



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

ENFERMEIRO-UM PERITO NA EXCELÊNCIA DO CUIDAR

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Manuela Celeste de Sousa Ferreira

abril de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

ENFERMEIRO-UM PERITO NA EXCELÊNCIA DO CUIDAR

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

Por: Manuela Celeste de Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

abril de 2013

RESUMO

O relatório surge no âmbito do curso de pós-licenciatura na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, e tem como principal finalidade dar visibilidade às atividades e competências desenvolvidas no estágio. O estágio divide-se em três módulos: assistência pré-hospitalar, realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica; urgência/emergência, realizado no serviço de urgência no Centro Hospitalar de S.João e cuidados intensivos.

A identificação das situações problema nos locais de estágio, a sua análise crítica e a proposta para a sua resolução foram atividades transversais aos campos de estágio, das quais destacamos a nível do Instituto Nacional de Emergência Médica a inadequada utilização do 112, assim como a falta de conhecimentos em relação as medidas de Suporte Básico de Vida, tendo para isso realizado um póster, um panfleto e projetada uma ação de formação numa escola de ensino básico. Identifiquei ainda, a inexistência da utilização da técnica da Hipotermia Induzida nos cuidados pós-reanimação às vitimas de paragem cardio-respiratória, tendo efetuado uma ação de formação.

O estágio conduziu-me à reflexão no sentido ético das situações vivenciadas, pelo que realizei um estudo de caso sobre a questão da reanimação ou não reanimação a doentes terminais. Neste sentido, elaborei um artigo de revisão integrativa onde abordei a questão da presença dos familiares durante a realização dos procedimentos invasivos e durante a reanimação e um estudo de caso sobre a atuação perante um doente crítico na sala de emergência à luz da teoria de Imogene King. A nível do serviço de urgência, ao detetar a dificuldade sentida pelos enfermeiros em possibilitar à família permanecer junto dos doentes, elaborei um guia de acolhimento ao familiar. Neste contexto, também identifiquei a ausência de um Manual de Integração de Enfermagem, por isso desenvolvi em conjunto com as colegas de estágio o respetivo manual.

Como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica almejo que este relatório espelhe o caminho percorrido na direção da enfermagem avançada, perita na excelência do Cuidar.



ABSTRACT

This report emerges as part of a postgraduate degree in the Medical-Surgical Nursing Specialty from the Universidade Católica Portuguesa and its main purpose is to demonstrate the activities and skills, developed in the internship. The internship is divided in three parts: pre-hospital, held at the National Institute of Medical Emergency; urgency / emergency, in the emergency room at Centro Hospitalar de S. João; and intensive care.

The identification of various problem situations in the internship locations, its critical analysis and resolution proposals were activities transversal to the internship fields. I would like to highlight some problems detected at the National Institute of Medical Emergency like improper use of 112 as well as the lack of knowledge regarding the Basic Life Support, having for that performed a poster, a brochure and designed a training session in a high school. I also identified a lack of use of the Induced Hypothermia technique in post resuscitation care to victims of cardiac arrest, having carried out a training session

The internship led me to an ethical reflection about the experienced situations, therefore I conducted a case study about the issue of resuscitation or not resuscitation to terminally ill patients. So, I elaborated an integrative review article where I approached the question of the presence of family members during the performance of invasive procedures and during resuscitation in a case study about the performance before a critically ill patient in the emergency room in light of the theory from Imogene King. Regarding the emergency room, sensing the difficulty experienced by nurses in enabling the family to remain with patients, I elaborated a hosting guide to the family members, to promote the presence of families among the patients. In this context, I also identified the absence of a Handbook on Nursing Integration, so I developed, together with colleagues from the internship, the respective handbook.

As a future nurse specialist in Medical-Surgical Nursing I long for that this report reflects the path taken towards the advanced nursing, expert in the excellence of Care.



AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso acadêmico, foram várias as vicissitudes com que me deparei.

Usei-as como alicerces para a minha vida como profissional e pessoa.

A todos os que tornaram possível este caminho de partilha e aprendizagem, em especial:

Aos meus pais, pela paciência e ajuda;

À minha avó pelas suas orações que me iluminaram;

Aos meus amigos pela amizade incondicional, em especial à Patrícia, à Sônia, à Marta e à Susana.

Aos meus tutores e colegas, pelos ensinamentos e cooperação e em especial

À minha orientadora, Professora Patrícia Coelho pela orientação, apoio e motivação nos momentos cruciais.

Sem eles, este trabalho não seria possível. A todos, o meu sincero obrigado.



**Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.**

Ricardo Reis



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH-Assistência Pré-Hospitalar

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDE-Código Deontológico do Enfermeiro

CHSJ- Centro Hospital de S.João

CIPE -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

CODU-Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS-Direção Geral de Saúde

EAM-Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HI-Hipotermia Induzida

IACS-Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

MIE-Manual de Integração de Enfermagem

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PBE-Prática Baseada na Evidência

PCR-Paragem Cardio-Respiratória

REPE-Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

RMD-Resumo Mínimo de Dados

SAV-Suporte Avançado de Vida



SBV-Suporte Básico de Vida

SE-Sala de Emergência

SIV-Suporte Imediato de Vida

STM-Sistema de Triagem de Manchester

SU-Serviço de Urgência

UCI-Unidade de Cuidados Intensivos

UCP- Universidade Católica Portuguesa

VMER-Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	21
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	23
2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados.....	46
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	60
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	69
3. CONCLUSÃO.....	77
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
5 ANEXOS.....	97
Anexo I Caracterização do local de estágio: Instituto Nacional de Emergência Médica.....	99
Anexo II Caracterização do local de estágio: Serviço de Urgência.....	121
Anexo III Artigo de Revisão integrativa- Presença da família durante os procedimentos invasivos e manobras de reanimação, qual o estado da arte? ..	137
Anexo IV Póster intitulado “ Suporte básico de vida”	155
Anexo V Panfleto intitulado “ Suporte básico de vida” "	159
Anexo VI Diapositivos da formação intitulada “ Suporte básico de vida ”	163
Anexo VII Fundamentação teórica da formação “ Hipotermia induzida”	169
Anexo VIII Formação intitulada “ Hipotermia induzida”- panfleto de divulgação da formação, plano de formação, diapositivos da formação, questionário de avaliação e resultados da avaliação.....	205
Anexo IX Guia de acolhimento à família no Serviço de Urgência	223



Anexo X Manual de integração dos enfermeiros ao Serviço de Urgência 241

Anexo XI Registo das ativações no Instituto Nacional de Emergência Médica .. 265

Anexo XII Reflexão de um caso "Enfermagem na emergência-cuidar à luz da teoria de Imogene king".....275

Anexo XIII Reflexão de um caso “ A emergência a caminho da Enfermagem Avançada" 299

1-INTRODUÇÃO

A Declaração de Bolonha (1999) conduziu a uma mudança de paradigma do ensino /aprendizagem no ensino superior, no qual passamos de um modelo baseado na transmissão de conhecimento a um modelo baseado no desenvolvimento de aprendizagens e competências, onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante alicerçados na reflexão, conduzindo à prática baseada na evidência (PBE), pelo que a elaboração de um relatório que espelhe este modelo é crucial.

