



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Do Saber ao Saber  
Fazer e Saber Ser

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde,  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Liliana Gomes de Abreu

Março 2014



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Do Saber ao Saber  
Fazer e Saber Ser

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde,  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Por Liliana Gomes de Abreu

Sob orientação de Maria Lúcia Rocha

Março 2014



## Resumo

Este relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Médico Cirúrgica, para obtenção do grau de mestre, é fundamentado na pesquisa bibliográfica, bem como, nas reflexões críticas das experiências vivenciadas ao longo dos dois campos de estágio da Especialidade, que constaram no Serviço de Urgência do Hospital de Braga e nos mais diversos meios de atuação da Assistência Pré- Hospitalar do INEM da Delegação Norte. Pretende-se, ao longo do relatório demonstrar as diversas competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos dois campos de estágio.

Foi adotada uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, das atividades e intervenções desempenhadas em estágio, de entre as quais, as mais pertinentes, foram escolhidas para serem expostas ao longo deste relatório, com o sentido de elucidar o desenvolvimento e a aquisição das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, em cinco Domínios de Competência: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais; Prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório, encontra-se dividido em três partes fundamentais, que englobam a Introdução, Desenvolvimento e por fim a Conclusão. Na Introdução encontra-se o enquadramento do Curso, com referência aos módulos realizados, a justificação e uma breve caracterização dos locais de estágio, bem como, os objetivos do relatório e a sua estrutura. O Desenvolvimento, encontra-se estruturado de acordo com Domínios de Competência, onde em cada capítulo será realizada a abordagem de algumas experiências vivenciadas, bem como, das inúmeras reflexões críticas que emergiram, fundamentando as estratégias e intervenções adotadas durante o estágio, em conhecimentos científicos e nas responsabilidades ético-profissionais, demonstrando desta forma o desenvolvimento e a aquisição das mais diversas competências. A Conclusão consiste na análise dos principais aspetos tratados, as considerações finais sobre a aprendizagem, bem como, os principais contributos pessoais em cada campo de estágio.

A especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitiu o desenvolvimento e a aquisição das mais diversas competências, que resultaram da aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas, no contexto da prestação de cuidados, mediado por uma prática reflexiva, sempre em articulação e partilha com os tutores e colegas, em contexto de cenário clínico. Aliado a isto, adicionou-se uma procura constante de saberes e uma postura proativa, que possibilitou enriquecer e concretizar os objetivos propostos no caminho, no sentido do Saber Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica.



## **Abstract**

This report, conducted under the master's Course in Nursing with Specialty on Medical Surgical Nursing, to obtain the master's degree, is based on researched literature as well as critical reflections on the experiences lived over the two fields of specialty training, which consisted in the Emergency Department in Braga Hospital and the various means of action of Pre Hospital Care of North INEM delegation. The aim during this report is to demonstrate the various skills acquired and developed over the two fields of the internship.

This is structured according to Domains of Competence, in which, in each chapter there will be a report of lived experiences, as well as, the countless critical reflections that emerged, the strategies and interventions adopted during the internship, where based on scientific knowledge and the ethical and professional responsibilities.

A descriptive, reflective and critical methodology was adopted, to describe the activities and interventions performed along the internship, among which the most relevant, were chosen to be exposed throughout this report, to elucidate the development and acquisition of the competencies inherent to the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, recommended by the Ordem dos Enfermeiros, in five Domains of Competence: Professional Responsibility, Ethics and Legal; Continuous Improvement of Quality; Care Management, Professional Learning Development, Specialized Care Delivery in Medical-Surgical Nursing.

This report is divided into three main parts, which include the introduction, development and finally the conclusion. In the Introduction is the framework of the course, with reference made to the modules, justification and a brief characterization of the internships locations as well as the objectives of the report and its structure. The Development, is structured according to Fields of Competence, in each chapter will be held, the approach of some experiences, as well as, many critical reflections that emerged, supporting the strategies and interventions made during the internship based on scientific knowledge and the ethical and professional responsibilities, demonstrating this way the development and acquisition of diverse skills. The Conclusion consists in the analysis of the main aspects addressed, final considerations about the learning process, as well as the main contributions in every field of internship.

The specialty on Medical Surgical Nursing, allowed the development and acquisition of various competencies, they resulted from the application of knowledge to problem situations, identified in the context of care giving, mediated by a reflexive practice, always in articulation and sharing with tutors and colleagues, in the context of the clinical setting. Allied to this, was added, a constant search for knowledge and a proactive approach, which enabled to enrich and fulfill the objectives proposed in the path towards becoming a Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing.



## LISTA DE SIGLAS

APH – Assistência Pré-Hospitalar  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD´s – Atividades de Vida Diária  
CCI – Comissão de Controlo de Infeção  
CE – Comissão Europeia  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem  
CVC – Cateter Venoso Central  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
DNR – *Do Not Resuscitate*  
DGS – Direção Geral de Saúde  
ECG – Eletrocardiograma  
EEMC – Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica  
EV – Endovenosa  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
ERC – European Resuscitation Council  
HB – Hospital de Braga  
ICN – *International Council of Nurses*  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional  
NRS – *Numeric Rating Scale*  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
RCE – Retorno de Circulação Espontânea  
RH – Resíduos Hospitalares  
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica  
SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SU – Serviço de Urgência  
TCE – Traumatismo Crânio-encefálico  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
UDC – Unidade de Decisão Clínica  
UE – União Europeia

## Índice

INTRODUÇÃO .....	11
1 – SABER SER E OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
1.1 - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL ..	15
1.2 - DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	24
1.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS .....	35
1.4 - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	38
1.5 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....	44
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
Anexos .....	73
Anexo I.....	75
Proposta de Artigo de Opinião para Jornal Regional .....	77
Anexo II.....	79
Formação “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias” .....	79
a) Planeamento da Sessão de Formação .....	81
b) Diapositivos.....	85
Anexo III.....	95
Trabalho de pesquisa “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias” .....	97
Anexo IV.....	121
Trabalho Escrito - “Precisa de Ajuda? 112 o seu Número Salva Vidas!” .....	123



## INTRODUÇÃO

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto, o presente relatório para obtenção do grau de Mestre, refere-se ao módulo I de Estágio, realizado no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Braga (HB), no período entre 26 de Abril a 23 de Junho 2012 e ao módulo III de Estágio, de carácter opcional, no âmbito da Assistência Pré-Hospitalar (APH) realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na Delegação Regional do Norte, entre 1 de Outubro a 24 de Novembro de 2012, com uma carga horária total de contacto de 180 horas e 70 horas de estudo individual, em cada módulo.

No que concerne o módulo II Cuidados Intensivos/Intermédios, foi-me concedida a creditação das competências, considerando o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006, por ter exercido funções na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos desde Agosto de 2004 até Junho de 2010. Este trajeto profissional incluiu o exercício de atividades na Unidade de Cuidados Intermédios e Pós-operatória de Neurocirurgia. Enquanto elemento integrante da Unidade de Cuidados Intermédios, a prestação de cuidados ao doente neurocrítico, exigiu a excelência da prestação de cuidados gerais de enfermagem e a aquisição de Competências nos seguintes Domínios: 1) Melhoria contínua da Qualidade, através da Participação na produção e no registo de dados no âmbito do Processo de Acreditação do Hospital São Marcos pelo *King's Found*, na Execução do Processo de Enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em suporte informático no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), entre outras situações; 2) Gestão dos Cuidados quando atribuída em plano de trabalho a função de Responsável de Turno e aquando da colaboração na supervisão de alunos e orientação dos mesmos; 3) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e (4) Prestação de Cuidados Especializados em Médico-Cirúrgica, uma vez que o doente

neurocirúrgico/neurocrítico em cuidados intermédios, chegava por vezes a ter critérios e apoio dos cuidados intensivos, exigindo a prestação de cuidados especializados, baseados em sólidos conhecimentos científicos, adequados à vertente multidimensional do doente e à especificidade do foro neurocirúrgico. O domínio de competências do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais foi também enriquecido, ao integrar o plano de formação do serviço como formadora; 5) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o domínio de algumas unidades de competência neste âmbito são particularmente preciosas no doente do foro neurocirúrgico devido à alta probabilidade de alteração do estado de consciência do mesmo, assumindo o Código Deontológico de Enfermagem preponderância nas decisões e no exercício profissional de enfermagem.

O Serviço de Urgência do Hospital de Braga permite um atendimento segmentado em função das necessidades de cada paciente: Urgência Geral; Urgência Pediátrica; Unidade de Cuidados Intermédios; Urgência de Ginecologia / Obstetrícia (esta encontra-se fisicamente noutra andar com apoio de uma equipa médica especializada e de outra equipa de enfermagem e assistentes operacionais). Pertencendo a um Hospital Central, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001), esta é uma Urgência Polivalente que abrange, globalmente de acordo com o Hospital de Braga (2012), uma área de cerca de 1.100.000 habitantes como referência de 1ª linha para algumas das especialidades médicas e referência de 2ª linha nas restantes. Enquanto estagiária deste serviço, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem sobretudo ao doente crítico/emergente, participando ativamente na equipa de Emergência e da Unidade de Cuidados intermédios.

De acordo com Mateus (2007), foi em 1965 que surgiu em Portugal o advento, hoje entendido como Emergência Médica, com a criação de um serviço de prestação de primeiros socorros. Em 1971, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias, transformado em 1981 no Instituto Nacional de Emergência Médica mais conhecido por INEM. Segundo a mesma autora, Portugal é dos poucos países, que conta de forma regular com a participação de enfermeiros na prestação de cuidados pré-hospitalares. A Assistência Pré-Hospitalar está estruturada de acordo com vários meios de atuação. Enquanto estagiária de EEMC, tive a oportunidade de integrar o meio da Ambulância de Suporte Básico

de Vida (SBV) constituída por 2 Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) com Desfibrilhador Automático Externo (DAE), a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) com 1 Enfermeiro e 1 TAE com DAE e medicação dotado para SIV e a Viatura de Emergência e Reanimação (VMER) com 1 Médico e 1 Enfermeiro dotada para Suporte Avançado à Vida (SAV) e com Monitor Desfibrilhador. A decisão deste campo de estágio, no módulo de carácter opcional, foi para mim uma opção clara, simples e natural, uma vez que esta, é a mais congruente com o meu percurso profissional até ao momento e com as minhas aspirações de conhecimento e desafio pessoal e profissional, uma vez que me encontro a exercer recentemente funções no Serviço de Urgência. Quer o Serviço de Urgência, quer a Assistência Pré-Hospitalar, foram fundamentais para a aquisição das diversas competências na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que permitiu o contato com doentes que possuíam as mais variadas patologias, possibilitando o aprofundamento de conhecimentos em várias áreas, proporcionando desta forma uma janela de oportunidades para o meu desenvolvimento. Foi possível, dar especial ênfase a prestação de cuidados especializados sobretudo ao doente adulto e idoso em estado crítico e emergente, bem como, o contato e comunicação com a sua família conforme preconizado por esta especialização. Estas duas realidades, conhecidas por um ambiente imprevisível, complexo e exigente, constituíram um desafio interessantíssimo permitindo o alcançar das mais diversas competências, uma vez que constituíram um ambiente rico em situações-problema derando várias reflexões críticas e a consequente aplicação do conhecimento em contexto clínico.

Dando seguimento a dois portfólios de estágio elaborados, este relatório visa uma lógica reflexiva baseado na evidência, sobre o decorrer do processo académico, perspetivando a aquisição de competências, atitudes e conhecimentos. Regista também em simultâneo, algumas experiências e considerações de ordem crítica, consideradas pertinentes ao longo do processo de formação.

No presente relatório proponho como objetivos:

- Proporcionar um espaço de reflexão crítica sobre um período de aprendizagem/desenvolvimento em contexto de prática clínica e suas limitações;

- Descrever, bem como, analisar, algumas experiências vivenciadas e as inúmeras reflexões críticas que emergiram, demonstrando e fundamentando as estratégias e intervenções adotadas durante o estágio, com base em conhecimentos científicos e nas responsabilidades ético-profissionais;
- Demonstrar um papel ativo na minha formação;
- Descrever atividades/estratégias para aquisição/desenvolvimento de competências;
- Analisar e documentar o progresso e aprendizagem ocorrida;
- Elaborar um documento de avaliação da participação no processo de formação.

Na elaboração deste relatório, recorrer-se-á a uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, para que mais facilmente se possa estabelecer uma analogia entre as atividades realizadas e a aquisição de competências no foro da EEMC.

Para uma melhor compreensão da aprendizagem e das competências adquiridas ao longo dos estágios, o presente relatório, encontra-se dividido em três grandes áreas, nomeadamente a Introdução que permite uma contextualização e enquadramento dos estágios no Curso EEMC, o Desenvolvimento estruturado de acordo com Domínios de Competência, onde em cada capítulo, será incorporada e realizada a abordagem de algumas experiências vivenciadas, bem como, das várias reflexões críticas, fazendo-se referência e dando ênfase a situações, problemas e estratégias/intervenções implementadas de maior relevância, que permitiram a aquisição das inúmeras competências. Por fim, surge a Conclusão que incluirá as principais considerações finais sobre a aprendizagem e os principais contributos por mim adquiridos, bem como, os que facilitei a outros profissionais ou cidadãos.

## 1 – SABER SER E OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Através da procura do Saber e a sua aplicação na prática, vai-se construído o Saber Fazer, assim ao longo de dois módulos de estágio, iniciei os meus primeiros passos na construção do perfil de atuação, que implica o Saber Ser, Enfermeiro Especialista de Médico Cirúrgica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considera quatro os domínios de competências comuns dos especialistas: “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” Esta contudo, contempla como quinto domínio de competências, a prestação de cuidados especializados, que neste caso se trata de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Competência segundo KUENZER (2002:8), é definida como a “a capacidade de agir, em situações previstas e não previstas, com rapidez e eficiência, articulando conhecimentos tácitos e científicos a experiências de vida e laborais vivenciadas ao longo das histórias de vida (...) vinculada à idéia de solucionar problemas, mobilizando conhecimentos de forma transdisciplinar a comportamentos e habilidades psicofísicas, e transferindo-os para novas situações; supõe, portanto, a capacidade de atuar mobilizando conhecimentos.”

### *1.1 - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL*

A aquisição e o desenvolvimento de competências no que concerne este Domínio é de extrema importância, uma vez que este, engloba valores

fundamentais baseados na Ética e nos Direitos do Homem. De acordo com, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), artigo 1º “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”, esta apoia-se no conceito de dignidade humana, reconhecendo-a no seu preâmbulo como “inerente a todos os membros da família humana, com direitos iguais e inalienáveis, constituindo o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.”

Na perspectiva da ética, a dignidade humana significa, como enunciado por Kant (cit. in apontamentos de Renaud 2011) que o ser humano é “um fim em si”, não podendo assim servir de meio ou instrumento para outro fim, que não ele próprio. Se se colocar a questão “de que coisa o ser humano é digno?” a resposta segundo a ética é, e não poderá ser outra, que não esta “ ele é absolutamente digno de respeito”, dignidade esta que lhe advém da sua qualidade de ser humano e não dos seus atos, assim a ética atribui à figura da pessoa a dignidade humana, sendo esta merecedora de respeito, independentemente dos seus valores, crenças, costumes e práticas.

Na prestação de cuidados de enfermagem, para além dos profissionais atenderem aos valores éticos-legais, estes regem-se também pelo Código Deontológico (Estatuto da OE, 2009), sendo um dos princípios gerais (artigo 78º) a realização de intervenções de enfermagem com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Presente no mesmo código (artigo 79º), os enfermeiros ao inscreverem-se na Ordem, assumem o dever de:

- Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- Responsabilizarem-se pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam ou delegam;
- Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum.

Atendendo ao Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001:8-10), a pessoa é um “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”, e “o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa

ou um grupo de pessoas (família ou comunidade).” De acordo com Cerdeira (2008:12), “o reconhecimento deontológico, ético e jurídico da dignidade humana resulta de reconhecer o outro, como ser dotado de uma autonomia individual para o exercício à autodeterminação, em liberdade de escolha relativamente às opções de vida que toma.”

Ao longo da prestação de cuidados de enfermagem, atuei de acordo com a ética e deontologia profissional, estimulando a autodeterminação do doente/família, ao envolve-los no processo de cuidados. Facultei informação e esclarecimentos relativamente aos procedimentos, obtendo à *posteriori* o seu consentimento, sem descurar quando adequado, a realização de ensinamentos para a saúde, possibilitando e gerando uma escolha autónoma e informada por parte destes, face um “cenário” de opções. Desta forma, fui promovendo e respeitando os direitos, a Autonomia, dignidade, valores e crenças do doente.

Ser enfermeiro especialista na Assistência Pré-Hospitalar e no Serviço de Urgência, constitui um desafio interessante no desenvolvimento de competências neste Domínio, uma vez que, neste contexto por vezes hostil e bastante exposto ao público, surgem inúmeras situações problemáticas que colocam em causa direitos fundamentais do doente como a privacidade e dignidade. Contudo, estas problemáticas são passíveis de melhoria, após planejar intervenções e intervindo para as solucionar, tendo sempre por base o melhor benefício para o doente, atendendo a um dos Princípios da Bioética, conhecido por Beneficência.

Farei referência a algumas situações problema com as quais me deparei nos dois campos de Estágio. Uma situação que ocorreu com elevada frequência no estágio de Assistência Pré-Hospitalar, foi a vítima estar num local que não proporcionava privacidade e conforto. Como estratégia de intervenção, as vítimas foram convidadas a entrarem na ambulância, permitindo aumentar o seu conforto e privacidade, criando também um ambiente mais adequado, para estabelecer uma Relação Terapêutica adequada. No que concerne o SU, também surgiram situações problemáticas da mesma índole, colocando em causa a dignidade do doente, bem como, em alguns casos chegando mesmo a aumentar o potencial risco de infeções cruzadas, pelo fato do serviço não possuir todas as comodidades de “hotelaria”, no que diz respeito à estrutura física e ambiente. Tais situações, implicaram recorrer à criatividade e capacidade de resolução de

problemas, através da mobilização de diversos conhecimentos, criando uma estratégia de atuação, ou seja, planejando intervenções, intervindo e avaliando o seu impacto. No local de trabalho das Unidades de Decisão Clínica (UDC), cada *box* de trabalho, criada inicialmente para um doente, na realidade abarca de forma constante dois, possuindo apenas uma cortina para ambos. A estratégia adotada no sentido de promover a dignidade e o direito à privacidade, consistiu durante os momentos da realização de posicionamentos, de técnicas invasivas (exceto na colocação de cateter venoso periférico) e da prestação de cuidados de higiene parciais, em remover o outro utente que se encontrava no mesma boxe para o corredor, durante os procedimentos. A mesma estratégia era utilizada, quando o corredor das UDC's se encontrava preenchido, mantendo assim uma boxe livre para a realização destes cuidados. No que concerne a prevenção de infeções cruzadas, a estratégia consistiu em distanciar o máximo possível as macas, entre si, e estar mais alerta para os cinco momentos da higienização das mãos (1- Antes do contato com o doente; 2- Antes de um procedimento asséptico; 3- Após risco de exposição a fluidos corporais; 4- Após contato com o doente; 5- Após contato com áreas próximas ao doente.), preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no desafio mundial para a segurança do utente (*Global Patient Safety Challenge*) com o nome de *Clean Care is Safer Care* conhecido em Portugal, de acordo com a DGS (2009), por "Medidas Simples Salvam Vidas" bem como, estimular na equipa de assistentes operacionais, o uso de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) perante os cinco momentos da higienização das mãos, atendendo às inúmeras vezes que esta classe profissional está em contato direto com os doentes e produtos biológicos, bem como, o fato de estes estarem menos expostos à formação e informação no concerne a esta matéria.

Desta forma é primordial, no contexto da Urgência e sobretudo na Assistência Pré-Hospitalar, que o enfermeiro aceite a estrutura existente e possua uma grande capacidade de adaptação, atendendo às várias mudanças do seu contexto de trabalho e recorra à sua criatividade para a resolução de problemas, promovendo e mantendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e a responsabilidade profissional, independentemente do cenário em que este cuida.

A Constituição da República Portuguesa (1976), no seu artigo 1.º, refere que Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana. Segundo Cerdeira (2008:12), “a dignidade humana constitui, assim, um princípio estruturante da nossa ordem jurídica,” contudo, “o Direito não precisa nem explicitar, em termos rigorosos, o conceito da dignidade humana.” Esta ausência poderá a meu ver, levar a lacunas no que concerne a algumas questões de ordem ético-legais, que irão ser abordadas posteriormente neste Domínio.

O papel do enfermeiro no contexto da APH em Portugal, sofre alterações quanto ao desempenho da sua função e as suas tarefas, dependendo do meio em que este se encontra a trabalhar. De uma forma simples e sucinta, poder-se-á dizer que num meio de ambulância SIV, o enfermeiro é o *team leader*, assumindo a responsabilidade de toda a abordagem à vítima, coordenando, articulando, supervisionando e controlando as atividades e a dinâmica de trabalho de toda a equipa. Este recorre a protocolos de atuação aprovados pelo INEM e ao contato com o Médico do CODU. Isto permite que o Enfermeiro atua, juntamente com o TAE, com um maior grau de independência apesar de uma interdependência, otimizando ao máximo a assistência prestada. Perante situações de alta complexidade, este é responsável pela passagem de dados ao CODU, requerendo um meio mais diferenciado.

