática

ANEXO V – Tratamento de dados

ANEXO VI – Guia de acolhimento do doente/família na unidade de cuidados intermédios da urgência

## **0 – INTRODUÇÃO**

Inserido no plano de estudos do mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se o relatório final como uma unidade curricular. Este relatório é proposto no final do curso, após a realização dos módulos teóricos e dos módulos de estágio, pretendendo demonstrar todo o percurso delineado na execução do mesmo.

Com a realização deste Relatório pretendo demonstrar conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, identificando problemas em situações novas e pouco familiares, propondo soluções baseadas na capacidade de integrar conhecimentos adquiridos ao longo do curso, assim como, os obtidos com a experiência profissional, de refletir sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos e por fim ter capacidade de comunicar as conclusões.

O estágio foi realizado em Instituições que possuem protocolo com a Universidade Católica Portuguesa, através do Instituto de Ciências da Saúde, adequadas à execução do mesmo, sob tutoria de enfermeiros especialistas ou peritos com experiência relevante na área da especialização. Este está dividido em três módulos direcionados para diferentes contextos: Modulo I – Serviço de Urgência, Modulo II – Cuidados Intensivos e Modulo III – Opcional, correspondendo 180 horas de contacto cada um, conforme plano de estudos.

Os módulos de estágio realizados foram módulo I – Serviço de Urgência e modulo III – opcional (Emergência Pré-hospitalar), relativamente ao módulo II – Cuidados Intensivos foi-me concedida creditação, através da atribuição de créditos à minha experiência profissional considerando o previsto no Decreto-Lei nº74/2006, artigo 45<sup>a</sup> alínea C, no âmbito da creditação. Esta creditação teve como suporte o desenvolvimento contínuo de competências humanas, técnicas e científicas adequadas para a prestação de cuidados em situações de grande complexidade, assim como, aspetos psicossociais e de comunicação de más notícias; experiência em situações em estado crítico do doente do foro neurocirúrgico, tanto em serviço de Neurocirurgia como em unidade Neurocríticos.

O módulo III do estágio – opcional, foi Emergência Pré-hospitalar e decorreu no período de 27 de abril a 25 de junho de 2011. Desenvolveu-se no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), organismo do Ministério da saúde de Portugal responsável por coordenar o funcionamento, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença a pronta e correta prestação de cuidados de saúde no local da ocorrência. A Polícia de Segurança Pública atende as chamadas referentes ao número Europeu de Emergência – 112, transferindo para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), os pedidos de socorro referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde, durante as 24 horas do dia, atendidos por uma equipa de profissionais (Médicos e Operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, seleção e envio de meios de socorro mais adequado a cada situação concreta. A decisão do tipo de meios a enviar medicalizados/não medicalizados está dependente de um conjunto de fatores de gravidade da situação, meios disponíveis e distância das unidades de saúde. Para exercer esta atividade dispõe de diversos meios no terreno, operando diretamente ou através de protocolos, Ambulância Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Helicóptero de Emergência Médica e Mota de Emergência Médica.

Durante o estágio integrei equipas de SBV, SIV e VMER onde tive oportunidade em contexto de acidente e/ou doença súbita, efetuar abordagem e estabilização do indivíduo no local da ocorrência com o princípio máximo da segurança e adequação de procedimentos de reanimação e técnicas de mobilização, garantindo adequada informação e acompanhamento da família de forma a minimizar o seu sofrimento. Em contexto de triagem de multivítimas, estabeleci prioridades no seu tratamento, por vezes em ambiente adverso, participando na decisão de transporte e garantindo o seu acompanhamento e vigilância, com base na relação de autonomia e interdependência da equipa multidisciplinar. Desta forma, a experiência pré-hospitalar possibilitou-me mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística, a situações de saúde de grande complexidade e, assim, prestar cuidados á pessoa em situação crítica, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando respostas, competências importantes para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada, “centrada

nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” Silva (2007, p.19).

O módulo I de estágio – Serviço de Urgência, decorreu no período de 03 de outubro a 26 de novembro de 2011, no Hospital de Braga. Este é um hospital central, abrangendo assistência a 1,2 milhões de utentes dos distritos de Braga e Viana do Castelo. O serviço de Urgência permite um atendimento segmentado em função das necessidades de cada utente, nas diversas valências médicas e respetivos locais com especificações de trabalho.

A enfermagem de urgência é uma área da enfermagem personalizada, diversa e multidisciplinar, onde a prestação de cuidados abrange todos os grupos etários, na prestação de cuidados nas suas diferentes vertentes, cabendo ao enfermeiro um elevado grau de conhecimento e competências que lhe permitam agir com rapidez, agilidade e diplomacia no domínio de situações que, na maioria das vezes, refletem risco de vida para o doente. “ A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência, saber personalizado.” Alminhas (2007, p.57). Os cuidados de enfermagem ao doente crítico e urgente pressupõem uma capacidade de gerir informação, uma competência adquirida da mobilização de conhecimentos para a ação em menor tempo possível, com uma prática de cuidados clínicos de excelência, onde o centro da nossa atenção é o utente, “a pessoa”, com quem estabelecemos uma relação terapêutica de ajuda, em diferentes momentos do ciclo vital, nas mais variadas situações, onde a vulnerabilidade, a ansiedade, o medo estão presentes num ambiente considerado por muitos como complexo e imprevisível.

O relatório surge, assim, como um meio de contribuir para a autorresponsabilização do processo de avaliação e crescimento, bem como, consciencialização das dificuldades sentidas ao longo da aprendizagem, permitindo um acumular de conhecimentos adquiridos através da formação contínua, desenvolvendo capacidades e competências pessoais que permitam maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas tomadas de decisão e desenvolvendo o pensamento crítico e refletido no contexto da prática, visando a melhoria contínua do percurso profissional com a finalidade de proporcionar ao utente cuidados de excelência.

Para tal, com este relatório, pretendo:

1. Compilar as atividades desenvolvidas para o cumprimento dos objetivos propostos;
2. Descrever atividades/estratégias para a aquisição/desenvolvimento de competências;
3. Ilustrar o percurso efetuado no decurso do estágio;
4. Exercitar a capacidade reflexiva;
5. Assumir um papel mais ativo no processo de enfermagem;
6. Documentar a evolução;
7. Obter o grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na sequência da prestação de provas públicas.

A opção estrutural do relatório foi uma forma de corresponder ao Projeto de Estágio, no qual foram planeadas estratégias de atuação direcionadas para esferas de ação específicas, ou seja, domínios de competência preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2009), para promover o desenvolvimento de competências clínicas especializadas. Face aos vários domínios de competências a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências propostas pelo plano de estudos da escola e descritas as atividades realizadas para a sua concretização, conjuntamente aos dois módulos, com base na análise crítico-reflexiva e por último, são apresentadas as considerações finais sobre o contributo do Estágio para o desenvolvimento das mesmas.

A metodologia adotada foi o método descritivo e reflexivo, através da exposição das diferentes atividades realizadas e sua análise, tendo como base, a pesquisa bibliográfica referenciada segundo a Norma Portuguesa, como forma de documentar a prática clínica.

## **1 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS**

A qualidade dos cuidados em saúde é, no contexto atual, uma preocupação crescente nos serviços de saúde, tendo como um dos indicadores, a avaliação da satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde. Esta qualidade e satisfação está intimamente ligada á qualificação dos prestadores de cuidados. Na interface entre a qualidade em saúde e a satisfação dos utentes, há que valorizar os diversos processos formativos na aquisição de competências específicas dos profissionais, conducentes a uma prática de excelência.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências, delineadas pela universidade para o estágio são descritas as estratégias de atuação direcionadas para os domínios de competência, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de qualidade, gestão de cuidados e da aprendizagem profissional na área da EEMC, que a ordem dos enfermeiros (OE 2009), formulou para promover o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

### **1.1 -DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

Ser enfermeiro é sobretudo uma forma de dirigir o processo de pensamento para objetivos concretos. Com a crescente complexidade de técnicas no campo da saúde e dos cuidados, o dever de decidir envolve um esforço do profissional cada vez maior, sendo a construção de um corpo de conhecimentos a base para a prática como algo vital para a evolução da enfermagem enquanto profissão autónoma (Vieira, 2009).

Com base no autoconhecimento, assertividade de uma prática clínica especializada em válidos padrões de conhecimento, foram desenvolvidas atividades de forma a dar resposta aos objetivos do plano de estudos, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

### 1.1.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o estágio, numa primeira fase, comecei por observar a dinâmica e orgânica dos serviços (Pré-hospitalar e SU), de forma, a delinear e adequar as estratégias para o desenvolvimento das atividades propostas no projeto, após, apliquei conhecimentos anteriormente adquiridos, quer na componente teórica, quer da minha prática diária. Nos primeiros turnos a preocupação prendeu-se com os cuidados diários, o equipamento, o dominar a técnica, após esta fase vem o domínio, o aprofundar conhecimentos e o saber aplica-los, de forma crítica, reflexiva e autónoma.

#### COMPETÊNCIAS:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

A assistência Pré-hospitalar, no que se refere ao tratamento e cuidado á saúde humana é uma práxis de saúde da responsabilidade do Estado e, enquanto serviço institucionalizado que visa atender a saúde de seres humanos é atribuição exclusiva dos profissionais de saúde que, por intermédio da sua praxis tem como finalidade, garantir uma assistência com qualidade, á saúde da pessoa em situação de urgência/emergência em qualquer lugar.

Estruturalmente a Emergência Pré-hospitalar está subdividida em Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Helicóptero de Emergência Médica e Moto de Emergência Médica, coordenada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), como forma, de garantir a distribuição adequada de recursos humanos e técnicos no terreno. A intervenção do enfermeiro tem que obedecer a um conjunto de objetivos, nomeadamente, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE 2007, p.1), garantir á população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vitima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até a receção em unidade de saúde adequada.

Nesta perspectiva, a Emergência Pré-hospitalar foi um desafio, embora superado, uma vez que pode vivenciar situações novas, nem sempre fáceis na abordagem e em ambiente por vezes hostis, no entanto, a equipa de enfermagem proporcionou e facilitou momentos de aprendizagem, incentivando a autonomia e integração na equipa.

Durante o estágio vivenciei situações que me exigiram uma busca de conteúdos, e aplicação dos que já possuía, aplicando o processo de enfermagem de forma adequada em diversas situações, tendo sempre presente o processo de tomada de decisão. Como descrito pela OE (2003), “ a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o seu exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática...”. Esta abordagem foi conseguida através da aplicação e incorporação na prática de resultados de investigação/informação obtida, como forma, de aumentar os conhecimentos permitindo uma prática de cuidados mais informada e eficiente, nas vertentes científico, ético, estético, pessoal e sociopolítico. O processo de cuidar está diretamente relacionado com uma ação que ocorre entre duas pessoas, gerando uma relação amistosa e companheira. Portanto, o ato de cuidar envolve uma ação interativa e gera sentimentos de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, e, no caso de enfermagem, visa ao bem-estar físico do indivíduo, a sua integridade moral e sua dignidade como pessoa (Waldow, 2001).

A atitude de assistir ou cuidar não está presente apenas na pessoa hospitalizada, mas todo o ser humano necessita de ser cuidado. Para Boff (1999), o cuidar é mais do que um ato, é uma atitude; é mais do que apenas um momento de atenção, zelo e desvelo. Ele representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo e empatia com o outro. A enfermagem é uma profissão singular, reconhecida essencialmente pelo ato de cuidar, no qual o centro da prática de enfermagem é o ser que está sendo cuidado, aprimorando assim, o seu conhecimento, prática e pesquisa em favor de uma melhor qualidade de vida do indivíduo por meio do ato de cuidar.

#### COMPETÊNCIA:

- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.

A formação em serviço é uma parte da formação permanente, tendo como objetivo principal a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e capacidades

peçoal e profissional, refletindo-se na melhoria de desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Sendo o enfermeiro especialista um elemento constituinte da equipa de enfermagem, fica em contexto de trabalho, numa posição privilegiada para incentivar e colaborar com os colegas na procura de novos saberes. Segundo Martins, (2004, p. 9) “Através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas sobre as situações, o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas do cuidar”.

Durante o ensino clínico no Pré-hospitalar, e após consulta da equipa, detetei necessidades de informação/formação de Suporte Básico de Vida (SBV) à vítima no local e dúvidas sobre este atendimento tão especializado do público em geral.

Os profissionais do INEM enfrentam vários obstáculos e limitações, no decorrer das suas funções. No CODU, os operadores deparam-se frequentemente com a má utilização do 112, devido á falta de informação dos utentes, é frequente ligarem para o 112 nas situações não emergentes. Por outro lado, muitas situações poderiam ter um desfecho mais favorável com o devido conhecimento do SBV, por parte do público.

O SBV é o segundo elo da cadeia de sobrevivência, e tem como objetivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para a preservação da viabilidade do coração e cérebro, permitindo ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa do Suporte Avançado de Vida (SAV). A eficácia da desfibrilhação elétrica reduz-se 7 a 10% a cada minuto (INEM, 2010), daí a importância indiscutível do rápido acionamento do serviço de emergência e do início imediato do SBV.

Foi nesta perspetiva que surgiu a necessidade de formação no Centro Social e São Lázaro, convite das mães de crianças que frequentam a pré-escolar e a convite da equipa formativa da VMER de Braga, no Intermarché de Amares, com o objetivo de, capacitar grupos da sociedade de conhecimentos/habilidades de SBV e de boa utilização do número 112.

Como formador, planeei, executei e avaliei as duas ações de formação dos dois grupos da sociedade. Grupo 1 – Funcionários de uma pré-escola (S. Lázaro – Braga) e Grupo 2 – Funcionários de um supermercado (Intermarché – Amares). Para isso foram elaborados planos de sessão (ANEXO I). O plano é um suporte, facilita a rentabilidade

do processo ensino/aprendizagem, minimizando erros, desvios e perdas de tempo. Como tal, elaborei planos de formação adequado e sistematizado, tendo em conta a transmissão de conteúdos previstos, a realçar os pontos mais importantes e a sequenciar de uma forma coerente e lógica os conteúdos a desenvolver ao longo da sessão.

Como material de apoio foi elaborado um manual de suporte teórico (ANEXO II) e power point de suporte teórico (ANEXO III). Este manual baseia-se nas recomendações do European Resuscitation Council (ERC) para a reanimação cardiopulmonar (RCP), e incorporam resultados de revisão sistemática de um vasto leque de tópicos relacionados com a RCP. O sumário das recomendações fornece os algoritmos de tratamento essenciais para a reanimação de adultos. A título de conclusão, no final da sessão foi efetuada uma síntese global, respeitando a ordem pela qual os conteúdos foram apresentados, realçando as ideias mais importantes, fazendo ligação teórica/prática dos conteúdos tratados e esclarecendo dúvidas. No final da formação, foi efetuada uma avaliação a cada formando, utilizando os métodos expositivo, interrogativo e demonstrativo, através da utilização de técnicas como a expositiva e formulação de perguntas, como forma de garantia de aquisição dos conhecimentos/habilidades transmitidas, aferindo no final a satisfação dos mesmos (ANEXO IV). Posteriormente foram tratados os dados estatisticamente (ANEXO V), aferindo os resultados.

### **Grupo 1**

- Quanto á organização do módulo, classificaram 3% Razoável, 24% Bom e 73% Excelente;
- Quanto ao desenvolvimento da ação, classificaram 19% Bom e 81% Excelente;
- Quanto à avaliação da formação, classificaram 17% Bom e 83% Excelente.

### **Grupo 2**

- Quanto á organização do módulo, classificaram 5% Razoável, 50% Bom e 45% Excelente;

- Quanto ao desenvolvimento da ação, classificaram 35% Bom e 65% Excelente;
- Quanto à avaliação da formação, classificaram 36% Bom e 64% Excelente.
- Quanto à classificação final dos formandos do grupo 2, teve a média de 18,4 valores em 20 possíveis.

Durante o estágio testemunhei situações em que se desperdiçou tempo valioso, por provável falta de preparação do quem requisita os serviços de emergência. O correto acionamento do 112 e a ampliação do conhecimento da população em geral do SBV, facilitará o desempenho do INEM e aumentará a probabilidade de recuperação e sobrevivência das vítimas de Paragem Cardio Respiratória.

Acredito, que as soluções não são fáceis, mas provavelmente passa pela divulgação alargada de informação, com linguagem simples e objetiva, para que seja facilitada a toda a população. Saber como agir é um direito e um dever cívico.

Estas formações foram muito gratificantes, pois permitiram uma aproximação à população leiga em SBV, transmitindo-lhes a relevância do atendimento precoce e adequado reconhecimento dos sintomas e da valorização da situação encontrada.

No serviço de Urgência, como decorreu no hospital onde exerço a minha atividade profissional e como a equipa é conhecida, este decorreu sem tanta necessidade de apoio. Estruturalmente o serviço de urgência está dividido por áreas: emergência; triagem; urgências de especialidades; unidades de cuidados – UDC1; UDC2; UCI trauma com funcionalidades diferentes segundo a classificação de Manchester. Segundo Neto et al (2002), um serviço de urgência, “ deve ser visto e analisado sob vários aspetos, nomeadamente, de estrutura, de organização e de funcionalidade ... o desajustamento desses espaços, quer por se encontrarem obsoletos, quer por falta de estudos na sua execução, traduz-se sempre em resultados finais negativos”. Após análise, parece-me que nem todas as áreas estão dotadas de condições adequadas à prestação de cuidados individualizados e condições de práticas seguras quer pelo elevado índice de afluência, quer pela estrutura física de cada área. Também identifiquei algumas necessidades de formação como: privacidade de doentes, reciclagem de materiais, acolhimento ao doente/família. Foi perante o levantamento desta necessidade que se baseou o meu trabalho – Guia de Acolhimento ao doente/família na Unidade de

Cuidados Intermédios (ANEXO VI), pois é nesta zona que os doentes ficam internados em contexto de urgência.

O guia de acolhimento constitui um instrumento facilitador do processo de acolhimento/integração de todos os doentes/familiares. O objetivo é fornecer informações úteis sobre a unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência do Hospital de Braga, permitindo conhecer a estrutura organizacional e o seu funcionamento.