A elaboração do relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) do Curso de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde – Porto e tem como principal finalidade dar visibilidade às atividades e competências desenvolvidas na perspectiva da prática de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, e particularmente ao doente em estado crítico e à sua família. O plano de estudos do curso de pós-licenciatura de EEMC contempla uma componente prática através da realização de um estágio dividido em três módulos: módulo I (urgência/emergência), módulo II (cuidados intensivos) e módulo III, uma área opcional- neste caso assistência pré-hospitalar (APH), totalizando 540 horas, utilizando a metodologia do trabalho projeto, permitindo-nos ser elementos ativos no processo de aprendizagem.

O módulo II, cuidados intensivos foi creditado, dado que desenvolvo a minha atividade profissional numa unidade de cuidados intensivos (UCI) há seis anos, onde aprofundei conhecimentos teóricos e científicos e adquiri maturidade pessoal e profissional. Na UCI são vivenciadas situações complexas de grande instabilidade quer para o doente como para a família, o que requer o aperfeiçoamento de competências no sentido da enfermagem avançada, centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo



do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teorias de enfermagem, conforme enuncia Silva (2007).

No âmbito do plano de estudos, os estágios foram tutorados por enfermeiros com EEMC e orientados pela Professora Patrícia Coelho, da UCP e foram realizados por ordem cronológica no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e posteriormente no serviço de urgência (SU) no Centro Hospitalar de S.João (CHSJ). A nível do INEM, realizado na Delegação Regional do Norte, os meios de estágio foram: Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), as Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), em Gondomar e em Amarante e as Viaturas de Emergência e Reanimação (VMER) com base no CHSJ, e na base do Hospital do Vale de Sousa em Penafiel. Este estágio decorreu de vinte e seis de abril a vinte e três de junho do ano de dois mil e doze num total de 187 horas. O estágio desenvolvido no serviço de urgência (SU) decorreu de um de outubro a vinte e quatro de novembro de 2012, num total de 181 horas, tendo abrangido as diferentes áreas inerentes ao SU.

A realização do estágio no INEM conduziu-me na procura do conhecimento da história da emergência médica, assim como a sua evolução em Portugal. Após esta pesquisa efetuei a caracterização do local de estágio, que se encontra no anexo I, considerando fundamental compreender a evolução histórica da emergência, assim como o seu progresso em Portugal, para apreender de forma mais adequada a dinâmica do INEM. Efetuei do mesmo modo a caracterização do local de estágio no SU, que se encontra no anexo II, considerando fundamental compreender o percurso histórico da instituição do CHSJ, assim como a descrição das diferentes áreas que constituem o SU, assim como explanar um pouco em que consiste o sistema de Triagem de Manchester (STM) e o sistema Alert, sistemas extremamente importantes na assistência ao paciente que recorre a este SU.

A diversidade dos locais escolhidos durante a realização do estágio no INEM, assentou na necessidade de contactar com realidades diferentes, logo considerei a realização do estágio num meio citadino, o Porto e num meio rural, a região do Vale de Sousa. Esta escolha permitiu-me verificar diferenças a nível das



necessidades da população e no tipo de meios de assistência e a sua interligação. Durante os turnos na VMER do Vale do Sousa e na SIV de Amarante, foi perceptível como estas populações se encontram mais desprotegidas em termos de APH, mas também que as ativações para o 112 são situações mais graves, pois ainda não está enraizado o hábito de ligar 112.

Face às características particulares do SU, a minha escolha recaiu num dos maiores serviços de urgência do país, o que se tornou um desafio e uma oportunidade de compreender a dinâmica da urgência de fim de linha onde convergem centenas de pessoas e situações-problema que exigem aos profissionais as mais diversificadas respostas. No SU ocorrem situações de elevada tensão, face às quais o enfermeiro deve responder eficazmente, utilizando capacidades, habilidades e conhecimentos nas tomadas de decisão que se pretendem atempadas e adequadas. Por isso, foi importante conhecer o serviço e passar pelas suas diferentes valências, percebendo o tipo de trabalho desenvolvido em cada uma delas, o circuito que o doente percorre desde a sua admissão na triagem até ter alta, ou ser transferido para outro serviço ou para outro hospital.

A elaboração do relatório tem como objetivos: refletir de forma crítica e fundamentada sobre as atividades vivenciadas e desenvolvidas ao longo do estágio, relatar situações-problema e apresentar estratégias para a sua resolução demonstrando a aquisição de competências na área da EEMC e servir como instrumento de avaliação com vista a obtenção do grau de mestre com EEMC.

A identificação das situações problema nos locais de estágio, a sua análise crítica e a proposta para a sua resolução foram atividades transversais aos campos de estágio, das quais destacamos a nível do INEM a indevida utilização do 112, assim como a falta de conhecimentos em relação as medidas de SBV, tendo para isso realizado um póster e um panfleto e delineada uma ação de formação numa escola básica, tendo como fundamentação uma das recomendações do European Resuscitation Council referida por Nolan (2005), que preconiza a inclusão do SBV no currículo escolar. Contudo, só num pequeno número de países da Europa, o SBV é praticado por leigos que testemunham a paragem cardio-respiratória (PCR).



A formação em serviço tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados, e como refere Vélez (2009), esta visa a satisfação dos profissionais, a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas capacidades e conseqüentemente a mudança de comportamentos e atitudes. Considerando a importância da formação em serviço e após a observação e análise crítica das necessidades dos profissionais na área da APH, considere pertinente abordar a temática da Hipotermia Induzida (HI), dado que identifiquei esta lacuna nos cuidados pós-reanimação às vítimas de PCR. A HI é uma das técnicas que deverá ser implementada o mais precocemente possível, mesmo na APH, pois demonstrou ter efeitos neuro e cardioprotectores, com melhoria da sobrevivência e redução das sequelas neurológicas em doentes vítimas de PCR, conforme relata Pereira (2009,a).

Na APH como no SU, a vivência de situações específicas na assistência ao doente crítico e à sua família, conduziram-me à reflexão de dilemas no campo da ética e em conjunto com a orientadora elaborei um estudo de caso sobre a abordagem do doente na perspectiva da enfermagem avançada e na utilização das teorias de enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o que culminou numa reflexão pertinente sobre a questão da reanimação ou não reanimação a doentes terminais.

O processo vivenciado pela pessoa que recorre ao SU pode ser classificado como um processo de transição entre a saúde e a doença, com o estado de doença súbita e aguda a determinar a alteração do papel da pessoa neste processo, como enuncia Meleis, (2010). Neste contexto procurei enquadrar a minha ação neste processo de transição, procurando compreender as expectativas e receios da pessoa/família admitida no SU. A intervenção de enfermagem deve ser analisada com base numa visão holística, onde se compreenda que a doença de um dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades de toda a unidade familiar e não às de um indivíduo em particular, como acrescenta Gonçalves et al (2012).

A nível do SU, ao detetar a dificuldade sentida pelos enfermeiros em possibilitar à família permanecer junto dos doentes, quer pela confusão existente



quer pelas barreiras inerentes aos próprios profissionais elaborei um guia de acolhimento ao familiar no SU, para promover a presença das famílias junto dos doentes, como preconiza o direito de acompanhamento do utente nas urgências (Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho). A família é parte integrante e fundamental em todo o processo terapêutico e o momento de admissão no hospital constitui para a maioria dos doentes um dos momentos mais importantes, por representar, o início de uma nova experiência, num meio que muitas vezes, lhe é totalmente desconhecido.