Atendendo à atuação do enfermeiro na ambulância SIV, por protocolos de atuação e ao seu papel de *team leader*, refleti em várias questões, que de imediato irei abordar. Seguir na íntegra um protocolo de atuação, visa a prestação de cuidados seguros para o doente e legalmente seguros para o profissional. Contudo, esta rigidez na atuação protocolar, por vezes interfere com a sensibilidade e noção de dignidade humana, para além de por em causa a autonomia e bom senso profissional, baseados em firmes conhecimentos científicos. Em alguns casos, pode mesmo gerar conflitos de ordem ético-legais, nos profissionais. Ao longo do meu 3º e 4º turno do meio SIV, constatei uma realidade por mim, até então, desconhecida, de uma elevada incidência de Paragens Cardio-Respiratórias em Lares de Idosos. Seguindo o Protocolo de Ambulância SIV de Paragem Cardio-Respiratória (PCR) - Adulto do INEM (2012), este obriga os seus profissionais a iniciar e manter manobras de SIV no local, até à chegada de uma equipa de VMER, e ou recuperação de circulação espontânea

e ou indicação pelo CODU para transporte, caso não seja possível apoio da VMER/HELI. Seguindo as indicações do mesmo Protocolo do INEM (2012), apenas não se inicia manobras de SIV em casos de morte evidente, em que legalmente a verificação do óbito não carece da presença de médico, tais como, cabeça separada do tronco, rigidez cadavérica e adiantado estado de putrefação do corpo. Assim sendo, e de acordo com a experiência que vivenciei, iniciamos manobras a uma vítima de idade avançada, com “relato” de PCR com cerca de 20 minutos. De acordo com, o Manual de Desfibrilhação Automática Externa do INEM (2011), “o sucesso das manobras de reanimação cardio pulmonar está condicionado pelo tempo, pelo que quanto mais precocemente se iniciar o SBV maior a probabilidade de sucesso. Se a falência circulatória durar mais de 3 - 4 minutos vão surgir lesões cerebrais, que poderão ser irreversíveis. Qualquer atraso no início de SBV reduz as hipóteses de sucesso.” Como enfermeira, sou autônoma para reconhecer uma PCR, contudo, não me é reconhecida a capacidade de decisão que uma vítima, que se encontra em PCR superior a 10 minutos antes da chegada dos meios de atuação, não tem qualquer benefício no início e *à posteriori* manutenção de manobras, apesar dos conhecimentos baseados na evidência científica. Esta prática, torna-se num ato particularmente violento e geradora de questões, no que concerne a ética e a dignidade do ser humano no seu processo de morte, em prol de um pretexto legal. Compreendo, contudo, que o INEM como Instituição, não poderá aceitar e assumir, que vítimas com a descrição que fiz anteriormente, se encontram mesmo em PCR até à chegada dos meios de atuação. Apesar desta compreensível ressalva legal e também ética, isto não altera a realidade vivenciada pelos profissionais das SIV's e as outras questões éticas envolvidas na matéria. Estas situações vivenciadas, levaram-me a questionar, se nada poderá ser alterado/feito, no que diz respeito ao poder do médico, presente no CODU, que está em contato com equipas da ambulância SIV. Como forma de intervenção/sensibilização a esta questão, transmiti o meu parecer, através desta reflexão crítica à Enfermeira do INEM, responsável pela minha tutoria.

Foi possível identificar algumas situações problemáticas relativas a este Domínio, no contexto do serviço de urgência, no que diz respeito ao direito e o dever de informação e de acompanhamento. De acordo com, a Base XIV Estatuto

dos Utentes (Lei de Bases da Saúde 1990, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), “os utentes têm direito a ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.” No Código Deontológico do Enfermeiro (Estatuto da OE, 2009), artigo 84º, está salvaguardado o dever de informação ao utente, respeitando o seu direito à autodeterminação, em que o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao direito do utente a um acompanhante e o dever dos profissionais de saúde em permiti-lo, este encontra-se reconhecido no artigo 1º, 2º e 4º da Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, que refere que todos os cidadãos que sejam admitidos num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) “têm reconhecido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, e acrescenta que o acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente nas diferentes fases do atendimento.” Estas tópicas, constituem uma das principais problemáticas do ponto de vista ético-legal no SU, uma vez que, a norma do serviço de acompanhamento do doente dentro das UDC’s, não se encontra em completa conformidade com a Lei, uma vez que esta, limita a entrada dos acompanhantes às horas pares durante 10 minutos e porque para além disso nos momentos de grande sobrecarga profissional, nem sempre é possível atender à necessidade de informação dos visitantes/famíliares adequadamente e/ou atempadamente. Os acompanhantes, por sua vez, e com elevada frequência, não agem em conformidade com alguns aspetos da cidadania em saúde, tais como, respeito, respostas adequadas e responsabilidade, comprometendo-se assim, alguns direitos e deveres que a lei preconiza.

No serviço de urgência, as práticas exigem rapidez, dinamismo e em simultâneo eficácia. Para que tal ocorra, é de extrema importância que os profissionais de saúde, os utentes e acompanhantes, tenham consciência do que significa a cidadania em saúde. A cidadania, de acordo com, Sampaio (cit. in Paixão, 2000:3) define-se como “a responsabilidade e consciência de deveres e de direitos perante a pessoa e perante os outros, sentido de comunidade, partilha e aperfeiçoamento”. No que diz respeito à cidadania em saúde, todo o cidadão, independentemente de ser utente ou profissional de saúde, deve agir de acordo com um conjunto de direitos-deveres essenciais, um modo de ver, estar e agir

assente em 5 R's: "reconhecimento, respeito, respostas adequadas, rigor e responsabilidade" (Ramos et al, 2010:4).

As estratégias adotadas, para colmatar as situações supracitadas, no fundo, consistiram em flexibilizar mais as práticas, no sentido de maior abertura aos familiares, alongando o período de visita quando o ratio de trabalho o permitia. Quando tal não era possível, era necessário recorrer à ferramenta fundamental da relação terapêutica, a Comunicação, para negociar conjuntamente com os utentes e os familiares, de forma a não por em causa direitos fundamentais, explicando a situação. Se mesmo assim, não fosse possível chegar a consenso com os acompanhantes, que não era tão infrequente quanto isso, tornava-se imperativo, limitar o acompanhamento fazendo alusão ao artigo 3º da Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, que estabelece como limites ao direito de acompanhamento " (...) acompanhar ou assistir (...) outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante (...), e que "o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados (...) para que estes sejam eficazes".

Uma situação problemática foi identificada, no dia-a-dia do meio SIV integrado no SU, comparativamente a um não integrado. Enquanto que, no meio não integrado o Enfermeiro e TAE, estavam numa base e em convívio durante o turno, enriquecendo a dinâmica e o ambiente de equipa, através da partilha e reflexões sobre a prática, estes, além de realizarem a verificação da *checklist* diária mandatária dos meios, possuíam uma lista de atividades semanais que englobavam, por exemplo, a limpeza do interior e exterior da ambulância uma vez por semana. O mesmo, não foi observado no meio integrado. Assim, em nome do Princípio de Atuação da Adaptabilidade do Serviço INEM, verifiquei um conflito com o Princípio de Atuação da Dedicção, levantando-se questões de saúde pública, de controlo de infeção e de responsabilidade profissional e ética. Como estratégia de intervenção, no que concerne esta questão foi aborda-la com uma enfermeira do meio integrado e foi sugerida a calendarização de atividades semanais, essenciais à boa manutenção do material e ambiente.

Neste Dominio de Competências, está patente a tomada de decisões em situações complexas/problemáticas, atendendo às evidências científicas e às

responsabilidades sociais e éticas. Um exemplo de uma tomada de decisão experienciada por mim, numa situação complexa, consistiu na decisão de iniciar manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) a uma doente em paragem cardiorespiratória na UDC 1 do SU, em que os colegas tinham iniciado Suporte Básico de Vida (SBV), mas o médico presente, não tomava a decisão de iniciar o SAV ou de declarar a doente, como um *Do Not Resuscitate* (DNR). Desconhecendo todos os antecedentes da doente, mas levando em consideração a sua causa de admissão no SU, o seu estado de independência para as atividades de vida diárias (AVD'S) e o fato de a PCR ter sido presenciada com início imediato de manobras de SBV, iniciei até à chegada dos médicos responsáveis pela emergência interna, a liderança, tomando a decisão de avaliar o ritmo cardíaco e dando indicação para a administração de adrenalina, retomando de imediato as compressões torácicas, agindo de acordo com as *Guidelines* do SAV da ERC (2010), baseando a minha decisão, na evidência científica e responsabilidade profissional e ética, atendendo sobretudo aos Princípios da Bioética da Beneficência e Não Maleficência.

Ao longo destes dois campos de estágio, foram prestados cuidados de enfermagem e realizadas várias reflexões críticas, de forma individual, bem como, com as diversas equipas, com o intuito de atender e respeitar os 4 Princípios da Bioética. Segundo Beauchamp T. e Childress J. (1994), os 4 Princípios da Bioética consistem no Princípio da Autonomia, da Beneficência, da Não Maleficência e da Justiça. De acordo Beauchamp e Childress (1994:260), Autonomia “tem diferentes significados, tão diversos como auto-determinação, privacidade, direito de liberdade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa.” O consentimento informado, de acordo com os mesmos autores, é a expressão máxima deste princípio tornando-o um direito do utente e um dever do profissional, pois as preferencias e valores do utente são fundamentais do ponto de vista ético e pressupõem que o objectivo dos profissionais de saúde seja respeitar a autonomia do doente, pois trata-se da saúde deste. Segundo Beauchamp e Childress (1994:260,189), a Beneficência é definida como “sendo uma ação feita no benefício de outros”, implica agir em nome do utente, promover os seus legítimos interesses evitando qualquer tipo de prejuízo, enquanto que a Não

Maleficência, propõe a obrigação de “não inflingir dano intencional” ao utente. Os autores supracitados, entendem o Princípio da Justiça, como o tratar de cada utente de forma adequada, a fim de reduzir as situações de desigualdade (ideológica, social, cultural, econômica, etc.), sendo a expressão da justiça distributiva. Entende-se, de acordo com Beauchamp e Childress (1994:326-329), a justiça distributiva como sendo “a distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo, com normas que estruturam os termos da cooperação social.”

De acordo com o Código de Ética do INEM (2009), a especificidade da conduta dos seus profissionais, decorre das relações que se estabelecem com os doentes em situação de urgência/emergência. Atendendo a este código e à responsabilidade do Sigilo Profissional do Enfermeiro, preconizada no artigo 85º do Código Deontológico (Estatuto da OE, 2009), foram prestados cuidados de enfermagem sem descuidar o dever do sigilo profissional, relativamente aos dados privados do doente, dando particular ênfase e cuidado às decisões tomadas, uma vez que estas terão um profundo impacto na vida, saúde e bem-estar da vítima e sua família. As vítimas e seus familiares, foram alvos de cuidados com respeito, delicadeza e profissionalismo.

Em jeito de conclusão, considero ter tido e demonstrado na prática, bem como ao longo da exposição deste Domínio, uma consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais relacionados com o doente/família, especialmente na área da EEMC. Foi possível desenvolver e solidificar uma prática profissional e ética no campo do serviço de urgência e da assistência pré-hospitalar, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

## *1.2 - DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE*

Promover e garantir a qualidade, bem como, a melhoria contínua dos serviços de saúde com rigor, é um imperativo de todos os profissionais que se dedicam ao serviço da população que nos procura para receber cuidados holísticos e seguros de que necessitam e a que têm direito.

A qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por várias razões, entre as quais se destacam para Ribeiro et al (2008:1), “as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados,) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde).”

Na procura constante da prestação de cuidados de excelência, as instituições de saúde perseguem o mais elevado nível de qualidade, contudo, este trata-se de um conceito difícil e subjetivo de definir, uma vez que, de acordo com Ribeiro et al (2008), apresenta diferentes semânticas. Para um gestor, está inerente à qualidade, a preocupação com os custos económicos enquanto para os prestadores de cuidados, a qualidade está associada a boas condições de trabalho, bem como, os adequados recursos humanos e materiais. No que concerne os doentes, a qualidade está por exemplo associada, a aspetos como a acessibilidade aos cuidados e as relações interpessoais gratificantes. No léxico da língua portuguesa citado pelo mesmo autor, qualidade é definida por “propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; valor; distinção; plano elevado.”

Este domínio inclui todos os programas relacionados com a melhoria da qualidade e todas as competências envolvidas na preservação de um clima terapêutico seguro que salvaguarda e promove as boas práticas. Ao longo do estágio, foi possível desenvolver e adquirir competências nesta área, participando ativamente em alguns parâmetros, preconizados no programa da qualidade do Hospital de Braga e do INEM. Estes englobaram auditorias a triagens e a carros de emergência no SU, revisões diárias do funcionamento adequado de todos os monitores desfibriladores do SU geral, verificações das *checklist* diárias do material e equipamento nas ambulâncias e VMER, verificação diária dos dois postos da sala de emergência, realização da higienização do meio interior e exterior das ambulâncias como medida de controlo de infeção, bem como, levar a viatura à inspeção após contato pela Logística. Foram também reportadas as não conformidades detetadas à Logística e foram verificadas as datas de validade do material em uso e em *stock*. Quase todas as atividades foram registadas, bem

como, as não conformidades detetadas, em formulário existente e adequado, salvaguardando o funcionamento adequado do material e a sua reposição, vital em situações de emergência, aumentando a segurança do utente e do próprio profissional.

No que concerne as auditorias da triagem do SU, é realizada a revisão mensal de 5 triagens, executadas por cada enfermeiro. Os resultados obtidos de todos os enfermeiros auditados, são então divulgados com o intuito de dar um *feedback* aos profissionais, permitindo assim, esclarecer erros ocorridos junto dos auditores e demonstrar se está a ser atingida a percentagem preconizada pela instituição, de 98% de conformidades na totalidade da equipa (sendo este um critério na avaliação de desempenho dos enfermeiros). Este tipo de atividades demonstram otimizar a eficácia na assistência ao utente, zelando pelos cuidados e contribuindo para excelência da metodologia de trabalho adotada.

Como estagiária dos meios do INEM, foi possível tomar conhecimento e participar nas várias medidas da sua política da qualidade, com o intuito de uma melhoria contínua das atividades. Neste contexto, o INEM (2009), procura de forma sistemática e integrada:

- Promover junto dos seus colaboradores a consciencialização das suas responsabilidades individuais e coletivas, nas áreas da Qualidade, Ambiente e Segurança, através de programas de sensibilização/formação;
- Prevenir, controlar e monitorizar a ocorrência de acidentes e incidentes, através do preenchimento de ocorrências e verbetes, incluindo a transmissão de dados ao CODU, com o objetivo de manter elevados padrões de desempenho e segurança, bem como melhorar as condições de trabalho;
- Minimizar o impacto ambiental decorrente das suas atividades e prevenindo a poluição, através da manutenção adequada dos seus meios e recolha de lixos durante todas as ativações;
- Proporcionar aos seus profissionais o desenvolvimento de competências e promover a sua satisfação, através da realização de formações e exigência de recertificações;

- Formar e qualificar, todos os seus profissionais para agir em conformidade e garantir a satisfação dos doentes, através da prestação de cuidados com profissionalismo indo de encontro às suas necessidades e expectativas;
- Assegurar o cumprimento da legislação, regulamentação e outros requisitos em vigor aplicáveis às suas atividades.

No sentido de contribuir para a melhoria contínua de qualidade e criar um ambiente terapêutico seguro, para os profissionais e doentes, no contexto da Assistência Pré-Hospitalar e do Serviço de Urgência, foi dada particular ênfase à Comunicação. Assim, foi possível desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à vítima, que premeia e zela pela segurança dos cuidados prestados, na área da EMC, ao cidadão.

No que concerne a segurança de medicamentos avançada, a *Joint Commission International* (cit. in Mansur, 2013), prevê a melhoria das comunicações e a instituição de protocolos com dupla verificação, para detetar erros de medicação. Neste sentido, no contexto de emergência, no qual se exige a prestação de cuidados rápidos, seguros e eficazes, num ambiente complexo, foi possível detetar uma lacuna na comunicação médico – enfermeiro, geradora de dúvidas ou mal-entendidos. A estratégia adotada para colmatar esta situação, consistiu na dupla verificação da medicação em contexto real, questionando “Disse a dose X do medicamento Y?”, esperando pela confirmação e no momento da administração da medicação era reforçada a mensagem dizendo “vai ser administrada a dose X do medicamento Y”, aguardando nova confirmação, assim foi possível a melhoria da comunicação bem como, a dupla verificação da medicação pelos intervenientes envolvidos, adicionando a esta, também uma dupla verificação independente realizada por outros elementos da equipa presentes no momento.

As formas de Comunicação, no contexto da Assistência Pré-Hospitalar, importantes para receção e envio de informação clínica, variam dependendo dos meios de atuação. Como estagiária, tive a oportunidade de colaborar na receção e/ou transmissão de dados/ECG’s ao CODU. Na VMER onde estagiei, a transmissão de dados é feita por via telefónica, enquanto nos meios SIV, era realizada por via telefónica e informática, recorrendo a um computador portátil,

conhecido por *E-Clinic*. Estas formas de Comunicação, pretendem prevenir, controlar e monitorizar a ocorrência de incidentes, bem como, apoiar ou esclarecer a tomada de decisões, das equipas do pré-hospitalar, com o objetivo de manter elevados padrões de desempenho e segurança. Desta forma, foi possível colaborar na política/programa de melhoria da qualidade do INEM.

Segundo Pereira (2005: 33-37), a comunicação é “uma arma terapêutica essencial que permite acesso ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua, à informação que o doente e a família necessitam para serem ajudados e ajudarem-se a si próprios...” contribuindo para um exercício de qualidade.

Atendendo a esta ordem de ideias e no que concerne a minha atuação neste Domínio, fui fulcral estabelecer uma relação de ajuda, com as vítimas e/ou familiares. Esta relação de ajuda, foi estabelecida no dia-a-dia ao longo das mais variadas situações que se apresentaram. Contudo, esta capacidade foi testada e aprimorada em situações complexas ou de conflito. Irei relatar dois exemplos de situações vivenciadas na Assistência Pré-Hospitalar, que atestam o desenvolvimento e a demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com o doente e família. Uma das situações, consistiu na transmissão de uma má notícia aos familiares de uma vítima que tinha falecido. A abordagem à família, foi realizada numa divisão da casa diferente, do da vítima, para criar uma ambiente terapêutico e avaliar a informação que esta possuía, acerca da situação. Atendendo à noção realista que a família tinha da gravidade do estado de saúde da vítima, foi explicada a nossa atuação e a situação ocorrida, bem como, o seu desfecho. Recorreu-se na transmissão da informação, a uma linguagem clara e simples, adequada ao nível sociocultural, sem descurar, uma atitude de apoio e compreensão, em que se gerou silêncios e se demonstrou disponibilidade para a expressão de sentimentos, dando ênfase a toda a dimensão psicossocial, cultural e espiritual estabelecida nesta relação interpessoal, estando disponível para a prestação de esclarecimentos de dúvidas colocadas.

De acordo com Teixeira (1996:617-618), a informação em saúde necessita de “ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Esta personalização significa que a

informação é “à medida” das necessidades de informação do utente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo.” (...) “A personalização da informação em saúde permite economizar tempo e aumentar a satisfação dos utentes.”

De seguida, faço referência a uma saída no meio SIV, em que é de salientar, além da metodologia de trabalho utilizada, baseada no processo de enfermagem, a exigência desta, no que concerne a gestão de conflitos. À chegada do meio, antes de nos ser possível abordar a vítima, fomos recebidos por quem fez a chamada e familiares de forma agressiva, uma vez que, segundo eles, foram mal atendidos ao telefone e que este teria sido desligado de propósito, para além de referirem que o meio tinha demorado muito a chegar. Foi prioritário antes de mais, a abordagem da vítima, que após uma avaliação inicial verificou-se não apresentar lesão relevante. Após a abordagem da vítima e verificar que esta se encontrava bem, retomamos o diálogo com os familiares e com quem executara a chamada. Assim, recorrendo ao processo de enfermagem, foi possível colher os dados pertinentes e identificar as várias necessidades, recorrendo à escuta ativa e a uma postura adequada, para não exaltar mais os ânimos. Após planeada a estratégia de intervenção, que consistiu na prestação de esclarecimentos e de informação às pessoas envolvidas em todo o processo, esta foi implementada, após termos ouvido por completo as queixas que tinham a referir, no sentido de evitar a interrupção durante a nossa exposição de esclarecimentos. Foi clarificado que não tinham falado pessoalmente com a equipa do Pré-Hospitalar e que o meio ativado vinha de outra cidade, enfrentando pelo caminho o trânsito que eles próprios constataram no local. Esta intervenção e postura foi posteriormente avaliada pela equipa como adequada, uma vez que recebemos um pedido de desculpa por parte dos intervenientes, tendo mesmo sido possível realizar um ensino para a saúde, à vítima da ocorrência, após este ter recusado o transporte para o meio hospitalar. Uma vez que a situação não requeria cuidados diferenciados. Atenta a esta situação e em prol das restantes necessidades identificadas, decidi planejar e concretizar mais uma intervenção, desta vez de maior dimensão, com o intuito que estas situações diminuam e o trabalho dos elementos do Pré-Hospitalar seja facilitado e mais seguro. Assim, elaborei uma proposta de artigo de opinião para publicação num Jornal Regional

(Anexo I), como forma de sensibilização da população, que irá ser abordado posteriormente no relatório. Como foi constatado, a comunicação é fundamental, quer na segurança das práticas, quer na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família, no sentido de aumentar a qualidade e eficácia.