A pessoa ao ser internada vê-se privada das suas funções laborais e da sua vida social, assim como, do afeto dos familiares. É normalmente despojada dos seus valores, passando á condição de doente. Passa a conviver com situações que geram medo, insegurança e ansiedade. De acordo com Serra (2005), para além do medo da doença e do impacto desta na vida da pessoa, o ambiente impessoal e institucional do hospital, constitui para a instalação de sentimentos de deslocação e desespero. “ A hospitalização é geralmente encarada como uma ameaça, momento de incerteza sobre o tratamento, dor, desconforto associado ao fato de estar longe de casa, perda do controlo sobre as suas funções do dia a dia, perda de privacidade e dependência, citado por Serra (2005, p.70).

O doente geralmente está apreensivo e a atitude da equipa de saúde envolvida na admissão pode fazê-lo sentir-se mais confortável. Uma receção acolhedora, com demonstração de verdadeiro interesse, fá-lo sentir-se como individuo único com valor e dignidade. Outro fator de stress é a falta de informação, quer informação relacionada com a patologia e conseqüente internamento, quer dificuldades de comunicação sobre aspetos como: Médico responsável, informações sobre patologia, horário de visitas... pode desencadear dificuldades aos doentes/família durante a hospitalização, no que se refere ao acolhimento. Importa durante todo o internamento que começa na admissão, proporcionar o máximo de bem-estar a todos os que passam por esta experiência, sendo a impressão inicial do doente/família sobre o hospital adquirida na admissão, a aparência do local e o tipo de acolhimento dado pela equipa, de extrema importância.

Este guia foi proposto ao serviço, ficando ao seu critério a implementação do mesmo.

### COMPETÊNCIA:

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com os quais nos deparamos.

Ao longo do estágio fui melhorando a minha capacidade de argumentação, justificando decisões tomadas relativas ao doente crítico. Com o conhecimentos teóricos e prática que adquiri, autonomia nas decisões relativas aos cuidados a prestar, estas decisões tinham por base diferentes perspetivas relativas a determinado problema. Demonstrei conhecimentos do âmbito técnico – científico relacionado com o doente crítico, em contexto de emergência/urgência e sua família.

### COMPETÊNCIA:

- Refletir na e sobre a prática, de forma crítica.

Um dos locais de prestação de cuidados do serviço de urgência é a sala de emergência, esta é uma área de intensa atividade técnica e humana, onde o tempo é fator de stress. Perante situações de tanta gravidade e stress para todos os intervenientes da equipa, não podemos esquecer a família e o acompanhamento desta com o decorrer da situação. Pode observar com frequência que a equipa multidisciplinar, fica tão concentrada na situação com o doente (s) que descora o acompanhamento dos familiares e as notícias, nem sempre favoráveis, são transmitidas num ambiente pouco preparado e sem privacidade aconselhada para estas situações. Para a família, ter alguém que necessita de atendimento de emergência, causa um grande impacto e, conseqüentemente, pode provocar a desestruturação da mesma, ainda que temporariamente. Quando um familiar recebe a notícia após entrada numa sala de emergência, ocorre uma sensação de estranheza e impotência, permeada de medos e ansiedades, culminando com o desequilíbrio emocional, desestabilização e crise familiar (Pinho; Kantorki, 2004). Conviver com a possibilidade de morte iminente e da rutura da família produz sentimentos de dor e insegurança (Motta, 2002).

Em Portugal, entre os serviços de emergência, predomina a conduta de não permitir a presença de pessoas leigas durante o atendimento de emergência, pois partem do princípio que esta pode atrapalhar e comprometer a qualidade do atendimento, uma vez que ao defrontar-se com uma situação stressante e desconhecida, os familiares

poderão não entender o que está acontecer e, por isso, ter comportamentos e atitudes que necessitam da intervenção dos profissionais, afetando, de alguma forma, o atendimento. Como se trata de um momento de sofrimento e angústia, as reações são variadas e reconhecer as reações da família é reconhecer a singularidade do ser humano.

Durante o atendimento na emergência, o enfermeiro é o profissional que mais permanece com o doente e sua família, e pode tornar efetivo o seu propósito de ajuda, dando suporte e apoio, principalmente mantendo os familiares presentes informados a respeito da situação, esclarecendo dúvidas, orientando-os e ouvindo-os, na medida do possível em ambiente tranquilo e em privado.

Perante esta observação pode intervir, e em duas situações foi possível acolher a família numa sala existente para o efeito, mas que nunca tinha sido usada e até era, do desconhecimento de vários elementos da equipa multidisciplinar, podendo demonstrar disponibilidade para os outros, manifestando preocupação pelas suas necessidades e bem estar, conseguindo manter a calma e controlo em situações de grande stress emocional.

Durante o estágio, privilegiei a reflexão sobre a ação e o conhecimento adquirido de forma autónoma, procurando questionar, para atuar da melhor forma, sempre com base em normas e procedimentos existentes, de forma a compreender a orgânica dos serviços, relacionados com formação em serviço, processo de admissão de doentes, processo de alta/transferência, avaliação de doentes com base em critérios de risco, assistência a doente terminal e família, planos de emergência interno e catástrofe, manuais de organização e funcionamento das diferentes áreas de atuação, assim como, controlo de infeção e gestão de risco.

#### COMPETÊNCIA:

- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistémica e crítica;
- Promover a formação em serviço na área de EEMC.

Mobilizar conhecimentos e prestar cuidados de excelência, não seria possível sem a prestável e continua colaboração da equipa multidisciplinar, que no seu local de trabalho mobiliza saberes múltiplos, respeitando a individualidade do doente nas várias

etapas de vida. ”Portanto, quando necessário, são capazes de agir segundo a sua própria opinião e estão preparados para fazê-lo” Benner, (2004, p.59), com um nível de aquisição de competências de perito.

A formação em serviço é uma parte da formação permanente, que tem como objetivos o adquirir e aprofundar conhecimentos e capacidades, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional que se repercute na melhoria de desempenho e da qualidade dos serviços prestados, esta formação tem a particularidade de se desenrolar em simultâneo com a prática profissional.

Sendo o enfermeiro especialista um elemento constituinte da equipa de enfermagem, fica em posição privilegiada para incentivar, colaborar e desenvolver a procura de novos saberes, promovendo o crescimento pessoal e de grupo.

É talvez durante a assistência pré-hospitalar que o trabalho em equipa alcance a sua plenitude. É perante uma emergência em ambiente desconhecido e o maior recurso é o colega que está ao nosso lado. Neste contexto, a discussão de casos após o atendimento, o treino permanente usando múltiplas ferramentas, podem funcionar no processo de transformação das equipas. No serviço de urgência, há um elemento do serviço nomeado pelo Enf. Chefe, responsável pela formação. O papel do enfermeiro responsável pela formação revela-se de extrema importância para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, fazendo um levantamento das necessidades, identificando áreas de melhoria, valorizando conhecimentos existentes e facilitando a evolução da equipa como um todo, sempre sob os ângulos do desenvolvimento organizacional. Neste contexto, identifiquei necessidades formativas na equipa, algumas existentes em plano de trabalho, noutras foi possível dar o meu contributo efetivo, dirigido e no momento oportuno. Apesar de não ter realizado nenhuma ação formativa, por restrição do serviço, julgo ter adquirido as competências básicas relativas a esta área da formação.

## 1.2-DOMINIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

Através do Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro, a Ordem dos Enfermeiros, descreve o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica como o profissional capaz de cuidar a pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizando a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação, maximizando 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.

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.

### 1.2.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

De forma a promover um elevado grau de adequação dos cuidados à pessoa em situação crítica, foram desenvolvidas atividades com o intuito de dar resposta aos objetivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

#### COMPETÊNCIA:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva académica avançada.

A aplicação do processo de enfermagem é fundamental às intervenções dos profissionais de enfermagem em qualquer unidade de cuidados, proporcionando ordem e direção ao cuidado. Segundo George et al. (2000, p.21) é “a essência da prática de

enfermagem, o instrumento e a metodologia da profissão” e como tal, auxilia a tomada de decisão na resolução de problemas.

O processo de enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer. A implementação do Processo de Enfermagem requer habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e efetivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para a sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenómeno necessita, para que se alcance um determinado resultado. Estes aspetos dizem respeito aos elementos da prática profissional e ligados ao Processo de Enfermagem: o que os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável (resultados de enfermagem). Esta elaboração tem como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), definidos como conjunto de enunciados pré-estabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, a que se tem acesso rápido, de modo a facilitar a documentação de assistência prestada (ICN, 2005).

Tendo por base os aspetos apontados, tomei iniciativa na implementação do processo de enfermagem ao doente crítico, como método de análise de situações complexas, estabelecendo um plano adequado, promovendo o envolvimento ativo do doente no seu processo de saúde/doença e analisando de forma crítica e construtiva o resultado das intervenções planeadas.

#### COMPETÊNCIA:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimento na área da EEMC.

No Pré-hospitalar todos os meios, quer técnicos quer humanos, são mobilizados a dar resposta efetiva, em situações limite de tempo, de vítimas e de cena, tomando decisões imediatas, baseadas no conhecimento e rápida avaliação da vítima (s) e envolvimento, efetuar abordagem e estabilização da mesma no local da ocorrência, com o princípio máximo de segurança e adequação de procedimentos de reanimação e técnicas

de mobilização, garantindo adequada informação e acompanhamento da família de forma a minimizar o seu sofrimento.

Neste contexto, baseei a minha abordagem, estabelecendo prioridades no tratamento da vítima (s), assegurando prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos INEM, genericamente, Via Aérea (com controlo cervical), Ventilação, Circulação (com controlo da hemorragia visível), Disfunção Neurológica e Exposição, por vezes, em ambiente hostil e dramático, participando na decisão de transporte e garantindo o seu acompanhamento e vigilância, com base na relação de autonomia e interdependência da equipa multidisciplinar.

Desta forma, esta experiência pré-hospitalar possibilitou mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil, e de forma holística, a situações de saúde de grande complexidade e, assim, prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando respostas, competências importantes para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada, “centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” (Silva, 2007 p.55).

O exercício profissional dos enfermeiros no pré-hospitalar insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem, as intervenções autónomas, onde o enfermeiro tem iniciativa e de responsabilidade de acordo com a sua qualificação, e as intervenções interdependentes.

Segundo o artigo 9, alínea 3 do REPE, “Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelo enfermeiro de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outras técnicas, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. Na minha opinião estas intervenções interdependentes em contexto pré-hospitalar, podem estar associadas a protocolos de atuação previamente estabelecidos, permitindo aos enfermeiros organizar, executar e supervisionar as suas intervenções. Repercutando-me ao REPE de novo, no contexto pré-hospitalar e em situações de emergência e

encontrando-se sozinho, a intervenção encontra-se prevista no artigo 9 alínea 4 “ os enfermeiros procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

A compreensão e a execução de procedimentos técnicos e cuidados especializados ao doente em contexto de urgência envolvem situações não agudas a situações que constituem ameaça á vida, pelo que “muito da prática do enfermeiro de urgência implica sagacidade na tomada de decisões, capacidade analítica e científica na recolha de dados, e qualidade de reflexão crítica”. Num serviço de urgência as necessidades de procuras são muito variadas, o sistema de triagem – triagem de Manchester, proporciona uma avaliação inicial dos doentes, classificando-se segundo uma grelha de prioridades de assistência, distribuída por várias áreas de atendimento.

Em contexto de triagem, colaborei com o enfermeiro tutor no processo de admissão de doentes emergentes/urgentes, no sistema informático de gestão hospitalar “ALERT Paper Free Hospital”, para o registo, interligação e análise de todos os dados relacionados com os doentes e a atividade dos profissionais de saúde. Com o ALERT, a informação relativa aos procedimentos clínicos é registada digitalmente, em tempo real, ficando acessível aos intervenientes no processo. No SU, o ALERT possibilita, a cada momento, obter uma visão global sobre os doentes em espera ou a ser atendidos e os meios de diagnósticos utilizados, além disso, permitem que os familiares recebam informações sobre o estado do doente.

No serviço de urgência é um setor que exige dos profissionais, um olhar atento para observar e saber administrar as inúmeras situações apresentadas, sendo exigido procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máxima pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Neste contexto e indo de encontro á minha prática clinica, verifico que existem contantes atualizações nesta área, exigindo uma constante atualização de conhecimentos, como refere Morais (2004), não basta apenas ter experiência cronológica, é fundamental uma atitude de reflexão e atualização constante para o trabalho que se realiza.

Durante o estágio acompanhei sempre que diagnosticada a situação de prioritária, doentes a exames de diagnóstico diferenciado, atuando de acordo com técnicas de boa prática clínica e normas e procedimentos do serviço. Proporcionei informação ao doente e medidas de conforto para a realização da técnica, disponibilizando material adequado, monitorização e vigilância. Adotei sempre uma postura responsável na prestação de cuidados, refletindo sempre, antes de decidir, com base numa relação risco/benefício para o utente, contribuindo para a excelência da profissão. Como enfermeiro, consciente que a nossa profissão tem como instrumento de trabalho “o cuidar” de forma holística e humanizada, sendo o centro da nossa atenção o utente, com quem estabelecemos uma relação de ajuda, em diferentes momentos do ciclo vital, nas mais variadas situações, onde a ansiedade, o medo, num ambiente considerado por muitos complexo e imprevisível, foi sem dúvida, um saboroso desafio constante.

Em contexto de sala de emergência, deparei com algumas situações complexas, mas onde participei na prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos e habilidades com base em evidências científicas, com a colaboração da equipa multidisciplinar, respondendo em tempo útil e de forma holística á pessoa em situação crítica. Após definição de prioridades, apliquei e adequei protocolos de atuação definidos, como, Suporte Básico de Vida no Adulto, Suporte Avançado de Vida no Adulto, Abordagem inicial das síndromes coronárias agudas, Suporte de Vida Pediátrico, Algoritmo da Taquicardia, Algoritmo da Bradicardia, protocolos de trauma – abordagem integrada do politraumatizado, segundo as Guidelines do Conselho Europeu de Ressuscitação (2010).

#### COMPETÊNCIA:

- Desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao cliente.

Durante o estágio de urgência tive oportunidade de prestar cuidados tendo em conta diferentes metodologias, adequadas a cada realidade, comprovando a sua eficácia. Prestar cuidados globais e individualizados.

Preparei, segundo protocolo, terapêutica farmacológica, institui medidas terapêuticas adequadas a cada situação concreta, tendo em conta o pensamento crítico para tomada de decisão fundamentada e resolução de problemas, um recurso para

encarar a prática como um desafio constante e não uma sucessão de atos e decisões rotinizadas. (Pinto, 2003).

Em todo o exercício de estágio, apliquei o método de tomada de decisão, como refere o Conselho da OE (2003), “ a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática”. Foi nesta base, que identifiquei necessidades de cuidados de enfermagem á pessoa individual ou em grupo, reunindo informações, e posteriormente, analisar as várias soluções possíveis, ponderando as consequências das mesmas antes da decisão final. Todo este processo é facilitado com aplicação do processo de enfermagem, dando ordem e direção ao cuidado, é “a essência da prática de enfermagem, o instrumento e a metodologia da profissão” (George, 2000 p. 375), e assim, auxilia a tomada de decisão na resolução de problemas.

Na prática de enfermagem, as técnicas estão intimamente ligadas com os conhecimentos, ou seja, o saber fazer está relacionada com o saber, o que faço, como faço, como e porque faço. Indo de encontro a esta ideia, Dias diz-nos que o saber fazer “... é poder adaptar a sua conduta à situação, fazer face a dificuldades imprevistas ... é afinal poder improvisar onde os outros se limitam a repetir. Saber fazer bem é poder agir inteligentemente” (Dias, 2006 p. 70).

#### COMPÊTENCIA:

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

A profissão de enfermagem assenta todos os seus princípios na relação com os outros, no pressuposto do bem cuidar. Nesta profissão não basta a qualidade científica ou a técnica, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora, a qual está integrada no saber ser do enfermeiro. Então saber ser é “sinónimo das atitudes e comportamentos das pessoas em situações concretas de trabalho” (Dias, 2006 p.129). Então o saber ser refere-se às características individuais de cada um, forma de ser e agir, tendo em conta o meio onde está inserido. Segundo o mesmo autor, a habilidade mais importante no âmbito do saber ser consiste em saber relacionar-se e trabalhar com outras pessoas, emergindo num clima de confiança, envolvimento genuíno e entusiasmo nas relações pessoais.

Assim, o enfermeiro que possua boas habilidades humanas irá ter capacidade para estabelecer uma relação empática, tendo em atenção os sentimentos da equipa. O saber relacionar-se e trabalhar com os outros, não esquecendo a grande importância da comunicação e o trabalho em equipa para um adequado desempenho profissional, habilidades encontradas nos dois estágios, o que facilitou o processo de ensino/aprendizagem.

#### COMPÊTENCIA:

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

Em todo o meu estágio adotei uma postura responsável na prestação de cuidados, refletindo sempre a relação risco/benefício, antes de decidir. Todas as reflexões fundamentaram-se numa perspectiva de melhoria com vista à excelência da profissão.

Os serviços de urgência, segundo Macphail (2001), têm por finalidade promover uma abordagem correta das vítimas de acidente ou de doença súbita. Desta forma, o doente beneficia de um tratamento adequado, os serviços funcionam melhor e de forma mais organizada e constante, beneficiando o sistema no seu todo, dado que as atitudes clínicas nos locais de primeira intervenção traduzem-se num melhor transporte e encaminhamento mais útil para o doente. A avaliação inicial realizada pelo enfermeiro é a base de todos os cuidados prestados, recolhidos para identificar problemas e implementar as intervenções adequadas, a partir de informação transmitida pelos utentes/familiares ou bombeiros.

Segundo Sadlak (2001), os doentes que não apresentam risco de vida, são sujeitos a uma avaliação de rotina, como, queixa principal, sinais vitais, medicação habitual, presença de alergias, os doentes urgentes e emergentes, assenta numa nomenclatura internacional, sistemática e sequencial composta por A,B,C,D e E.

- A- Airway (permeabilização da via aérea e estabilização da coluna cervical)
- B- Breathing (ventilação e respiração)
- C- Circulation (circulação, hemorragias externas graves e choque)
- D- Disability (disfunção neurológica)

E- Expose (exposição com controle de temperatura)

Este protocolo, segundo INEM (2000), visa apoiar o técnico de saúde na observação e na persecução de três grandes objetivos: preservar a vida, não agravar ou provocar lesões e entregar o doente nas melhores condições no local mais apropriado.