Para ampliar o espírito crítico e reflexivo e inter-relacionar conceitos, tendo em vista a obtenção de uma melhor capacidade de atuação perante o doente/família em situação crítica, elaborei um artigo de revisão integrativa onde abordei a discussão sobre a presença dos familiares durante a realização dos procedimentos invasivos e durante a reanimação. Elaborei ainda, um estudo de caso sobre a atuação perante um doente crítico na sala de emergência à luz da teoria de Imogene King, por forma a desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e família, assim como na interligação das teorias de enfermagem com a prática.

No SU, também foram detetadas situações problema tais como a ausência de um Manual de Integração de Enfermagem, (MIE) que conforme refere a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2007,a), a mais-valia deste para os profissionais de saúde passa pela melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica com acesso a orientações eficazes e contextualizadas. Em conjunto com as colegas de estágio e com a equipa do SU, elaboramos um MIE, pois é fundamental que os enfermeiros se sintam motivados e integrados na instituição.

Na reta final do estágio é indispensável refletir sobre a sua realização, tendo em conta os objetivos previamente definidos e as atividades desenvolvidas no sentido de os atingir. A aquisição de competências científicas, técnicas e humanas numa perspetiva avançada de enfermeira com EEMC, fundamenta-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na experiência profissional e na consecução de cuidados efetivos adequados às necessidades do doente crítico. Sendo o enfermeiro especialista, entendido pela OE, (2011,a), como um profissional com um conhecimento aprofundado num



domínio específico de enfermagem, que demonstra um nível elevado de julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão, optei por estruturar este documento por domínios de competências, sendo estes: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria da qualidade dos cuidados; a gestão dos cuidados e por último o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Utilizando uma metodologia de análise crítico-reflexiva, este relatório está estruturalmente dividido em capítulos, começando pela introdução, seguido da definição dos objetivos e da descrição das atividades relevantes desenvolvidas, efetuando uma reflexão crítica sobre as mesmas, culminando na conclusão, remetendo para anexo os documentos que sustentaram a prática. Ambiciono que o relatório demonstre o quão enriquecedor e marcante foi este percurso e como contribuiu, para o verdadeiro trilho a percorrer no sentido ético e científico da profissão da enfermagem e na procura por ser uma enfermeira com EEMC perita na excelência do Cuidar.



2-DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A Enfermagem detém na atualidade património suficiente para que seja formalmente reconhecida como uma profissão e uma disciplina. Possuímos regulamento de exercício profissional para a prática de enfermagem (REPE), Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), controle sobre o ensino pelos pares, investigação e novos desenhos formativos, conforme nos refere Margato (2010), o que impõe aos enfermeiros a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na arte de cuidar.

No contexto do estágio pretendo que este relatório seja o espelho do meu crescimento pessoal e profissional, no qual de forma reflexiva irei apresentar os objetivos específicos previamente definidos no projeto, assim como descrever as atividades desenvolvidas, indo de encontro a esses mesmos objetivos, tendo como finalidade última a aquisição de competências de enfermeira com EEMC, pois como especifica Vieira (2009) a categoria de enfermeiro especialista, implica a prestação de cuidados de enfermagem com um nível aprofundado de conhecimentos e aptidões, para atuar especificamente junto da pessoa e família em situações de crise ou risco.

A definição de competência preconizada pela OE (2011,a) menciona o nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades e relativamente ao enfermeiro especialista, distingue competências comuns e competências específicas. Como competências específicas, acrescidas às comuns, a OE, define aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Segundo Alarcão & Rua (2005),a sua competência deve assentar num conjunto de características tais como: uma personalidade equilibrada, humanista



e responsável, deve possuir conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados, ter a capacidade de analisar os fenômenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado e de trabalhar em equipas multidisciplinares mantendo sempre uma atitude de aprendizagem contínua. O enunciado destes autores permitiu-me refletir e basear as minhas ações neste percurso rumo à excelência.

A realização do estágio é fundamental para a aplicação prática e a integração dos conhecimentos académicos e empíricos, pois o estágio integra toda uma vertente prática, essencial ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista, pois segundo Leite (2006), espera-se que o enfermeiro seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação. Para este autor, ser enfermeiro especialista implica uma prática profissional onde predominam competências clínicas especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, daí ser de extrema importância a realização de estágios para incrementar essas competências.

O estágio visou o desenvolvimento de competências de enfermeira com EEMC, tendo como base as competências enunciadas pela OE (2011,a), que servem de pauta para a atuação dos enfermeiros especialistas, definidas por domínios de atuação sendo estas a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria da qualidade dos cuidados; a gestão dos cuidados e por último o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para tal, defini como objetivos específicos ao longo do estágio os seguintes:

- Assegurar a prestação de cuidados de Enfermagem que demonstrem a existência de conhecimentos aprofundados e atualizados na área EEMC;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e da minha formação pós graduada;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;



- Compreender a dinâmica do INEM e do SU;
- Desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e família, assim como com a equipa multidisciplinar;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC;
- Conhecer o sistema de informação utilizado nos locais de estágio;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de Enfermagem.

A integração na dinâmica dos locais de estágio foi positiva, dado que com disponibilidade, espírito de interajuda, empreendedorismo e capacidade de adaptação a situações novas e complexas, conquistei por parte da equipa multidisciplinar reconhecimento e confiança, o que culminou na sensação de me sentir como um dos elementos da equipa. A saudável interação estabelecida com a equipa facilitou, sem dúvida, todo o processo de integração e aprendizagem, permitindo que ao longo do estágio fossem desenvolvidas atividades e adquiridas competências que irei descrever seguidamente.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Da OE (2001) emergiram os seguintes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Saúde, a Pessoa, o Ambiente os Cuidados de Enfermagem. A partir destes enunciados foram definidas seis categorias, que determinam os objetivos a atingir no desempenho da nossa profissão, a Satisfação dos clientes, a Promoção da saúde, a Prevenção de complicações, o Bem-estar e o autocuidado dos clientes, a Readaptação funcional e a Organização dos serviços de enfermagem. A OE enumerou estes princípios gerais, os quais considero imprescindíveis na base da elaboração deste relatório, pois os enfermeiros deverão manter uma procura permanente da excelência no exercício profissional, e certamente eu também o procuro, quer no presente, quer no futuro como enfermeira com EEMC.



No domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Deve tomar decisões éticas tendo por base o CDE e o enquadramento jurídico, suportando a decisão em valores e normas deontológicas, promovendo a proteção pelos direitos humanos, o respeito, a confidencialidade, a dignidade, prevenindo as práticas de risco com a finalidade de aumentar a segurança nas dimensões ética e deontológica, de acordo com a OE (2011,a).