Foi fundamental aprofundar conhecimentos e a aquisição de novas competências de comunicação, entre elas, a transmissão de más notícias, de acordo com a estratégia SPIKES do Protocolo de Buckman. Para este efeito, foi realizado uma sessão de formação com o título “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias” (Anexo II) assim como um trabalho de pesquisa com o mesmo título apresentado no SU (Anexo III) que irá ser abordado posteriormente no relatório.

Recorrendo à comunicação digital e analógica, foi possível realizar vários ensinamentos informais quer a assistentes operacionais, alunos de enfermagem e a acompanhantes dos utentes, relativamente à ergonomia física durante o posicionamento e levantamento de doentes. Isto é importante, uma vez que estas atividades constituem uma das práticas frequentes e de maior risco de gerar lesões músculo-esqueléticas e porque o SU, possui a particularidade de ter macas em vez de camas, aumentando ainda mais o risco de lesão, uma vez que estas são estreitas e a maioria das vezes não se encontram niveladas adequadamente em altura, para evitar lesões. Sensibilizei os intervenientes no sentido de adotar uma postura corporal adequada, nivelar a altura das macas e agirem com a ajuda de outros elementos e de forma coordenada. Estes ensinamentos informais, *in loco*, tornam-se pertinentes no sentido de promover a segurança dos intervenientes evitando lesões e incapacidade temporal.

No que concerne à minha atuação neste domínio, foi também possível contribuir para os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar, ativando nos planos de enfermagem, o diagnóstico de Risco de Queda e Risco de Úlcera de Pressão, quando estes eram identificados na colheita de dados, recorrendo à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no sistema de informação Glintt, durante a prestação de cuidados na Unidade de Cuidados Intermédios do SU. Ao monitorizar estes riscos, foram planeadas e implementadas as medidas adequadas e avaliada a sua eficácia, efetuando ou não alterações ao plano inicial, contribuindo para o controlo destes fenómenos e para uma adequada metodologia

de trabalho eficaz na assistência ao utente, conhecida por Processo de Enfermagem. De acordo com Helen Yura e Mary B. Walsh (1967), o processo de Enfermagem possui quatro fases: colheita de dados, planeamento, intervenção e avaliação. Foi possível contribuir para mais alguns indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, ao premiar a dupla verificação de medicação que conseqüentemente levará à ausência de erros de medicação, bem como, ao criar uma boa relação terapêutica com o utente, gerando satisfação nos utentes pelos cuidados recebidos e evitando queixas. Para alguns autores, citados por BOTELHO (*cit. in* Ribeiro et al 2008:10), constituem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros, os seguintes:

- Ausência de úlceras de pressão;
- Ausência de infeção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- Ausência de erros de medicação;
- Ausência de indicações de agressões físicas ou verbais;
- Ausência de queixas por parte dos utentes;
- Satisfação das visitas pelos cuidados que são prestados aos utentes;
- Satisfação dos utentes pelos cuidados que recebem.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros e OE (2009:7-8), “a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é um programa do *International Council of Nurses* (ICN), concebido para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo.” A informação resultante da utilização da CIPE, suportada por um sistema informático eficaz, é passível de tratamento estatístico. Ainda de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros e OE (2009), os dados e a informação obtidas poderão ser utilizados para a gestão e planeamento dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas. Conduzindo a uma prática consciente pela obtenção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem. De acordo com OE (*cit. in* Aleixo 2006:4), “só com a utilização da CIPE será possível a emissão de indicadores dos cuidados.” Assim, será possível o desenvolvimento da

investigação, a monitorização contínua da qualidade, promover a formação, influenciar o financiamento e a tomada de decisões em relação às políticas de saúde.

No que concerne à Gestão do Risco em contexto intra-hospitalar, foram identificadas algumas situações, tendo sido algumas destas reportadas no *Riscae*, que corresponde ao formulário *online* da Gestão de Risco e outras ao responsável de turno, tais como: a administração de contraste na sala de imagiologia que não está de acordo com os Princípios para Garantir a Segurança das Injeções da OMS (2002), que garante a segurança das injeções e defende o uso único de equipamento injetável estéril que deve estar disponível em quantidades suficientes, diminuindo o risco de infeção cruzada. Outras situações verificadas com bastante regularidade foram, a falta de preparação do sistema de aspiração e de oxigénio na sala da TAC da imagiologia que pode ser vital numa situação de PCR ou choque anafilático, bem como, também foram verificados erros de transcrição de medicação no sistema de informação.

No que concerne a segurança das práticas, de acordo com Mafra et al (2008), é de conhecimento que os profissionais da saúde, são um grupo potencialmente vulnerável, à exposição de agentes patológicos devido, ao contato direto e constante com o doente, em especial a equipa da Assistência Pré-Hospitalar. Ainda de acordo com o mesmo autor, o enfermeiro, tem um papel fundamental como orientador e educador perante a sua equipa. Atendendo a isto e à prevenção e controlo de infeção, foi possível sensibilizar de forma informal alguns elementos da equipa de saúde e da equipa de limpeza, para o acondicionamento de roupas, o Equipamento de Proteção Individual (EPI's) e para a Higienização das Mãos de acordo com "os Cinco Momentos" preconizados pela OMS. Para além de promover estas medidas *standard* de prevenção de infeção, tive oportunidade de acompanhar o processo de controlo de infeção, no momento em que surgiu um surto de *Escabiose Norueguesa* resistente ao *Arcabial* no SU, tendo sido instituído um plano de controlo de infeção elaborado pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) com a colaboração da farmácia hospitalar e chefia do SU. Perante o surgimento de sintomas durante a hora laboral, foi necessário enviar elementos da equipa para casa e fazer uma distribuição geral a toda a equipa de Epermetrina e fornecer Arcabial para os

famíliares ou pessoas que estiveram em contato mais próximo com os profissionais do SU. O enfermeiro, atendendo aos seus conhecimentos, de acordo com Mafrá et al (2008), conhece os fatores de risco a que se expõe e quais as medidas protetoras, para evitar acidentes ou doenças profissionais. Utilizá-los corretamente é de suma importância, pois permite a realização de procedimentos de forma segura, tanto para o profissional que está a prestar assistência, como para o doente que é assistido.

Indo de encontro à política de gestão de Risco, verifiquei que alguns meios da APH, possuíam cateteres venosos periféricos sem proteção “anti-picada”. Intervi junto dos colegas e um responsável de enfermagem, no sentido providenciar cateteres com mecanismo de segurança anti-picada. Desta forma, atendi à política de gestão de risco, que de acordo com Simões (cit. in Gonçalves 2008:17), se traduz pelo “processo operacional que permite aos colaboradores da organização prestadora de cuidados de saúde atingir, de forma eficaz, os objectivos que dizem respeito ao controlo das consequências do risco”.

Respeitando as medidas de controlo de infeção, a segurança dos profissionais e da população, bem como, o impacto ambiental decorrente das atividades, todos os operacionais dos meios APH e eu, recolhemos o lixo produzido, sendo este acondicionado de acordo com o seu grupo e características. Os resíduos dos serviços de saúde, mais conhecidos por Resíduos Hospitalares (RH) de acordo com o Decreto-Lei nº 310/95, de 20 de Novembro, são definidos como “resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença em seres humanos ou animais, e ainda as actividades de investigação relacionadas”, que representam uma fonte de riscos à saúde humana e ao meio ambiente. Através do Despacho nº 242/96 de 13 de Agosto de 1996, os RH foram classificados, em quatro grupos distintos, sendo os resíduos objeto de tratamento apropriado diferenciado consoante o grupo a que pertençam. Os grupos I e II, são resíduos não perigosos, e grupos III e IV, como resíduos perigosos. O Grupo I – Resíduos equiparados a urbanos - não apresentam exigências especiais no seu tratamento, o Grupo II – Resíduos hospitalares não perigosos não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos, o Grupo III - Resíduos hospitalares de risco biológico

– resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano Grupo IV – Resíduos hospitalares específicos – resíduos de vários tipos de incineração obrigatória.

A Gestão de Risco, segundo a OE (cit. in Oliveira 2005), permite “uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados, a promoção efetiva da segurança dos profissionais e utentes ao identificar falhas sistémicas, a eficácia na utilização de recursos e o desenvolvimento da capacidade de aprender com os erros.”

No que diz respeito à colaboração na metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente, foi possível também realizar várias Triagens de *Manchester* e participar no processo de ativação de Vias Verdes, nomeadamente a Coronária e a do Acidente Vascular Cerebral (AVC). O protocolo Via Verde Coronária, foi implementado pela Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em Janeiro de 2009. A sua principal função é ganhar tempo, tendo sensibilizado as unidades hospitalares para a máxima prioridade destes doentes, bem como, o centro de orientação de doentes urgentes (CODU) entrando em contato com os cardiologistas de serviço nessas unidades. No que diz respeito ao contexto hospitalar, segundo Silva (2012), os hospitais envolvidos na Via Verde Coronária encontram-se organizados internamente, sem barreiras burocráticas, de modo a que à rapidez de intervenção pré-hospitalar, corresponda um atendimento intra-hospitalar simples, eficaz e rápido, funcionando como um corredor para acelerar a chegada do doente a uma equipa médica preparada para as intervenções necessárias de preferencia nas primeiras 12 horas. No que concerne a Via Verde de AVC, Rocha (2008), refer que no meio intra-hospitalar, esta diz respeito a um conjunto organizacional de rápida triagem, abordagem ao AVC em fase aguda, orientação e tratamento no período máximo de 3 horas desde o início dos sintomas.

No sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade e criar um ambiente terapêutico seguro, quer para os profissionais e doentes, foi detetada a necessidade de um protocolo/*checklist* para transporte de doentes críticos no SU. Foi realizada a tentativa de dinamizar com o enfermeiro chefe do SU e a enfermeira gestora local de Risco, a implementação de uma *checklist*/protocolo,

baseada nas Recomendações de 2008 de Transportes de Doentes Críticos, elaborada pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (que irá ser abordado posteriormente no relatório).

A minha colaboração/participação nas diversas atividades no pré-hospitalar, permitiu contribuir para por vezes questionar, após a reflexão crítica sobre a prática, a metodologia de trabalho por Protocolos de atuação. A existência de protocolos é de elevada importância, uma vez que sem estes, seria impossível a existência dos vários meios de SBV, SIV e Mota, reduzindo significativamente o número de meios disponíveis para a população, que conseqüentemente, teria um elevado impacto na qualidade da assistência pré-hospitalar à população Portuguesa. Contudo, por vezes, a rigidez de alguns protocolos, limitam a atuação em algumas situações, que beneficiariam de outras intervenções, podendo em alguns casos pontuais por excesso ou déficit., levantar questões éticas colocando a qualidade em causa.

Em jeito de conclusão, é possível dizer, que ao longo dos dois campos de estágios colaborei ativamente nas intervenções de enfermagem, bem como nas reflexões críticas na e após a prática, recorrendo aos conhecimentos baseados na evidência científica. Apresentei uma atitude dinâmica, prestável e de interesse, sem descuidar a calma e sensibilidade, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à vítima e na equipa multidisciplinar, zelando pelos os cuidados prestados e elevando a qualidade da prática.

### *1.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS*

No presente domínio estão patentes todas as atividades que implicam a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a delegação e supervisão de tarefas. Estas atividades são fundamentais para liderar a equipa de prestação de cuidados, no sentido de utilizar todos recursos de forma eficiente, promovendo um ambiente de boas relações interpessoais e a qualidade da prática profissional.

De acordo com as competências deste Domínio, foi possível no estágio do SU, identificar os utentes que exigiam uma maior vigilância e necessidade de cuidados, prestando assessoria à equipa de enfermagem, na prestação de cuidados mais diferenciados, fora do contexto da sala de emergência. No que concerne, as equipas do pré-hospitalares, foi também possível prestar assessoria, através de uma participação ativa nas intervenções de enfermagem e colaborando nas decisões da equipa multiprofissional, através da expressão de reflexões sobre a prática. Julgo desta forma, ter contribuído para uma relação de trabalho construtiva, promovendo em simultâneo boas relações interpessoais e um espírito de entreajuda na equipa multidisciplinar.

No que concerne a gestão de cuidados e de recursos humanos, no contexto de serviço de urgência, foi possível cooperar com o Enfermeiro Especialista de EMC nas suas diversas funções, colaborando na liderança da equipa aquando da realização de planos de trabalho de enfermagem e dos assistentes operacionais, tendo sido necessário, realizar a distribuição dos recursos humanos pelos postos de trabalho, atendendo a situações específicas no relacionamento interpessoal existentes dentro da própria equipa, bem como, atribuir determinadas funções de acordo com a experiência, competências e habilitações dos profissionais, tais como: responsável de turno, responsável pela sala de emergência, responsável pelas UDC'S e unidade de cuidados intermédios e o posto de Triagem. Embora não tivesse sido possível acompanhar o Enfermeiro Chefe na realização de um horário de enfermagem, tive oportunidade de realizar os pedidos de trocas de turnos, dos dois grupos profissionais supracitados, em conjunto com o meu tutor, uma vez que este assumira quase sempre a função de enfermeiro responsável de turno.

Alguns dos momentos de maior complexidade na gestão de recursos humanos no SU, verificaram-se, perante a ocorrência de duas ou mais situações de emergência em simultâneo, sobretudo quando estas não se situavam no mesmo local físico, mais propriamente na sala de emergência. Perante este tipo de situações, foi possível colaborar na dinâmica, na liderança e nas decisões conjuntamente com o meu tutor, no sentido de mobilizar recursos humanos atendendo às competências individuais, para uma prestação de cuidados

seguros, eficazes e de qualidade numa situação emergente, sem descurar os outros postos de trabalho.

Perante situações de alta complexidade, o enfermeiro no meio da ambulância SIV é responsável, pela referenciação das situações problema. Assim, tive a possibilidade de observar e participar indiretamente na transmissão de dados ao médico do CODU, requerendo indicações ou um meio mais diferenciado. Foi oportuno em alguns casos, durante a transmissão de dados, baseando-nos numa boa avaliação da vítima e em conhecimentos científicos, recorrer ao efeito de sugestão para encaminhar a vítima para um hospital com recursos mais diferenciados. Tive neste meio, a oportunidade de observar e participar na decisão do enfermeiro de não acompanhar algumas vítimas, com comunicação/aprovação do CODU, perante situações em que não exigissem cuidados diferenciados durante o transporte pré-hospitalar.

Atendendo a este Domínio de Competências e aos conhecimentos e papel diferenciado do enfermeiro no seio da equipa da ambulância SIV, foi possível delegar e supervisionar algumas atividades/tarefas desempenhadas pelos TAE'S e Bombeiros, promovendo a responsabilidade profissional e garantindo em simultâneo a segurança e qualidade dos cuidados realizados. No SU, foi possível delegar tarefas a alunos de enfermagem e realizar a supervisão das mesmas, visando o desenvolvimento de competências e promovendo neles uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do seu ensino, garantindo em simultâneo a segurança e a qualidade dos cuidados. Segundo Alarcão e Tavares (1987), de entre os vários cenários de supervisão que se podem configurar, face às necessidades de formação em contexto real, foi desenvolvido o cenário clínico. Neste cenário, o papel do supervisor é o de ajudar a refletir sobre a prática pedagógica do supervisando, com a finalidade de a melhorar e consequentemente melhorar a aprendizagem.

No que diz respeito à gestão de recursos materiais, no meio SIV esta é realizada recorrendo ao sistema informático do portátil *E-Clinic*. Tive a oportunidade de observar e colaborar no processo de “dar baixa” do material utilizado em cada ativação. Relativamente ao meio VMER, a substituição de material utilizado, era adquirido no Serviço de Urgência, no qual se encontrava integrado. Foi também possível, observar o pedido de substituição de uma viatura

da VMER com a Logística e participar na substituição/gestão de todo o material e equipamento na mudança das viaturas. No momento da entrega da viatura, foi observada a ausência de material na viatura de reserva, que colocaria em causa o funcionamento adequado de alguns equipamentos, assim, seguiu-se de imediato o pedido à Logística para regularização da situação. No que concerne a gestão de recursos materiais no SU, esta é feita pelo sistema de distribuição por níveis de reposição, sendo da responsabilidade do aprovisionamento. Contudo, tive oportunidade perante a inexistência de um ou outro equipamento/material, fazer pedidos de “pede envia” a outros serviços e perante a necessidade de conserto de equipamento/material do serviço, recorrer ao formulário via *online* da *Efacec*, para pedir as reparações, identificando o grau de urgência das mesmas.

#### ***1.4 - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS***

O presente Domínio refere-se ao auto-conhecimento e à influência que a aprendizagem e a capacidade de a comunicar, poderão exercer no meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, na de outros elementos da equipa.

Com o intuito de contribuir para a aquisição de competências no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assumi uma postura proativa que permitiu identificar, participar e rentabilizar as inúmeras oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio.

Quando me foi colocada a proposta para a realização do Curso de SAV, fora do contexto da especialidade, refleti acerca da disponibilidade, da gestão de tempo e estudo exigido para o realizar com sucesso. Apesar do momento intenso de trabalho e de aprendizagens a serem vivenciadas em estágio para EEMC, este desafio foi aceite e realizado com aprovação, uma vez que, considerei uma oportunidade importante para desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente Crítico e Emergente, em situação de peri-paragem ou em PCR, contribuindo para a aquisição de competências e a melhoria dos cuidados no âmbito da EEMC e no meu contexto profissional.

Ao longo do estágio, com o intuito de manter e aprimorar ainda mais, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, adquiri e desenvolvi competências e conhecimentos, referentes aos cuidados especializados em EMC no que concerne o doente crítico e emergente, através da prestação de cuidados em colaboração com os tutores, esclarecendo dúvidas e compartilhando conhecimentos. Foi também realizada de forma contínua e autônoma pesquisa bibliográfica nas mais variadas temáticas, dando especial ênfase: à abordagem ao politraumatizado com ou sem Traumatismo Crânio-encefálico (TCE), às *Guidelines* do SAV, à estratégia de comunicação de más notícias e às recomendações para transporte intra-hospitalar e secundário. Para além da pesquisa bibliográfica realizada, tomei conhecimento e colaborei na prática, nos mais variados protocolos da ambulância SIV do INEM, tais como: Abordagem à vítima; Abordagem ao Traumatizado, Suporte Básico e Avançado de Vida; Queimaduras; PCR; Enfarte Agudo do Miocárdio; Alteração do Estado de Consciência; Intoxicações (algumas destas temáticas serão abordadas posteriormente no relatório). No decurso destas pesquisas, ou por vezes na ordem inversa, em que os acontecimentos geraram a pesquisa, foram possíveis inúmeras reflexões críticas sobre as situações vivenciadas e a minha atuação, de forma individual e com os tutores, contribuindo para a melhoria das práticas. Reflexão para John Dewey cit. in (Pelucio et al, 2010:1.4), é “uma forma especializada de pensar. Implica uma perscrutação ativa, voluntária, persistente e rigorosa daquilo que se julga acreditar ou daquilo que habitualmente se pratica, evidência os motivos que justificam as nossas acções ou convicções e ilumina as consequências a que elas conduzem.” No decorrer deste aprofundamento teórico em conjunto com a reflexão crítica sobre a prática, foram-se cimentando conhecimentos e gradualmente instalando um aumento da assertividade, mesmo nos contextos mais complexos.

De entre as inúmeras experiências pertinentes ao longo de todo estágio, relembro a passagem numa fase inicial, pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Os CODU de acordo com o INEM (2009), são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Estes coordenam e gerem o conjunto de meios de socorro, que são selecionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das

vítimas, a proximidade e acessibilidade do local da ocorrência. Estes também asseguram o acompanhamento das equipas de socorro no terreno, através da receção de informações clínicas, podendo ainda selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

Durante o período em que estive a observar toda a dinâmica no CODU, foi possível verificar a existência de uma área de atendimento e outra de acionamento. Na área de atendimento, constatei a receção da chamada 112 pelos Técnicos Operacionais de Telecomunicações (TOT), procedendo ao pedido de informações relevantes à situação e localização. Quando estes se deparavam com situações de elevada prioridade, era feito o encaminhamento da situação para o Médico. Assim, nesta área é, realizada a triagem da ocorrência relatada, por via informática, seguindo de entre vários fluxogramas o mais adequado. Durante a triagem, a situação é classificada num sistema de prioridades P1; P3; P5; e o nº de ficha, vulgarmente conhecido por número de situação, é encaminhado de seguida para área de acionamento, que irá ativar os meios disponíveis de acordo com a prioridade e localização. A observação no CODU de uma chamada 112, permitiu constatar toda uma dinâmica que ocorre por trás do pano de fundo, cuja a maioria dos cidadãos desconhece, e que, por vezes, por ignorarem essa mesma realidade e todos os passos que ela implica, gera incompreensão e conflitos com os Técnicos Operacionais de Telecomunicações (TOT) e com os meios ativados que chegam ao local. Observei, que algumas pessoas que realizavam a chamada 112, não sabiam a quantidade nem a qualidade da informação a fornecer ao TOT, bem como, quando se encontravam ansiosas, não compreendiam o porque de “tantas” perguntas, ficando irritadas e não colaborando adequadamente, atrasando assim a assistência à vítima.