A consciência crítica na enfermagem é fundamental e fruto das competências conceptuais, relacionais, emocionais e técnicas, levando-nos ao processo de autoavaliação, em que o enfermeiro analisa a sua atuação no sentido da melhoria da qualidade. Só uma reflexão continua sobre a prática permite detetar possíveis falhas com vista á melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados.

COMPETÊNCIA:

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

Reagir perante situações imprevistas é sempre uma forma de nos pôr á prova e, de facto, é sobre stress que por vezes melhor agimos. Durante o estágio surgiram situações, que por serem novas, tornaram-se complexas. Na Emergência Pré-hospitalar, surgiram situações de vítimas de acidentes automobilísticos, ficando a vítima encarcerada, tornando difícil o acesso e estabilização, sendo usadas técnicas de estabilização e extração específicas á prestação em ambiente extra-hospitalar. Estas situações permitiram aprofundar conhecimentos já adquiridos, outros oriundo da parte teórica, outros adquiridos com pesquisa bibliográfica para dar respostas aquelas situações concretas sem esquecer o apoio sentido de toda a equipa nos momentos de maior insegurança.

No serviço de Urgência essa insegurança é menor, pois estamos no nosso ambiente de trabalho e conhecemos bem todas os procedimentos para estabilização da vítima, mesmo em momentos de stress. Durante o estágio privilegiei sempre os momentos de reflexão com o grupo, para ser capaz de mobilizar capacidades e conhecimentos adquiridos em momentos oportunos, organizando, selecionando e integrando apenas os conhecimentos úteis e saber adapta-los às diferentes situações.

### 1.3- DOMINIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL

A conotação de responsabilidade traduz-se como sendo as obrigações, o compromisso, o dever de satisfazer ou executar algo, ou ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes do incumprimento da obrigação inicialmente assumida. Assim, a responsabilidade ética deve estar intrínseca na atividade da enfermagem, de modo que, estes profissionais têm a obrigação de prestar ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, consoante estabelece o Código de Ética de Enfermagem, sob pena da sua responsabilização administrativa. No que concerne a responsabilidade legal, esta é o dever jurídico de cumprir a obrigação imposta nas normas legais, cujo incumprimento acarreta aplicação de sanções correspondentes.

#### 1.3.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar humano, a responsabilidade ética e legal são dois princípios fundamentais da nossa atuação.

Podemos definir como conceito central da nossa atividade o cuidado humano, assumindo que “o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” Watson (2002, p.60), transportando a nossa postura profissional para a dualidade saber científico/saber humanístico.

#### COMPETÊNCIA:

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Os cuidados de enfermagem centram-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8).

O ser humano, como sujeito moral, é possuidor de uma dignidade absoluta. A relação entre o cuidador e quem recebe os cuidados estabelece-se por princípios e valores, em que a dignidade humana “é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente de forma inequívoca em todas as intervenções e decisões” (Nunes, p.61).

No pré-hospitalar, procurei exercer uma prática baseada no respeito dos direitos humanos, gerindo as diversas situações de acordo com os princípios fundamentais da pessoa, conseguindo tornar-me um elemento ativo nas tomadas de decisão nas diversas situações surgidas. A confidencialidade da informação do doente foi sempre assegurada, sendo fornecida aos profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados.

#### COMPETÊNCIA:

- Abordar questões complexas de um modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na EEMC.

A profissão de enfermagem tem um mandato social, isto é, a sociedade espera alguma coisa dos enfermeiros. Desta forma, a enfermagem assume uma dimensão moral, onde o respeito, o serviço, a competência e a justiça constituem virtudes institucionais.

A reflexão sobre a responsabilidade e competência torna-se num instrumento orientador para a tomada de decisões com base em normas legais e princípios ético-profissionais. Enquanto enfermeiro, com a missão de cuidar, assume a responsabilidade de agir de determinado modo, tendo a preocupação da defesa da dignidade e liberdade da pessoa de quem cuida.

Nas relações entre o atendimento pré-hospitalar e a sociedade, esta tem como principal expectativa a busca do bem do cliente (princípio da beneficência), incluindo-se o reconhecimento da competência técnica dos profissionais e a expectativa de atendimento humanizado. No pré-hospitalar pode perceber-se o paradoxo que se estabelece, pois esta prestação de serviço direta recebe um elevado número de solicitações, verificando-se posteriormente a não veracidade das mesmas, o que acarreta um elevado custo social, lesando deliberadamente ou não, o serviço de saúde, mais propriamente os cuidados prestados, segundo (Rego 2010), podem estar em causa no

futuro, devido às exigências crescentes dos utilizadores dos serviços de saúde, por um lado, e à contenção de custos das instituições de saúde, por outro.

Durante o meu estágio no serviço de urgência, tive a preocupação de não descuidar o respeito, a defesa e os direitos das pessoas que cuidava. As intervenções efetuadas realizaram-se tendo em conta um quadro de valores individuais e gerais de cada doente, pautando em decisões fundamentadas.

Diante dos dilemas de natureza ética que surgiram durante o estágio, pode analisar situações concretas e a posicionar-me de acordo com princípios e valores, dando respostas coerentes. A autonomia, a privacidade e a confidencialidade das informações são, os que destaco entre os princípios éticos que norteiam as relações humanas e o agir. A autonomia concretizou-se mediante a formalização de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; neste sentido, um ato voluntário, consciente, sem coação ou manipulação. Quanto ao princípio da privacidade, este adveio do princípio da autonomia, assim, coube á pessoa autónoma decidir a quem e como deseja expor o seu corpo para procedimentos médicos ou informações a respeito do seu estado de saúde. Quanto á confidencialidade, relacionou-se com a garantia de que as informações dadas não foram reveladas sem prévia autorização das pessoas envolvidas.

É necessário humanizar a saúde, o doente não deve ser considerado como algo, mas como alguém, respeitando a sua dignidade e liberdade, num cuidar a pessoa como pessoa.

#### COMPETÊNCIA:

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

A palavra “comunicar” provém do latim *comunicare* que significa pôr em comum, partilhar, ligar, unir. A comunicação, sendo um processo, é por isso dinâmica e evolutiva. A comunicação é um dos mais importantes aspetos do cuidado de enfermagem, contribuindo para uma melhor assistência ao doente e à família e vivem a ansiedade e o stress da doença. Segundo Saraiva (1999), ao referir teorias que defendem o processo comunicativo como forma de ajuda ao individuo e à família. Tratando-se do relacionamento enfermeiro/doente/família, o processo de comunicação tem de ser

eficiente para viabilizar uma assistência humanizada e personalizada de acordo com as necessidades.

Durante todo o estágio, privilegiei o acolhimento como forma de humanização de cuidados, estabelecendo uma relação de ajuda com doente/família, demonstrando habilidades sobre técnicas de comunicação. Ser assertivo e cuidar o doente e família em contexto de urgência é um processo que requer habilidades humanas e técnicas, associadas á experiência e conhecimento profundo da clínica, sendo de realçar a orientação do enfermeiro tutor. Assim, adotei uma postura presente e de escuta ativa, atingindo o objetivo sobre técnicas de comunicação com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica.

#### COMPETÊNCIA:

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

A comunicação é um instrumento básico de interação humana, que permite ao enfermeiro o contato próximo com o utente. Assim, os enfermeiros deverão desenvolver habilidades de comunicação que facilitam a sua relação com o utente para possibilitar-lhes perceber as necessidades expressas, quer por linguagem verbal ou por comportamentos pelos utentes, a sua linguagem não-verbal. Nesta perspetiva, “a enfermeira deve observar, escutar, avaliar corretamente e responder à sua comunicação de forma mais adequada a cada situação. Para isso é necessário adquirir conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações deficitárias”( Parracho, p.66).

Cabe-nos a nós enfermeiros, a transmissão de grande parte da informação quer do doente/família para a equipa de cuidados, quer da equipa para a pessoa doente/família as informações colhidas. É também da nossa responsabilidade como enfermeiros, promover o diálogo e a articulação entre todos os membros da equipa, cabendo-nos um papel fundamental na manutenção de um ótimo ambiente em contexto do cuidar.

Em contexto de emergência e urgência, tive oportunidade de colaborar com a equipa na comunicação, num contexto relacional com a família e com a sociedade, acompanhando o utente e a família ao longo do seu processo de saúde/doença, de forma

eficaz, como também permitindo que o doente e família encontra-se recursos pessoais facilitadores de manutenção da sua dignidade, durante os momentos difíceis, e aquando da morte, prestando cuidados ao corpo mostrando respeito, Código Deontológico do Enfermeiro, (artigo 87º).

É consensual que a humanização no cuidar passa pela importância da relação de ajuda e da comunicação entre o utente, os familiares, as pessoas significativas e a equipa multidisciplinar em prol do bem-estar e equilíbrio da utente, promovendo a melhoria dos cuidados que prestamos. Ser assertivo e cuidar da pessoa em situação crítica, acarreta processos de aprendizagem constantes, culminando num crescimento pessoal e profissional elevado.

#### 1.4 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. A gestão é um domínio da área de competência do enfermeiro em EEMC, na medida em que gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e assegura a articulação na equipa multiprofissional, revelando-se de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE 2001),

##### 1.4.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Cada profissional tem o dever, para além de, defender a qualidade de cuidados que efetua, ser um gestor dos mesmos, investindo na sua formação profissional, publicando-a, intervindo na sociedade sempre que possível e pertinente, trocando informações com os colegas num processo de melhoria continua e enriquecendo a profissão.

## COMPETÊNCIA:

- Zelar pelos cuidados prestados na área EEMC.

A prestação de cuidados de enfermagem em ambiente de urgência é considerada como uma das realidades mais “agressivas” da prática de enfermagem. A instabilidade constante no contexto da prática leva a que o enfermeiro desenvolva as capacidades críticas reflexivas, sobre as suas práticas e sobre as praticas que observa, bem como sobre as vivências e experiências resultantes da sua relação de ajuda com os utentes.

Para Alminhas (2007), é fundamental que a na azáfama e nos rituais do nosso quotidiano, os enfermeiros encontrem momentos de reflexão, de apoio e de partilha de sentimentos vividos na relação com os outros. Afirmando, que os conhecimentos técnico-científicos são essenciais, mas não suficientes para prestar cuidados de enfermagem ao utente na sua globalidade. É imprescindível que o enfermeiro seja confrontado com seres humanos que sofrem física e psicologicamente. É preciso ter em conta que o mesmo em situação grave, o utente é o centro da nossa atenção em simultâneo com informações que poderemos e devemos monitorizar através das inovações tecnológicas.

Perante situações graves e complexas, respeitar a vida é um direito universal, mas também aceitar que a morte, às vezes inevitável, constitui uma condição inerente ao nosso cuidar. Sendo nestes momentos difíceis, fundamental, a mão que se aperta, a ternura que se transmite. “ É das pequenas coisas que constituem os autênticos cuidados de enfermagem”, afirma (Alminhas, 2007, p.60).

Pela experiência vivida, considero que e enfermagem em contexto de urgência, exige dos enfermeiros conhecimentos científicos continuamente atualizados, assim como, o desenvolvimento de capacidades e competências técnicas, relacionais holísticas e humanizadas para poderem responder às variadas situações dos utentes, nas diferentes fases do ciclo vital, num serviço que se caracteriza por um contexto complexo e específico. Neste serviço, para além de saberes inerentes ao cuidar, exige conhecimentos destreza e responsabilidade no manuseamento de equipamentos, sem esquecer a responsabilidade ética e deontológica inerente à prática de cuidados, que por vezes, exige técnicas e intervenções para salvaguardar o direito á vida, e por outro,

invade-nos sentimentos com grande peso emocional, especialmente quando o insucesso é iminente.

É da qualidade dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros que dependem muitas vidas, especificamente nas situações de emergência, em que a prestação direta e imediata de cuidados a utentes em risco, como nas situações de paragem cardíaca, politraumatizados, intoxicações e todas as múltiplas situações inerentes ao contexto de urgência, assim como, transferência de utentes com risco iminente de vida para outro serviço diferenciado que exija acompanhamento do enfermeiro. Neste contexto, a nossa presença assume uma mais-valia, como interveniente ativo no processo saúde/doença, contribuindo para o seu bem-estar, conforto e segurança, minimizando ou solucionando os seus problemas.

Nesta perspetiva, considero fundamental como impulso motivador para a mudança, a reflexão sobre os nossos cuidados e das inter-relações que estabelecemos, visando que só é possível prestar cuidados de qualidade centrados na humanização e fundamentados no desenvolvimento contínuo e aplicação de saberes. Assim, procedi à análise de protocolos e procedimentos do serviço de urgência de forma a verificar a sua validação científica pois com “ a crescente complexificação paralela ao devir vertiginoso que assistimos nos campos da saúde e dos cuidados, o dever de decidir envolve um cada vez mais esforço do profissional” (Pinto, 2006, p.11).

No serviço de urgência, observei de forma a supervisionar a aplicação de normas e procedimentos em vigor, sempre com o objetivo de, promover cuidados de saúde de qualidade e práticas seguras. Para garantir estes pressupostos, estão implementados vários procedimentos, de acordo com orientações da CCI e da Gestão de Risco, com aplicação transversal na equipa, cabendo a supervisão ao Gabinete da qualidade, que zela pela manutenção de um elevado grau de qualidade de cuidados prestados.

Durante o módulo III – Pré-hospitalar, prestar cuidados globais e individualizados tornou-se uma tarefa difícil, pois, o objetivo primordial da equipa de socorro é a estabilização e manutenção da vítima (s), até ao local de saúde diferenciado mais próximo, sempre com tomadas de decisões fundamentadas, proporcionando não só sobreviver mas, para viver com qualidade.

## COMPETÊNCIA:

- Realizar gestão dos cuidados de enfermagem.

Na área da gestão do serviço, a atuação fica a cargo do Enfermeiro Chefe. O acompanhar o Enfermeiro Chefe durante o seu período de trabalho, proporcionou-me observar e conhecer as suas funções, funções essas, nem sempre fáceis de resolução, implicando uma grande capacidade de gestão de vários níveis, desde tempo, organização, disponibilidade, conhecimentos, relações interpessoais, determinação de recursos humanos/materiais, reajustes e medidas corretivas, criação de condições para um elevado grau de satisfação da sua equipa/população alvo, entre outras. Segundo (OE 2007), "... a chefia de Enfermagem deve ser entendida como "ponta de lança" da mudança, em que lhe é depositada a esperança para desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais bem como a qualidade dos cuidados prestados pelas profissionais que aí trabalham. É portanto, exigido que o gestor de cuidados tenha capacidade de identificar as necessidades dos colaboradores, acompanha-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional".

Como aprendiz nesta área, pode entender a importância do fator liderança e da otimização das três variáveis que a compõe para o sucesso da equipa. O estilo de liderança não é estático e depende intrinsecamente do estado de alerta e do planeamento do líder, não desprezando a sua sensibilidade perante as diversas situações. Um líder eficiente, portanto, adapta o seu estilo de liderança à situação à qual exerce poder, possuindo uma abertura face às mudanças que se depara. A consciencialização da equipa que se tem, das suas capacidades e potencialidades permite ao líder otimizar os recursos disponíveis.

No serviço de urgência pode verificar a dinâmica e circuitos de materiais, estando estes a cargo de reposição por níveis, tendo o enfermeiro chefe a função de supervisão. Tive oportunidade de observar o programa informático que tem em sua posse para elaboração de horários e as múltiplas aplicações que este programa oferece ao Enf. Chefe, funcionando como uma ferramenta indispensável à sua função.

Colaborei na elaboração de planos de trabalho, percebendo a necessidade de adaptação ao grupo, tendo em consideração alguns fatores essenciais á melhor rentabilização dos mesmos, face as exigências técnicas de cada posto de trabalho. Esta

tarefa nem sempre é fácil, pois acarreta grande conhecimento dos diferentes membros da equipa e dos diferentes procedimentos executados, como, patologias, tratamentos específicos, gestão de situações relacionadas com doente/família, acompanhamento intra e/ou extra-hospitalar, entre outros.

O desenvolvimento na área da supervisão é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados, sendo fundamental, a consciencialização de toda a equipa para a racionalização dos recursos e otimização dos mesmos.

No futuro, o principal desafio para as instituições de saúde será ser capaz de oferecer a melhor qualidade possível nos cuidados prestados, fazendo uso de um menor número de recursos, isto é, mais com menos. O bom planeamento de uma equipa é uma arte, que por vezes exige o compromisso de todas as partes envolvidas, “ o enfermeiro com funções de gestão é hoje um ator social que atua na gestão da mudança e na mudança da gestão” (Nova, 2008).

A qualidade das instituições, dos serviços e dos profissionais é hoje condição premente e uma necessidade. Tendo em conta a diversidade de mudanças que têm que ser implementadas, causadas pela evolução das ciências, das tecnologias, com implicações na sociedade, resultando em novos desafios, bem como, nas melhores respostas às expectativas cada vez mais exigentes dos cidadãos. Fundamentando esta perceção, “ (...) investir na qualidade organizacional dos serviços de saúde, na formação dos profissionais de todos os níveis, numa política sustentada da garantia contínua da qualidade, nas suas múltiplas vertentes, constitui a forma como a Saúde XXI pode contribuir para a mudança em curso” (Morgado, 2003, p.23).

#### COMPETÊNCIAS:

- Incorporar na prática os resultados da investigação validos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

A pesquisa e reflexão são imprescindíveis nas profissões dos que cuidam. Em qualquer processo que vise a qualidade, torna-se indispensável a criação de espaços para a pesquisa, reflexão e discussão sobre a realidade humana e sobre o seu envolvimento como cidadão e o que isso implica para as profissões de saúde. Um profissional só

desenvolve saberes científicos e técnicos se refletir sobre as suas práticas com bases científicas, num contínuo processo de formação e autoformação, aplicando esses saberes na sua prática profissional e adequando-os a cada situação com que se confronta diariamente.

Nesta perspetiva (Hesbeen 2001,p.64), refere que “tudo aquilo que é vivido, no dia a dia, pode enriquecer as suas qualidades. No entanto este enriquecimento não é automático. Ele requer esforço de reflexão e que a pessoa se documente” .