Assim, como futura enfermeira com EEMC e com base na minha formação inicial e profissional, procurei transmitir conhecimentos á equipa multidisciplinar, desejando atingir os seguintes objetivos:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, como se espera de um futuro enfermeiro com EEMC
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

Em contexto de APH e do SU, os meus procedimentos mais relevantes foram: a avaliação do estado de consciência, a abordagem à via aérea, monitorização dos parâmetros vitais, técnicas de imobilização, especialmente nos casos de trauma e suporte farmacológico. O estado crítico destes doentes, implica que seja garantida a segurança dos procedimentos e zelo pelos cuidados prestados pelos enfermeiros, assim como pelos outros profissionais. Pretendendo ir de encontro ao que preconiza este domínio, desenvolvi atividades de âmbito técnico e relacional que me proporcionaram aprofundar competências técnicas e humanas essenciais na abordagem/intervenção ao doente e à sua família, tais como a identificação das situações clínicas mais comuns e a identificação de situações problema que interfiram na prestação de cuidados, numa perspetiva ética e deontológica.

Considero pertinente salientar que durante este estágio as atividades que me enriqueceram e mais contributos me ofereceram, não foram as de índole



técnico, dado que exerço a minha atividade numa UCI altamente diferenciada onde a componente técnica se aproxima muito da área da APH e da urgência, mas, fundamentalmente, as de índole relacional e comunicacional. Adotando uma postura de disponibilidade, humildade, mas proactiva no processo de aprendizagem, foi possível desenvolver estratégias para a resolução das situações problema identificadas.

A pertinência destes estágios recaiu na necessidade e gosto pessoal em conhecer a dinâmica destas áreas e fundamentalmente em contactar com o doente/família numa outra realidade, a que antecede em muitos casos, a chegada a uma UCI. Estes, ao vivenciarem o processo de transição saúde/doença de forma muitas vezes aguda e grave necessitam, de um apoio diferenciado, no qual o enfermeiro e sem dúvida o enfermeiro especialista assume um papel preponderante. Como futura enfermeira com EEMC, estou convicta que o caminho para a visibilidade da enfermagem é a imagem que cada um de nós dá ao outro que cuida, neste sentido procurei ser o rosto de uma enfermagem responsável ética e legalmente.

A enfermagem é uma profissão que se fundamenta na relação com o outro e desenvolve competências na relação de ajuda, empatia e comunicação, essenciais à eficácia e à eficiência dos cuidados prestados. Corroborando Sousa (2008), o enfermeiro é um profissional do cuidado humano e assume um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida. Nesta perspetiva e de acordo com a observação da dinâmica da equipa de enfermagem do INEM e do SU, emergiu como oportunidade de melhoria a questão de abordar e aprofundar a área da relação de ajuda e da comunicação com o doente/família sensibilizando, ainda que, informalmente a equipa multidisciplinar.

Os pontos fundamentais para os quais direcionei as minhas reflexões e atividades foram no sentido da informação ao doente/família, no respeito pela sua autonomia e individualidade, no respeito pelo doente em final de vida e na assistência à família no processo de luto. Sendo os dilemas éticos uma constante na realidade da APH e do SU, espero demonstrar com casos reais vivenciados no estágio, como a atuação dos enfermeiros é determinante e como futura



enfermeira com EEMC, espero ter contribuído para ativar consciências para a reflexão destas temáticas.

Durante o estágio, tive sempre presente que mesmo no contexto de emergência, devemos respeitar o doente na sua autonomia e individualidade, apelando aos princípios bioéticos, nunca esquecendo que mesmo nas situações de urgência, em que o tempo urge, o consentimento do doente, quando possível deve ser solicitado ao próprio, como refere Bandeira, (2008). O CDE (2009,a), artigo nº 84, salienta que o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem e de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem. Assim, procurei incluir a família nos cuidados, permitindo-lhes a presença junto dos doentes, o que nem sempre foi fácil, tendo em conta as contingências da APH e do SU. Com a minha atitude de disponibilidade, sensibilizei a equipa que demonstrou mais abertura à presença dos familiares, indo de encontro ao preconizado pela lei de acompanhamento do doente no SU, (Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho).

Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, pois os doentes têm o direito de aceder à informação e de participar nas decisões sobre a sua saúde. Deste modo, demonstrei sempre disponibilidade para esclarecer as dúvidas, assistindo o doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, refletindo sobre ações autónomas e interdependentes de enfermagem. A avaliação da situação social do doente e das implicações psicossociais decorrentes da doença, foram imprescindíveis para encontrar estratégias para a resolução das situações problemáticas identificadas, integrando o doente e a família no processo terapêutico, tomando consciência das competências a adquirir como futura enfermeira com EEMC.

O estágio permitiu aprofundar e desenvolver os saberes adquiridos nas unidades curriculares teóricas, numa aquisição progressiva de competências e na integração global dos conhecimentos, pois exige-se dos enfermeiros qualidades científicas, técnicas, humanas e relacionais. Sendo assim, este foi o caminho para



a obtenção do saber-fazer, saber-ser e saber-estar na enfermagem, de modo mais criativo, sistemático e reflexivo e ambicionou ser um campo de experiências onde a aplicação de conhecimentos, como o exercício de um juízo crítico conduziu a intervenções refletidas e de maior qualidade na prestação de cuidados como futura enfermeira com EEMC.

Na APH e no SU, tive acesso a uma grande variedade de experiências, devido à multiplicidade de situações clínicas. Esta multiplicidade permitiu o contacto, desde o doente crítico ao doente crónico, revelando-se ótimos locais para o desenvolvimento de competências e produção de conhecimento. Além dos fatores já enumerados, acrescento ainda as orientações para as intervenções do enfermeiro na APH, enunciadas pela OE (2007,b), que servem de guia para a prática, e onde é visível a importância do enfermeiro no cuidado ao doente crítico em situação extra-hospitalar, assim como à sua família, pois tem como papel garantir a adequada informação e acompanhamento à família do doente vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.

A enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, e para que isso seja viável é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado e é necessária a troca de informações e de sentimentos, como nos refere Silva (2004). Este autor acrescenta ainda que reconhecer os sentimentos do doente é fundamental para o enfermeiro, pois é através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do doente e pode realizar um plano de cuidados sistematizado, considerando a pessoa como um todo, desenvolvendo uma postura empática. A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha do enfermeiro, elas constituem uma dimensão *sine que non* da qualidade dos cuidados, como nos refere Phaneuf (2005).

Na elaboração do plano de cuidados, o processo de tomada de decisão é fundamental, e em contexto de emergência torna-se imprescindível. É por vezes difícil definir prioridades, atuar de forma eficiente de acordo com os recursos disponíveis, o que exigiu da minha parte um sentido de objetividade, de salvaguardar a vida da pessoa em primeiro lugar e só após procurar identificar as suas necessidades psicológicas e sociais, assim como da família. Inúmeras vezes o cuidado em não expor o corpo da pessoa, protegendo a sua intimidade, é



significativo para a pessoa e para a família, pelo que deverá ser incorporado na nossa prática diária. Deveremos ser criativos para definir estratégias, de modo a garantir a adoção de boas práticas na prestação dos cuidados aos doentes, pois o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com o que enumera a OE (2001).

A metodologia de trabalho no INEM tem por base, protocolos e procedimentos bem definidos segundo os quais os seus profissionais orientam e adequam as suas intervenções de forma segura e uniforme. Respeitando as recomendações emanadas pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (2010), no INEM e no SU, procedi à abordagem inicial dos doentes que necessitavam de cuidados de emergência segundo a nomenclatura ABCDE. Genericamente: A – via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Esta nomenclatura, é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária da vítima e aplicando esta nomenclatura pude identificar, corrigir ou estabilizar situações que colocavam o doente em risco de vida imediato. Como enuncia Carneiro & Neutel, (2011) a metodologia ABCDE tem como objetivo fazer um exame rápido e eficaz, procurar lesões que possam colocar em perigo a vida e atuar á medida que essas lesões vão sendo detetadas.