Neste sentido e atendendo a outras situações vivenciadas *in loco*, que demonstraram o desconhecimento por parte de algumas pessoas no procedimento de uma chamada 112 e atendendo, à pesquisa que realizei no que concerne a questão, fiquei desperta para o elevado número de chamadas falsas realizadas em Portugal, para além de tomar conhecimento da elevada percentagem da população que desconhece o 112 como número único Europeu de Emergência. Após refletir na e sobre a prática de forma crítica, individualmente

e com vários elementos, foi identificada uma situação problemática relacionada com o doente crítico/emergente, passível de melhoria através da elaboração e implementação de uma medida de intervenção de sensibilização. Esta medida, consistiu na elaboração de um trabalho escrito, baseado na pesquisa bibliográfica e em sondagens, com o nome “Precisa de Ajuda? 112 o Seu Número Salva Vidas!” (Anexo IV) realizando à posteriori, uma proposta de artigo de opinião (Anexo I), para um Jornal Regional, com possível aprovação do Gabinete de Marketing e Comunicação do INEM, como forma de sensibilizar/promover o conhecimento da população para a chamada 112. Desta forma, é possível facilitar o acesso da informação aos civis, explicando o procedimento da chamada 112, informando-os relativamente aos dados a fornecer e capacitando-os para o conhecimento do número europeu de emergência único, dando ênfase e alertando para a colaboração e compreensão de quem liga, uma vez que são responsáveis pela transmissão da informação, que é crucial no acionamento adequado dos meios. Salientou-se também, que à chegada dos meios, mais uma vez, é essencial a colaboração de quem liga e/ou da população que se encontra próxima da vítima, indicando a sua localização, prestando informações relativamente ao sucedido, colaborando naquilo que lhes for solicitado e esclarecendo dúvidas e questões da equipa do pré-hospitalar. Assim poder-se-á dizer que, através de ações de sensibilização como esta, se está a promover e a capacitar os cidadãos para ativar e otimizar o primeiro elo da Cadeia de Sobrevivência, ao fazer o reconhecimento de uma situação urgente e ao ativar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), através de um pedido de ajuda adequado ao realizar a chamada 112, contribuindo para prevenção e a antecipação de focos de instabilidade e do risco de falência orgânica nas vítimas. De acordo com o ERC (2010:3), a Cadeia de Sobrevivência é constituída por 4 elos que representam 1. Reconhecimento precoce e pedido de ajuda (Para prevenir a paragem cardíaca); 2. Início precoce de SBV (Para ganhar tempo); 3. Desfibrilhação precoce (Para reiniciar o coração); 4. Cuidados pós reanimação (Para recuperar com qualidade de vida). Segundo o INEM (2009), a Cadeia representa “o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas em paragem cardio-respiratória. Cada um dos elos da cadeia, são igualmente vitais e todos devem ter a mesma força, pois de nada serve ter o melhor SAV se quem

presencia a PCR não souber ligar 112.” Atendendo a esta ordem de ideias, decidi participar como formadora num *Mass Training* de SBV na Escola Secundária da Póvoa de Lanhoso, com o intuito de informar, formar e sensibilizar os jovens a intervirem numa situação que requeira a ativação dos dois primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência. Esta participação foi rica no que concerne este Domínio, uma vez que permitiu a mobilização e aplicação dos conhecimentos provenientes da experiência profissional prévia e de todo o meu percurso formativo, no sentido de formar/capacitar os jovens, a iniciarem os primeiros cuidados ao adulto e idoso em estado crítico/emergente até à chegada de meios diferenciados. Foi possível desenvolver a assertividade perante um grupo de pessoas desconhecidas, gerando respostas de elevada adaptabilidade individual. Esta experiência, permitiu-me desenvolver aprendizagens profissionais ao observar, participar e adquirir a noção do que é ou consiste um Mass Training. Após algumas reflexões críticas individuais sobre a prática e outras com os elementos impulsionadores, foi possível a aquisição de conhecimentos, no que concerne o planeamento e a execução, bem como, aspetos de organização, gestão de tempo e a melhor forma de comunicação para transmitir informação a grandes grupos. Foi uma iniciativa interessante e pertinente que permitiu aos profissionais de saúde (TAE's e Enfermeiros) e bombeiros integrantes, um período de reflexão crítica após a sua realização. Esta iniciativa proporcionou um grande contributo, para além do aspeto formativo, na união dos vários meios que fazem pré-hospitalar, permitindo desmistificar rivalidades triviais. Todo este momento formativo e o artigo com intuito informativo, foram baseados em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Estas medidas, em suma, capacitaram e capacitarão os cidadãos, a agilizar adequadamente os dois primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência, que são fundamentais à qualidade e sobrevivência da vítima em necessidade de assistência. Desta forma, tornou-se possível abordar uma questão complexa, relacionada com o doente e a família, de modo sistemático e criativo, facilitando a comunicação de aspetos de âmbito profissional e académico ao público em geral. Neste sentido, foi possível identificar, participar e rentabilizar as inúmeras oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio, permitindo desenvolver e adquirir competências, enquanto futura enfermeira especialista de EMC, possuindo sempre a sensibilidade de reconhecer e partilhar

com a equipa, as minhas limitações, bem como, as competências pessoais e profissionais.

Foi durante e sobretudo após as ativações no pré-hospitalar, que individualmente, bem como, com as equipas, perante a vivência de situações geradoras de dúvidas ou de questões de ordem ética, legal ou de responsabilidade profissional pertinentes, foi criado um ambiente de reflexão. Baseei-me na prática clínica diária, comparando-a a outras práticas observadas e recorrendo à mobilização e aplicação dos conhecimentos provenientes da experiência profissional prévia e de todo o percurso formativo, baseados na evidência, que desta forma, contribuí para o desenvolvimento e promoção de um pensamento crítico e o espírito de mudança, para comigo própria e dentro das equipas. A reflexão na e sobre a prática de forma crítica, pretendeu a aquisição e solidificação de determinadas competências com o intuito de evoluir e melhorar a prática de enfermagem.

Através da observação da prática de cuidados e entrevistas informais com os membros da equipa pré-hospitalar e do SU, foi possível identificar algumas necessidades formativas ou de sensibilização, tais como: a higienização das mãos em todos os grupos profissionais, necessidade de formação teórica/prática de auscultação pulmonar (meio SIV), a abordagem e avaliação do doente com alteração neurológica e a comunicação de más notícias. No que concerne, esta última temática, foi possível realizar uma ação de formação formal no serviço de urgência, designada por “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias” (Anexo I). A Comunicação de más notícias, foi o tema previligiado a desenvolver, uma vez que, constatei pouca sensibilidade acerca de estratégias de comunicação de más notícias, através das entrevistas informais e da observação do contexto clínico. Foi também possível assistir a um elevado número de transmissões de más notícias, surgindo assim a necessidade de aprimor e adequar a estratégia de transmissão, através de uma ação de formação, contribuindo em simultâneo para a dinamização do uso da “Sala de Comunicação Familiar”, bem como recordar a necessidade de a equipar adequadamente. Surgiu no fim da formação, um momento rico de reflexão crítica sobre a prática, com troca e partilha de experiências/situações vivenciadas por vários profissionais, permitindo um vislumbrar da uniformização de cuidados, por parte da equipa de enfermagem em

situações de comunicação de más notícias. Considero que, pelas variadas reflexões expostas pelo enfermeiros presentes e Enfermeiro Chefe, a formação conseguiu a sensibilização, o debate e o emergir de propostas, cumprindo assim um dos seus objetivos.

### ***1.5 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA***

Até à realização desta especialidade, desconhecia a realidade da Assistência Pré-Hospitalar do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), Este Sistema, coordenado pelo o INEM, consiste num conjunto de entidades (INEM, Bombeiros, PSP, Cruz Vermelha...) que, de acordo com o INEM (2009), cooperam de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. O INEM, possui como principais tarefas a prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o Serviço de Urgência do hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS) ( 2001:7) “é fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, a definição clara dos conceitos de situações urgentes e emergentes. Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe o compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente. “

Enquanto aluna da EEMC, tive a oportunidade de realizar estágio de observação no CODU e nos meios do INEM de ambulância SBV e SIV, na VMER e no Serviço de Urgência. Considero ter sido uma experiência gratificante pessoalmente, bem como, futura enfermeira especialista EMC, permitindo-me enriquecer, adquirir, desenvolver e consolidar competências referentes aos cuidados especializados em EMC, na abordagem ao doente urgente e emergente.

De entre as inúmeras experiências pertinentes ao longo de todo estágio, no âmbito deste Domínio de Competências, torna-se pertinente salientar algumas

vivências. Um dos turnos mais marcantes, foi experienciado na VMER de Braga. Nos primeiros 10 minutos após o início do turno esta foi ativada pelo CODU para uma dificuldade respiratória num Masculino de 80 anos. Este, tratava-se de um doente hemodialisado que ao longo da noite, segundos os familiares, teria progressivamente aumentado a dificuldade respiratória. À chegada ao local, presenciamos que a vítima se encontrava em *Gasping*, tendo assistido à sua última tentativa de ventilação (não eficaz), entrando imediatamente em Paragem Cardio Respiratória. Agindo de acordo com as *Guidelines* do SAV do *European Resuscitation Council* (ERC) (2010), foi dada prioridade ao início imediato do SBV, bem como, a monitorização do ritmo cardíaco no sentido de perceber se este se tratava de ritmo desfibrilável ou não. Observou-se um ritmo compatível com vida, mas com ausência de pulso, estávamos perante uma Atividade Elétrica Sem Pulso. Iniciamos conseqüentemente o SAV, tentando obter um acesso para a administração de 1mg de adrenalina (a cada 3-5 minutos) de acordo com o algoritmo do SAV do ERC (2010) e mantendo as manobras de SBV com 30 compressões torácicas: 2 ventilações, até obtenção pela Médica de uma via área permeável através de entubação orotraqueal, em que se seguiram as compressões ao ritmo de 100 e 10 insuflações por minuto. Na tentativa de obtenção do acesso venoso, presenciámos que a vítima possuía um cateter venoso central de longa duração, para a realização de hemodiálise, que o enfermeiro integrante da equipa e experiente em hemodiálise, manuseou e utilizou para a administração de fármacos. Durante a realização do SAV e atendendo às *Guidelines* preconizadas pelo ERC (2010), ponderaram-se as causas mais prováveis de paragem, os 4 H's e 4 T's, mais concretamente hipóxia, alterações hidroeletrólíticas, hipotermia, hipovolémia, tóxicos, pneumotorax hipertensivo, trombose (coronária/pulmonar), tamponamento cardíaco. Dando particular ênfase ao fato da vítima ser submetida a hemodiálise e baseando-nos na evidência científica, chegou-se à conclusão que a causa mais provável da PCR seria as alterações hidroeletrólíticas. Houve por parte de toda equipa uma comunicação eficaz, assertiva e atempada da informação pertinente. Em todas as situações, mas sobretudo nos casos emergentes a Comunicação é de primordial importância, podendo alterar o desfecho de uma situação. Seguindo a linha de raciocínio anterior, foi administrada uma ampola de Cloreto de Cálcio

10 % e 2000mg de Sulfato de Magnésio por via endovenosa (E.V). Após a administração dos fármacos e a conclusão do ciclo de 2 minutos de SBV, conforme as *Guidelines* do SAV do ERC (2010), foi avaliado o ritmo cardíaco. Este mantinha um ritmo compatível com vida, mas desta vez com pulso recuperando assim a circulação espontânea, tendo sido a causa mais provável a que suspeitáramos. Foram realizados um total de 6 minutos (3 ciclos) de SAV. A cada 2 minutos, como verificado anteriormente, indo de encontro às *Guidelines* do SAV do ERC (2010), realizou-se uma breve paragem das compressões, para a avaliação de ritmo, aproveitando para trocar de reanimador devido ao cansaço. Imediatamente foram retomadas as compressões torácicas, evitando-se a diminuição do débito circulatório obtido anteriormente. A cada ciclo sim, ciclo não, administrou-se 1mg de adrenalina E.V. (perfazendo um intervalo de 3-5 minutos). Após a recuperação de circulação espontânea, iniciou-se a abordagem ABCDE da vítima, preconizada nas *Guidelines* do SAV ERC (2010), *Airway* (Via Aérea), *Breathing* (Ventilação), *Circulation* (Circulação), *Neurological Disfunction* (Disfunção Neurológica), *Exposure* (Exposição). Findando a abordagem ABCDE, foi feita a gestão da comunicação interpessoal com a família, face à situação de alta complexidade do estado de saúde da vítima. Desta forma foi dada assistência à família, perante uma situação geradora de ansiedade e medo. Foi utilizada uma linguagem simples e clara, com uma postura corporal adequada à informação transmitida, demonstrando disponibilidade para a expressão de sentimentos, assim como, para o esclarecimento de dúvidas através da escuta ativa. Contudo, atendendo ao estado emergente da vítima, foi explicada calmamente a necessidade imediata de a transferir para o meio hospitalar.

Pude participar ativamente, no planeamento e execução do transporte da vítima para a ambulância e para o meio hospitalar, atendendo às Recomendações de 2008 do transporte do doente crítico, da Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para que este fosse seguro e rápido. Assim, foram transmitidos os dados referentes à situação ao CODU que avisou à *priori* a equipa de emergência interna do hospital para a chegada do doente à sala de emergência (SE), possibilitando à equipa intra-hospitalar tempo para preparar material necessário na SE. Ao longo de todo o transporte, foi mantida a monitorização e o acompanhamento adequado da vítima, levando fármacos e o

equipamento adequado para a situação, sem descurar o necessário em caso de ocorrência de uma complicação. Foram assim prestados cuidados ao adulto em estado crítico/emergente com antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Durante a passagem do doente na sala de emergência, foi transmitida a informação relevante a toda a equipa da emergência interna, recorrendo a uma linguagem técnico-científica. Esta dupla transmissão de dados, inicialmente pelo CODU e depois pela equipa do pré-hospitalar à equipa hospitalar, permite inicialmente o aviso prévio da equipa para a chegada da vítima bem como o seu estado e depois a transmissão de informação pertinente que também permite alertar para situações problema identificadas, através de uma comunicação atempada e eficaz, baseada na evidência científica, possibilitando a atuação de forma antecipada e adequada perante possíveis focos de instabilidade. Mais uma vez se constatou na prática, a importância da capacidade de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

Cinco minutos após, a chegada da vítima à Sala de Emergência, a VMER foi novamente ativada para um *Rendez Vous* em Vieira do Minho, com os Bombeiros. Situações destas ou semelhantes, em que os profissionais dos meios se protificam em ficar operacionais sob pressão, ocorrem com relativa frequência. É de louvar a paixão e as capacidades organizacionais e técnicas dos profissionais, que nestas situações, e sob pressão, têm de, em curtos minutos, organizar e preparar todo o material sem descurar a segurança e as necessidades da vítima seguinte. Participar ativamente num dia de estágio como este, permitiu aprimorar e desenvolver a capacidade de gerir e prestar cuidados em situações de alta complexidade, sendo necessário possuir e demonstrar a capacidade de perseverança, adaptabilidade e de mobilização de conhecimentos, reagindo perante situações/contextos imprevisíveis, complexos e em constante mutação no âmbito da área da EEMC, com a calma e rapidez adequada.

Perante situações de alta complexidade e de grande impacto, como já se verificou é imperativo gerir a comunicação interpessoal que constitui uma ferramenta fundamental na relação terapêutica com o doente/família, para tal dever-se-á recorrer a uma estratégia eficaz, não ficando apenas pelos dotes intuitivos ou o conhecimento empírico. Sendo assim, foi possível explorar e

colocar em prática aspetos da estratégia Spikes de Buckman (Anexo III) e de outras técnicas de comunicação, como a escuta ativa. Segundo Benjamim (1983:68) “ouvimos com nossos ouvidos, mas escutamos também com nossos olhos, coração, mente e vísceras”. Evidêcia-se a diferença entre o sentido dos termos escutar e ouvir, com o propósito de buscar a compreensão do outro, para ajudá-lo conscientemente. Assim de acordo com Souza et al (2003:93), destaca-se “dois atributos da escuta: a compreensão e a ajuda. O primeiro já inclui uma ação de ajuda, pois a maneira mais significativa de compreender o outro”, apontada por Benjamim (cit. In Souza et al , 2003:93), “é aquela realizada com uma outra pessoa, na qual deixámos de lado tudo, menos o senso de humanidade, e através dele tentamos compreender com a outra pessoa como ela pensa, sente e vê o mundo ao seu redor. Somente dessa maneira poderemos ajudá-la através da escuta.” Recorri a outras estratégias que privilegiam a comunicação não verbal desde o contato visual e utilização do toque quando adequado. Todas estas técnicas permitiram, prestar assistência ao doente e à família nas perturbações emocionais decorrentes do estado de saúde.

Outro caso emergente, no qual tive oportunidade de intervir, foi o de um doente que deu entrada na sala de emergência em PCR, trazido pelos bombeiros que haviam realizado cerca de 20 minutos de manobras de SBV. À chegada à SE, um elemento ficou a tentar permeabilizar a via aérea e otimizar a ventilação, enquanto que um bombeiro mantinha compressões torácicas ao ritmo de 100 por minuto (realizando-se 30 compressões com breve paragem para 2 insuflações, como preconizado no algoritmo do suporte básico de Vida (SBV), até obter via aérea avançada) e eu monitorizava o doente, que apresentava ritmo de assistolia. De imediato, obteve-se um acesso venoso periférico, de grande calibre para a administração de fármacos, que neste caso, atendendo ao algoritmo do SAV, consistiu em 1 mg de adrenalina E.V. Após esta abordagem inicial e com a chegada da equipa médica, procedeu-se nos segundos seguintes à abordagem eficaz do A e B, preconizada nas *Guidelines* do SAV do ERC (2010), e concluiu-se que a causa da PCR estava em concordância com uma das principais causas preconizadas nas *Guidelines* do SAV, os 4 H's e 4 T's. O doente encontrava-se em PCR por hipóxia, devido à obstrução da via aérea por um “pedaço” de carne. Após a desobstrução da via aérea, foi colocado um tubo orotraqueal, mantendo-

se à *posteriori* a ventilação eficaz de forma constante sem paragem das compressões torácicas para a sua realização. Contudo, a cada 2 minutos, realizou-se uma breve paragem das compressões para a avaliação do ritmo cardíaco aproveitando para trocar de reanimador devido ao cansaço e retomando logo de imediato as manobras, evitando-se a diminuição do débito circulatório. A cada ciclo sim, ciclo não (perfazendo um intervalo de 3-5 minutos), administrou-se 1mg de adrenalina E.V. Cerca de 14 minutos após o início do SAV, o doente apresentou um ritmo compatível com vida, tendo sido palpado pulso. Perante a recuperação da circulação espontânea, foram iniciados os cuidados pós reanimação como preconizados nas *Guidelines* do SAV (2010), seguindo a abordagem ABCDE. Foi iniciada ventilação mecânica, assegurando-se em simultâneo todos os parâmetros que dizem respeito ao A e B desde a monitorização da capnografia, oximetria etc. No que concerne ao C, foram realizadas as devidas colheitas sanguíneas, gasimetria e monitorizados os parâmetros necessários, iniciando a perfusão de aminas devido à instabilidade hemodinâmica. De seguida, foi avaliado o estado neurológico do doente que apresentava na Escala de Coma de *Glasgow* (ECG) o valor mínimo de 3. De acordo com Bork (2004), a escala de coma de *Glasgow* foi publicada oficialmente por Teasdale e Jennet em 1974, na revista *Lancet*, como parâmetro para a avaliação da profundidade e duração clínica da inconsciência e do coma. Após analisar os dados relativos à resposta motora, à abertura ocular e à resposta verbal, o profissional de saúde soma a pontuação apresentada pelo doente mostrando em números o nível de consciência. A soma realizada varia desde o mínimo 3 ao máximo de 15 pontos, quanto mais alta a pontuação do utente, maior o seu nível de consciência. É importante a avaliação de outros dados neurológicos como o tamanho, simetria e fotoreatividade pupilar, bem como, a motilidade dos membros. O doente ao qual me refiro, apresentava pupilas com midríase fixa e motilidade nula em todos os membros, sendo estes indicadores de mau prognóstico e de possível morte cerebral. Ao avaliar o E, este não apresentava nada de relevante. O doente foi à *posteriori* transportado para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo sido necessário realizar o devido planeamento, para que este fosse seguro e rápido, indo de encontro com as

Recomendações de 2008 do transporte do doente crítico, da Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Outro caso relevante a referenciar, foi realizado num turno de VMER, em que surgiu uma ativação para um masculino de 45 anos com dor torácica. À chegada ao local e sendo este uma instituição de cariz Social conhecido à *priori* da equipa da APH pelas várias ativações de componente ansiosa, encontramos a vítima sentada e aparentemente bem-disposta. Quando questionada relativamente à situação, referia uma dor no hemitorax esquerdo com irradiação para a mandíbula, descrevendo-a como “ligeiro aperto”, com início no fim da manhã, oscilando de intensidade. Dor torácica de origem cardiogénica, de acordo com Volschan et al (2002), é uma dor ou desconforto ou sensação opressão ou queimadura localizada na região precordial ou retroesternal que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de sudorese, náuseas, vômitos, ou dispnéia. Atendendo à privacidade da vítima e à criação de um ambiente mais empático e acolhedor, ideal para estabelecer uma boa relação terapêutica, a vítima foi convidada a entrar na ambulância explicando-lhe o que iríamos fazer respeitando em simultâneo o seu direito à autodeterminação. Após a colheita da anamnese e a realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. Foi analisado por nós e transmitido por via informática ao CODU, o ECG que possuía um infradesnivelamento da onda ST em duas derivações. Atendendo à evidência da sintomatologia clínica e o resultado do ECG, o doente apresentava um Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supra ST. Foram iniciados os cuidados inerentes ao procedimento com a mnemónica “MONA” (Morfina, Oxigénio, Nitroglicerina, Aspirina) e este foi transportado de imediato para o SU.