A consciencialização por parte dos enfermeiros destes desafios, contribui para uma atitude proactiva, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação, autoformação, do pensamento crítico-refletido das suas práticas, visando a qualidade de cuidados e a satisfação dos utentes. Como tal, os enfermeiros procuram a sua própria realização pessoal e profissional, consequência das novas exigências e do percurso que a profissão de enfermagem tem tido, a nível da formação académica e profissional, na Regulamentação de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e a criação da Ordem dos Enfermeiros, do Estatuto e do Código Deontológico.

Neste contexto, durante os estágios não tive oportunidade de integrar nenhuma equipa de investigação, ou porque os grupos já estavam formados ou porque o tempo tornou-se escasso, no entanto, estive sempre preocupada com a qualidade do meu desempenho, avaliando e refletindo sobre os cuidados que prestava, no sentido de procurar evoluir no percurso das minhas competências do cuidar holístico e humanizado e dos saberes científicos, tendo como propósito a excelência profissional.

Hesbeen (2001), refere que a qualidade é a procura da obra feita que dará sentido á prática quotidiana, mesmo sabendo que não faltarão casos em que os objetivos não serão alcançados ou serão apenas de modo imperativo. É essa obra que o profissional dedicará a sua atividade desenvolvendo-se num percurso para a qualidade das suas ações.

## **2- CONCLUSÕES GERAIS**

Com a atual evolução dos cuidados de saúde resultante dos progressivos conhecimentos científicos e tecnológicos, a evolução da prática de cuidados e as consequentes exigências dos seus utilizadores, torna-se fundamental o enfermeiro, tanto no seu papel de cidadão, como no seu papel de profissional, não se alhear dessas mudanças que ocorrem no meio coletivo onde vive e exerce as suas funções. Para isso, deve possuir certas qualidades fundamentais que ajudem, ao longo de toda a vida, adquirir os saberes necessários e a desenvolver as suas competências, através do desenvolvimento de capacidades pessoais, saberes ou estar na profissão.

A elaboração do relatório permitiu dar visibilidade ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas na arte de cuidar a pessoa, no contexto do Pré-hospitalar e serviço de Urgência, através da concretização dos objetivos, pois a realidade observada elogia os profissionais de Enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem em ambiente de urgência é considerada como uma das realidades mais “agressivas” da prática de enfermagem. A instabilidade constante no contexto da prática leva o enfermeiro a desenvolver capacidades crítico-reflexivas, sobre as suas práticas e sobre as práticas que observa, bem como as vivências e experiências resultantes da sua relação de ajuda com os utentes.

O lidar com o doente crítico e suas famílias, requer treino e aptidões, isto é, competência. Durante o estágio pode aperfeiçoar competências já adquiridas e adquirir outras, permitindo-me um desempenho mais eficaz e profícuo ao longo deste percurso formativo. Toda a componente prática oferecida pelos dois módulos, proporcionou um elevado número de experiências para aplicação de conhecimentos, desenvolvimento e treino de competências/reflexão/avaliação e autocrítica, na área de EEMC. Cada profissional contempla conhecimento, experiências e saberes adquiridos ao longo dos tempos, segundo (Bento, 2006) “estes saberes, que a experiência constrói, corporizam grande parte daquele que é o saber específico de enfermagem e que os enfermeiros usam quotidianamente”. A construção da identidade profissional assenta num processo

de interação de valores, atitudes e competências que só acontece com a reflexão e análise de situações vivenciadas.

A reflexão sobre os cuidados, trouxe à superfície o foco de enfermagem, que mais que tratar é cuidar. De cuidar de seres humanos, na sua universalidade de ser e sentir (Watson 2002). Durante o meu estágio orientei-me neste sentido, o cuidar numa vertente holística através de procedimentos adequados, com consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que me foram atribuídas, as quais exerci em clima de cooperação e complementaridade. Pode constatar com a minha prática clínica, as constantes atualizações na área de enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma constante atualização de conhecimentos, para corresponder a esta exigente profissão.

O estágio no Pré-hospitalar, onde os recursos limitados têm que ser ajustados para dar resposta a necessidades de cuidados de saúde nem sempre previsíveis e em constante mudança, é realmente um desafio. Ao iniciar o atendimento, o conhecimento, as atitudes, as habilidades e o comportamento a ser adotado, foram sempre adaptadas às necessidades da vítima (s), acarretando uma busca e atualização permanente de procedimentos e técnicas de socorro. Esta assistência, fora do âmbito hospitalar, criou possibilidades de desenvolver diversas habilidades, uma vez que a assistência variou de um simples conselho ou orientação a uma assistência diferenciada, onde pode prever necessidades, definir prioridades, iniciar intervenção e reavaliar o estado geral, para a partir daí, transportar a vítima (s) a um local de atendimento diferenciado, sempre seguindo protocolos de atendimento e orientações do CODU.

Com o decorrer do ensaio clínico, com a deteção de necessidades formativas da comunidade em geral, foi possível desenvolver ações de formação direcionadas a capacitar grupos da sociedade, de conhecimentos/habilidades de socorro, com o objetivo de colmatar necessidades sentidas na suas vidas profissionais, atuando na articulação e sucesso da cadeia de sobrevivência, conseguindo assim, dar resposta a problemas de saúde em diferentes perspetivas.

No serviço de urgência, a urgência ou emergência, sejam clínicas ou traumáticas representam um fator de risco de vida, exigindo da equipa e dos enfermeiros em particular, uma intervenção competente e segura. Para nós enfermeiros, o utente, a pessoa, é a razão de ser do “ser enfermeiro”. Como enfermeiro, foi sempre minha

preocupação acompanhar os desafios e exigências do cuidar, permitindo uma melhoria contínua da prática profissional, sendo relevante o meu desenvolvimento pessoal e profissional através da formação e autoformação contínua, desenvolvimento de capacidades e competências com fundamentação científicas, refletindo a minha prática em vivências/experiências anteriores com os utentes, percecionando ajuda e orientação necessária, planeando novas intervenções direcionadas às necessidades ou perspetivas dos utentes.

O doente ao ser internado geralmente está apreensivo e a atitude da equipa de saúde envolvida na admissão pode fazê-lo sentir-se mais confortável. Uma receção acolhedora, com demonstração de verdadeiro interesse, faz sentir-se como indivíduo único com valor e dignidade. Outro fator de stress é a falta de informação, quer informações sobre patologia e evolução, quer informação sobre aspetos de rotina na instituição. Perante esta evidência, foi elaborado um guia com o objetivo de capacitar os utitários deste hospital, de uma mais-valia no processo de internamento no momento da admissão, funcionando como condição inerente a uma prática de qualidade, pois estas impulsionam o cuidar holístico e humanizado com base nos Padrões de Qualidade, no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), visando a nossa missão fundamental, “prestar cuidados de enfermagem de qualidade na procura permanente da excelência profissional, perseguindo o mais elevado nível de satisfação dos utentes”.

Apesar de alguns momentos menos fáceis de ultrapassar, no âmbito dos dois campos de estágio, foi possível realizá-lo com sucesso. As aulas teórico-práticas que precederam o estágio e a aquisição de conhecimentos por autoformação, foram cruciais para ultrapassar e responder em tempo útil, a todas as situações que se apresentaram, tornando possível prestar cuidados específicos ao doente crítico e sua família nos diversos contextos de trabalho, pois segundo (Código Deontológico do Enfermeiro 2003, p.102) “o dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” .

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*, 75, 57-60.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto editora, Coimbra, p.59.

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. 2ª Ed. Petrópolis; Vozes.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – [www.soleis.adv.br](http://www.soleis.adv.br)

Departamento de Formação em Emergência Médica – INEM (2010). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.

Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*, Lisboa: Lusociência.

European Resuscitation Council – Guidelines for Resuscitation 2010 – <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência.

International Council of Nurses (ICN), 2005. *International Classification for Nursing Practice – ICNP Version 1*. Geneva

Macphail, E. (2001). *Panorâmica da enfermagem de urgência*. In SHEELY, S. – *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* p.5-7. Loures: Lusociência.

Morgado. V. (2003). *Programa operacional de saúde XXI – qualidade em saúde: uma exigência do presente um investimento no futuro*. Coimbra, 13-15.

Motta MGC. *Entrelaçar dos mundos: família e hospital*. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. *O vive rem família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: EDUEM; 2002.p.80-157.

Neto, A. al (2003). *Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no Serviço de Urgência*. *Revista Servir*, 51:216.

Nova A.C. (2008). "A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro. Consultado em janeiro 2012 em: <http://www.hospitaldofuturo.com>

Nunes, Lucília, et al., Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos, Ordem dos Enfermeiros, 2005.

O Enfermeiro e A Gestão de cuidados de Saúde, (2007), consultado em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>, consultado em fevereiro 2012.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual. p.8.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Conselho de Enfermagem – do caminho percorrido e das propostas. Consultado em fevereiro 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento Profissional, perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Lisboa, 45pp.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento Profissional, sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Lisboa, 45pp

Parracho, M. (2005). Enfermagem como elo de ligação entre o utente/família/comunidade (comunidade/relação de ajuda). Sinais Vitais, 58, 65-66.

Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. Ciência e Enfermagem. 2004;10(1):67-77.

Pinto, N. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem, 6:11 – 15.

Rego, A. (2010). Reformas no setor da saúde: A equidade em Cuidados Intensivos. Universidade Católica Editora, Lisboa., 215pp.

Sá-Chaves, I. (2000). Formação, Conhecimento e Supervisão. Universidade de Aveiro: Aveiro.

Sá-Chaves, I. (2000). Portefólios reflexivos. Estratégia de Formação e de Supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Saraiva, A.M.P. O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque. Nursing. n.134, p.36-40. 1999.

Serra, M. N. (2005). Aprender a ser doente. Loures: Lusociência.

Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Revista Servir, 55:11-20.

Vieira, M. (2009). Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência. 2º Edição, Universidade Católica, Editora. Lisboa.155pp.

Waldow, V.R. (2001). Cuidado humano: o resgate necessário. Porto alegre: Sagra Luzzata.

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem. Lusociência, Loures,182pp

# **ANEXOS**

## **ANEXO I – Planos de sessão**

### PLANO DA SESSÃO

TEMA	<b>Suporte Básico de Vida</b>
DATA	17 de Junho de 2011 - 21h
LOCAL	Centro Social de S. Lázaro - Braga

FORMADOR	Manuela Carvalho; Susana Martins; Susana Carvalho
----------	---

	CONTEÚDOS	MÉTODOS\TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Levantamento de conhecimento Prévio		Power Point	5
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	O SIEM Ligar 112 A cadeia de sobrevivência SBV Posição Lateral de Segurança Desobstrução das Vias aéreas Prática Individual	Exposição da matéria Simulação de casos Prática Individual	Power-point Modelos Anatómicos	70
<b>CONCLUSÃO</b>	Avaliação dos conhecimentos adquiridos Avaliação dos formadores	Exposição Preenchimento de fichas	Fichas de avaliação	15

#### **Objectivos**

- Abordar a vítima em segurança
- Reconhecer do doente em risco de vida,
- Saber pedir ajuda diferenciada
- Saber colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS) e suas indicações
- Saber fazer a desobstrução da via aérea e suas indicações e
- Iniciar de imediato suporte básico de vida (quando indicado) até chegar a ajuda solicitada.

### PLANO DA SESSÃO

TEMA	<b>Suporte Básico de Vida</b>
DATA	22 de Junho de 2011 - 10h
LOCAL	Intermarché Amares

FORMADOR	Manuela Carvalho; Susana Martins
----------	----------------------------------

	CONTEÚDOS	MÉTODOS\TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Apresentação Levantamento de conhecimento Prévio		Power Point	5
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	O SIEM Ligar 112 A cadeia de sobrevivência SBV Posição Lateral de Segurança Desobstrução das Vias aéreas Prática Individual	Exposição da matéria Simulação de casos Prática Individual	Power-point Modelos Anatómicos	70
<b>CONCLUSÃO</b>	Avaliação dos conhecimentos adquiridos Avaliação dos formadores	Exposição Preenchimento de fichas	Fichas de avaliação	15

#### **Objectivos**

- Abordar a vítima em segurança
- Reconhecer do doente em risco de vida,
- Saber pedir ajuda diferenciada
- Saber colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS) e suas indicações
- Saber fazer a desobstrução da via aérea e suas indicações e
- Iniciar de imediato suporte básico de vida (quando indicado) até chegar a ajuda solicitada.

## **ANEXO II – Manual de suporte teórico**



# **SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Adaptado de: Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council da responsabilidade de Conselho Português de Ressuscitação

# SUORTE BÁSICO DE VIDA

*Formação integrada no Estágio de Emergência pré-hospitalar do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.*

Junho de 2011



## **1 - Introdução**

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevida. Assim, quando se verifica perda súbita de consciência de um indivíduo adulto, a primeira atitude do socorrista deve ser o acionamento do serviço médico de emergência.

É de fundamental importância o esclarecimento e do treino da população para o atendimento das situações de emergência e da paragem cardíaca, treinando o socorrista a decidir qual o próximo passo a seguir. Acrescenta-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando atendimento de primeiros socorros. Define-se primeiros socorros como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral.

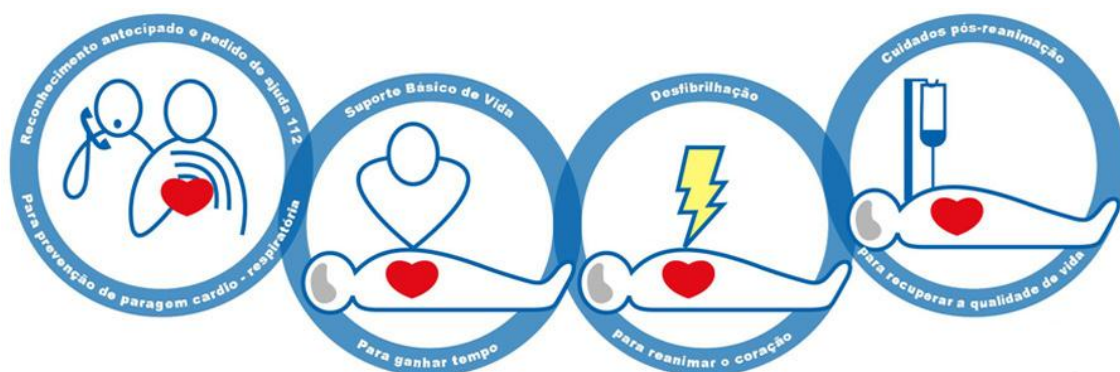
Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma rápida, objectiva e eficaz, proporcionando aumento da sobrevida e a redução de sequelas. O suporte básico vida (SBV) inclui etapas de socorro à vítima em situação de emergência que represente risco à vida e, em sua maioria, esse atendimento pode ser iniciado no ambiente pré-hospitalar.

O SBV é definido como sendo a abordagem inicial da vítima, realizada por leigos capacitados ou profissionais da saúde, abrangendo desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificiais. Acrescentam-se a essas manobras de ressuscitação o acesso precoce ao sistema médico de emergência, o atendimento avançado e a desfibrilação precoce.

O SBV consiste em etapas realizadas sequencialmente e incluem, em cada fase, uma avaliação e uma intervenção.

## 2 - A cadeia de sobrevivência

As acções que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivida constituem a Cadeia de Sobrevivência. O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de PCR e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivida na PCR. Fazer só compressões torácicas é melhor do que não fazer reanimação nenhuma. O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, centra-se na preservação das funções em particular cerebral e cardíaca.



### **3 - Suporte básico de vida do adulto**

O SBV compreende a seguinte sequência de acções.

1. Assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança;
  
2. Verificar se a vítima responde:
  - Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – Sente-se bem?
  
3. a) Se responde:
  - Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco
  - Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda se necessário
  - Reavaliá-la regularmente
  
3. b) Se não responde:
  - Gritar por ajuda
  - Virar a vítima de costas e abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo
  - Colocar a mão na testa e inclinar suavemente a cabeça para trás
  - Com a ponta dos dedos segurar a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea.
  
4. Com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respira
  - Ver se há movimentos torácicos
  - Ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios
  - Sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima;
  - Concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente

Nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima pode fazer movimentos respiratórios em esforço ou inspirações ocasionais, lentas e ruidosas. Não confundir esta respiração agónica com respiração normal. Ver ouvir e sentir até 10 segundos para avaliar se a vítima tem respiração normal. Se há dúvidas se a respiração é normal ou não, proceder como se não fosse.

5. a) Se a respiração é normal:

- Colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS)
- Ir ou mandar buscar ajuda – ligar 112 ou o número de emergência local e pedir uma ambulância
- Continuar a monitorizar se a respiração é normal

5. b) Se a respiração não é normal ou está ausente

- Mandar alguém buscar ajuda e procurar e trazer um DAE se existir; ou utilizar o telemóvel para alertar o serviço de ambulâncias – só deixar a vítima se não existir mais nenhuma opção
- Iniciar compressões torácicas da seguinte forma:
  - Ajoelhar ao lado da vítima
  - Colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima; (na metade inferior do osso do meio do tórax - esterno)
  - Colocar a base da outra mão sobre a primeira;
  - Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões não são feitas sobre as costelas das vítimas. Manter os braços esticados. Não fazer nenhuma pressão sobre o abdómen superior nem sobre a extremidade inferior do osso do esterno (apêndice xifóide);
  - Colocar-se na vertical em relação ao tórax da vítima e pressionar o esterno para o deprimir pelo menos 5cm (sem exceder 6cm);
  - Depois de cada compressão, aliviar a pressão sobre o tórax, sem perder o contacto da mão com o esterno da vítima; repetir com uma frequência de 100 min-1 (sem exceder 120min-1);
  - O tempo de compressão e relaxamento devem ser iguais.