Exemplifico com o caso de um doente em edema agudo do pulmão, em que detetei como situação problema a não utilização de um equipamento denominado *Bousignac*, que possibilita a pressão positiva nas vias aéreas, com evidência científica da eficácia verificada na sua utilização em casos de edema pulmonar. Fiz a sugestão à equipa da VMER, e o enfermeiro coordenador ao tomar conhecimento, agilizou o pedido ao hospital para adquirirem esse equipamento, o que foi gratificante para mim.

As situações mais comuns na APH são episódios de doença súbita, tais como, hipoglicemias, alterações do estado de consciência, dispneia, dor torácica, convulsões, situações de PCR e situações de trauma, com a assistência em situações tais como acidentes de viação, quedas, atropelamentos, etc. A área que destaco é a do trauma, que é sem dúvida uma das áreas de excelência onde



temos por base a hora de ouro, em que 50% das mortes ocorre de imediato após o acidente, daí as medidas instituídas se revelarem da maior importância. A avaliação da escala de coma de Glasgow é uma forma rápida de avaliação e é essencial no tratamento, tendo presente em simultâneo a prevenção da hipovolémia e da hipotermia, que em situações de trauma pode agravar o prognóstico.

O traumatismo constitui uma das principais causas de morte em Portugal, atingindo na maioria das vezes os grupos etários mais jovens. De acordo com Nunes (2009), confluem um conjunto de situações que sustentam a liderança de Portugal nas estatísticas, havendo uma grande sinistralidade rodoviária, elevado consumo de álcool, deficientes níveis de proteção laboral e défices culturais enraizados. O enfermeiro desempenha um papel de grande responsabilidade no atendimento ao doente politraumatizado, pois participa ou é mesmo o principal responsável na abordagem/ avaliação que é efetuada quer a nível da APH ou no contexto do SU.

Como nos refere ainda Nunes (2009), a avaliação inicial tem como objetivo despistar situações que se associam ao risco imediato de vida, onde se inclui: controlo da via aérea e coluna cervical, ventilação, circulação com controlo de hemorragias, avaliação neurológica e exposição com controlo de temperatura. Mateus (2007) alude que compete à equipa de emergência a estabilização do doente e a preparação deste para o transporte. Esta autora salienta ainda que a formação dos elementos intervenientes tem de ser elevada e é essencial que seja atualizada através da formação contínua.

Assim, destaco o caso de um acidente de viação com multi-vítimas, em que houve necessidade da intervenção da equipa de desencarceramento, e onde foram envolvidos inúmeros meios de socorro: bombeiros, ambulâncias SBV, ambulância SIV, VMER. Neste caso tive a possibilidade de verificar a interligação entre os diferentes meios, assim como proceder à triagem e estabelecimento de prioridades quer no atendimento, quer na devida imobilização dos acidentados. Esta experiência tornou-se única e merecedora de destaque pois, ao estar dentro do automóvel sinistrado, junto da vítima, enquanto decorriam as manobras de desencarceramento, procedi ao alinhamento e estabilização cervical, assim como



à vigilância do estado neurológico e funções vitais da vítima, tendo como suporte uma vasta equipa multiprofissional.

Tratava-se de um jovem de 20 anos, com o qual estabeleci uma relação de ajuda, transmitindo segurança e calma, enaltecendo o papel do enfermeiro na assistência ao doente crítico e sem dúvida que ficará como uma experiência inesquecível para mim. Considerei esta situação um enorme desafio mas, com a interajuda de todos os elementos, o desempenho foi excelente, pois tive a percepção da necessidade da máxima interligação entre os membros da equipa interdisciplinar, assim como dos diferentes meios que constituem a APH, tendo demonstrado a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, como se espera de um futuro enfermeiro com EEMC.

Outra situação que merece destaque no âmbito do trauma neste estágio foi de um jovem de 22 anos, vítima de queimadura por eletrocussão em poste de alta tensão, com queda de 4 metros de altura, associando a situação de trauma e queimado, com compromisso da via aérea onde tive de adequar a minha intervenção a cuidados diferenciados de uma vítima queimada em choque e aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares.

Acrescento ainda o caso de uma criança de 7 anos, vítima de atropelamento, Glasgow 8, numa ativação da VMER, onde dada a gravidade da situação foi necessário fazer o *rendez-vous* com a SIV, e onde mais uma vez é de enaltecer o trabalho grandioso de uma equipa multidisciplinar em atuação conjunta, que resulta na eficácia na assistência ao doente grave. A realização de procedimentos tais como entubação endotraqueal, administração de sedação e analgesia, a imobilização cervical, a monitorização contínua dos parâmetros vitais, a realização de eletrocardiogramas de 12 derivações e a vivência de situações entre a vida e a morte, são comuns na UCI onde trabalho, contudo a condicionante de ser em ambiente extra-hospitalar, acarreta novos desafios e emoções, tornando-se aliciante, mas por vezes complicado em algumas situações.



Ressalvo o fato da dificuldade sentida, em situações emergentes e imprevisíveis, para poder adequar as intervenções de enfermagem às necessidades detetadas, salientando os aspetos da falta de espaço e da contínua presença de familiares e populares. Estes aspetos que no início me pareceram dificuldades, foram ultrapassados e pude perceber a importância da família/amigos na obtenção da história clínica e mesmo no socorro à vítima, onde foi possível identificar situações problema, inerentes ao doente e à família, tais como o défice de conhecimentos inerentes à patologia e terapêutica, ansiedade e medo face ao prognóstico e incapacidade de adoção de medidas básicas de socorro. Contudo também é gratificante para a equipa de enfermagem a proximidade com a população, havendo por parte desta o reconhecimento e a gratificação pelo trabalho, o que proporcionou um sentimento de realização numa perspetiva pessoal e profissional.

Durante a realização do estágio no CODU, tive a experiência de observar como se processa o acionamento dos meios de emergência do INEM e como se faz a articulação entre bombeiros, ambulâncias SBV, SIV e outros meios diferenciados tais como VMER, helicópteros e transporte de recém-nascidos de alto risco. Foi possível perceber o sistema de informação utilizado, assim como o fluxograma de avaliação da história clínica, que serve de base à gestão de prioridades e à atribuição desde P1 até P10. Em Portugal, o sistema atualmente utilizado classifica as ocorrências em 10 categorias distintas. Destas, apenas quatro originam o acionamento de meios (P0, P1, P3 e P9) e estes correspondem a situações de risco de vida onde se assume a necessidade de providenciar uma resposta imediata, conforme refere Ramos (2011). Participei no atendimento das chamadas onde me possibilitaram emitir opiniões e auxiliar na percepção das situações que nem sempre são óbvias, onde devido ao meu espírito de iniciativa e disponibilidade demonstrei competências de autonomia e capacidade de decisão em situações de emergência.