O controlo da dor nestes casos é de extrema importância, uma vez que permitirá a redução da ansiedade/agitação, reduzindo o metabolismo e aumentando o aporte de oxigénio ao miocárdio já em sofrimento. Neste Domínio de Competências está patente a gestão e controlo da dor. Dor é definida segundo a International Association for Study of Pain (IASP) (Carvalho 1999), “como uma experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos. Trata-se de um fenómeno sempre subjetivo e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências

vivenciadas.” Cicely Saunders (1993), enfatiza com o seu conceito de “Dor Total”, a importância de se interpretar o fenômeno doloroso não somente na sua dimensão física mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na gênese e na expressão da queixa dolorosa. De acordo com Boss et al (2000), desde de janeiro de 2000, a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) publicou a norma que descreve a dor como quinto sinal vital. Portanto, ela deve ser sempre avaliada e devidamente registrada. Foi possível contribuir para a gestão da dor, recorrendo à Escala de Estimativa Numérica, mais conhecida nos meios do Pré-Hospitalar como NRS (Numeric Rating Scale), tratando-se esta de uma escala de avaliação verbal, para a monitorização e avaliação da dor. Esta escala, de acordo com o Procedimento Sedação e Analgesia da Ambulância SIV do INEM (2012), poderá ser aplicada a adultos, adolescentes e crianças superiores a 6 anos, devido à facilidade de utilização e razoável fiabilidade, tornando-se particularmente útil no contexto Pré-Hospitalar. Assim para a monitorização da dor, a vítima é convidada a classificar a sua percepção de dor numa escala numérica de 0 a 10, sendo que zero corresponde a não ter dores e 10 corresponde à maior dor que imagina ser possível. Esta escala comparativamente a outras, requer pouco tempo e não necessita de outros materiais tais como caneta e papel sendo simultaneamente fácil de entender. Desta forma, a escala torna-se muito útil e adequada ao contexto da urgência e da assistência pré-hospitalar, que primam por uma demanda elevada de cuidados sem descurar a eficácia aliada à rapidez.

Perante vítimas, com alteração do estado de consciência, não é possível aplicar a escala NRS com fidedignidade. Nestes casos, foi dado particular ênfase à monitorização e vigilância dos sinais vitais, do fâcies e postura corporal, bem como emissão de sons tipo “gemidos”, percebendo a possibilidade da existência de dor tendo em consideração o contexto clínico. De acordo com Sakata et al (2003), é essencial observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, inquietação, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipnéia, hipertensão, entre outros. A experiência dolorosa é um evento amplo que não se resume apenas à intensidade. As características da dor devem ser

avaliadas pelos seguintes fatores: início; local; irradiação; periodicidade; tipo; duração; e fatores desencadeantes.

A gestão da dor foi otimizada de variadas formas, desde um controle farmacológico recorrendo à via endovenosa, subcutânea, oral, epidural e transdérmica, realizando a gestão da analgesia conjuntamente com o doente e através de técnicas não farmacológicas, incluindo estas a imobilização de membros com talas, aplicação de Macas *Coquille*, massagem, alternância de decúbitos, tentativas de relaxamento e distração dirigida, elevação do tronco e aplicação de frio entre outras. Estas técnicas só por si, geralmente não são suficientes para controlar, mas podem ser contributos importantes e permitir a redução da necessidade de analgésicos. Em algumas situações pontuais no contexto do SU, tive a oportunidade de propor ao médico a prescrição de morfina por via subcutânea. Este tipo de intervenção, é pertinente uma vez que, não há uma grande adesão e sensibilidade para esta via de administração no contexto do serviço de urgência, apesar de esta ser uma mais valia na gestão da dor intensa prolongada.

À chegada ao hospital com a vítima anteriormente referenciada, foi transmitida toda a informação relevante ao Enfermeiro da Triagem, que ativou a Via Verde Coronária e a equipa intra-hospitalar que recebeu o doente. Este caso reforça a importância que os meios no pré-hospitalar têm na abordagem precoce à vítima, como reforça e alerta os profissionais de saúde, que perante ativações ou situações aparentemente habituais, é fundamental manter o sentido crítico sem nenhuma ideia preconcebida que possa ofuscar a prestação de cuidados de excelência.

Ao longo do percurso do estágio, observei e identifiquei várias situações problema, relacionadas com o doente e a sua família. Recorrendo a uma linguagem acessível e adaptada, atendendo à índole da informação transmitida e estabelecendo uma relação empática, foi possível desenvolver ensinamentos informais para a saúde, esclarecer dúvidas e prestar assistência nas perturbações emocionais (ansiedade, medo...) decorrentes do estado crítico de saúde e/ou falência orgânica do doente. Assim, abordei questões complexas de modo sistemático, relacionadas com o doente e família, especialmente na EEMC.

No final de um turno no meio SIV, vivenciei a tão ambicionada e esperada situação de Trauma. De acordo com o Protocolo Abordagem do Politraumatizado Ambulância SIV do INEM (2012: 1), as prioridades da abordagem do traumatizado são:

- 1) *Garantir a segurança da vítima e da equipa durante toda a intervenção;*
- 2) *Identificar e corrigir as lesões que implicam risco de vida;*
- 3) *Não agravar as lesões existentes nem provocar novas lesões;*
- 4) *Garantir a correta imobilização do traumatizado e apenas mobilizá-lo quando necessário, recorrendo às técnicas adequadas;*
- 5) *Limitar o tempo no local ao mínimo necessário para estabilizar a vítima e preparar o seu transporte em segurança (idealmente este tempo não deveria exceder 10 minutos para vítimas com lesões traumáticas graves ou potencialmente graves);*

Outros aspectos importantes de acordo com o mesmo Protocolo, incluem:

- 1) *Avaliar o local e os mecanismos causadores das lesões (cinemática do trauma) e recolher informações relevantes: CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição).*
- 2) *Em situações multivítimas, efectuar a triagem primária e solicitar apoio ao CODU.*

O meio SIV foi ativado pelo CODU para uma vítima Masculina de 65 anos, após um acidente de mota com choque frontal, com um carro. À chegada ao local, foram avaliadas as condições de segurança e avançamos deparando-nos com a vítima rodeada por 3 bombeiros e vários civis, confirmando-se a informação transmitida pelo CODU. Esta encontrava-se com o capacete em decubito dorsal e após uma observação mais profunda, constatara-se o A e B assegurados, eram evidentes feridas sangrantes na face e cabeça, estando vígil e colaborante apesar de queixosa. Atendendo ao Protocolo de Abordagem do Politraumatizado de Ambulância SIV do INEM (2012:2) foi obtida de forma rápida “ uma impressão geral sobre as características da ocorrência (...) os mecanismos de trauma envolvidos”, tendo sido possível no primeiro momento, recolher vários dados importantes, mesmo antes de tocar a vítima.

De acordo com o Protocolo de Abordagem do Traumatizado de Ambulância SIV do INEM (2012), no ambiente pré-hospitalar, é difícil excluir com absoluta segurança, algumas lesões importantes que as vítimas poderão apresentar. Assim, estas deverão ser submetidas a uma abordagem inicial sistemática e metódica. Esta consta, de um Exame Primário (ABCDE) e um Exame Secundário por segmentos. O Exame Primário tem como objectivo principal, atendendo ao mesmo Protocolo (2012:2), “ identificar e corrigir situações que colocam a vida da vítima em risco e o Exame Secundário destina-se a identificar e corrigir o maior número possível de lesões.” Segundo Carneiro (2011), a abordagem inicial tem dois objectivos centrais:

O primeiro que é preservar a vida (avaliação primária) o que significa assegurar:

- A (permeabilizar a via Aérea) c/ CCC (com Controlo da Coluna Cervical) matendo alinhado tronco/pescoço e cabeça;
- B (Ventilar e Oxigenar);
- C (assegurar a Circulação) c/CdH (com Controlo da Hemorragia);
- D (Disfunção neurológica e sinais focais);
- E (Expor todo a área corporal, evitando hipotermia).

O segundo rever, sistematizar e hierarquizar as lesões anatómicas e as disfunções associadas (avaliação secundária).

Durante a realização da abordagem inicial no trauma é fulcral saber realizar uma correta imobilização e alinhamento da vítima, bem como, a colocação ou substituição do colar cervical e proceder a um adequado levantamento ou rolamento.

De acordo com o Protocolo de Abordagem do Politraumatizado de Ambulância SIV do INEM (2012:5-6), *durante o Exame Primário não deverão ser corrigidas pequenas lesões, exceto se condicionarem risco de vida para o traumatizado. Definir prioridades e, se indicado, iniciar a preparação da vítima para o transporte. Analgesiar (...). Imobilizar provisoriamente os membros em que foram identificadas fraturas (...). Perante uma vítima em estado grave, a imobilização de eventuais fraturas deverá ser feita rapidamente, com a prioridade a ser atribuída ao transporte rápido da vítima. Concluir a recolha de informação de acordo com o CHAMU. Efectuar o Exame Secundário, eventualmente com a*

*ambulância já em marcha. O Exame Secundário deve incluir uma avaliação objetiva sistematizada, feita por segmentos, da “cabeça aos pés”, inspecionando, palpando, auscultando e percutindo sempre que possível e indicado. Devem ser reavaliados os parâmetros vitais (FR, FC, TA e, sempre que justificado Temperatura). Durante o Exame Secundário deverão ser corrigidas lesões menos importantes, de acordo com as possibilidades. A sequência deve ser:*

- 1. Cabeça e pescoço*
- 2. Tórax*
- 3. Abdómen*
- 4. Bacia e períneo*
- 5. Membros inferiores*
- 6. Membros superiores*

Dever-se-á iniciar o transporte da vítima para o Hospital, logo que possível, reavaliando-a regularmente, seguindo o esquema ABCDE, uma vez que, de acordo com Protocolo de Abordagem do Traumatizado de Ambulância SIV do INEM (2012:3) é “fundamental a reavaliação periódica do traumatizado, nunca se devendo assumir que um traumatizado está estável e assim vai permanecer. “

Realizamos o Exame Primário da vítima, seguindo a lógica sequencial do ABCDE, com estabilização cervical no A. Assim, mantendo o alinhamento da coluna vertebral e estabilização cervical foi realizada a extração do capacete e colocado o colar cervical. Estando o A assegurado foi continuada a abordagem do BCDE, com controlo da Dor, recolhendo em simultâneo informações relevantes, através do CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última Refeição). Terminado o Exame Primário partimos para a transferência da vítima da via pública para a ambulância, num plano duro, proporcionando privacidade à vítima e um ambiente mais adequado para o Exame Secundário. Este apresentava-se dependente de oxigénio em alto débito, para obtenção de bons valores de oximetria e hemodinamicamente instável com taquicardia e hipotensão. Atendendo a estes sinais e sintomas, bem como, a auscultação no *B-Breathing* do Exame Primário e atendendo ao Exame Secundário, tudo nos levou a crer tratar-se de um traumatismo torácico com provável Pneumo/hemotorax. Atendendo à instabilidade hemodinâmica da vítima, foi infundido volume como tentativa de estabilização, recorrendo ao *Latato de Ringer* aquecido e protegeu-se a vítima após a sua Exposição, da hipotermia com a manta térmica, evitando uma das componentes da Triade da Morte no politraumatizado. Foi constatado que a vítima possuía uma dor no hemitorax à direita, de elevada intensidade,

classificada por num 8 na Escala Numérica (NRS). Segundo o Procedimento de Analgesia e Sedação do INEM (2009), esta apresentava criterios para administração de morfina (4mg E.V após transmissão de dados ao CODU), sem descurar a administração de 10 mg de metoclopramida, devido aos efeitos secundários do opioide, pelo fato de se encontrar imobilizada em plano duro e ser considerada uma vítima com “um estômago cheio” por não se encontrar em jejum e o transporte apresentar trepidação, apesar da condução experiente e sensível do TAE. Desta forma foi possível valorizar e controlar razoavelmente a dor.

Foi estabelecida com a vítima, uma relação terapêutica, baseada numa escuta ativa e relação empática, privilegiando a comunicação não verbal, pelo contato visual e utilização do toque quando adequado, uma vez que este apresentava um ECG de 15 e se encontrava naturalmente ansioso. Demonstrei uma postura calma, utilizando uma voz serena. Foi possível explicar a situação, para onde o levávamos, confortando-o pelo caminho com a informação, dizendo se estávamos a chegar, e atendendo ao controle farmacológico da sua dor, apaziguando-o e transmitindo-lhe o que estava a ser feito para a controlar. Desta forma foi possível, gerir a ansiedade/medo/dor no doente. A relação terapêutica foi de extrema importância, uma vez que estimulou a colaboração e participação ativa da vítima, ao longo de todo o processo de avaliação, contribuindo para uma análise adequada da situação e permitiu otimizar os cuidados de acordo com a resposta da vítima sobretudo no que concerne o controlo da dor. Esta foi transportada para o SU, onde deu entrada na sala de emergência. Todos os dados acerca da vítima, bem como da cinemática do trauma foram transmitidos ao CODU e à equipa de Emergência. Foi confirmado *à posteriori* que a vítima tinha um hemotorax. Participar ativamente em ativações da APH, como a referida anteriormente, foi extremamente gratificante e enriquecedor como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que me proporcionou a oportunidade de consolidar competências no que concerne a prestação de cuidados ao adulto em estado crítico/emergente. Os cuidados foram baseados em sólidos e válidos conhecimentos científicos, antecipando o risco de falência orgânica e gerindo a relação terapêutica através da otimização da comunicação interpessoal. A gestão da dor e do bem-estar da pessoa foi realizada face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Este tipo

de vivências em contexto de estágio, permitiram-me aplicar e recorrer a uma diversidade de conhecimentos científicos, tornando-as geradoras de reflexões individuais, e muitas vezes das equipas.



## CONCLUSÃO

No caminho infindável a percorrer na procura da excelência de cuidados, é imperativo o desenvolvimento profissional e pessoal ao longo de uma vida. Sendo assim, o fim de mais esta etapa, não é senão um *continuum* num processo evolutivo. Às minhas aspirações pessoais, aliei a vontade de aprimorar a prática e os conhecimentos científicos, assumindo uma perspetiva holística do doente e uma postura reflexiva sobre a prática, contribuindo assim para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua família.

Como considerações finais, penso que foi possível analisar e realizar um apanhado das informações pertinentes ao longo do relatório, no que diz respeito à importância e ao papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, no contexto da Assistência Pré-Hospitalar e do Serviço de Urgência. Foram abordados aspetos fundamentais para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, atendendo às capacidades técnicas, de gestão e relacionais, baseadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento, englobando as considerações éticas e profissionais.

No que concerne o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal foi desenvolvida e promovida uma prática de enfermagem, baseada na consciência das responsabilidades profissionais, bem como, nos quatro Princípios da Bioética e os direitos humanos. Foi criado e mantido um ambiente terapêutico seguro ao longo dos dois campos de estágio, através de inúmeras intervenções relatadas no capítulo do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, bem como, participar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade nos projetos institucionais do Hospital de Braga e do INEM. No que diz respeito ao Domínio da Gestão dos Cuidados, foi possível ao longo do estágio, orientar e supervisionar tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Colaborei com os tutores e desenvolvi, em simultâneo, a competência de otimizar o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Ao longo do presente relatório, verifica-se que a minha

*praxis* clínica é baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Tendo sido possível desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade no que concerne situações complexas, gerando respostas de elevada adaptabilidade individual, indo de encontro ao Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. No que concerne o Domínio da Prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi possível desenvolver a prestação de cuidados ao doente adulto e idoso em estado crítico e emergente, fazendo também a gestão da sua dor e proporcionando bem-estar. Assisti o doente e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes do estado crítico de saúde, bem como, geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o doente e sua família face à situação de alta complexidade do estado de saúde. Desta forma calculo ter demonstrado, ao longo deste relatório, a aquisição e desenvolvimento das diversas competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC, no que respeita a prestação de cuidados ao doente/vítima em estado crítico/emergente. Considero também que atendendo à pesquisa realizada ao longo do estágio e durante a realização deste relatório, poder-se-á concluir que foram enraizados conhecimentos acerca de diversos temas, alguns dos quais, foram claramente abordados, mais propriamente a abordagem da vítima em paragem cardiorrespiratória e ou vítima politraumatizada.

A existência da Assistência Pré-Hospitalar e do Serviço de Urgência é primordial para a prestação de cuidados precoces e de qualidade ao doente crítico/emergente e à sua sobrevivência. É importante ter em consideração, que para prestar assistência de qualidade, às vítimas de acidentes ou doença súbita, apenas se alcançará a concretização deste objetivo, se a equipa estiver devidamente motivada e habilitada a nível teórico prático. Assim, a manutenção de uma política de formação é fundamental no sentido de atualizar os conhecimentos e conseqüentemente a prática. A boa Assistência Pré-Hospitalar e a excelência de cuidados no Serviço de Urgência não depende só do conhecimento dos profissionais, mas também da cumplicidade, da dinâmica e da relação da equipa durante a atuação.

Em jeito de conclusão, torna-se pertinente referir os contributos pessoais ao longo dos dois campos de estágio. Como medida de intervenção, demonstrando uma consciência crítica para os problemas da prática profissional

atual, relacionados com o doente e a família, na área da EEMC, decidi realizar no estágio de Assistência Pré-Hospitalar, um trabalho escrito com o nome de “Precisa de Ajuda? 112 o Seu Número Salva Vidas!”. O trabalho, bem como a sua pertinencia, foi baseada em pesquisa bibliográfica, sondagens e no desconhecimento da população constatado *in loco* durante algumas saídas dos meios INEM. Foi *à posteriori* elaborada uma proposta de um artigo de opinião, com o intuito de ser publicado num Jornal Regional, como forma de sensibilização dos cidadãos para a chamada 112, explicando todo o procedimento da chamada e a informação relevante a comunicar, alertando para a colaboração e compreensão de quem liga, como fator fundamental durante o telefonema e a chegada dos meios. A esta medida no estágio de Assistência Pré-Hospitalar, aliei a minha presença, como formadora num *Mass Training* de SBV. Estas medidas, fundamentaram-se na identificação de situações problema vivenciadas mais uma vez, *in loco*, passíveis de melhoria, tendo por base também a promoção do direito do doente e cidadãos ao acesso à informação, preconizados no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. Estas medidas foram pessoalmente da máxima pertinência do ponto de vista académico, uma vez que me permitiu desenvolver e adquirir competências, enquanto futura enfermeira especialista em EMC. No que concerne ao Domínio da Gestão, considero como ganho pessoal, a possibilidade de ter orientado e supervisionado a atuação dos participantes do *mass training*, numa matéria tão útil e importante como o SBV e a ativação da Cadeia de Sobrevivência, garantindo a segurança e qualidade do momento formativo aos cidadãos. No que se refere ao Domínio da Qualidade, foi possível enquanto formadora, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e no suporte das iniciativas do INEM, permitindo-me ainda no que concerne o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, desenvolver a assertividade perante um grupo de pessoas desconhecidas, gerando em mim respostas de elevada adaptabilidade individual. Todas estas medidas foram baseadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento, cujo o objetivo foi formar e informar os cidadãos gerando neles uma participação ativa, segura e adequada, perante a identificação de uma vítima numa situação urgente/emergente. Este tipo de medidas, que otimizam a comunicação com os cidadãos, permite capacitá-los para uma atuação adequada, caso eles estejam face a uma situação inesperada

de alta complexidade. Assim estes, tornam-se capazes de ativar o primeiro e segundo elo da Cadeia de Sobrevivência, podendo contribuir no primeiro caso para a prevenção da antecipação de focos de instabilidade e do risco de falência orgânica, ou se necessário no segundo caso, promover os primeiros cuidados ao adulto e idoso em estado crítico/emergente até à chegada de meios diferenciados.

No estágio do SU foi possível contribuir para o enriquecimento do conhecimento e da prática de toda a equipa de enfermagem, através da dinamização de uma ação de formação acerca da comunicação de más notícias, com o nome “As Boas Maneiras de Comunicar as Más Notícias”, baseada na estratégia de SPIKES de Buckman. Considerei esta medida pertinente no contexto do SU, uma vez que constatei que os profissionais estavam pouco sensibilizados, no que concerne estratégias de comunicação de más notícias. Esta temática foi relevante uma vez que, através de entrevistas informais e observação do contexto clínico, observei um elevado número de transmissões de más notícias no SU e a necessidade de dinamizar o uso da Sala de Comunicação Familiar, bem como de apetrechar. Considero que, para além de ter capacitado a equipa de enfermagem com conhecimentos para uma atuação humana e adequada cientificamente, na transmissão de más notícias, foi possível criar ao fim da formação, um momento rico de reflexão crítica sobre a prática, com troca e partilha de experiências/situações vivenciadas pelos vários profissionais, permitindo um vislumbrar da uniformização de cuidados, por parte da equipa de enfermagem em situações de comunicação de más notícias. Foi também no âmbito do serviço de urgência, possível dinamizar a ideia de instituir um protocolo de transporte de doentes. Esta ideia surgiu após verificar a ausência no serviço, de um Protocolo, com os critérios do tipo de acompanhamento do doente num transporte, bem como, constatar por vezes o conflito de interesses por parte da equipa de enfermagem e médica no que concerne o acompanhamento do doente. Muito além dos conflitos de interesses, torna-se imperativo a questão da segurança do transporte do doente, bem como, uma atuação profissional baseada em critérios científicos, salvaguardando as questões ético-legais. Assim sendo, foi realizada uma proposta para instituir a escala baseada nas recomendações de 2008 do transporte do doente crítico, da Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que define as necessidades de recursos

humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente.