6. a) Combinar compressões torácicas com ventilações

- Depois de 30 compressões torácicas abrir de novo a via aérea, inclinar a cabeça e elevar o queixo
- Colocar a palma da mão na testa da vítima e com o indicador e polegar pinçar e ocluir o nariz

- Manter o queixo elevado e a boca aberta
- Fazer uma inspiração normal, selar bem os lábios em torno da boca da vítima
- Soprar progressivamente para dentro da boca da vítima, durante 1 segundo como numa respiração normal, verificando se o tórax se eleva; o que no seu conjunto constitui uma respiração eficaz
- Manter a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afastar a boca da vítima e verificar o tórax a retrair à medida que o ar sai
- Fazer outra inspiração normal e voltar a soprar para dentro da boca da vítima para fazer duas ventilações eficazes. As duas ventilações não devem demorar, no total, mais de 5 segundos. Recolocar, sem demora, as mãos na posição correcta sobre o esterno e fazer mais 30 compressões torácicas.
- Manter compressões torácicas e ventilações eficazes numa relação de 30:2.
- Só parar, para reavaliar a vítima, se esta revelar sinais de despertar: mexer, abrir os olhos, e respirar normalmente. Se não for este o caso não interromper a reanimação. Se a insuflação de ar não fez subir o tórax como numa inspiração normal, antes de voltar a tentar:
  - Ver se há algum obstáculo na boca da vítima e removê-lo
  - Reconfirmar a inclinação da cabeça e a tracção do queixo
  - Não fazer mais de duas tentativas de ventilação antes de retomar as compressões torácicas

Se há mais do que um reanimador, devem trocar de posições no SBV cada 2min, para prevenir o cansaço

Assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores é mínimo.

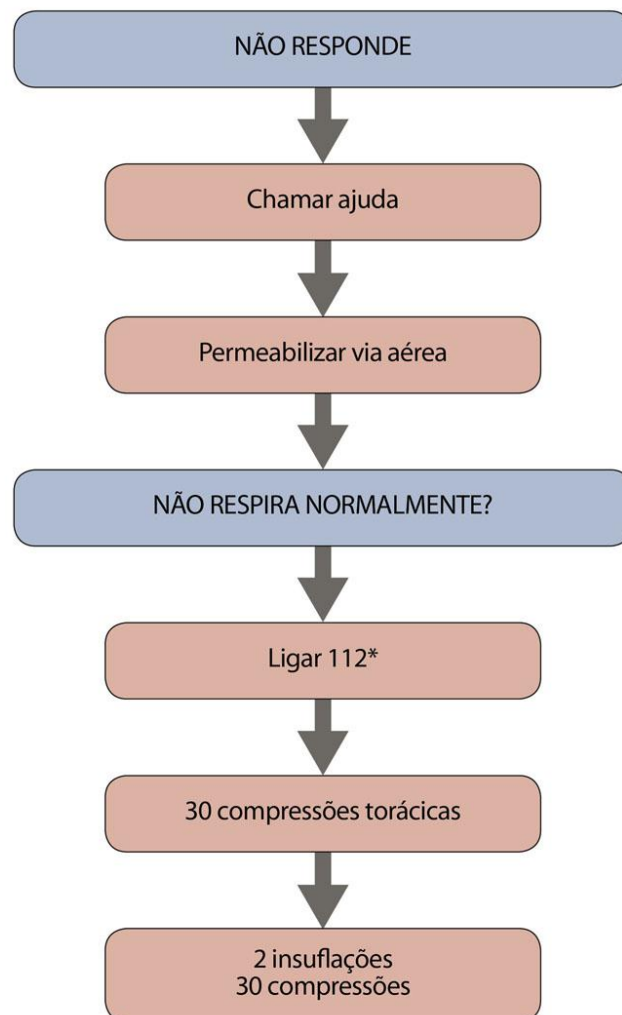
6. b) A reanimação feita só com compressões torácicas deve seguir o seguinte modelo:

- O socorrista não treinado ou que não quer fazer ventilação à vítima faz só compressões torácicas;
- Quando se fazem só compressões, estas devem ser contínuas, com uma frequência de 100min<sup>-1</sup> (sem exceder as 120min<sup>-1</sup>)

7. Manter a reanimação sem interrupções até:

- Chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência;
- A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente;
- O reanimador ficar exausto.

## Suporte Básico de Vida do Adulto



\*ou número de emergência nacional

#### 4 - Posição lateral de segurança (PLS)

Há vários modelos de posição lateral de segurança, cada um com as suas vantagens. Nenhum é ideal para todas as vítimas. A PLS deve ser estável, aproximar-se do decúbito lateral verdadeiro, posicionar a cabeça da vítima em declive descendente e não provocar pressão sobre o tórax que comprometa a respiração.



## **5 - Obstrução da via aérea por corpo estranho**

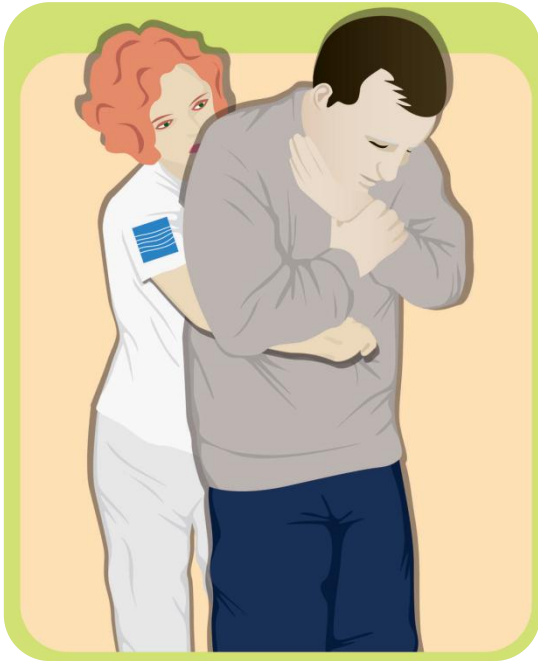
A obstrução da via aérea por corpo estranho é uma causa de morte acidental rara mas potencialmente tratável. Os sinais e sintomas que diferenciam casos ligeiros de graves estão sumariados na Tabela.

Assim sendo, na presença de uma pessoa com um a obstrução da via aérea por corpo estranho com sinais de tosse ineficaz (incapaz de falar ou vocalizar, tosse silenciosa, respiração ineficaz cianose ou diminuição da consciência), a abordagem deverá ser:

- 5 pancadas nas costas:

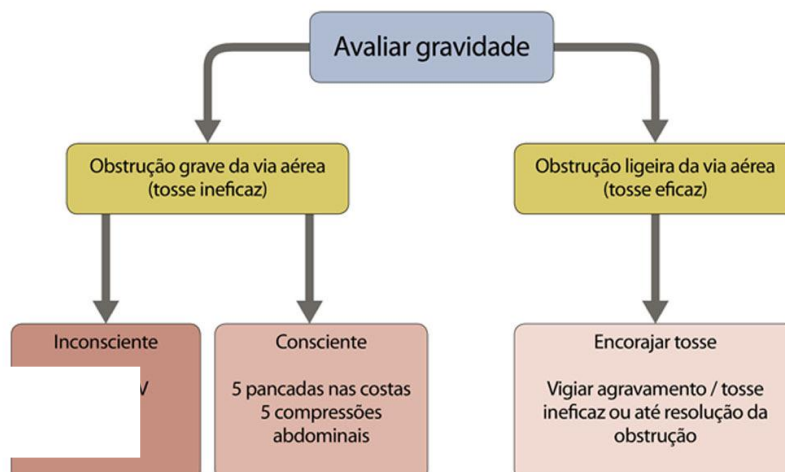


- Se não resultar alterna-se para as 5 compressões abdominais:



- Se não resultar volta às pancadas nas costas, e assim sucessivamente até conseguir libertar o objecto.
- Caso fique inconsciente é necessário fazer Suporte Básico de Vida e chamar ajuda diferenciada.

### Tratamento da Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Adulto



## **ANEXO III – Power Point de suporte teórico**

# SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

Adaptado de: European Resuscitation Council

<https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/250/1/>



# Objectivos

- **Garantir condições de segurança**
- **Reconhecer a importância dos pedidos de ajuda**
- **Descrever as manobras de reanimação e sua sequência**



○ **Conjugação de:**

- **permeabilização das vias aéreas**
- **ventilação**
- **compressões torácicas**

○ **Com o objectivo de:**

- **manter ventilação e circulação**
- **adequadas até obter meios para**
- **reverter a causa paragem**



# Cadeia de Sobrevivência





**Segurança**

**Verificar consciência**

**Gritar por ajuda**

**Abrir a Via Aérea**

**Verificar Sinais de Vida**

**Ligar 112**

**30 compressões torácicas**

**2 ventilações**



# Aproximar em Segurança

Segurança

Verificar consciência

Local

Gritar por ajuda

Reanimador

Abrir a Via Aérea

Vítima

Verificar Sinais de Vida

Circunstantes

Ligar 112

30 compressões torácicas

2 ventilações

## **REGRA:**

“O reanimador não se deve expôr a si nem a terceiros a riscos maiores do que os da vítima”



# Verificar Consciência



©ERC

Segurança

**Verificar consciência**

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Sinais de Vida

Ligar 112

30 compressões torácicas

2 ventilações



# Verificar Consciência



©ERC

Abanar Ombros Suave

Perguntar “Está Bem?”

## Se responder:

- Descobrir o que está mal.
- Reavaliar regularmente.
- Pedir ajuda.



# Se não responde: Gritar por ajuda



Segurança

Verificar consciência

**Gritar por ajuda**

Abrir a Via Aérea

Verificar Sinais de Vida

Ligar 112

30 compressões torácicas

2 ventilações



# Abrir a Via Aérea



Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

**Abrir a Via Aérea**

Verificar Sinais de Vida

Ligar 112

30 compressões torácicas

2 ventilações



# Avaliar Sinais de Vida



©ERC

Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

**Avaliar Sinais de Vida**

Ligar 112

30 compressões torácicas

2 ventilações



# Avaliar Sinais de Vida

- Ver, Ouvir e Sentir (VOS) por respiração NORMAL
- Durante 10 Segundos
- Não confundir arfadas ocasionais com respiração NORMAL



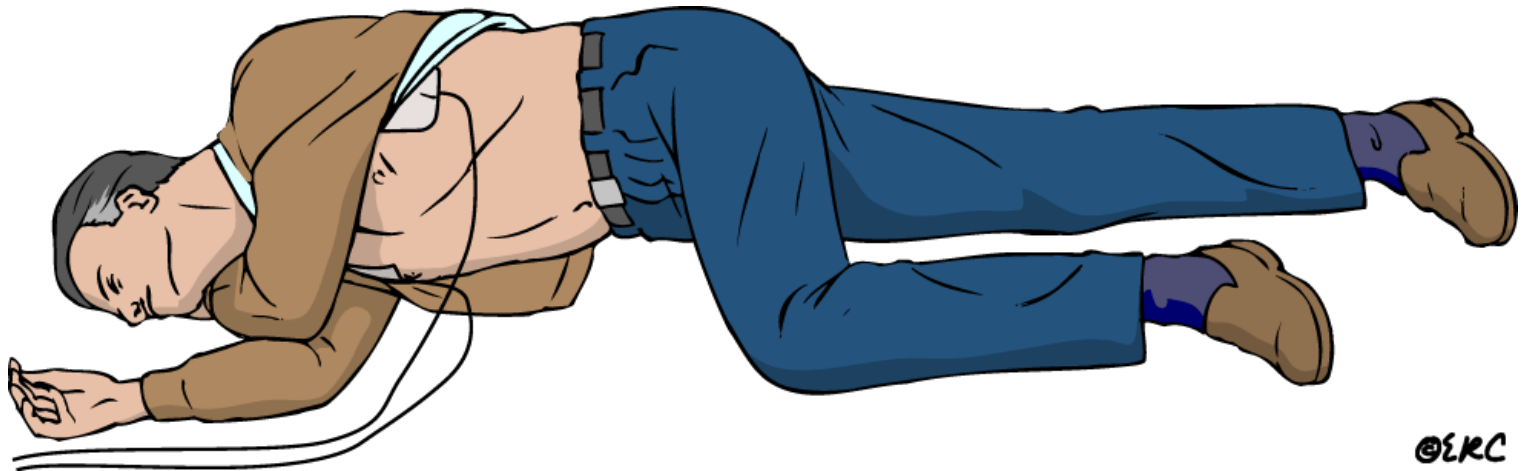
# Respiração Agónica

- Ocorre durante pouco tempo após o coração parar em mais de 40% das paragens cardiacas
- Descrita como respiração breve, pesada, barulhenta ou suspiros
- Reconhecer como sinal de Paragem Cardiorespiratória



**SE A VITIMA RESPIRA NORMALMENTE**

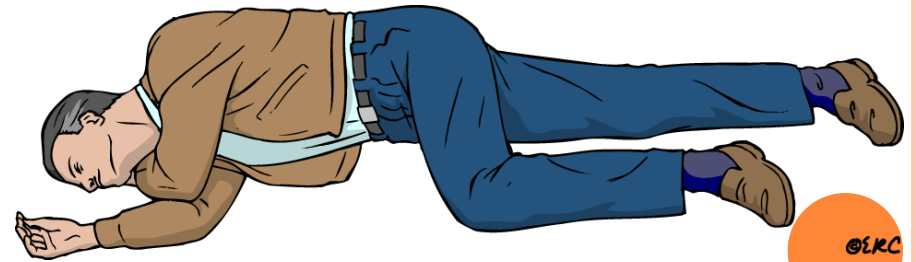
**COLOCÁ-LA EM POSIÇÃO  
LATERAL DE SEGURANÇA**



©ERC



# POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



# Avaliar Sinais de Vida



- Ver, Ouvir e Sentir durante 10 segundos:
- Sem Sinais de Vida
- Respiração Ineficaz





- O tipo de situação;
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;

## Ligar 112

Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Sinais de Vida

**Ligar 112**

30 compressões torácicas

2 ventilações



## Ligar 112

- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local.

Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Sinais de Vida

**Ligar 112**

30 compressões torácicas

2 ventilações

# Vítima sem Sinais de Vida

## 30 Compressões torácicas



©ERC

Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

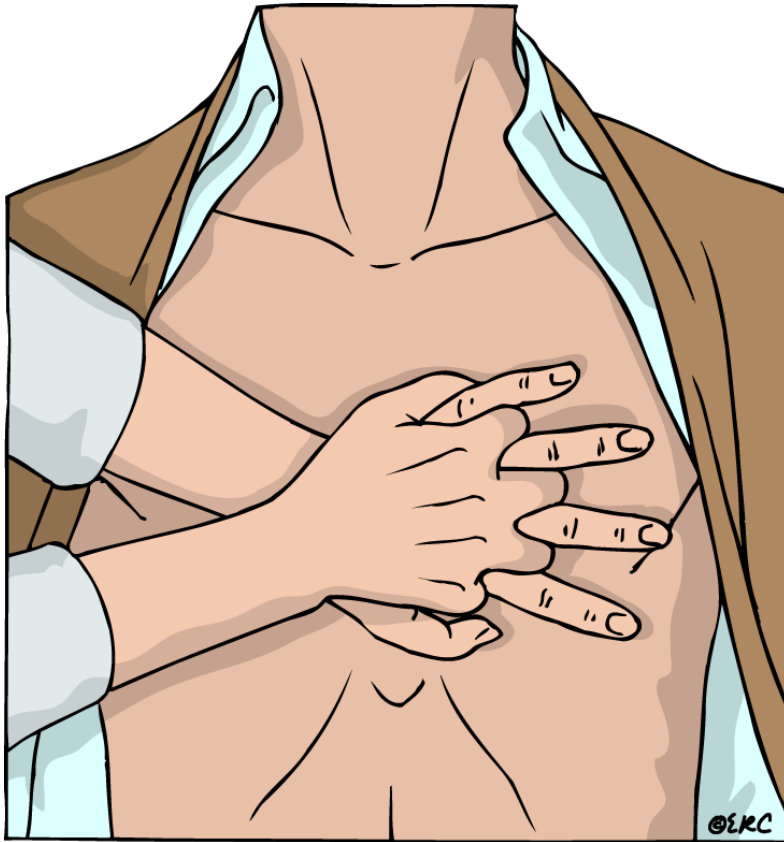
Verificar Sinais de Vida

Ligar 112

**30 compressões torácicas**

2 ventilações

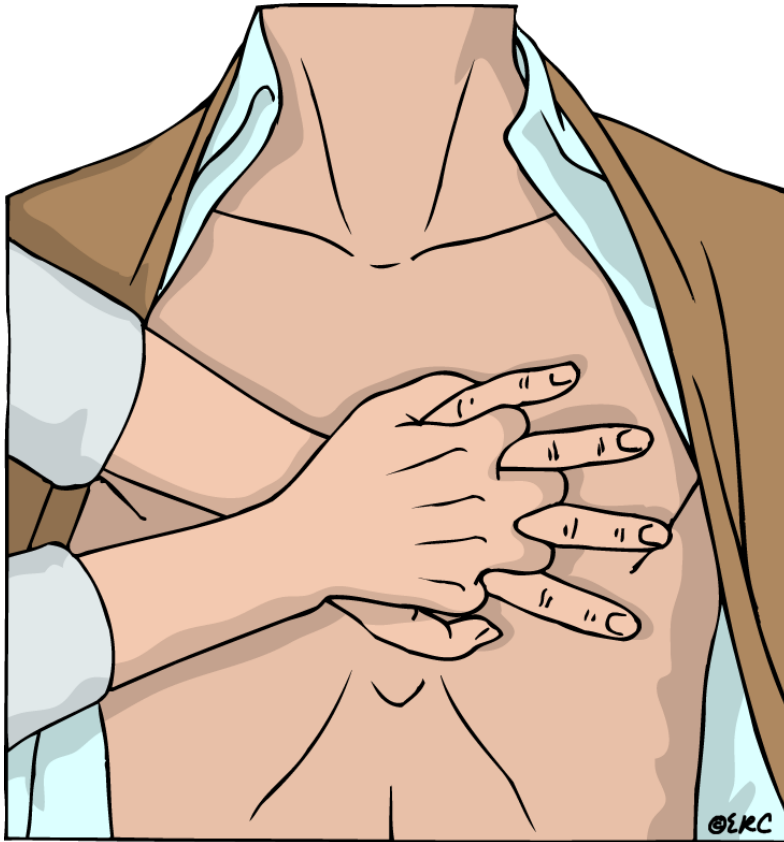
# Compressões Torácicas



- Colocar a base de uma mão no centro do peito
- Colocar a outra mão em cima
- Entrelaçar os dedos
- Braços esticados