Este estágio coincidiu com a alteração dos fluxogramas de triagem, em que são pré determinadas as perguntas a efetuar e a partir daí, é atribuído um grau de prioridade que o próprio sistema determina. Esta alteração criou alguma instabilidade nos meios e na organização do próprio CODU, contudo até ao final do estágio, pude verificar que os fluxogramas foram adaptados e a sua utilização



é mais sensata e eficaz. O aparecimento destes fluxogramas surge com a necessidade de uniformizar a atribuição de prioridades e também salvaguardar o trabalho dos operadores que mesmo dotados de imensa experiência, nem sempre conseguem perceber as necessidades reais de quem pede ajuda do outro lado do telefone. Saliento, que a população carece de formação e informação de como se processa a ativação do 112, o que é deletério para o envio dos meios adequados e para o socorro atempado das vítimas, o que potenciou a minha decisão de intervir neste domínio, como será descrito posteriormente neste relatório.

Na APH atuamos muitas vezes no meio ambiente envolvente do doente, num contacto próximo com os seus familiares. Assim, é possível fazer ensinamentos, alterar hábitos nocivos, potenciar o ambiente circundante, de forma a promover a saúde e a diminuir os episódios recorrentes de utilização dos meios de socorro e das instituições hospitalares. Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade pelo processo de educação dos doentes e familiares sob os seus cuidados, de acordo com o contexto de vida e os hábitos socioeconómicos e culturais destes.

Realço, por isso, o caso de uma jovem, encontrada inconsciente pela colega de quarto, que se encontrava com hipoglicemia severa (22mg/dl) à chegada da equipa da VMER. Tinha como antecedentes diabetes tipo I, e a colega referiu que quando a encontrou, fez a administração da insulina de emergência. Considerei pertinente avaliar o que tinha sido administrado, e não era a de emergência (glucagon), mas sim havia-lhe dado 30 unidades de insulina rápida, o que agravou a situação. Nesta situação, foi relevante efetuar o ensinamento adequado, e mesmo em situação de urgência é importante disponibilizar tempo para educar a população. O papel do enfermeiro é preponderante na educação para a saúde, o que pode fazer a diferença entre a vida e a morte, como evidencia este caso. Assim, o enfermeiro apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura do doente, dando-lhes informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e oferecendo-lhes apoio afetivo, conforme nos refere Benner (2001).

A prática da enfermagem assenta numa relação enfermeiro/pessoa e o cuidar é um conceito que se desenvolve em nós próprios desde que adquirimos



autonomia ou um ato de reciprocidade que prestamos a alguém debilitado, assim defende Collière (1999). Para Hennezel (2000) as mãos podem ser uma ferramenta ideal, transmitindo amor e ternura, suavizando a dor e o conforto, comunicando, por vezes, o que a palavra não consegue. As mãos tocam e são canais de serenidade, de paz e de energia curativa e podem ajudar em situações difíceis, transmitindo a segurança que não se está sozinho, suavizando a ingrata tarefa de comunicar uma má notícia. O toque é uma forma de transmitir tranquilidade, demonstrar afeto e iniciar a relação de ajuda, dado que os doentes estão mais sensibilizados para os cuidados e interesse dos enfermeiros quando há contato físico por parte destes, o que representa uma importante ferramenta da comunicação não-verbal, como nos diz Roxo (2008).

A morte e o luto estão presentes nos nossos contextos de trabalho, por isso é necessário adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades e competências de forma a encarar e gerir a morte do outro que nos é semelhante. Ajudar o doente e a família num momento em que experimentam este sofrimento, constituiu um dos maiores desafios da prática quotidiana dos profissionais de enfermagem, como refere Saraiva (2009). Os enfermeiros utilizam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer um contacto com o doente, sendo este tipo de contato, cheio de calor humano, muitas vezes o único meio que permite o conforto e a comunicação, afirma-nos Benner (2001).

Saliento o caso de uma doente em estado grave, transportada ao hospital que acabou por falecer, estando presente uma filha que se encontrava sozinha. Acompanhei a senhora até a sala da família do SU, e tendo em conta a situação específica de que esta se encontrava sozinha e no momento não havia ninguém disponível para estar com ela, tomei a iniciativa de comunicar a notícia à senhora, pois era a única pessoa que ela tinha como referência naquele momento, dado que tínhamos estado na sua casa, minutos antes, a assistir a sua mãe. A comunicação é um dos pilares essenciais dos cuidados ao doente em fim de vida e é uma ferramenta terapêutica que exige por parte do profissional treino e formação, pois a adaptação do doente à sua situação e a capacidade de reorganizar a sua vida depende da eficácia deste processo, como nos refere Alvarenga (2009).



Tenho presente que na confusão de um serviço de urgência e na necessidade do enfermeiro da APH realizar todos os procedimentos burocráticos, essenciais ao adequado funcionamento do sistema, o tempo para a família, não é o suficiente, contudo foi possível criar de uma forma tranquila o ambiente e a disponibilidade necessária à comunicação, sendo necessário identificar as estratégias mais adequadas à transmissão de informação à família, nomeadamente na comunicação de más notícias.

A comunicação de más notícias constitui uma das problemáticas mais complexas, pois são situações que geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, como comentam Pereira, Fortes & Mendes (2013). Como nos refere Kubler-Ross (2008) temos de pensar na forma de partilhar as informações com a pessoa doente, em vez de ponderarmos se devemos ou não dizer a verdade. Pereira, (2009,b) acrescenta que a notícia deve ser dada de forma gradual, adaptada à capacidade de compreensão e personalidade de cada doente/família, sem eufemismos e sem retirar a esperança, pois a evidência documenta que a esperança tem um efeito terapêutico e é uma importante ferramenta de *coping* para ajudar o doente a lidar com as incertezas da doença, como refere o estudo de Cavaco et al, (2010).

A morte, a sua vivência e a comunicação da morte pela equipa é uma realidade que deve ser refletida, deste modo o protocolo de Buchman (1992), denominado SPIKES pode ser facilitador da comunicação e contempla seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência de como dar más notícias e pode orientar este processo que começa por analisar o que envolve o contexto do doente, quem deve estar presente, descobrir o quanto o doente sabe sobre a doença e o quer saber; partilhar a informação com o doente, responder aos sentimentos deste e planear o acompanhamento do doente.

Como futura enfermeira com EEMC procurei adquirir um conjunto de competências técnicas e relacionais que permitissem dar resposta às diferentes exigências do dia-a-dia, de modo a desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e família, assim como, com a equipa multidisciplinar. Neste caso, adotando uma postura e atitude empática, foi



possível ultrapassar rotinas e conduzir certamente outros na mudança de atitudes. Ressalvo a minha experiência profissional na UCI, onde adquirimos competências nesta área, o que se traduziu numa mais-valia nestas situações, permitindo demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família de forma terapêutica, respeitando as suas crenças e diferenças culturais.

No nosso país, o REPE (1998), refere que os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Deste modo, destaco o caso da ativação para uma vítima inconsciente, de 86 anos de idade, que se encontrava em PCR, à chegada da equipa de SIV, com SVB efetuado pelos bombeiros presentes a qual não foi possível reverter, tendo sido dada indicação pelo CODU, para se proceder à transferência para o hospital. Na ausência da equipa da VMER, que se encontrava noutra local, e na ausência de um médico no local, que poderia ser o médico de família, as manobras foram mantidas até ao hospital e só foram suspensas com indicação da médica na sala de emergência (SE). Esta situação, assim como outra anterior, em que mantiveram manobras de reanimação num doente acamado, com doença oncológica, mas sem qualquer indicação médica para não se proceder à reanimação, fizeram-me refletir em termos éticos e deontológicos no papel do enfermeiro nestas situações.