A elaboração deste relatório, consistiu em mais uma atividade que exigiu a mobilização dos diversos saberes relacionando-os com as várias experiências da prática. No fundo, mais um instrumento no desenvolvimento da tridimensão do Saber. Foi através da procura do Saber, com a oportunidade de o aplicar na prática, que fui construindo o Saber Fazer e nestes estágios, consolidei os meus passos na construção do perfil de atuação que implica o Saber Ser Enfermeiro Especialista de Médico Cirúrgica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. Tavares, J. (1987). Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Almedina
- Aleixo, T. (2006). Contributo de Enfermagem para a Gestão, pp 4. Disponível: <Http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf> (data da visita: 20/06/2012)
- Beauchamp, TL. Childress JF. (1994) Principles of Biomedical Ethics. 4ed. New York: OUP, 189, 260, 326-329.
- Benjamin A. (1983). A Entrevista de Ajuda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bork A. (2004). Assessment of Coma and Impaired Consciousness. A practical Scale. Einstein 2(2):129 Disponível: [http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Assessment%20of%20coma.pdf?origin=publication\\_detail](http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Assessment%20of%20coma.pdf?origin=publication_detail) (data da visita: 15/02/2013)
- Booss J, Drake A, Kerns RD, Ryan B, Wasse L. Pain as the 5<sup>th</sup> vital sign. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000 Disponível :[http://www.va.gov/oaa/pocketcard/pain5thvitalsign/PainToolkit\\_Oct2000.doc](http://www.va.gov/oaa/pocketcard/pain5thvitalsign/PainToolkit_Oct2000.doc) (data da visita 28/02/2013)
- Carvalho, M. M. M. J. (Org.) (1999) Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, p. 7-8.

- Carneiro, A. (2011). Abordagem Inicial do Doente com Trauma Grave In: Manual do Curso de Evidência na Emergência. MCEE, 4ª Edição, Porto.
- Cerdeira A. (2008). Informação e Consentimento. In: Responsabilidade Profissional VIII Seminário de Ética, Revista da Ordem dos Enfermeiros (online), pp.12-17. Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_29\\_Maio\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.pdf) (data da visita: 19/11/12)
- Conselho Internacional de Enfermeiros e OE. (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE, Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, pp.7-8. Disponível:[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf) (data da visita: 20/06/2012)
- Constituição da República Portuguesa. (1976). Artigo 1. Disponível:<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> (data da visita: 16/02/13)
- Declaração Universal dos Direitos. (1948). Organização das Nações Unidas. Disponível:<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/portugues/Universal.html> (data da visita: 16/02/2013)
- Decreto-Lei nº 310/95, de 20 de Novembro. Diário da República. Disponível:<http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=11200&doc=19953977%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='DecretoLei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar> (data da visita:28/02/2013)
- Despacho nº 242/96, de 13 de Agosto. Diário da República. pp.401 Disponível: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/83A5A4A3-6197-4181-8062-FD0ED7AD5B2E/0/residuoshospitalares.pdf> (data da visita:28/02/2013)

- Direção- Geral da Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa, 24 pps.  
Disponível:<http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%20EMERG%C3%8ANCI A.pdf> (data da visita: 15/02/13)
- Direção-Geral da Saúde. (2009). “Campanha Nacional de Higiene das Mãos.” Disponível:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/12/higiene+maos.htm> (data da visita:20/06/2012)
- Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.  
Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao OE/CodigoDeontologico.pdf> (data da visita: 19//11/12)
- European Resuscitation Council. (2010). Algoritmo de SAV. pp 51-58. Cadeia de Sobrevivência. pp 3. Cuidados Pós-Reanimação. pp. 163-171. In: Suporte Avançado de Vida (ERC), Portugal, 206pps.
- Gonçalves V. (2008). Gestão Do Risco Nas Organizações De Saúde: Percepção dos Profissionais Face ao Papel do Gestor de Risco ( dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa Business School. Disponível:  
<http://repositorioiul.iscte.pt/bitstream/10071/1513/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gest%C3%A3o%20do%20Risco.pdf> (data da visita 20/02/2013)
- Hospital de Braga. (2012). “Rede de Referenciação.” Disponível:<http://www.hospitaldebraga.com.pt/Section/Sou+Utente/Rede+de+Referencia%C3%A7%C3%A3o/810> (data da visita: 28/02/13)

- INEM. (2009). “Cadeia de Sobrevivência” ; “Codigo de etica dos profissionais do INEM” ; “Estrutura da Qualidade” ; “INEM e CODU” ; “QUALIDADE, Política Integrada: Qualidade, Ambiente e Segurança” ; “O SIEM e INEM.” Disponível: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28175](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28175) (data da visita: 28/11/12); [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27757](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27757) (data da visita: 19/11/12); [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=43893](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=43893) (data da visita: 20/11/2012);
- INEM. (2009). Procedimento Sedação e Analgesia da Ambulância SIV do INEM. DEM
- INEM. (2011). Manual de Desfibrilhação Automática Externa, 1ª Edição, 93 pps. Disponível: [http://www.bvespinho.com/DocumentosBombeiros\\_ficheiros/DAE\\_Manual\\_Prof\\_2011.pdf](http://www.bvespinho.com/DocumentosBombeiros_ficheiros/DAE_Manual_Prof_2011.pdf) (data da visita 01/03/2013)
- INEM. (2012). Protocolo de Abordagem do Politraumatizado da Ambulancia SIV, Versão 2.0. DEM
- INEM. (2012). Protocolo de Ambulância SIV de Paragem Cardio-Respiratória – Adulto, Versão 2.0. DEM
- Kant Cit. In: apontamentos de Renaud. (2011). Aulas de Ética. Universidade Católica do Porto
- KUENZER, A. Zeneida. (2002). Conhecimento e Competências no Trabalho e na Escola. Boletim Técnico do SENAC v. 28:2
- Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto). Diário da República. (1990). Disponível: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF> (data da visita: 15/02/13)

- Lei nº 33/2009, de 14 de Julho, Diário da República. (2009). Artigo 1º-4º. Disponível: <http://dre.pt/pdf1s/2009/07/13400/0446704467.pdf> (data da visita 28/02/13)
- Mafrá et al. (2008). Percepção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *O Mundo da Saúde (online)*, 32(1):31-38.
- Mansur.J. (2013). Segurança de Medicamentos Avançada. Joint Commission International. Disponível:<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Medication-Safety-Articles/> (data da visita: 01/03/2013)
- Mateus B. Aires. (2007). Emergência Médica Pré-Hospitalar- Que Realidade, 1ª Edição. Lusociencia. ISBN: 978-972-8930-33-2, 242 pps. Disponível: [http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product\\_details&category\\_id=6&flypage=flypage.tpl&product\\_id=70&option=com\\_virtuemart&Itemid=1&vmcchk=1&temid=](http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&category_id=6&flypage=flypage.tpl&product_id=70&option=com_virtuemart&Itemid=1&vmcchk=1&temid=) (data da visita: 26/11/12)
- Oliveira, J. (2005). Gestão do Risco Hospitalar. Ordem dos Enfermeiros Disponível: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/FDFBFE54-74DE-42C8-BC7F-733BE758D96D/4082/04de14\\_Apresent\\_RiscoHospitalar\\_JacintoOliveira\\_OE.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/FDFBFE54-74DE-42C8-BC7F-733BE758D96D/4082/04de14_Apresent_RiscoHospitalar_JacintoOliveira_OE.pdf) (data da visita: 20/6/2012)
- OMS. Compromisso Mundial de Higienização das Mãos: Salve Vidas Higienize as Suas Mãos, Cuidado Limpo é Cuidado Seguro. Disponível:[ftp://ftp.caism.unicamp.br/pub/ccih/higienizacao\\_das\\_maos.pdf](ftp://ftp.caism.unicamp.br/pub/ccih/higienizacao_das_maos.pdf) (data da visita: 20/06/13)
- OMS. “Os Cinco Momentos para a Higienização das Mãos.” Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8dd6bd0047457ada87bdd73fbc4c6735/5+momentos+A3.pdf?MOD=AJPERES> (data da visita: 16/02/13)

- OMS. (2002). “Princípios para Garantir a Segurança das Injeções.” Disponível:[http://www.vanishpoint.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12&Itemid=22](http://www.vanishpoint.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=22) (data da visita:20/06/2012)
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual dos. Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa, OE, 2001. Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosnfermagem.pdf> (data da visita 15/02/13)
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº122/2011. “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.” Disponível:[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf) (data da visita: 20/02/13)
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoEnfermagem.aspx> (data da visita: 1/03/2013)
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008).Transportes de Doentes Críticos- Recomendações, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 45pps. Disponível:[http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf) (data da visita: 24/11/12)
- Yura H, Walsh MB. The Nursing Process: assessment, planning, implementation and evaluation. New York (USA): Appleton-Century- Crofts; 1967

- Paixão, M. (2000). Educar para a Cidadania. Lisboa Editora, Lisboa. ISBN: 972-680-464-7
- Pelucio et al. (2010). O Professor Reflexivo E Sua Mediação Na Prática Pedagógica: Formando Sujeitos Críticos  
Disponível: <http://www.webartigos.com/artigos/o-professor-reflexivo-e-sua-mediacao-na-pratica-pedagogica-formando-sujeitos-criticos/36723/#ixzz2M48rz3xC> (data da visita: 22/02/2013)
- Pereira, M. (2005). Má Notícia em Saúde: Um Olhar Sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. Texto & Contexto - Enfermagem (online), 14 (1): 33-37 Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004> (data da visita: 29/11/2012)
- Ramos et al. (2010). Cidadania em Saúde - um Modo de Ver, de Estar e de Agir. Pensar em Saúde (online), nº1. P 4.  
Disponível:[http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/pensarsaude\\_nr1.pdf](http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/pensarsaude_nr1.pdf) (data da visita: 11/06/12)
- Ribeiro et al. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Instituto Politécnico de Viseu, pp. 1-20. Disponível: <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum35/7.pdf> (data da visita: 24/06/2012)
- Rocha, S. (2008). Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda, Avaliação do protocolo de trombolise (dissertação de mestrado), Faculdade de Saúde da Beira Interior. 94pp.  
Disponível:[http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/756/mestrado\\_sararocha.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/756/mestrado_sararocha.pdf). (data da visita: 20/06/2012)
- Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML, editores. Dor. Rio de Janeiro: SAERJ; 2003. p.53-94.

- Saunders C. Sykes N. (1993) The Management of the Terminal Malignant Disease. 3 ED, Londres: Edward Arnold
- Silva , M. (2012). Via Verde Para O Seu Coração. Nursing Edição Portuguesa nº276. Disponível: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3623:via-verde-para-o-seu-coracao&catid=224:marca-a-abril-2012](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3623:via-verde-para-o-seu-coracao&catid=224:marca-a-abril-2012) (data da visita: 20/06/2012)
- Souza et al. (2003). Escuta Terapêutica: Instrumento Essencial do Cuidado em Enfermagem. R Enferm UERJ 11:92-7 Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf> (data da visita: 20/02/2013)
- Teixeira, J. A. (1996). Comunicação em Saúde Relação Técnicos de Saúde- Utentes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. pp.615-620. Disponível: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf> (data da visita 28/11/2012)
- Volschan, A. et al. (2002). Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq. Bras. Cardiol. [online], vol.79, suppl.2. pp. 1-22. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2002001700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2002001700001&lng=en&nrm=iso). ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2002001700001>. (data da visita: 28/11/2012)

## **Anexos**



## **Anexo I**

Proposta de Artigo de Opinião para Jornal Regional  
“Precisa de Ajuda? 112 o seu Número Salva Vidas!”



## **“Precisa de Ajuda? 112 o seu Número Salva Vidas!”**

A realidade é imprevisível, em qualquer lugar e a qualquer hora surgem acidentes e doenças súbitas.

O número 112, é o número de telefone de emergência único europeu, disponível de forma gratuita em toda a UE a partir de telefones fixos, telemóveis e inclusive telefones públicos, a fim de permitir aos cidadãos da UE contactar os serviços de emergência.

O atendimento das chamadas é realizado pela PSP nas centrais de emergência. Os pedidos de socorro efetuados, que dizem respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Torna-se relevante salientar que, uma chamada do Norte do País pode ser rececionada num dos 3 CODU's do país, havendo a necessidade de especificação e transmissão de pontos de referência, relativos à localidade da ocorrência registada.

A colaboração e compreensão de quem liga é fundamental, uma vez que são responsáveis pela transmissão da informação, que é crucial no acionamento adequado dos meios de atuação. Assim sendo, é importante facultar toda a informação que for solicitada, para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas. Deve-se informar, de acordo com, o INEM (2009), de forma simples e clara:

- *O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);*
- *O número de telefone do qual está a ligar;*

- *A localização exata e sempre que possível, com indicação de pontos de referência;*
- *O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;*
- *As queixas principais e as alterações observadas;*
- *A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.*

À chegada dos meios, mais uma vez, torna-se essencial a colaboração de quem liga e/ou da população que se encontra próxima da vítima, indicando a localização da vítima, prestando informações relativamente ao sucedido, colaborando naquilo que lhes for solicitado e esclarecendo dúvidas e questões por parte da equipa do pré-hospitalar. Apenas se deve desligar o telefone quando o operador indicar.

## **Anexo II**

Formação “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias”

- a)Planeamento da Sessão de Formação
- b)Diapositivos



a) Planeamento da Sessão de Formação



## Plano de Formação


Dia: 18/06/2012	Local: Hospital de Braga
Tema: Comunicação de Más Notícias Destinatários: Enfermeiros Formadora: Liliana Abreu	Serviço: Urgência Horário: 9 horas Material: Computador e Projector multimédia
<p>Objectivos Específicos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Enunciar aspetos/ fatores associados à dificuldade em comunicar más notícias;</li> <li>☞ Abordar as recomendações para facilitar a comunicação das más notícias;</li> <li>☞ Identificar os fatores que influenciam a forma como a pessoa recebe a má notícia;</li> <li>☞ Contribuir para o conhecimento do protocolo SPIKES de Buckman como estratégia para comunicar más notícias.</li> </ul>	
<p>Enquadramento:</p> <p>-Comunicar más notícias é umas das mais difíceis e importantes, tarefas e problemáticas que a equipa de saúde se depara. O Serviço de Urgência apresenta um elevado número de comunicações de más notícias, atendendo a isto, torna-se necessário recorrer a uma estratégia de comunicação, para que esta seja adequada e não empírica ou simplesmente intuitiva. A aderência a uma estratégia que elevará a eficácia da transmissão de más notícias aumentará naturalmente o nível de qualidade dos cuidados prestados, a imagem da instituição e das suas equipas de saúde. Esta influência conjuntamente com a redução do desconforto perante a atuação nestas situações, reduzem a possibilidade de <i>burnout</i> ou sentimentos de culpa inadequados por parte dos profissionais de saúde.</p>	

Momento	Temas/Conteúdos	Métodos e Técnicas	Meios e Recursos	Tempo
1ª parte Introdução	Apresentação da formadora, do tema e objetivos;  Importância e problemática de comunicar más notícias.	Expositivo: Apresentação do conteúdo/objetivos através de diapositivos.	Oral e Áudio-visual: projector multimédia	35 minutos
2ª parte Desenvolvimento	Esquema e modos de comunicação;  Comunicação em Saúde;  Definição do conceito “má notícia”;  Reacções às más notícias;  Aspetos/ fatores associados à dificuldade em comunicar más notícias;	Expositivo e Ativo:  Exposição dos conteúdos com recurso à exploração de diapositivos, a exemplos e à colocação de questões	Áudio-visual: projector multimédia	
3ª parte Consolidação	Estratégia para transmitir más notícias;			
4ª parte Conclusão	Conclusões, relacionamento dos conceitos, esclarecimento de dúvidas.	Troca de ideias com os formandos	Oral	



## b) Diapositivos




  
**Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica**
  
**As Boas Maneiras de Comunicar as Más Notícias**
  
 Entª Liliana Gomes do Abreu

1


**Sumário**

- Comunicação
- Comunicação em Saúde
- Comunicar Más Notícias: sugestões, dificuldades, reações e preferências dos utentes
- Estratégia para Comunicar as Más Notícias: "SPIKES"

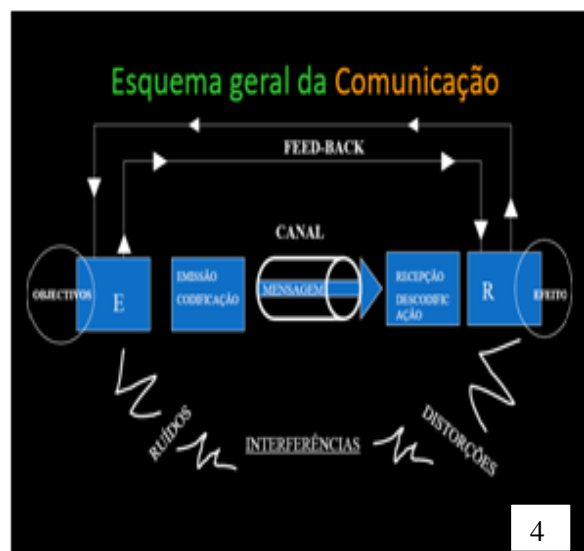
2

**Comunicar**

- Comunicar é, etimologicamente, "(...) tornar comum (...) passagem do individual ao colectivo e a condição de toda a vida social" Rosas, 1989
- Troca de mensagens carregadas de significado.



3



## Modos de Comunicação Verbal

- Comunicação oral: informar, entrevistar, instruir



- Comunicação escrita: relatórios



5



6

## Comunicação em Saúde



7

## Comunicar Más Notícias



"Má Notícia" significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro". Buckman, 1992; Pines, 2001

"más notícias" em saúde induzem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais, e emocionais que acarretam. Pereira, 2005

8

## Comunicar Más Notícias

"Comunicar más notícias a pacientes e seus familiares em Hospitais é uma das mais difíceis e importantes **tarefas** com que se deparam as equipes de saúde" (...)

Vitorino et al., Rev. SBPH, 2007

- "... grau de dificuldade da relação doente/família/profissional de saúde, constituído-se numa das **problemáticas** mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais".

Panina, Texto Contexto – Enf., 2003



9

## Comunicar Más Notícias

- "A educação acadêmica oferece pouca preparação formal para esta tarefa."



- "de conforto e incerteza, associados às dificuldades de comunicar a más notícias, podem levar (...) profissionais de saúde a um afastamento emocional de seus pacientes." (...)

Vitorino et al., Rev. SBPH, 2007

10

## Comunicar Más Notícias

Os principais protagonistas deste processo são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir o seu próprio medo e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família

Panina, 2003



11

## Comunicar Más Notícias

A questão principal dos profissionais de saúde,

não é informar

os

doentes

mas saber

como, quando e quanto

se deve revelar dessa informação,

principalmente se esta é uma "má notícia"

Panina, Texto Contexto-Enf, 2005

12

- Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/80, de 24 de Agosto) e no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84.º

## Principais fatores que dificultam a comunicação de más notícias pela equipa de saúde são:

- preocupação em como a má notícia irá afetar o paciente
- receio de causar dor ao paciente ou de ser culpado pelo mesmo;
- receio de falha terapêutica, de problema judicial, do descolocido, de dizer coisas e de expressar as emoções.

13

Vitorino et al., Rev SBPH, 2007

## As Más Notícias: reações

O receber uma notícia que é considerada má pode desencadear uma série de sentimentos.

Sentimento na sua definição mais vulgar é o ato ou efeito de sentir, estado afetivo. Dicionário da Língua Portuguesa

Sentimento é sempre subjetivo...

má notícia > baralhar de sentimentos > angústia, choque, euforia (confusa), alívio, resignação, tristeza, raiva, entre outras.



14

## As Más Notícias: reações

- reações estão relacionadas com a maneira como as notícias são transmitidas.
- Maneira incorreta > sensação de abandono, de incerteza, de preocupação e ou ansiedade que podem ser diminuídas quando a mesma informação é transmitida de uma forma mais apropriada.

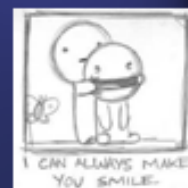


15

Costa et al., 2011

## Para facilitar a comunicação das más notícias, os estudos sugerem:

- estabelecer uma relação equipe de saúde-paciente adequada;
- conhecer cuidadosamente a história médica;
- ver o paciente como pessoa;
- preparar o setting;
- organizar o tempo;
- citar de aspectos específicos da comunicação;
- reconhecer o que e quanto o paciente quer saber;
- encorajar e validar as emoções;
- atenção e cuidado com a família;
- planejar o futuro e o presente;



Buckman, 1992; Cölon, 1993; Miranda & Body, 1992; Maguire & Faulkner, 1999; Gull & Toward, 1991

16

## Preferências dos Utentes ao Receber

### Más Notícias:

- A informação deve ser dada o mais rápido possível após o diagnóstico;
- Abordagem centrada no próprio utente;
- Falar honestamente;
- Usar linguagem simples e acessível;
- A relação quando o utente recebe a informação não deve ser apressada;
- O utente deve ter tempo para expor as suas questões/dúvidas.