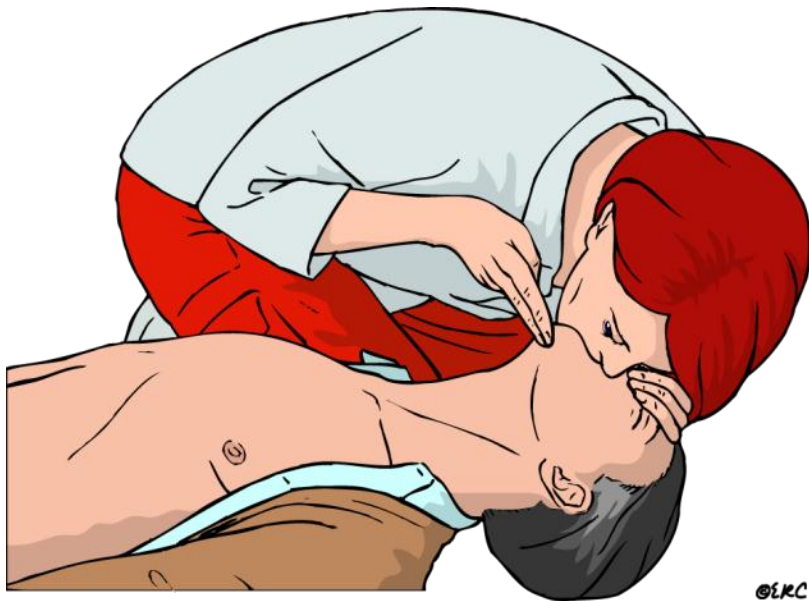
# Compressões Torácicas



- Comprimir o peito:
  - Frequência 100 a 120/min
  - Profundidade 5 cm (máx.6cm)
  - Compressão e descompressão iguais
- Se possível mudar Prestador de SBV a cada 2 minutos



# 2 Ventilações



©ERC

Segurança

Verificar consciência

Gritar por ajuda

Abrir a Via Aérea

Verificar Sinais de Vida

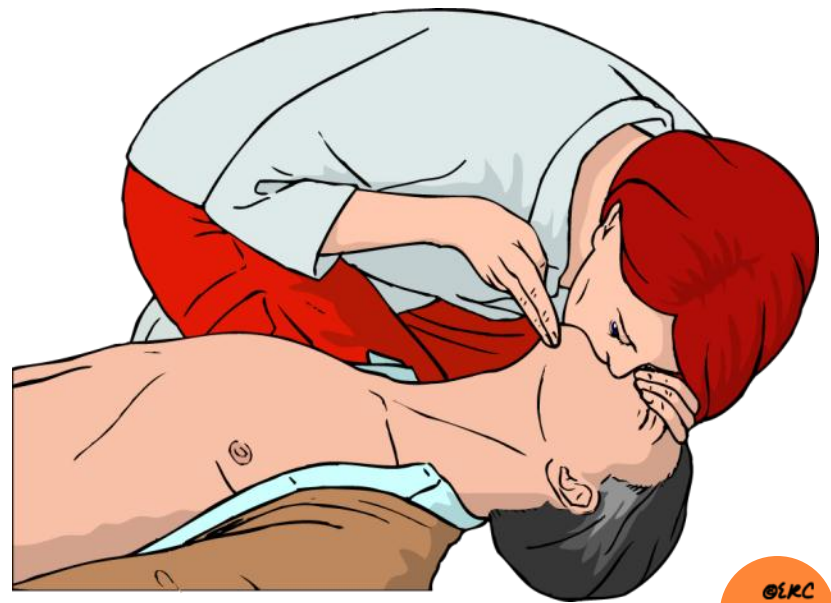
Ligar 112

30 compressões torácicas

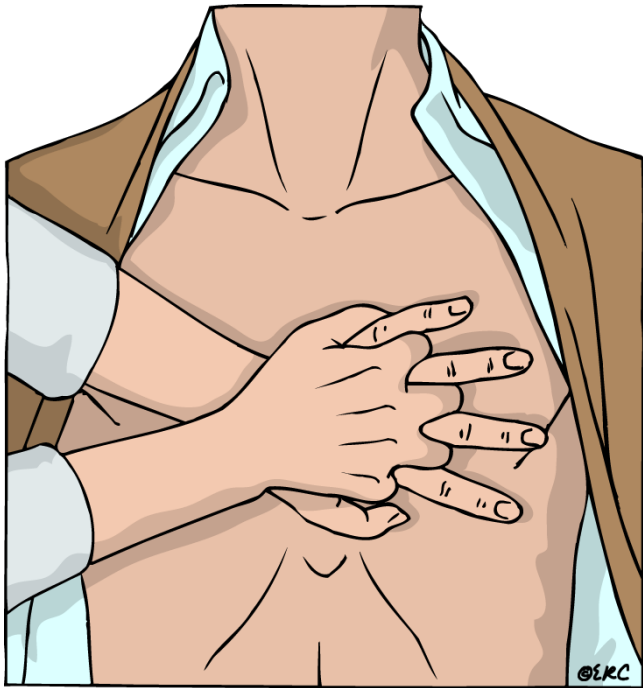
**2 ventilações**

# VENTILAÇÕES

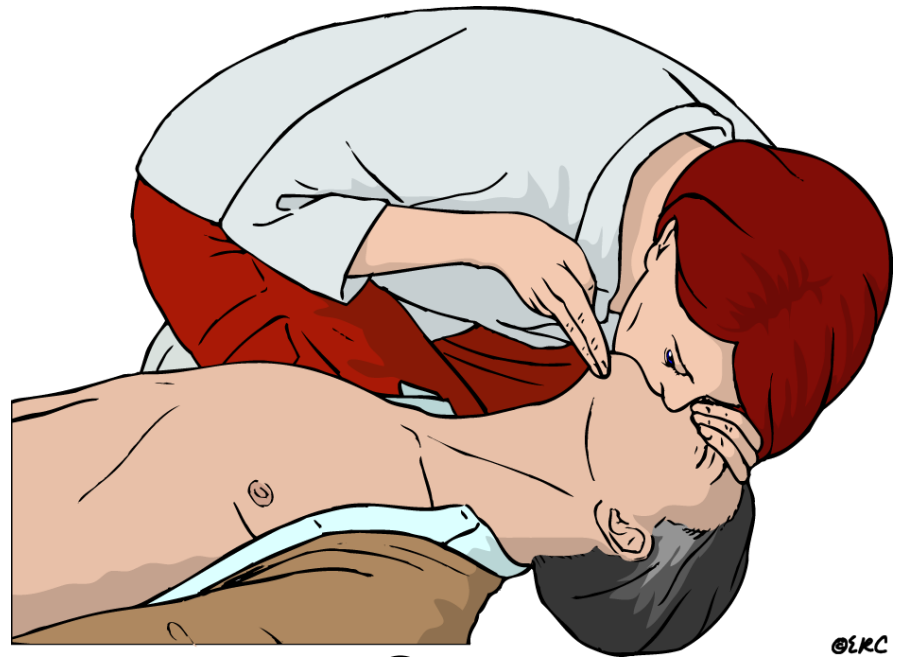
- Fechar o nariz
- Inspirar normalmente
- Colocar os lábios sobre a boca
- Soprar até o peito expandir
- Demorar 1 segundo
- Deixar o peito baixar
- Repetir



# CONTINUAR SBV



30



2



# QUANDO PARAR

- **Quando for substituído por ajuda especializada**
- **Quando Vitima mostrar Sinais de Vida**
- **Exaustão do reanimador**





**Segurança**

**Verificar consciência**

**Gritar por ajuda**

**Abrir a Via Aérea**

**Verificar a Respiração**

**Ligar 112**

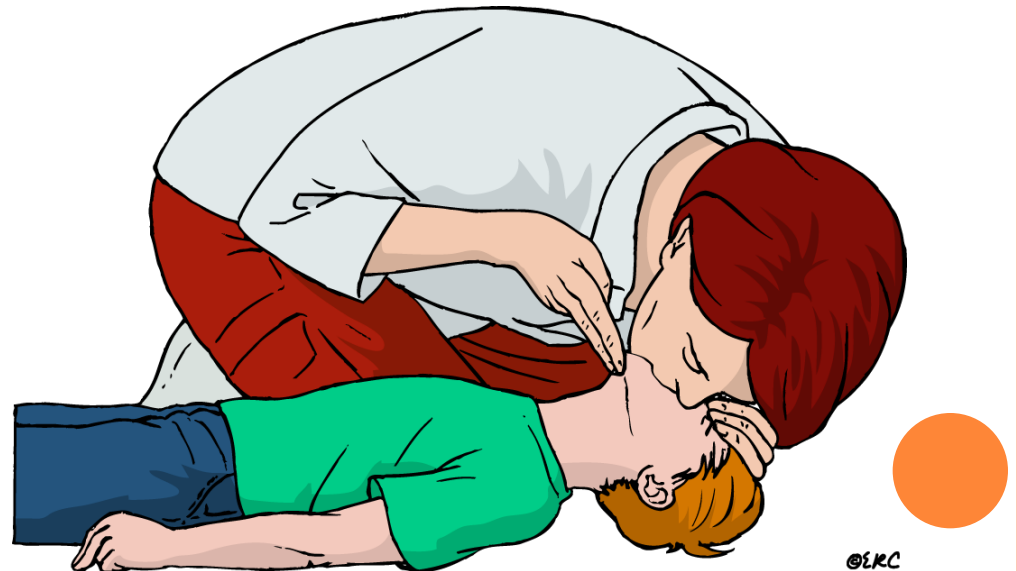
**30 compressões torácicas**

**2 ventilações**



# SBV EM CRIANÇAS

- As técnicas de SBV de adulto podem ser usadas em crianças
- As compressões devem aprofundar o peito em cerca de 1/3



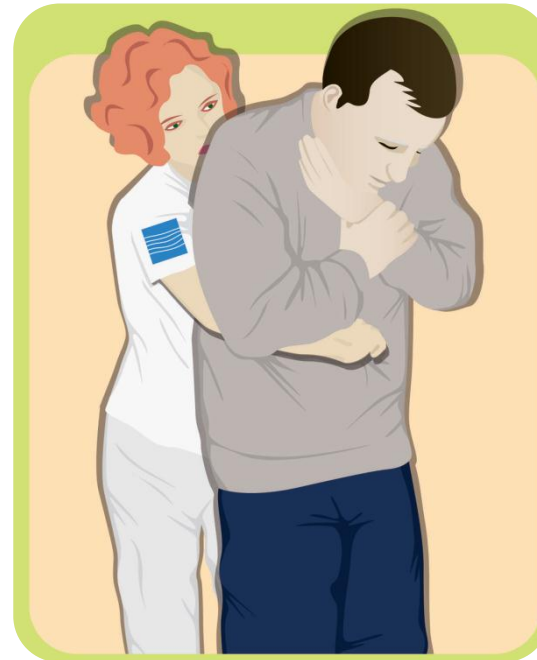
# OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Estimular a tosse

Se não resultar ou vítima demasiado cansada:



Pancadas interescapulares



Compressões abdominais



?





**Segurança**

**Verificar consciência**

**Gritar por ajuda**

**Abrir a Via Aérea**

**Verificar Sinais de Vida**

**Ligar 112**

**30 compressões torácicas**

**2 ventilações**



**ANEXO IV– Avaliação Teórica / Avaliação da  
Prática**

## TESTE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

LOCAL: Amares

NOME:

---

DATA: 22/06/2011

### Leia atentamente e seleccione apenas a resposta que achar mais correcta

1. SBV é um conjunto de procedimentos que tem por objectivo:
  - a) Reconhecer as situações em que há perigo iminente de vida
  - b) Saber como e quando pedir ajuda
  - c) Saber iniciar manobras que contribuam para a preservação das necessidades vitais
  - d) Todas as anteriores
  
2. Em que circunstância é licito parar as manobras de reanimação:
  - a) Quando for possível disponibilizar SBV.
  - b) Por exaustão do reanimador.
  - c) Chegada da equipa de emergência.
  - d) Trinta a cinquenta minutos após o início de manobras
  - e) As respostas b e c estão certas
  
3. A cadeia de sobrevivência corresponde a procedimentos encadeados com a seguinte ordem:
  - a) Activação do 112, desfibrilhação, suporte básico de vida
  - b) Desfibrilhação, suporte avançado de vida, activação do 112
  - c) Reconhecimento da situação de emergência e activação do 112, SBV, desfibrilhação, suporte avançado de vida
  - d) SBV, suporte avançado de vida, desfibrilhação
  
4. Perante uma vítima sem respiração eficaz iniciamos as manobras de reanimação por:
  - a) 2 Ventilações
  - b) 30 Compressões
  - c) 15 Compressões
  - d) 10 Ventilações
  
5. Antes de abordar uma vítima o reanimador deve:
  - a) Gritar por ajuda
  - b) Avaliar a área e excluir riscos
  - c) Abanar e gritar pela vítima
  - d) Ligar 112

6. A avaliação da respiração eficaz deve demorar:
- a) 5 Segundos
  - b) 10 Segundos
  - c) 1 Minuto
  - d) 20 Segundos
7. A razão de compressões/ventilações na reanimação cardio-pulmonar no adulto, é de:
- a) 12:4
  - b) 5:1
  - c) 15:2
  - d) 30:2
8. Coloca-se uma vítima em posição lateral de segurança quando:
- a) Não respira
  - b) Se encontra inconsciente, mas respira
  - c) Há inconsciência após queda
  - d) Tem obstrução da via aérea
9. Optimizar a eficácia do processo de reanimação com dois reanimadores implica:
- a) Alternar mudança de reanimador nas compressões torácicas de 10 em 10 minutos.
  - b) Alternar mudança de reanimador nas compressões torácicas de 2 em 2 minuto.
  - c) Efectuar a mudança de reanimador nas manobras (compressão/ventilação) de forma simultânea, rápida e calma.
  - d) Que a vítima se encontre deitada sobre uma superfície mole
  - e) As respostas b) e c) estão certas.
10. A frequência de compressões torácicas num adulto deve ser:
- a) 150/minuto
  - b) 100/minuto
  - c) 70/minuto
  - d) 60/minuto

## SUORTE BÁSICO DE VIDA

### Grelha de avaliação

Local:

Amares

Data:

22-06-2011

### Nome do Formando

Grelha de avaliação	Eficaz	Não Eficaz	Não executada
<b>Garante a segurança do doente e do local*</b>	2	0	0
Verifica o estado de consciência	1	0	0
Grita por ajuda	2	0	0
Permeabiliza a via aérea (extensão da cabeça/elevação do queixo)	1	0	0
Verifica se ventila (vê/ouve/sente - durante 10 segundos)	1	0	0
<b>Faz o alerta para o 112*</b>	2	0	0
Inicia de imediato as compressões	1	0	0
Coloca as mãos correctamente	2	0	0
A força das compressões são eficazes (5-6cm)	2	0	0
Compressões a um ritmo de 100 a 120/min	2	0	0
Relação compressões/ventilações é de 30:2	1	0	0
Ventilações eficazes (expansão do tórax)	1	0	0
Não pára até recuperação/exaustão/chegada da equipa especializada	2	0	0

\*estes itens são eliminatórios

Nota

### Observações

O Formador

## **ANEXO V – Tratamento de dados**

# FORMAÇÃO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

17 DE JUNHO DE 2011

LOCAL – Centro Social de S. Lázaro - Braga

Nº DE FORMANDOS - 30

DURAÇÃO – 2 HORAS

FORMADORES: MANUELA CARVALHO

SUSANA CARVALHO

SUSANA MARTINS

## Avaliação do formador

Tema da formação : Suporte Básico de Vida

Data e local: 17/06/2011 – S. Lázaro - Braga

Formador: Manuela Carvalho / Susana Martins / Susana Carvalho

Este questionário tem como objectivo obter dados que permitam avaliar o grau de satisfação da formação ministrada, bem como melhorar a sua qualidade.

Pontue os itens seguintes colocando uma cruz em cada linha, de acordo com a seguinte escala:

5: Excelente 4: Bom 3: Razoável 2: Fraco 1: Mau

1. Organização da Formação:	1	2	3	4	5
1.1. Os objectivos propostos foram atingidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. A duração total da formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desenvolvimento da Formação:	1	2	3	4	5
2.1. Motivação do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Interesse do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O relacionamento interpessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Domínio da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Os equipamentos técnico - pedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Os recursos didácticos disponibilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação Global da Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração!

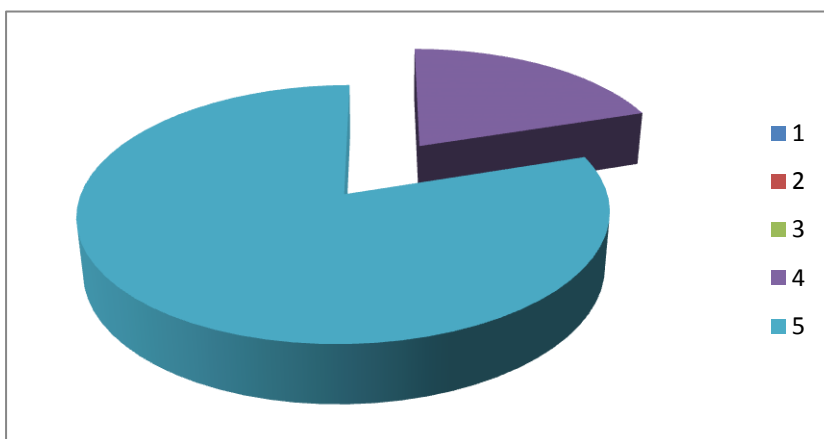
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Formador: \_\_\_\_\_

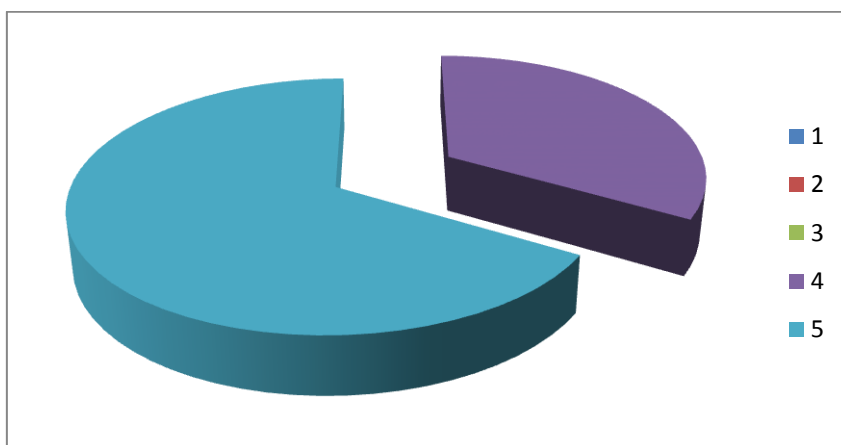
## 1. Organização do módulo

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?	0	0	0	6	24
1.2 O conteúdo desenvolvido é adequado?	0	0	0	10	20
1.3 A estrutura definida para a formação é adequada?	0	0	0	7	23
1.4 A duração total da formação é adequada?	0	0	3	6	21

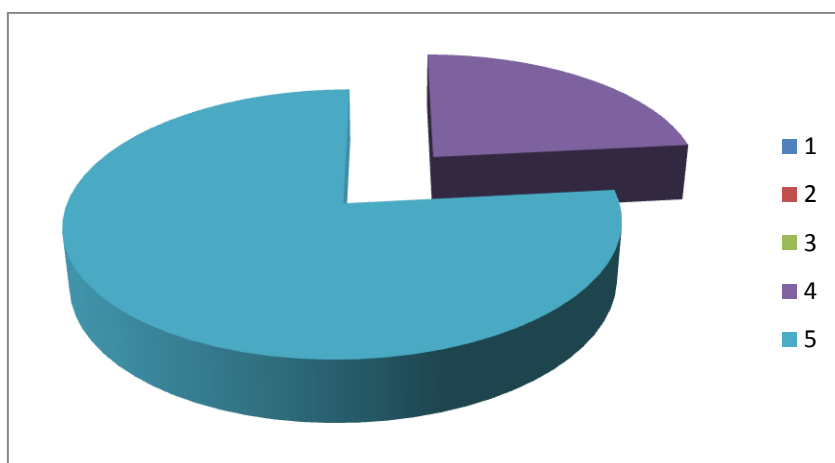
Pergunta 1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?