Este caso, fez-me refletir também sobre a imposição legal do fato da verificação da morte ser um ato médico. Levantei algumas questões como: Porque se iniciam manobras de reanimação? Será um caso de obstinação terapêutica? Não devemos com base na evidência científica respeitar aquele que está diante de nós? Se este se encontra em fase terminal, o que estamos a fazer? De fato temos como obrigação moral e profissional utilizar todos os nossos conhecimentos e meios para salvar uma vida, contudo quando isso não é possível, estes casos deveriam estar devidamente referenciados pelos médicos de família ou pela equipas hospitalares em consonância com as famílias para que numa situação limite não se enveredem manobras fúteis e que apenas prolongam o sofrimento da família e não fazem respeitar o corpo após a morte.



As instruções de não reanimar numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias, conforme nos refere o autor, Santos (2005): quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca; quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada e quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal que não é seguramente aceite pelo doente. Este autor acrescenta ainda que, no exercício atual da medicina porventura as decisões mais difíceis, mais controversas e mais carregadas de conteúdo emocional, referir-se-ão às situações nas quais, se opta por não utilizar todas as medidas terapêuticas disponíveis, devido à carga emocional que acarretam para as famílias e para os profissionais.

As tecnologias médicas atualmente existentes aplicadas nas situações limite exigem um complemento adicional na formação humana, na coordenação da equipa multidisciplinar e na capacidade de comunicação que constituem os elementos fundamentais no apoio aos doentes e às suas famílias, apelando essencialmente ao bom senso, altruísmo, capacidade de decisão de suspensão das medidas na fase terminal, promovendo o alívio do sofrimento e uma morte com dignidade.

As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com a *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física e está configurado no Código Penal, art.º 150º, como cita Deodato (2008). Contudo, fica aqui apenas a reflexão de que existe uma impossibilidade em que o enfermeiro dotado de conhecimentos científicos e técnicos avançados não possa confirmar o óbito e também a lacuna e o vazio em que se encontram estas famílias que ativam o 112, pois não foram devidamente preparadas e esclarecidas para a situação do seu familiar, o que aumenta consideravelmente o seu sofrimento.



A relação de ajuda com o doente e a família, o assistir o doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, demonstrando disponibilidade para esclarecer as dúvidas foi possível, ao contrário do que esperava, pois em situações de emergência onde o tecnicismo parece assumir prioridade, há espaço para desenvolver competências na área relacional e comunicacional, o que nem sempre se verifica e cabe a cada um de nós como enfermeiros especialistas marcar a diferença.

A relação de ajuda é uma competência da arte do cuidar em enfermagem que envolve um processo relacional. Segundo Abreu (2008), a comunicação é fundamental nas intervenções de enfermagem de qualidade. O enfermeiro que ajuda o doente em todas as suas dimensões está a contribuir para o cuidar em enfermagem e deve consolidar as suas competências nesse sentido. O atendimento urgente/emergente assume-se como um sistema que deve aliar um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, o que somente será realidade se coligarmos de uma forma sólida os princípios orientadores da OE, com a responsabilização de cada um de nós, visando o cuidado holístico à pessoa e o compromisso ético e deontológico.

Vários estudos apontam que fornecer informação aos doentes e familiares e envolvê-los satisfaz várias necessidades tais como: ajudar a lidar com a doença, reduzir os estados depressivos, o *stress* e a ansiedade, preservar a dignidade e o respeito, promover o sentimento de segurança, aumentar a adesão e o compromisso, a aceitação de procedimentos e a responsabilidade do doente, como nos refere Ramos (2004). O estudo de Martins et al (2008), sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre o acolhimento à família numa SE, conclui que as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidado à família estão relacionadas com o medo do envolvimento emocional e o desespero dos profissionais em lidar com situações de crise na família e o enfrentamento em situações de morte. Este estudo, alvitra ainda a valorização do cuidado à família como uma prática em contexto de emergência e salienta a necessidade da formação adequada a esses profissionais.

De acordo com a Lei nº 33/2009 de 14 de julho, o SU deve permitir a entrada de um acompanhante por utente, contudo no nosso país o cumprimento



desta lei nem sempre tem sido possível, dadas as limitações de espaço das nossas urgências, aliado ao crescente número de pessoas que ocorrem todos os dias ao SU. Contudo, se ainda não reunimos condições de aplicabilidade de uma lei que confere o direito a alguém para estar acompanhado num momento tão delicado, como poderemos evoluir para o debate que outros países impõem no presente, a presença da família durante as manobras de reanimação- sim ou não? Penso que ao refletirmos sobre este assunto, haja a consciencialização da necessidade de mudar. A American Heart Association, (2010), nas diretrizes de ressuscitação recomenda que seja oferecida a possibilidade da família permanecer na SE durante a ressuscitação. Essa recomendação convida-nos a refletir na comunicação que estabelecemos com a família. Silva (2004), refere-nos que muitas mudanças internas precisarão ocorrer para que possamos oferecer aos familiares a oportunidade de estar perto do seu ente querido, naquele que poderá ser o último momento juntos.

A elaboração de um artigo de revisão integrativa, intitulado, “Presença da família durante os procedimentos invasivos e manobras de reanimação-qual o estado da arte?”, que se encontra no anexo III, abordando esta temática foi um dos meus objetivos e surgiu com o propósito de permitir a reflexão sobre este assunto. Contudo, os estudos efetuados são na maioria a nível internacional e daí considere pertinente promover a discussão à luz da nossa realidade, utilizando o método da revisão integrativa, pois esta consiste num método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, conduzindo os enfermeiros à prática baseada na evidência, ampliando a qualidade dos cuidados de enfermagem, conforme nos refere Mendes, Silveira & Galvão, (2008).

O objetivo deste trabalho foi saber se a presença da família durante as medidas de reanimação ou procedimentos invasivos têm um impacto positivo ou negativo na família e nos profissionais de enfermagem e quais as atitudes dos enfermeiros nestas situações, sendo possível formular e analisar questões e problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. O artigo em questão foi remetido à



candidatura para publicação numa revista da área, por forma a dar corpo à produção de conhecimento em enfermagem.

Os resultados deste artigo enunciam os aspetos positivos para a presença da família que são: compreender que as medidas e esforços de reanimação foram as máximas e que tudo foi efetuado pelos profissionais, a oportunidade para a família apoiar o seu ente querido e de se despedir em situações de fim de vida, a participação em decisões de fim de vida facilitando o processo de luto e providenciar explicações e demonstrar à família que a sua presença é um direito. Como motivos para excluir a presença das famílias são apontados: o baixo nível de conhecimento dos familiares, as memórias traumáticas, a interferência no trabalho dos profissionais, a diminuta escassez de recursos humanos, o aumento do risco de infeção, o desconforto dos profissionais em se sentirem observados na sua atuação e o seu medo de falhar e o obstáculo à comunicação na equipa.