17

Spiegel et al., 2003; Gonçalves et al., 2009; Yardley, Davis & Sheldon, 2001; Solas et al., 2007; Fujimori et al., 2006; Randall & Weism, 2003;

## Estratégia para transmitir más notícias

S  
P  
I  
K  
E  
S

### SETTING UP the interview

Preparar o encontro com o receptor das más notícias

### Assessing patient PERCEPTION

Conhecer a percepção que a pessoa tem da sua situação de saúde.

### Obtaining patient INVITATION

Que informação deseja a pessoa em relação à sua situação de saúde?

### Giving KNOWLEDGE & information

Partilhar a informação gradualmente e com um vocabulário acessível.

### Addressing EMOTIONS with empathy

Identificar as emoções vivenciadas pela pessoa e responder de forma empática

### STRATEGY & SUMMARY

Resumir a informação e garantir a sua compreensão. Planeamento

18

Endereço: 190 ut + Perceção 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

S

### SETTING UP the interview

Preparar o encontro com o receptor das más notícias

#### Ensaio mental do momento

- ✓ Rever a informação e a forma como se irá partilhar.
- ✓ Antever a resposta às reações emocionais e questões difíceis da pessoa.

#### Contexto físico do momento

- ✓ Proporcionar privacidade.
- ✓ Envolver pessoas significativas.
- ✓ Sentar-se (linguagem corporal).
- ✓ Estabelecer contacto com a pessoa (atenção e calma).
- ✓ Gerir constrangimentos de tempo (disponibilidade).
- ✓ Competências de escuta (silêncio, repetição, "modo de escuta", toque (se apropriado) e evitar interrupções.

19

Endereço: 190 ut + Perceção 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

P

### Assessing patient PERCEPTION

Conhecer a percepção que a pessoa tem da sua situação de saúde.

#### Before you tell, ask ...

- ✓ Conhecer a visão da sua situação de saúde (utilização de questões abertas).
- ✓ Colmatar dúvidas e esclarecer mal-entendidos.
- ✓ Adequar as más notícias aos conhecimentos já possuídos pela pessoa.

#### Identificar comportamentos de negação

- ✓ Omissão de pormenores negativos essenciais.
- ✓ Entende o desejo como realidade e toma decisões baseadas nesse desejo em detrimento da realidade.
- ✓ Expectativas pouco realistas em relação aos cuidados.

20

Endereço: 190 ut + Perceção 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

I

### Obtaining patient INVITATION

Que informação deseja a pessoa em relação à sua situação de saúde?

#### Conhecer a "vontade" da pessoa em obter informação

- ✓ Determinar a receptividade da pessoa à informação.
- ✓ Reconhecer que evitar informação pode ser um mecanismo de coping válido.
- ✓ Quando a pessoa se mostra desinteressada em conhecer detalhes, disponibilizar-se para responder a questões que surjam no futuro ou para falar com familiares ou amigos.

#### Conseguir um convite explícito

- ✓ Integrar a pessoa no processo de forma a ser esta a solicitar informação.

21

Baseman, 1992 cit. in Pereira 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

K

### Giving KNOWLEDGE & information

Partilhar a informação gradualmente e com um vocabulário acessível.

#### Vocabulário e linguagem acessível

- ✓ Evitar linguagem técnica e científica.
- ✓ Transmitir informação de forma gradual e validada, de acordo com o ritmo da pessoa.

#### Prevenir a pessoa para as más notícias

- ✓ Diminuir o choque inicial.
- ✓ Permitir que a pessoa se adapte progressivamente à informação.
- ✓ Prevenir o isolamento/agressividade da pessoa.

#### Conseguir um alinhamento com a pessoa

- ✓ Começar num ponto compatível com o conhecimento e terminologia da pessoa.

22

Baseman, 1992 cit. in Pereira 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

E

### Addressing EMOTIONS with empathy

Identificar as emoções vivenciadas pela pessoa e responder de forma empática

#### Evitar

- ✓ Minimizar a gravidade da situação.
- ✓ Transmitir esperança exagerada.

#### Explorar

- ✓ Quando as emoções não são claramente expressadas ou se silenciam.

#### Resposta empática

- ✓ 1º Escutar e identificar a(s) emoção(ões).
- ✓ 2º Identificar a causa ou origem da(s) emoção(ões).
- ✓ 3º Demonstrar à pessoa que se fez a relação entre os dois passos anteriores.

#### Validação

- ✓ Minimizar sentimentos de constrangimento/embaraço e isolamento.

23

Baseman, 1992  
cit. in Pereira 2012

## Estratégia para transmitir más notícias

S

### STRATEGY & SUMMARY

Resumir a informação e garantir a sua compreensão. Planeamento

#### Confirmar e validar

- ✓ Rever resumidamente os pormenores mais importantes.
- ✓ Assegurar a sua compreensão.

#### Planificar

- ✓ Delinear um plano/estratégia para os passos seguintes.
- ✓ Mostrar disponibilidade para a pessoa e suas dúvidas e inseguranças

#### Clarificar

- ✓ Evitar que a pessoa fique com dúvidas por responder.

24

Baseman, 1992 cit. in Pereira 2012





## **Anexo III**

Trabalho de pesquisa “As Boas Maneiras de Comunicar Más Notícias”





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

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM COM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

**As Boas Maneiras  
De  
Comunicar Más Notícias**

**Aluna: Liliana Gomes de Abreu**

**Sob orientação de: Prof. Lúcia Rocha**

**Braga, Junho de 2012**



<b>ÍNDICE</b>	<b>página</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>2- Comunicação de más notícias em saúde.....</b>	<b>103</b>
<b>2.1- Comunicação.....</b>	<b>103</b>
<b>2.2- Comunicação em Saúde.....</b>	<b>104</b>
<b>2.3- Fatores que dificultam a comunicação de más notícias em saúde.....</b>	<b>105</b>
<b>2.4- Más notícias e reações.....</b>	<b>105</b>
<b>2.5- Momento para a comunicação das más notícias.....</b>	<b>106</b>
<b>2.6- Objetivos da entrevista de más notícias.....</b>	<b>107</b>
<b>3- Estratégia Spikes.....</b>	<b>109</b>
<b>4- Princípios da comunicação das más notícias em saúde.....</b>	<b>113</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>117</b>



## INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios que a equipa de saúde se depara durante a relação terapêutica, consiste na comunicação de más notícias aos doentes e seus familiares. Uma má notícia em saúde pode envolver uma mudança drástica e negativa na vida do indivíduo que a recebe, alterando as suas perspectivas futuras (Buckman, 1992). Situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, segundo Pereira (2005), acarretam repercussões físicas, sociais e emocionais. De acordo com, Vitorino et al (2007), o desconforto e a incerteza, associados às dificuldades de comunicar as más notícias, podem levar os profissionais de saúde a um afastamento emocional dos seus doentes. Na realidade, comunicar más notícias constitui uma das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais.

No que concerne a comunicação de más notícias, segundo Vitorino et al (2007), a educação académica oferece pouca preparação formal para esta tarefa. Neste sentido, a formação em contexto de trabalho, como estratégia de sensibilização, é da máxima pertinência para colmatar esta dificuldade. Sendo assim, o Enfermeiro Especialista deverá basear-se em estudos, que resultam em sólidos padrões de conhecimento, aplicando-os e transmitindo-os no seu contexto de trabalho.

É pertinente a observação do comportamento dos doentes e da sua família, uma vez que esta é primordial para definir o momento, local e a forma de transmitir a má notícia. É fundamental, adequar a assistência e suporte, às reações individuais perante a situação de alta complexidade, consequente da comunicação da má notícia. O Enfermeiro Especialista deverá estar preparado para mobilizar todas as suas diversas habilidades e conhecimentos para responder de forma holística, adequada e em tempo útil ao doente/família.

Atendendo ao grande número de comunicações de más notícias no serviço de urgência, bem como, a dimensão problemática para a equipa de saúde, e à

necessidade de dinamizar e adequar a “ Sala de Comunicação Familiar”,  
considereei pertinente a formação, com esta temática, no sentido de criar um  
momento que permitisse refletir sobre a prática exercida quase diariamente, bem  
como, facilitar, sensibilizar e aprimorar a melhoria da prática.

## **2. Comunicação de más notícias em saúde**

A comunicação de más notícias constitui uma das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais que os profissionais de saúde se deparam. A estes é exigida a capacidade de mobilizar diversos conhecimentos e habilidades, de forma a proporcionar uma resposta e assistência adequada, holística e em tempo útil ao doente/família, perante a situação de alta complexidade, provocada pela doença e sua conseqüente comunicação.

### **2.1. Comunicação**

De acordo com, John Donne (Séc.XVII), “Nenhum homem é uma ilha”, esta frase pode ser interpretada na perspectiva de que o ser humano se encontra inserido numa sociedade, o que pressupõe a existencia de comunicação. “A comunicação consiste na troca de mensagens carregadas de significado, condição essencial de toda a vida social” (Rosas, 1989). Contudo, compreender o processo da Comunicação implica a existência de um emissor, um canal e um receptor. O emissor e o receptor, devem dispor do mesmo código, ou seja, do mesmo sistema de signos/sinais, a fim de que a informação possa ser recebida e decodificada pelo receptor. De acordo com Marques e Carlos (2004), o emissor é aquele que envia a mensagem, no fundo a fonte da comunicação, responsável pela emissão e codificação da mensagem que irá circular num meio físico (papel, vibração ar...) mais conhecido por canal, que permitirá o contato da informação com receptor que a irá decodificar. O Feedback corresponde à informação que o emissor consegue obter e pela qual sabe se a sua mensagem foi captada pelo receptor. Este processo global da comunicação, está sujeito a diversas interferências provocadas por ruidos e/ou distorções.

Sempre que comunicamos com alguém utilizamos dois tipos de linguagem/comunicação: verbal e não-verbal. A linguagem verbal compõe-se de palavras e frases, nesta as dificuldades de comunicação ocorrem quando as palavras têm graus distintos de abstração e variedade de sentido. O significado das palavras não está nelas mesmas, mas nas pessoas no repertório de cada um, que lhe permite decifrar e interpretar as palavras. A linguagem não verbal é constituída pelos outros elementos envolvidos na comunicação: gestos, tom de voz, postura corporal, etc. Este tipo de comunicação é um reforço à comunicação verbal contribuindo para uma melhor descodificação da mensagem. O investigador Mehrabian (1971), concluiu que 55% da mensagem é transmitida por expressão corporal, a voz é responsável por 38% e as palavras apenas por 7%. Conclui-se que para além da mensagem verbal transmitida o contexto e a forma como esta é transmitida é de grande importância, sobretudo em situações complexas que se verificam na comunicação de más notícias.

## **2.2. Comunicação em saúde**

Na área da saúde, a comunicação é o fator chave e fundamenta a relação terapêutica que se estabelece entre o profissional de Saúde e o doente/família. De acordo com Pereira (2005), os principais protagonistas do processo de comunicar as más notícias, são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. O Serviço de Urgência apresenta um elevado número de comunicações de más notícias, é grande o número de vítimas de acidentes/trauma, de doentes que necessitam de internamento, e que são submetidos a técnicas invasivas e por fim situações extremas em que se encontram em estado crítico ou em falência multiorgânica. Atendendo a isto, torna-se necessário recorrer a uma estratégia de comunicação, para que esta seja adequada e não empírica ou simplesmente intuitiva. A aderência a uma estratégia que elevará a eficácia da transmissão de más notícias, aumentará naturalmente o nível de qualidade dos cuidados prestados, a imagem da instituição e das suas equipas de saúde. Esta influência,

conjuntamente com a redução do desconforto perante a atuação nestas situações, reduzem a possibilidade de *burnout* ou sentimentos de culpa inadequados por parte dos profissionais de saúde.

De conhecimento geral dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, a questão principal não é informar os doentes, uma vez que esta constitui um direito do utente e dever do profissional, salvaguardado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) e no Código Deontológico de Enfermagem artigo 84º, mas sim saber como, quando e quanto se deve revelar dessa informação, sobretudo se esta se tratar de uma má notícia.

### **2.3. Fatores que dificultam a comunicação de más notícias em saúde**

Segundo Vitorino et al (2007), os principais fatores que dificultam a comunicação de más notícias pela equipa de saúde são:

- *preocupação em como a má notícia irá afetar o utente/família( sendo este um fator uma justificativa para esconde-la);*
- *receio de causar dor ao utente/família ou de ser culpado pelos mesmos;*
- *receio de falha terapêutica, de problema judicial, do desconhecido, de dizer “não sei” e de expressar suas emoções.*

### **2.4. Más notícias e reações**

É importante avaliar se o doente/familiar está pronto para ouvir a notícia, o quanto deseja saber, e só então, transmitir pequenas doses de informação, respeitando e acompanhando o ritmo do doente. A transmissão de uma má notícia por parte do prestador de cuidados, ao doente/família pode desencadear nestes uma série de sentimentos. Sentimento na sua definição mais vulgar é “o ato ou efeito de sentir; estado afetivo (...)” de acordo com, o Dicionário da Língua Portuguesa. O sentimento é sempre subjectivo pois diz respeito à pessoa humana.

Quando o ser humano recebe uma notícia, este reage, "(...) a reação em relação a uma má notícia é mais complexa, nomeadamente, por haver um baralhar de sentimentos que leva a um estado de angustia, choque, euforia (confusão), alívio, resignação, tristeza, raiva etc..." (Costa et al, 2011). A reação humana é tao subjetiva, quanto os sentimentos e esta está relacionada com o conteudo e a maneira como as notícias são transmitidas. Segundo, Costa et al (2011), a transmissão de forma incorreta de uma má noticia, aumenta a sensação de abandono, de incerteza, de preocupação e ou ansiedade que podem ser diminuídas quando a mesma informação é transmitida de forma apropriada.

## **2.5. Momento para a comunicação das más notícias**

Segundo Vitorino et al (2007), para facilitar a comunicação das más notícias os estudos sugerem:

- *estabelecer uma relação equipa de saúde-utente adequada;*
- *conhecer cuidadosamente a história médica;*
- *ver o utente como pessoa;*
- *preparar o setting;*
- *organizar o tempo;*
- *cuidar de aspectos específicos da comunicação;*
- *reconhecer o que e quanto o paciente quer saber;*
- *encorajar e validar as emoções;*
- *atenção e cuidado com a família;*
- *planear o futuro e o seguimento.*

Considerando as preferências dos utentes, existe um variado número de fatores que podem influenciar a forma como o utente vai gerir a sua situação e até mesmo como irá participar nas decisões referentes ao seu tratamento. Os utentes preferem, de acordo com diversos autores cit. in Costa et al (2011:6) :

- *que o seu diagnóstico seja revelado por um médico (Spiegel et al, 2008; Gonçalves et al, 2005);*

- que a abordagem usada para revelar a má notícia deve ser centrada no utente (Yardley, Davis & Sheldon, 2001; Solari et al, 2007; Spiegel et al, 2008);
- que se deve falar honestamente (Fujimori et al, 2006);
- o uso de linguagem simples e acessível (Fujimori et al, 2006; Solari et al, 2007);
- que a informação deve ser dada o mais rápido possível depois do diagnóstico, no entanto, a reunião ou consulta onde o utente recebe a informação não deve ser apressada (Yardley, Davis & Sheldon, 2001; Randall & Wearn, 2005; Solari et al, 2007);
- que seja dado tempo para expor as suas questões (Yardley, Davis & Sheldon, 2001; Fujimori et al, 2006);
- a presença de um familiar ou outro acompanhante (Yardley, Davis & Sheldon, 2001; Gonçalves et al, 2005; Randall & Wearn, 2005);
- privacidade é um fator importante (Randall & Wearn, 2005; Solari et al, 2007);
- que a consulta deverá decorrer sem interrupções (Solari et al, 2007).

## **2.6. Objetivos da entrevista de más notícias**

Segundo Bailes et al (2000:5), o processo de transmissão de más notícias pode ser visto como uma tentativa de alcance de quatro objetivos essenciais:

1. *O primeiro é recolher informação do paciente, perceber o conhecimento do paciente e suas expectativas e prepará-lo para ouvir a má notícia;*
2. *O segundo objetivo é prover informação inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do paciente;*
3. *O terceiro objetivo é apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo receptor da má notícia;*

4. *O último objetivo é o de desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de tratamento com a contribuição e colaboração do paciente.*

### **3. Estratégia SPIKES**

Com o intuito de transmitir as más notícias de forma adequada, Buckman criou um protocolo de transmissão de más notícias, composto por seis etapas distintas, mais conhecido por estratégia *SPIKES*. As seguintes seis etapas estão de acordo com, o *Guia da Prática Clínica sobre Cuidados Paliativos* (2008).

#### **Primeira etapa. S- Setting Up the interview- Preparar o contexto mais adequado para a entrevista**

Nesta etapa pretende-se começar, envolvendo todos os aspetos relacionados com o contexto desde o o lugar, quem deve estar presente, disponibilidade do profissional e do utente, fazendo uma avaliação do estado emocional do utente, para averiguar se é o momento mais adequado para transmitir a má notícia. Poderá se recorrer a questões tais como, *Como se sente hoje? Hoje sente-se suficientemente bem para falarmos um pouco?*

#### **Segunda etapa. P- Assessing patient Perception- Conhecer a percepção que a pessoa tem da sua situação**

Esta fase é muito importante, uma vez que se pretende averiguar qual a visão que o utente possui relativamente à sua situação de saúde, esclarecer duvidas e mal entendidos recorrendo a questões abertas, tais como:

- *Que lhe disseram sobre a doença/situação?*
- *O que pensa acerca do seu problema?*

Com este tipo de perguntas podemos obter informação do doente relativamente a vários aspetos:

- Estado emocional;
- Qual a sua percepção relativamente ao seu problema;
- Identificar comportamentos de negação;
- Características do utente: nível educacional, preparação, etc.

Por outro lado, este tipo de perguntas pode ajudar uma pessoa que não suspeite de nada, ambientá-la à nova situação. É fulcral estar desperto para o que o doente diz, ao que não diz ou evita dizer, assim como todos os indícios não verbais.

Uma vez explorado o que o doente já sabe, devemos averiguar o que ele suspeita. Pode-se efetuar algumas perguntas tais como:

- Porque acha que lhe fizeram todos aqueles exames?*
- O que é que exatamente o tem preocupado?*
- Há alguma coisa que o preocupa?*

Na segunda fase podemos colocar questões sobre o futuro, sobretudo em doentes que suspeitamos não saber nada da natureza do seu problema. Por exemplo: *Que planos tem com respeito ao seu futuro?* Nesta fase pretende-se minimizar o incomodo na medida do possível e transmitir ao utente que nos interessamos pelo que ele pensa e sente, estando dispostos a ouvi-lo.

### **Terceira etapa. I- Obtaining patient Invitation- Que informação deseja o utente em relação à sua situação de saúde**

Às vezes é difícil de reconhecer se o doente quer saber e se a informação que se está a fornecer é muita ou escassa. Aconselha-se perguntar diretamente que nível de informação pode assimilar. Por exemplo:

- Gostaria que eu explicasse todos os detalhes do diagnóstico?*
- Gostaria de conhecer todos os detalhes do diagnóstico ou prefere só conhecer o tratamento a seguir? Caso o problema seja grave, quanto gostaria de saber?*

*-Gostaria que lhe explicasse todos os detalhes sobre o seu problema ou há mais alguém a quem gostaria que explicasse?*

Este tipo de perguntas, podem parecer que «revelam» informação ou que podem inclusive causar mais tensão nos próprios doentes, mas na realidade, se forem bem realizadas, podem clarificar muitas coisas ao profissional sem prejudicar o doente. No caso de uma sensibilidade apurada, o profissional pode obter a mesma informação sem recorrer a questões abertas. Uma opção pode ser a de esperar que seja o doente a pedir mais informação. Se o doente expressar a sua preferência para não abordar o tema, deve-se respeitar a decisão deste, deixando sempre em aberto a possibilidade para o retomar *a posteriori* caso haja uma mudança de opinião.

#### **Quarta etapa. K - Giving Knowledge & Information - Que informação deseja em relação à sua situação de saúde?**

Caso o utente na fase anterior tenha expressado a vontade de obter toda a informação procederemos a tal, prevenindo inicialmente a pessoa para a má notícia e depois transmitindo-a de forma gradual recorrendo a uma linguagem acessível. Contudo, se o utente apresentar resistência em obter toda a informação, passaremos a discutir o plano terapêutico. A contribuição da informação aqui tem um duplo papel: que o paciente conheça o seu processo e realizar um diálogo terapêutico. O primeiro é o “alinhamento” com o utente, partindo do nível de informação que já tem. Em seguida, decidir os objetivos da entrevista: quais os aspectos de informação e educação a serem abordados. É essencial ter uma agenda clara, sempre aberta à agenda do utente. A partir daqui podemos começar a abordar os elementos de diagnóstico, tratamento, prognóstico e apoios ao utente de acordo com as necessidades.

Nesta fase é importante estar ciente do direito do utente tomar as suas próprias decisões, sobretudo relacionado com o tratamento e que isso não conduza à frustração do profissional, se não coincide com a sua visão da situação. O pedido do paciente para obter mais informações dá-nos detalhes da

sua capacidade de assimilação e permite-nos decidir a quantidade de informação que devemos transmitir.