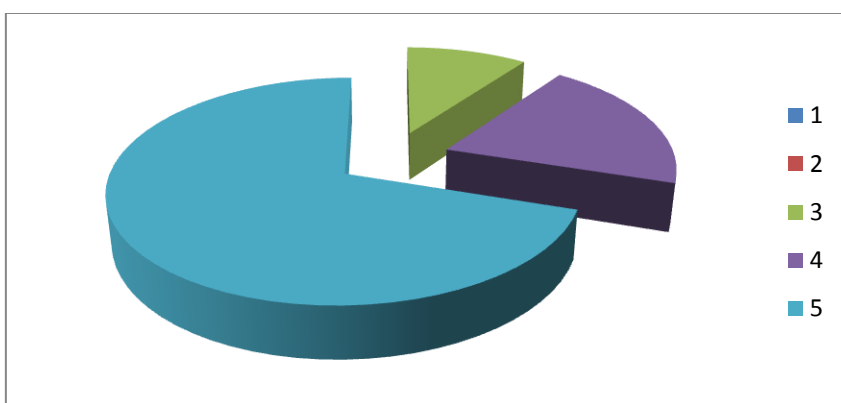
Pergunta 1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?



Pergunta 1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?



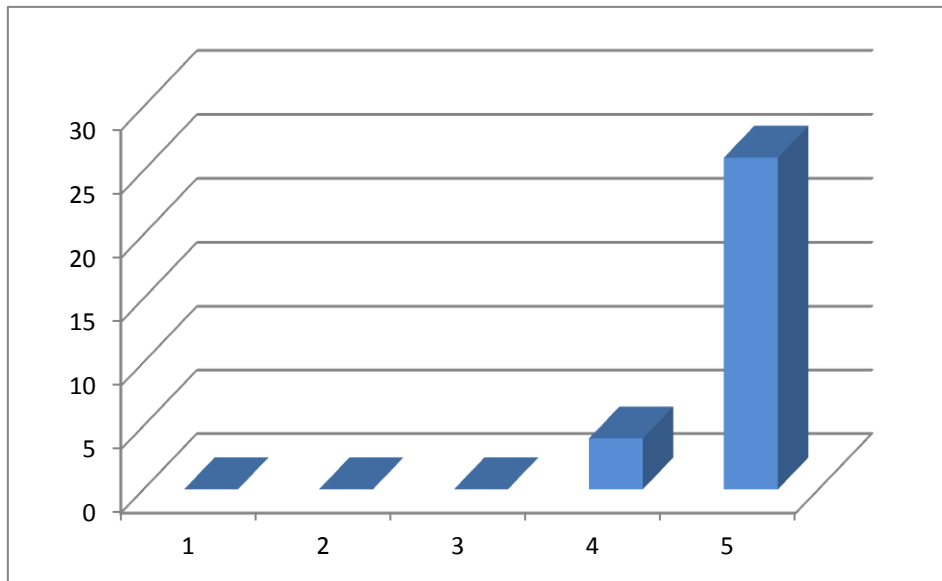
Pergunta 1.4. A duração total da formação é adequada?



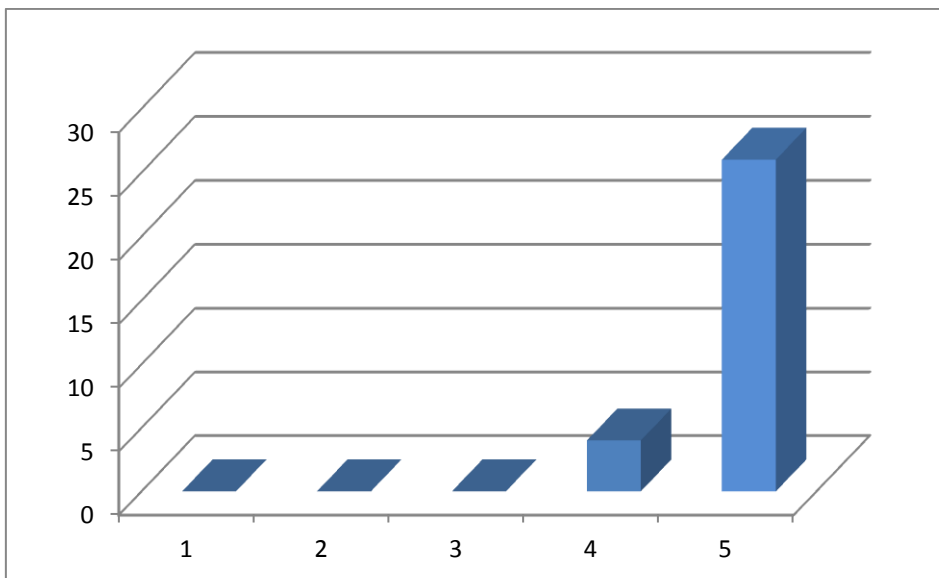
## 2. Desenvolvimento da formação

DESENVOLVIMENTO DA ACÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
2.1 Motivação do grupo	0	0	0	4	26
2.2 Interesse do grupo	0	0	0	4	26
2.3 O relacionamento interpessoal	0	0	0	6	24
2.4 Domínio da matéria	0	0	0	5	25
2.5 Os equipamentos técnico-pedagógicos	0	0	0	8	22
2.6 Os recursos didácticos disponibilizados	0	0	0	8	22

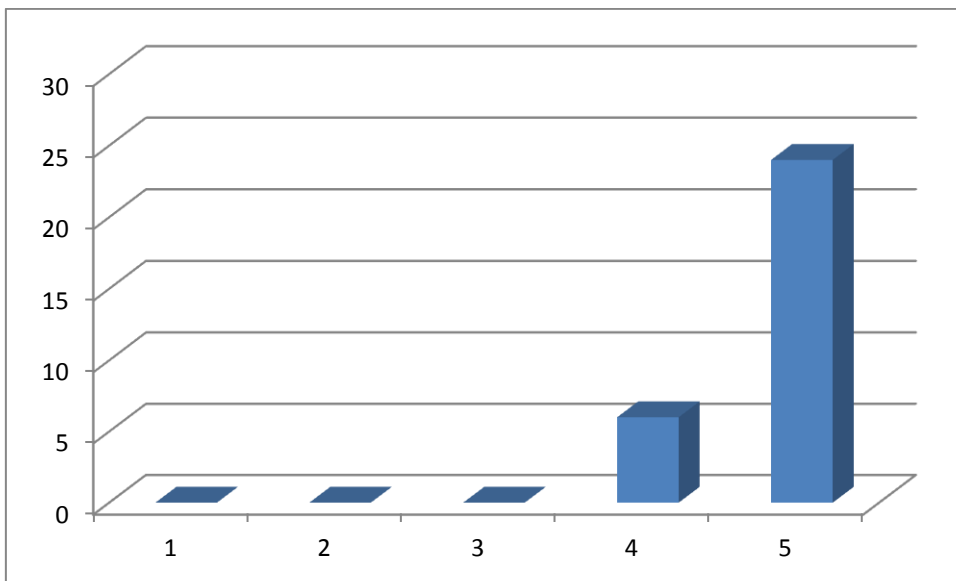
## 2.1 Motivação do grupo



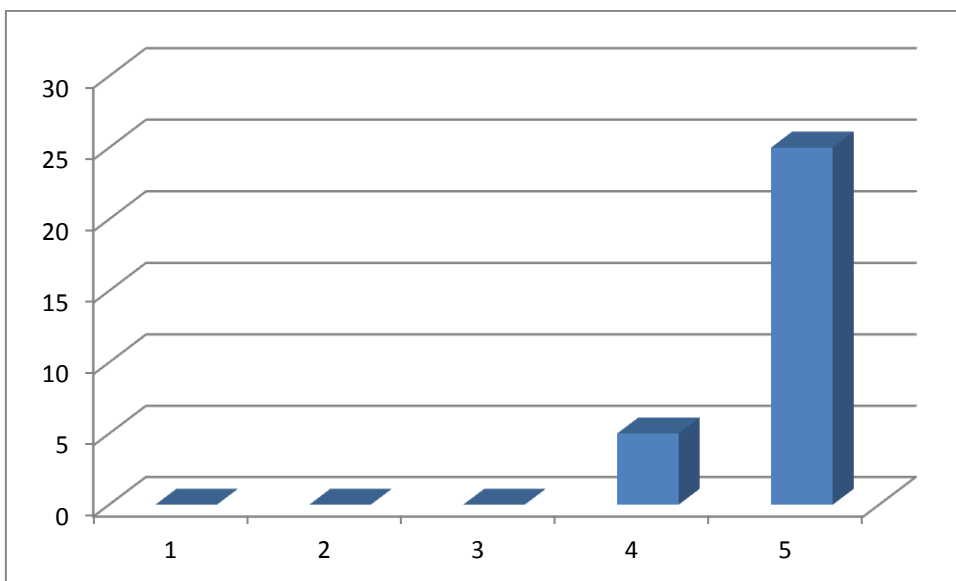
## 2.2. Interesse do grupo



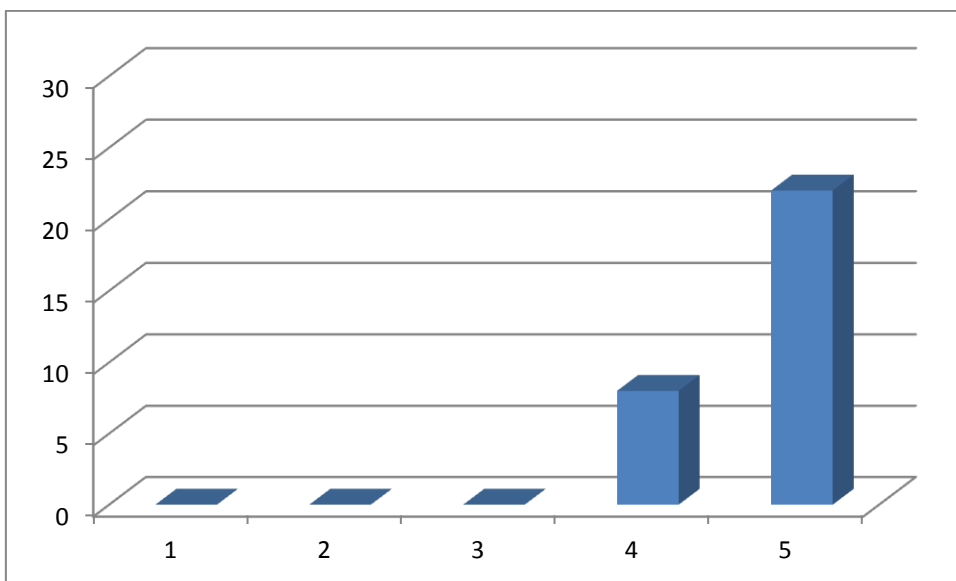
### 2.3 O relacionamento interpessoal



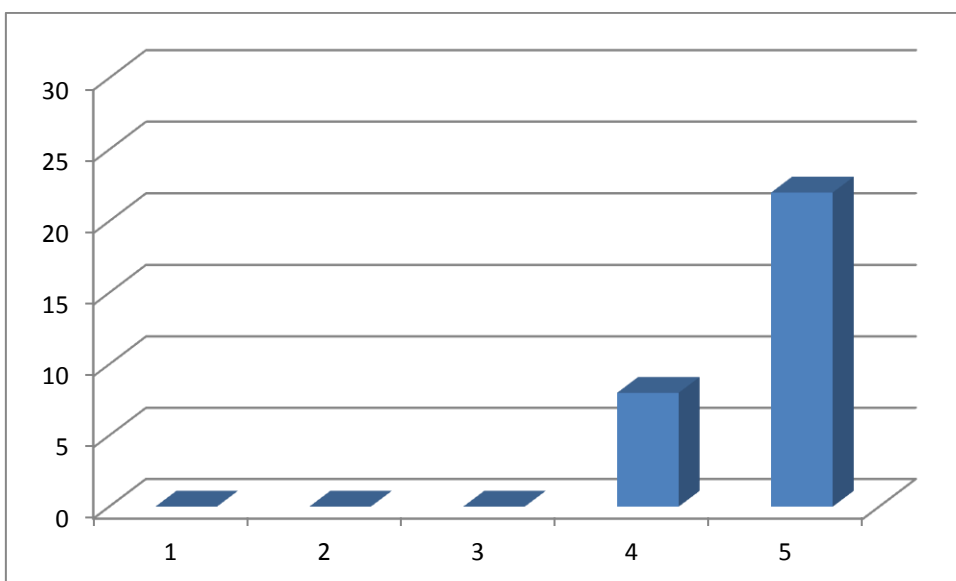
### 2.4 Domínio da matéria



## 2.5 Os equipamentos técnico-pedagógicos



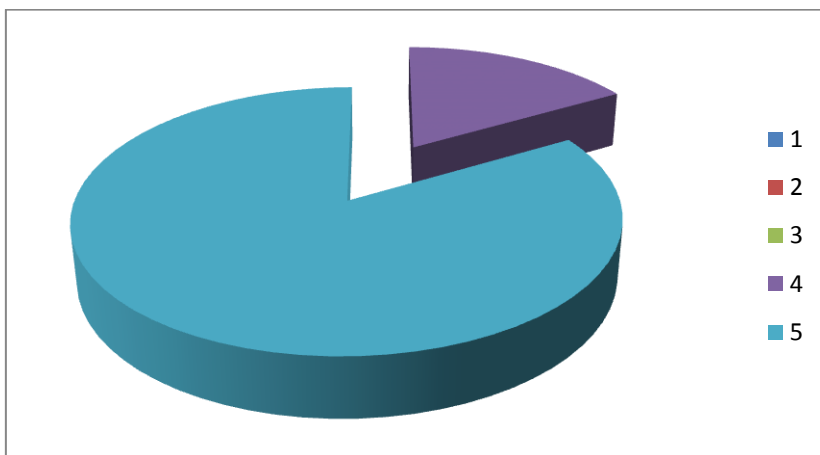
## 2.6 Os recursos didáticos disponibilizados



### 3. Avaliação global da formação

AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
3. Avaliação global da formação	0	0	0	5	25

### 3. Avaliação global da formação



# FORMAÇÃO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS

22 DE JUNHO DE 2011

LOCAL – AMARES

Nº DE FORMANDOS - 11

DURAÇÃO – 3 HORAS

FORMADORES: MANUELA CARVALHO

SUSANA MARTINS

## Avaliação do formador

Tema da formação : Suporte Básico de Vida

Data e local: 22/06/2011 – Intermarché Amares

Formador: Manuela Carvalho / Susana Martins

Este questionário tem como objectivo obter dados que permitam avaliar o grau de satisfação da formação ministrada, bem como melhorar a sua qualidade.

Pontue os itens seguintes colocando uma cruz em cada linha, de acordo com a seguinte escala:

5: Excelente    4: Bom    3: Razoável    2: Fraco    1: Mau

1. Organização da Formação:	1	2	3	4	5
1.1. Os objectivos propostos foram atingidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. A duração total da formação é adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desenvolvimento da Formação:	1	2	3	4	5
2.1. Motivação do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Interesse do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O relacionamento interpessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Domínio da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Os equipamentos técnico - pedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Os recursos didácticos disponibilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação Global da Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração!