### **Quinta etapa. E - Addressing Emotions with empathy- Identificar as emoções vivenciadas pela pessoa e responder de forma empática**

Consiste basicamente em identificar e reconhecer as reações do utente/família. Explorar quando as reacções não são expressas/silenciadas. Na resposta empática está subjacente primeiro escutar e identificar as emoções, segundo identificar a causa/origem das emoções e por fim demonstrar que se fez a relação destes dois passos anteriores, validando assim as suas emoções e minimizando sentimentos de isolamento e constrangimento. Deve-se evitar minimizar a gravidade da situação e transmitir esperanças exageradas. Uma má notícia bem comunicada pode fracassar se o profissional não desenvolver adequadamente esta fase. É importante destacar aqui o papel dos silêncios, da empatia não verbal, a escuta e o respeito pelo doente.

### **Sexta etapa. S - Strategy & Summary- Resumir a informação e garantir a sua compreensão. Planeamento**

Nesta etapa, todos os pormenores importantes deverão ser revistos de forma resumida para assegurar a sua compreensão e clarificar dúvidas caso existam. O planeamento para os passos seguintes, deverá ser acordado entre profissional e utente. O profissional deverá deixar claro ao utente que estará sempre à sua disposição para o que precisar. Este deverá estar continuamente atento aos problemas e preocupações do paciente e mobilizará todos os apoios que possam a vir ser necessários. Deve-se ter em mente que há utentes que geram verdadeiros núcleos de solidão ao não partilhar as suas preocupações e medos com outros parentes ou amigos para evitá-los sofrer. A atitude deve ser positiva, contudo preparando para o pior quando existe essa possibilidade e esperando o melhor, sem falsas esperanças e sem dar informações irreais.

#### **4. Princípios da comunicação das más notícias em saúde**

A partir de vários estudos prévios, foram estabelecidos os princípios da comunicação de más notícias como se segue abaixo (Buckman, 1992; Cólón, 1995; Miranda & Brody, 1992; Maguire & Faulkner, 1988; Quill & Townsend, 1991; cit. in Pires (1998):

- *escolher um momento em que o paciente e o médico estejam descansados e tenham um tempo adequado;*
- *avaliar o estado emocional e psicológico do paciente no presente;*
- *preparar o paciente dizendo que tem um assunto difícil para discutir com ele; usar uma linguagem clara e simples;*
- *expressar tristeza pela dor do paciente;*
- *ser humanitário;*
- *dar informação de forma gradual e programar outro encontro com o paciente mais tarde;*
- *ser realista evitando a tentação de minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças;*
- *verificar como o paciente se sente depois de receber as notícias;*
- *reassegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver;*
- *assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas.*
- *Masmann (citado por Pires, 1998) acrescenta que talvez seja necessário repetir a informação.*



## CONCLUSÃO

Recapitulando a informação transmitida ao longo deste trabalho concluímos que uma das problemáticas mais difíceis que a equipa de saúde se depara durante a relação terapêutica que estabelece com os doentes e sua família, consiste na comunicação de más notícias. É imperativo que os profissionais de saúde possuam a capacidade de mobilizar diversos conhecimentos, de forma a proporcionar uma resposta e assistência adequada em tempo útil ao doente bem como a sua família perante uma situação de alta complexidade. O desconforto, bem como, a incerteza, associados às dificuldades de comunicar as más notícias, podem levar os profissionais de saúde a um afastamento emocional dos seus doentes. Neste sentido, é fundamental a adoção de uma estratégia reconhecida e eficaz.

A estratégia *SPIKES* de Buckman, é uma estratégia de seis etapas, útil para os profissionais da equipa de saúde, organizarem e otimizarem a comunicação de más notícias em saúde. A aderência a esta estratégia, elevará a eficácia da transmissão de más notícias, aumentando naturalmente o nível de qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua família, a imagem da instituição e das suas equipas de saúde. Esta influência, conjuntamente com a redução do desconforto perante a atuação nestas situações, reduzem também a possibilidade de *burnout* ou sentimentos de culpa inadequados por parte dos profissionais de saúde.

Pode-se concluir que a formação dos profissionais da equipa de saúde, no que concerne o recurso à estratégia *SPIKES*, aliada a uma aplicação na prática diária, podem trazer melhorias aos cuidados de saúde. Assim a organização da prática, reforçada pela intenção dos profissionais, em conjunto com uma infraestrutura adequada (ex. sala de comunicação familiar), elevarão, muito provavelmente a satisfação do doente e do profissional;



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bailes WF et al (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*.;5(4):302-11.
- Buckman R. How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
- Código Deontológico de Enfermagem, artigo 84º, (2009) Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Costa AR, Pereira L. (2011). Dar a má notícia na perspectiva do utente. Disponível em [http://www.chbargarvio.minsaude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22436/DAR\\_A\\_MA\\_NOTICIA\\_final1.pdf](http://www.chbargarvio.minsaude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22436/DAR_A_MA_NOTICIA_final1.pdf)
- Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: [http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/sentimento;jsessionid=5UUzUptR3mQC9nrcjPc9Q\\_\\_](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/sentimento;jsessionid=5UUzUptR3mQC9nrcjPc9Q__)
- Fujimori M, Parker PA, Akeshi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. (2006). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*,16, 617-625.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08. Disponível em: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/general/copyright.html>

- Gonçalves et al. (2005). Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19, 526-531.
- John Donne. (Séc XVII). Meditation XVII. The Literature Network. Disponível em: <http://www.online-literature.com/donne/409/>
- Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto). Diário da República. (1990). Disponível: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF> (data da visita: 10/06/12)
- Marques F. e Carlos T. (2004). Comunicar em Ambiente virtual, Manual do Formando. Disponível em : <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=68886&img=1167> (data da visita a 10/05/12)
- Mehrabian A. (1971). *Silent Messages* (1st ed.). Belmont, CA: Wadsworth. ISBN 0-534-00910-7.
- Pereira MAG. (2005) Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto contexto - enferm.* 14, 1, 33-37.
- Pires A. (1998). Comunicação de Más Notícias. Serviço de Psicologia/HCPA e Núcleo Interinstitucional de Bioética, Disponível em : <http://www.bioetica.ufrgs.br/masnot.htm> Pesquisado em Junho 2012
- Randall TC, Wearn AM. (2005). Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine*, 19, 594-601.
- Rosas M. (1989). Comunicação e enfermagem. *Nursing*, 2, (14), 27-30.

- Solari A, Acquarone N, Pucci E, Martinelli V, Marrosu MG, Trojano M, Borreani C, Uccelli MM. (2007). Communicating the diagnosis of multiple sclerosis - a qualitative study *Multiple Sclerosis*, 13, 763-769.
- Spiegel W, Zidek T, Maier M, Vutuc C, Isak K, Karlic H, Micksche M. (2008). Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 179-186.
- Victorino AB et al. (2007) Como comunicar más noticias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH[online]*. 10, 1, 53-63 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582007000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582007000100005&script=sci_arttext)
- Yardley SJ, Davis SL, Sheldon F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15, 379-386.



## **Anexo IV**

Trabalho Escrito - “Precisa de Ajuda? 112 o seu Número  
Salva Vidas!”





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

Precisa de Ajuda?  
112 o Seu Número Salva Vidas!

**Aluna: Liliana Gomes De Abreu**

**Sob orientação de: Prof. Lucia Rocha e  
Enf.<sup>a</sup> Especialista Isabel Costa**

**Porto, Novembro de 2012**



## **Lista de Siglas**

CE- Comissão Europeia

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EENA- European Emergency Number Association

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica

UE- União Europeia



<b>ÍNDICE</b>	<b>página</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>129</b>
<b>1- O que é o 112?.....</b>	<b>131</b>
<b>2- Sistema Integrado de Emergência Médica.....</b>	<b>133</b>
<b>2.1- Instituto Nacional de Emergência Médica.....</b>	<b>133</b>
<b>2.2- Centro de Orientação de Doentes Urgentes.....</b>	<b>134</b>
<b>2.3- A Colaboração de Todo o Cidadão é Fundamental.....</b>	<b>134</b>
<b>3- O que está a Comissão Europeia a fazer?.....</b>	<b>137</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>141</b>



## INTRODUÇÃO

Ao longo do presente estágio, realizado no âmbito da assistência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na Delegação Regional do Norte, foi possível constatar por vezes, *in loco*, a hostilidade e desconhecimento por parte da população Portuguesa e emigrante, do funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e do procedimento inerente a uma chamada 112. A ausência de tal informação em conjunto com situações limite, de stress e imprevisíveis, gera ocasionalmente em alguns cidadãos insatisfação e incompreensão, podendo desencadear uma série de mal entendidos e agressividade, que exige às equipas do pré-hospitalar prestarem esclarecimentos quando as situações assim o permitem. Contudo, por vezes estes incidentes obstruem, interferem e criam um ambiente pouco adequado à abordagem da vítima em necessidade de ser socorrida. Devido a esta realidade com a qual me deparei, ao crescente intercâmbio de cidadãos da União Europeia (UE), ao número elevado de chamadas falsas para o 112 e atendendo a um dos objetivos de estágios propostos no meu projeto, considerei pertinente a realização de um ação de sensibilização/formação no que concerne a ativação do SIEM numa chamada 112 através da elaboração de uma proposta de artigo de opinião para um Jornal Regional.



## 1- O que é o 112?

O número 112, de acordo com, a *European Emergency Number Association* [1] (EENA), “é o número de telefone de emergência único europeu, disponível de forma gratuita em toda a UE a partir de telefones fixos, telemóveis e inclusive telefones públicos.” Este foi aprovado por decisão do Conselho Europeu em Julho de 1991, a fim de permitir aos cidadãos da UE contactar os serviços de emergência (polícia, bombeiros e ambulância). É particularmente importante a sensibilização para esta realidade, uma vez que os Europeus estão cada vez mais a viajar para outros países da UE para trabalho, estudo ou lazer. Existem diferenças na UE quanto à disponibilidade dos números de emergência, de acordo com a Comissão Europeia (CE) e *Eurobarometer Survey* [2] (2012) existem duas categorias de países onde:

### 1) 112 É o número de emergência único / principal

Em 7 Estados-Membros, o 112 tornou-se o número de emergência nacional principal, sendo promovido como o número a ser usado para contactar todos os serviços de emergência. Os países onde este é o caso, são Dinamarca, Finlândia, Malta, Países Baixos, Portugal, Roménia e Suécia.

### 2) 112 Está em operação ao lado de outros números de emergência

A maioria dos Estados-Membros (20 países), no entanto, decidiram introduzir o 112 como um número que trabalha ao lado de seus números de emergência nacionais. Aqui, tanto o 112 e números nacionais estão em serviço, a fim de contactar alguns ou todos os serviços de emergência.

A divulgação do 112 como número de telefone de emergência único europeu torna-se imprescindível uma vez que, de acordo com, o último *Eurobarometer Survey* da CE [3] (2012), “apenas 26 % de Europeus sabem que

podem digitar apenas 3 números - 112- ” a qualquer hora, em qualquer lugar, na Europa para obter em situação de emergência ajuda imediata da policia, ambulância e ou bombeiros.

Os resultados dos Portugueses, nesta sondagem da CE publicados no, *112 Your Lifeline While Travelling in the UE* [4] relativamente ao conhecimento do 112 como o número único da UE consistiram em “29% de conhecimento do 112 ; 3% referiu outro número ;68% não sabe/não responde. “

Estes dados sugerem uma necessidade de, divulgação e promoção do número 112, de esclarecimento relativamente às situações adequadas para a sua ativação, bem como, ilucidar a população quanto ao processo que ocorre quando realizada a chamada 112.

De acordo com, o *Information Society* da CE [5], o Guia de Emergência do Ministerio da Administração Interna [6] e o INEM [7], dever-se-á ligar 112 em “qualquer emergência que requeira uma ambulância, os bombeiros ou a policia. Não se deve ligar 112 para obter informação de trânsito, da metereologia ou informação em geral e consultas. Nunca esquecendo que as chamadas desnecessárias sobrecarregam o sistema, colocando em risco a vida daqueles que realmente precisam de ajuda imediata. As chamadas fictícias afetam a capacidade de resposta às verdadeiras emergências.”

Segundo o *Communications Committee* 2012 da CE [8], “o ratio de chamadas falsas para o número total de chamadas, ainda varia consideravelmente entre os estados, enquanto que na Alemanha o número de tais chamadas é menos de 3% a 5% (variando regionalmente e sazonalmente), a Grécia reporta 99.34%, entre estes 2 extremos existe Portugal com 77%.”

## **2- Sistema Integrado de Emergência Médica**

Como profissional de Saúde, o enfoque primordial desta ação de sensibilização e divulgação, é a área da saúde. Torna-se pertinente referir que, Portugal tem há 31 anos, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Este, segundo o INEM [9], “consiste num conjunto de entidades que cooperam de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. Essas entidades são a Guarda Nacional Republicana, a Policia de Segurança Publica, os Bombeiros, o INEM, a Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e os Centros de Saúde.”

### **2.1- Instituto Nacional de Emergência Médica**

O INEM [10] “é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM. A prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.” O sistema começa quando alguém liga 112, o número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas é realizado pela PSP nas centrais de emergência. Os pedidos de socorro efectuados, que dizem respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

## **2.2- Centro de Orientação de Doentes Urgentes**

Os CODU de acordo com o INEM [10], “são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112.” O INEM tem atualmente 3 CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra, torna-se relevante salientar que, apesar desta localização geográfica, uma chamada do Norte do País pode ser rececionada no CODU Lisboa e vice-versa, apresentando implicações óbvias, no que concerne à necessidade de especificação e transmissão de pontos de referência, relativos à localidade da ocorrência registada.

O funcionamento dos CODU, segundo o INEM [11], “é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados” – Médicos e Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência - com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. Para este efeito, os CODU “dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem rentabilizar e coordenar os recursos técnicos e meios humanos existentes.”

Os CODU [10] “coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro, que vão desde as ambulâncias, às viaturas médicas, motas e aos helicópteros. Estes são selecionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao local da ocorrência. Este serviço também assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através de informações clínicas recebidas, podendo ainda selecionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.”

## **2.3- A Colaboração de Todo o Cidadão é Fundamental**

A colaboração e compreensão de quem liga é fundamental, uma vez que são responsáveis pela transmissão da informação, que é crucial no acionamento

adequado dos meios, de acordo com a situação referida e prioridade. Assim sendo, é importante facultar toda a informação que for solicitada, para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas. Seguindo as indicações do INEM [7], *deve-se informar, de forma simples e clara:*

- *O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);*
- *O número de telefone do qual está a ligar;*
- *A localização exata e sempre que possível, com indicação de pontos de referência;*
- *O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;*
- *As queixas principais e as alterações observadas;*
- *A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.*

Após a triagem da situação os operadores dos CODU indicam a melhor forma de proceder e enviam se necessário os meios de socorro adequados. À chegada dos meios, mais uma vez, é essencial a colaboração de quem liga e/ou da população que se encontra próxima da vítima, indicando a sua localização, prestando informações relativamente ao sucedido, colaborando naquilo que lhes for solicitado e esclarecendo dúvidas e questões da equipa do pré-hospitalar.

No caso de não ser necessário enviar meios do INEM, são dadas todas as informações sobre a melhor forma do doente ser transportado para as unidades de saúde adequadas. Apenas se deve desligar o telefone quando o operador indicar.



### **3. O que está a Comissão Europeia a fazer?**

A Comissão Europeia [12] continua a desempenhar um papel ativo na promoção do 112 e a delinear as melhores práticas. Em fevereiro de 2009, a Comissão, o Parlamento Europeu e o Conselho declararam o 11 de fevereiro, o Dia Europeu do 112, a fim de aumentar a sensibilização do público para o número. Neste dia, diversas atividades de sensibilização e de redes são organizadas em toda a UE, a fim de promover a existência e utilização do número de emergência único europeu. A Comissão lançou um site: [http://www.ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/actions/index\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/information_society/activities/112/actions/index_en.htm), que fornece informações sobre o 112, nos vários países aos cidadãos e inclui jogos interativos voltados para as crianças estimulando melhores práticas entre os 27 Estados-Membros.

Desde de julho 2009 a nova regulamentação de Roaming, providência ao cidadão a receção de 1 SMS no telemóvel, quando viajam para outro país da UE, com informação acerca do Número Europeu de Emergência.

A CE [12] é responsável por assegurar que as regras europeias sobre o 112, estejam a ser corretamente aplicadas na UE. Esta está a trabalhar em conjunto com as autoridades nacionais de cada país através de diferentes grupos de trabalho, a fim de assegurar a correcta aplicação do 112. Esta solicit.a aos Estados-Membros para reunir e fornecer dados detalhados sobre a execução de 112, através do Comité das Comunicações (Cocom). Para incentivar e ajudar os Estados-Membros a garantir que o 112 trabalha de forma satisfatória em toda a UE, a CE regularmente troca ideias com os Estados-Membros no âmbito do Comité das Comunicações e descreve as melhores práticas de implementação do 112.

A CE [12] após uma conferência do 112, criou um organismo especializado, o Grupo de Peritos sobre acesso de emergência (EGEA), composto por funcionários dos Estados-Membros que representam centros de resposta de

emergência, proteção civil e autoridades de telecomunicações. Este grupo de peritos busca soluções práticas para os problemas vivenciados pelos serviços de emergência a nível local, regional ou nacional, e trata de questões relacionadas com a aplicação de novas tecnologias para a comunicação com serviços de emergência.

O Grupo de Peritos sobre os usuários com deficiência (INCOM) [12], tem como objetivo lidar com as disposições relativas à acessibilidade, no âmbito do quadro regulamentar das comunicações eletrônicas.

A CE [12], como parte de suas atividades de pesquisa, está apoiar e a financiar diferentes projetos relacionados com o número de emergência europeu 112, tais como:

- O pan-europeia no veículo **eCall**, que é uma chamada de emergência (chamada de voz 112 e dados incluindo a localização precisa) gerado automaticamente através da ativação manual ou ativação de sensores no veículo, quando um acidente grave ocorre.

- **Reach 112**, que irá fornecer meios alternativos de comunicação para a telefonia de voz tradicional (como conversação em texto a tempo real), o que irá melhorar o acesso aos serviços de emergência para as pessoas com deficiência auditiva ou da fala ou pessoas com ferimentos graves.

Um projeto executado pela Organização Mundial de Saúde, que lida com o reforço de Serviços Médicos de Emergência, incluindo a promoção do número de emergência único europeu 112.

## **CONCLUSÃO**

Com a elaboração e divulgação do presente trabalho, para além de ter concretizado um dos objetivos planeados no meu projeto de estágio, tornarei possível, a sensibilização da população Portuguesa, através da realização e publicação de um artigo de opinião relativamente à chamada 112, alertando para a necessidade de fornecer a informação adequada de forma clara e simples, despertando a compreensão por parte da população para o processo inerente à ativação dos meios, facilitando assim, o ambiente para os que trabalham no contexto pré-hospitalar e conseqüentemente a abordagem à vítima. Torna-se pertinente também, o alerta ao longo deste trabalho, para o elevado número de chamadas falsas, demonstrando o longo percurso a percorrer em Portugal e a necessidade de maior número de ações de sensibilização no concerne a esta realidade, esperando ter contribuído para um aumento da consciencialização nesta matéria. Por fim e atendendo à realidade crescente de migração na União Europeia, salientei a necessidade de divulgação do 112 como número de Emergência único Europeu, contribuindo para as ações de sensibilização da Comissão Europeia a fim de promover a existência e utilização do número de emergência único europeu.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] European Emergency Number Association,  
Disponível:<http://www.eena.org/view/en/About112/whatis112.html;jsessionid=2B46C7474D6C5AB925D9A00101E56733> (data da visita 11/10/2012)
- [2] Flash eurobarometer 339; European Commission; “The European Emergency Number 112”, Fevereiro 2012 Disponível:  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/docs/report\\_2012.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/112/docs/report_2012.pdf) (data da visita 10/11/2012)
- [3] Flash eurobarometer 339; European Commission; “The European Emergency Number 112”, Fevereiro 2012, Disponível:  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/events/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/activities/112/events/index_en.htm) (data da visita 10/11/2012)
- [4] 112 Your Lifeline While Travelling in the UE, European Commission, fevereiro 2012 , Disponível: [http://ec.europa.eu/information\\_society/doc/factsheets/044-112-en.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/doc/factsheets/044-112-en.pdf) (data da visita 10/11/2012)
- [5] European Commission, Information Society “How To Use 112?”, Disponível:  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/how/index\\_en.htm#top](http://ec.europa.eu/information_society/activities/112/how/index_en.htm#top) (data da visita 10/11/2012)
- [6] Ministério da Administração Interna, Guia de Emergência “Guia de Utilização do 112”, 2010, Disponível: [http://www.112.pt/Guias/Paginas/Guia\\_Util\\_112.aspx](http://www.112.pt/Guias/Paginas/Guia_Util_112.aspx) (data da visita 10/11/2012)

[7] Ligue 112; A Sua Colaboração é Fundamental; Instituto Nacional de Emergência Médica, Disponível [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28186](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28186) (data da visita 10/11/2012)

[8] Communications Committee, European Commission, Brussels 19 Março 2012, Disponível [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/112/docs/cocom2012.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/112/docs/cocom2012.pdf) (data da visita 10/11/2012)

[9] O SIEM, INEM; Instituto Nacional de Emergência Médica, Disponível [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28164](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164) (data da visita 10/11/2012)

[10] INEM e CODU; Instituto Nacional de Emergência Médica, Disponível [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=27668](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27668) (data da visita 10/11/2012)

[11] Carteira De Serviços; CODU; Instituto Nacional de Emergência Médica, Disponível [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=27856](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27856) (data da visita 10/11/2012)

[12] European Commission, Information Society “What are the UE actions on 112”, Disponível <http://ec.europa.eu/112> (data da visita 10/11/2012)