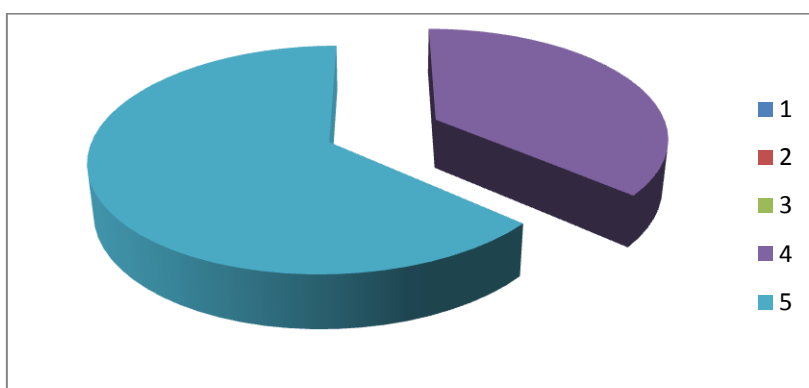
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Formador: \_\_\_\_\_

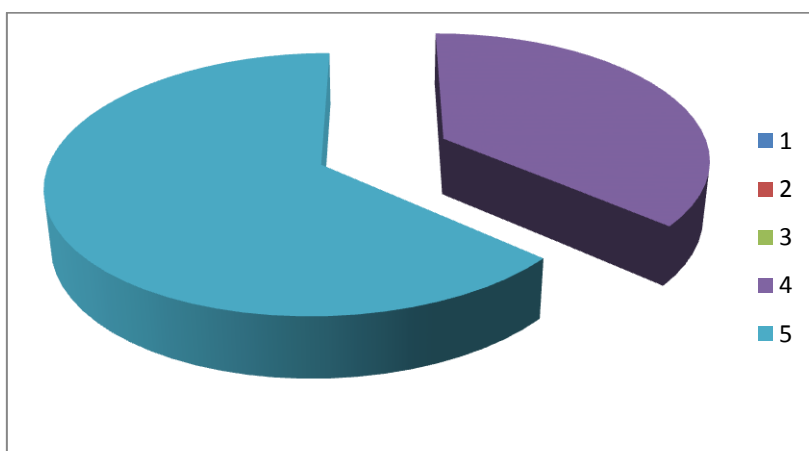
## 1. Organização do módulo

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?	0	0	0	4	7
1.2 O conteúdo desenvolvido é adequado?	0	0	0	4	7
1.3 A estrutura definida para a formação é adequada?	0	0	0	7	4
1.4 A duração total da formação é adequada?	0	0	2	7	2

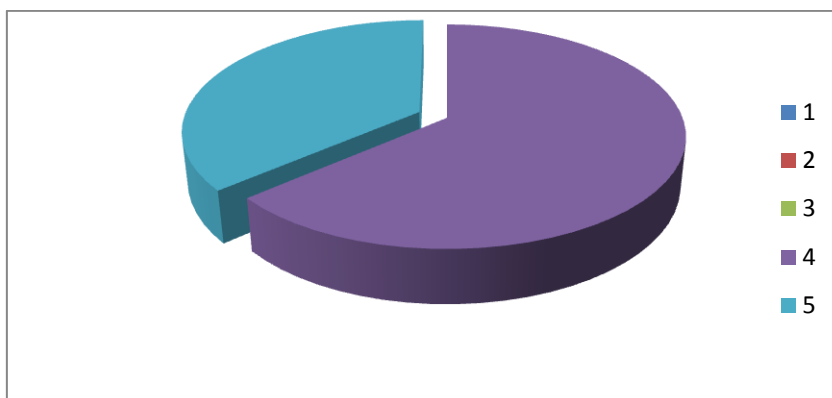
Pergunta 1.1 Os objectivos propostos foram atingidos?



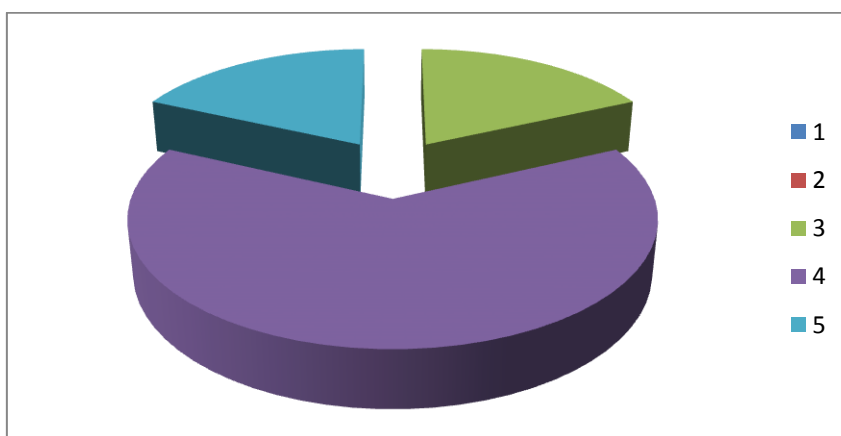
Pergunta 1.2. O conteúdo desenvolvido é adequado?



Pergunta 1.3. A estrutura definida para a formação é adequada?



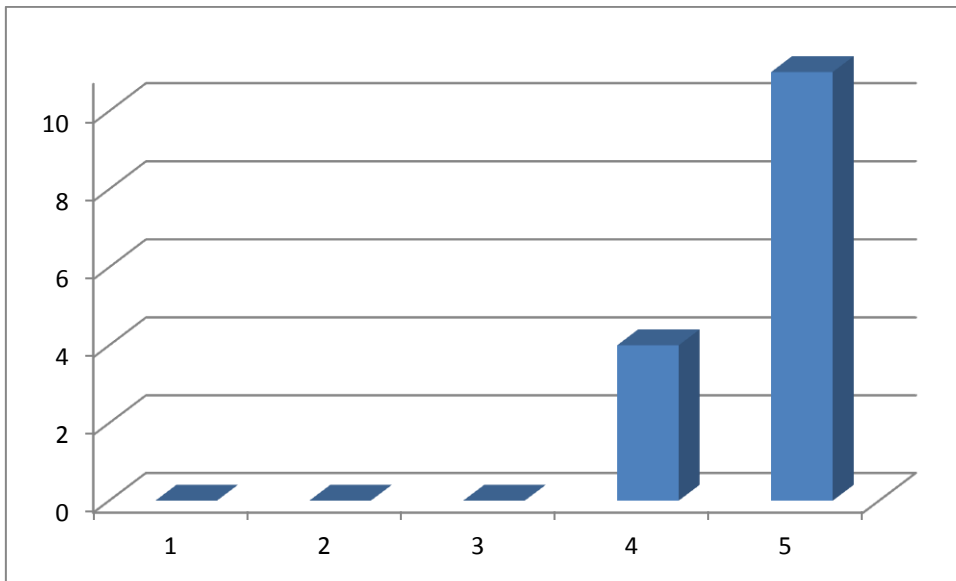
Pergunta 1.4. A duração total da formação é adequada?



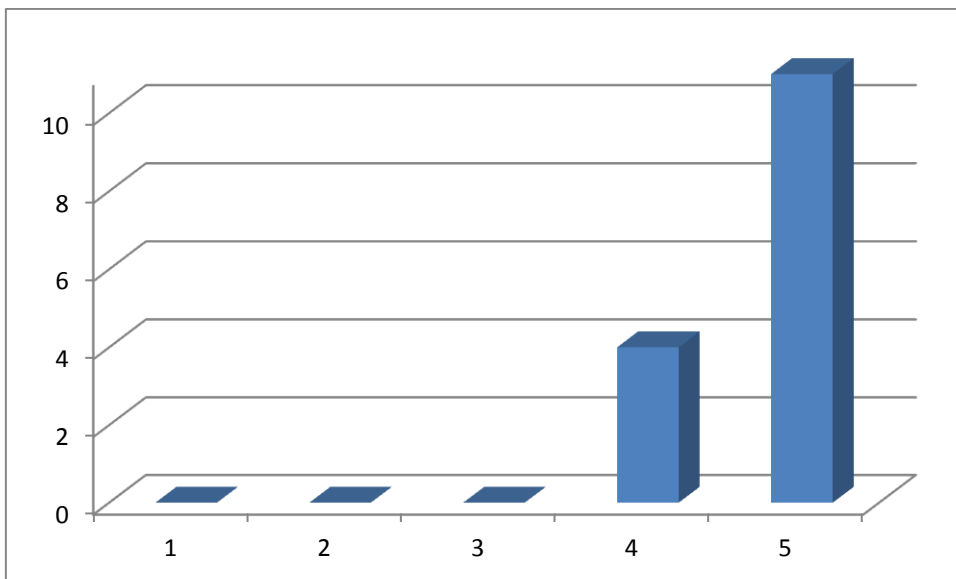
## 2. Desenvolvimento da formação

DESENVOLVIMENTO DA ACÇÃO					
Perguntas	1 - Mau	2 - Fraco	3 - Razoável	4 - Bom	5 - Excelente
2.1 Motivação do grupo	0	0	0	4	7
2.2 Interesse do grupo	0	0	0	2	9
2.3 O relacionamento interpessoal	0	0	0	2	9
2.4 Domínio da matéria	0	0	0	3	8
2.5 Os equipamentos técnico-pedagógicos	0	0	0	5	6
2.6 Os recursos didácticos disponibilizados	0	0	0	7	4

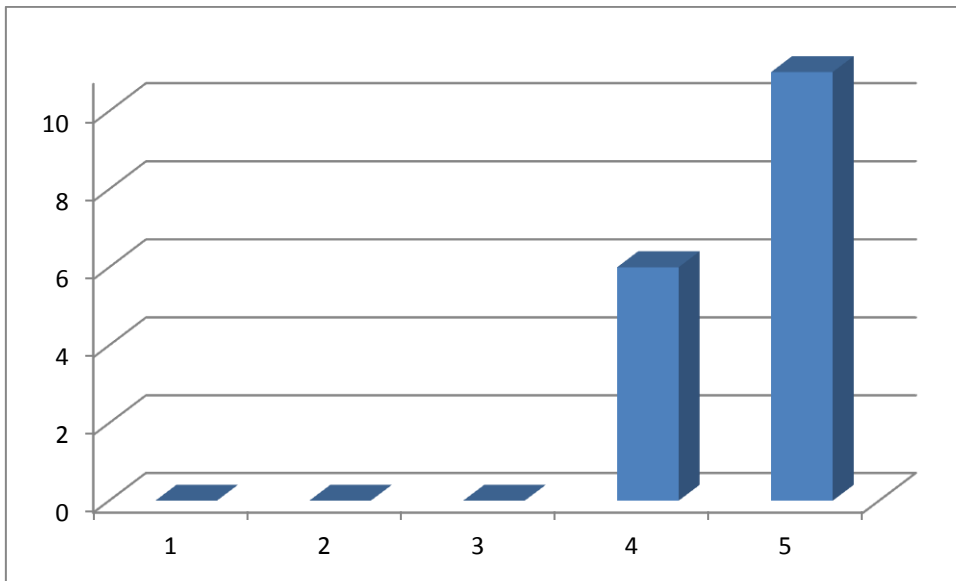
## 2.1 Motivação do grupo



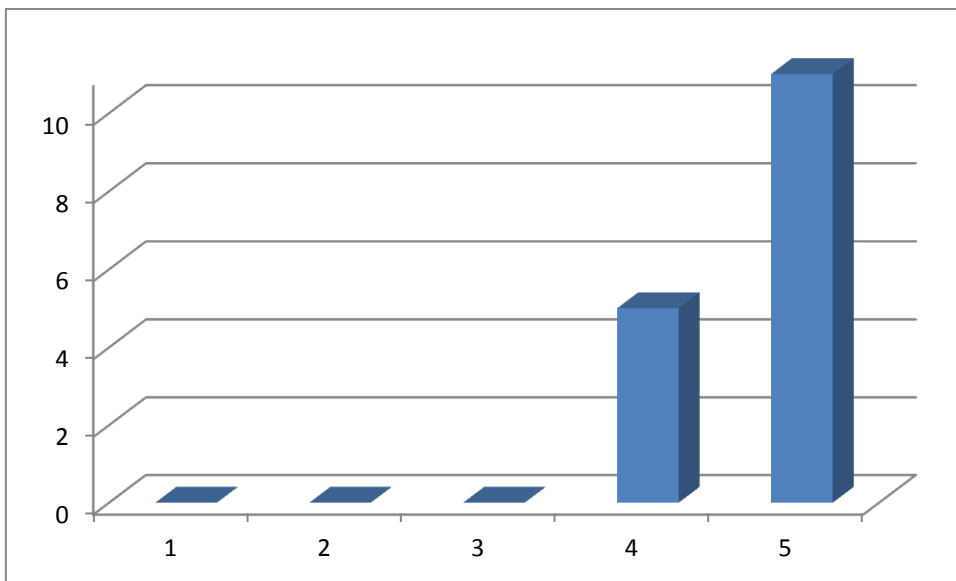
## 2.2. Interesse do grupo



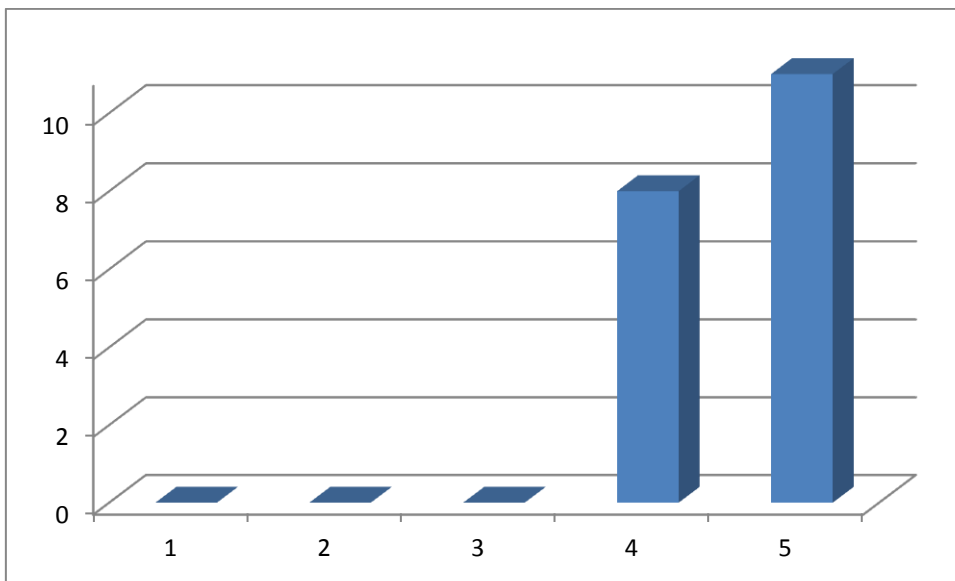
### 2.3 O relacionamento interpessoal



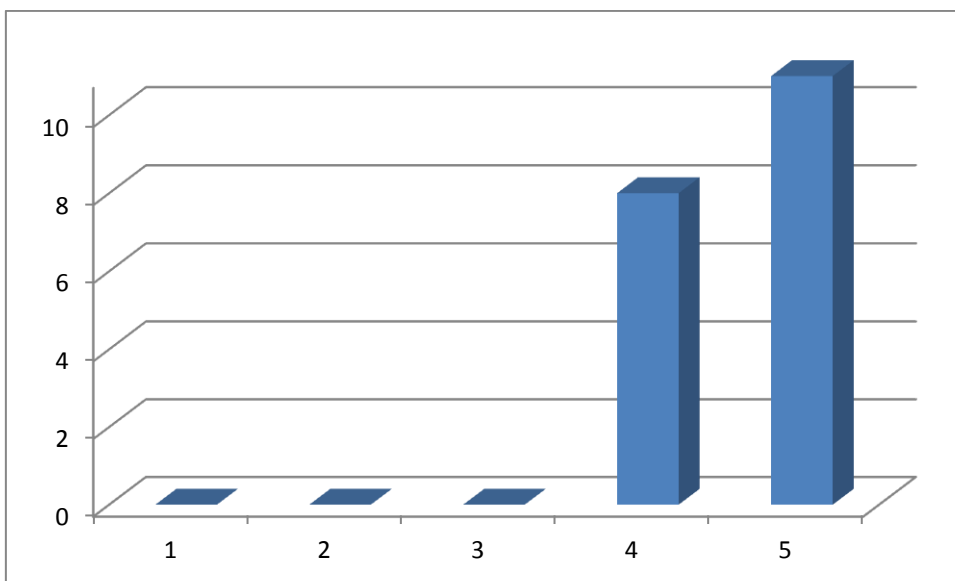
### 2.4 Domínio da matéria



## 2.5. Os equipamentos técnico-pedagógicos



## 2.6. Os recursos didáticos disponibilizados



### 3- AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO

Os formulários revelaram que 4 formandos consideraram a formação boa e 7 consideraram a formação excelente.

Em suma, foi uma formação muito proveitosa e participativa. Os formandos estavam muito motivados e empenhados, demonstrando interesse em assistir a novas formações.

### CLASSIFICAÇÃO FINAL DOS FORMANDOS

	Teórico	Prático
	Nota	Nota
Formando 1	16	20
Formando 2	20	18
Formando 3	20	19
Formando 4	20	19
Formando 5	18	18
Formando 6	18	18
Formando 7	16	19
Formando 8	20	20
Formando 9	18	20
Formando 10	14	16
Formando 11	18	20

**ANEXO VI – Guia de acolhimento do  
doente/família na unidade de cuidados  
intermédios da urgência**

## Alta

### No dia da alta/transferência deverá:

- Esclarecer todas as dúvidas junto da equipa;
- Prestar atenção as recomendações que forem feitas, é importante ter um familiar junto de si pois poderá partilhar consigo todas as recomendações;
- Certifique-se que não deixa esquecido nenhum objecto pessoal;



As visitas dispõe de um bar e refeitório que se localiza na entrada principal do hospital.

## Informações

### Se o seu familiar pretender:

- Informações telefónicas, estas serão dadas através do número geral 253027000
- Informações médicas serão dadas entre as 12h00 e 13h00 e das 16h30 e 17h30 nos dias úteis apenas a um familiar de referência.

As informações apenas serão dadas ao familiar de referência, os restantes familiares devem obter informações junto do mesmo.

Caso o utente necessite ligar para o exterior deve colocar a questão a um dos enfermeiros em serviço.

### Director de Serviço:

Dr. Jorge Teixeira

### Enfermeiro Chefe:

Enf.º António Faria

Unidade de Cuidados Intermédios  
Serviço de Urgência (UCI)

# Guia de Acolhimento ao Utente/Família

## Admissão

A unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência dedica-se à prestação de cuidados diferenciados à pessoa com funções vitais em risco.

O bom funcionamento desta unidade depende do esforço empenhado de todos os profissionais. Contudo, este objectivo nunca será realmente alcançado sem a sua colaboração que, por ser determinante, antecipadamente agradecemos.

*Jemos todo o prazer em  
ajudá-lo...*

*Desejamos-lhe rápidas melhoras*

Há coisas que não poderá trazer, nem pedir que lhe tragam:

- Objectos de valor/dinheiro;
- Medicamentos, só pode tomar os prescritos no hospital;
- Alimentos, existem profissionais que elaboram uma dieta personalizada e adequada à sua situação clínica.



## Refeições

Se a sua situação permitir alimentar-se, pode tornar as refeições mais prazerosas com a presença do seu familiar de referência nas duas principais (almoço e jantar).

## Visitas

Durante a permanência nesta unidade, podrá usufruir de visitas no seguinte horário:

- 12h30 as 13h00 uma visita de duração máxima de 15 minutos;
- 17h30 as 19h30 duas visitas em simultâneo, com duração máxima de 15 minutos;
- As crianças necessitam de uma autorização diferenciada;
- As visitas podem ser limitadas por decisão clínica (médico / enfermeiro) ou pelo próprio utente.

A entrada para a unidade de cuidados intermédios faz-se exclusivamente pelo piso 1—serviço de urgência.