Não sendo possível obter dados concretos da nossa realidade, dadas as limitações inerentes ao tempo disponível no estágio, importa referir algumas opiniões recolhidas junto dos profissionais da urgência acerca das vantagens e desvantagens da presença dos familiares durante a realização dos procedimentos invasivos ou mesmo nas manobras de reanimação. É quase consensual que a presença dos familiares diminui o número de conflitos entre familiares e profissionais, dado que estes estão a par de todos os procedimentos efetuados e as dúvidas acerca do estado clínico vão sendo dissipadas ao longo da estadia na urgência, aumentando o nível de confiança nos cuidados e nos profissionais. Contudo, apontam a falta de recursos humanos e de estruturas físicas para possibilitarem a permanência da família no serviço de urgência, tendo em conta o respeito pela privacidade e dignidade da pessoa humana.

Em relação à presença durante as manobras de reanimação, a realidade que vivenciei ainda se encontra longe da que nos apontam os estudos efetuados. Para estes profissionais, a população portuguesa ainda não está preparada a nível de conhecimentos e culturalmente, para poder assistir à reanimação do seu familiar, permitindo aos profissionais o desempenho adequado das suas funções, sem interferências. Em relação aos familiares, pude constatar que cada vez mais procuram integrar-se nos cuidados, havendo uma maior aproximação entre



familiares e profissionais, fato esse possibilitado pela maior abertura das instituições às famílias e ao espírito dos profissionais que cada vez mais se disponibilizam a estar com as famílias, perdendo o medo da exposição, aumentando a sua autoconfiança, o que de certa forma permitirá a valorização de uma imagem de um profissional com sentido ético e humano ao mais alto nível, e é sem dúvida este papel que os enfermeiros devem assumir.

A mudança exige sempre comprometimento e tempo para sua efetivação, logo é exequível que as famílias acompanhantes de doentes internados sejam alvo de atenção da equipa hospitalar, sobretudo da enfermagem, se as considerar como parceiras no cuidado ao doente, pois manifestam necessidades de saúde e de cuidados face às situações da doença e da hospitalização, como refere Gonçalves et al (2012). De acordo com Sousa, Almeida & Simões, (2011), as vantagens de ter elementos da família presentes no SU têm sido reconhecidas, por exemplo, como uma importante estratégia clínica para apoiar as famílias na gestão da morte súbita de um dos seus membros. Cuidar de doentes em fase aguda exige do enfermeiro o desenvolvimento de competências na área da comunicação com a família, em que o equilíbrio da informação a dar, a forma como ela é transmitida e a linguagem utilizada tornam-se fundamentais, conforme narra Hanson, (2005). Assim, as minhas intervenções passaram pelo acolhimento da família, pela estimulação da sua presença junto do doente, sempre que as condições do serviço o permitissem.

Durante a minha permanência no SU, pude constatar o poder nefasto da dor, o sofrimento e a angústia dos familiares que aguardavam por informações. Como exemplo disso, refiro o caso de um doente, com quadro de intoxicação voluntária por um herbicida que deu entrada na sala de emergência (SE). Apresentava-se com Glasgow de 9, hemodinamicamente instável, com hipotensão acentuada e com dificuldade respiratória a agravar-se, necessitando dos cuidados inerentes a um caso de intoxicação. No meio daquela panóplia de intervenções, apercebi-me que se encontrava uma senhora à porta extremamente nervosa, questionando todos os profissionais que encontrava sobre o estado de saúde do seu pai, ficando cada vez mais apreensiva por ninguém lhe dar informações adequadas. Aproximei-me dessa senhora e procurei ouvi-la, adotando uma postura empática, transmitindo calma, informei-a que o seu pai se



encontrava em observação, e que assim que fosse possível o médico ou a enfermeira que o assistia, falariam com ela e poderia ir para junto dele. A familiar ficou mais calma e tranquila, o que foi gratificante para mim.

Perante esta situação tive a oportunidade de desenvolver a relação de ajuda com a família/pessoa significativa do doente em estado crítico na SE, desenvolvendo cuidados humanizados e diferenciados. Este tipo de situações aconteceram frequentemente, pelo que sempre que um doente entrava para a sala de emergência, e depois de a situação estar estabilizada procurava a família/pessoa significativa. Deste modo demonstrei sempre disponibilidade para esclarecer as dúvidas, assistindo o doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, integrando o doente e a família no processo terapêutico.

A equipa de enfermagem com que contactei no SU, não tinha como preocupação primordial dar informação atempada aos familiares, talvez por dificuldade em comunicar com estes, especialmente no campo das más notícias. Referiam que a informação aos familiares é do campo de ação da equipa médica, o que me deixou inquieta, pois são os enfermeiros que se encontram melhor preparados para o contato com o outro, dada a sua proximidade ao doente e a sua formação altamente diferenciada a nível técnico e relacional. Como oportunidade de melhoria face a esta situação detetada, excluindo a possibilidade de formação em serviço, optei por partilhar com a equipa os resultados da minha pesquisa para o artigo, demonstrando de acordo com a evidência a importância da presença da família, assim como da sua envolvência nos cuidados. Como futura especialista dei o primeiro passo no sentido da comunicação, potenciando a relação terapêutica, quebrando barreiras e hábitos na equipa do SU.

A comunicação é um instrumento terapêutico de grande utilidade para estabelecer um clima de confiança, pois esta é uma forma de promover a relação de ajuda e de confiança, como refere Phaneuf (2005). A família pode contribuir para a saúde dos seus elementos através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos e cuidados aos seus doentes, assim refere Hanson, (2005). Por isso, torna-se fundamental que na prestação de cuidados a estes doentes, o ensino direcionado para o autocuidado seja fundamental, de modo a desenvolver, no



próprio e na família, competências que permitam controlar a doença. Durante a gestão dos cuidados a estes doentes promovi o ensino para o auto cuidado, abordando não apenas aspetos relacionados com a sintomatologia e a terapêutica, mas também, os aspetos relacionados com o exercício físico, a alimentação e outros.

Na área da orto traumatologia, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com múltiplas fraturas e outras situações de trauma como quedas e acidentes de trabalho ou de viação. A situação sobre a qual recaiu a minha atenção foi a fractura de colo de fémur, dado ser muito frequente no SU, daí ter surgido a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre diagnóstico e tratamento ortopédico Considerando que estas fracturas aconteceram todas em pessoas idosas, com predomínio do sexo feminino, aproveitei para, após a estabilização, abordar com os doentes e familiares alguns aspetos preventivos de novas fracturas, como sejam o tipo de calçado adequado, a fixação de tapetes, a colocação de corrimãos e pegas, entre outros, como a necessidade de otimizar a alimentação enriquecida em cálcio. Pude verificar que em muitos casos são situações de idosos que vivem sozinhos e noutros casos de idosos que cuidam de outros idosos, demonstrando estes cuidadores sinais evidentes de cansaço.

A evidência demonstra-nos que o risco de sobrecarga para o cuidador é elevado, quando são necessários cuidados de longa duração. Num estudo citado por Margato & Oliveira, (2009) constatou-se que a maioria dos cuidadores apresenta níveis moderados de *stress* resultantes do cuidar. As situações verdadeiramente agudas, cada vez mais dão lugar à descompensação da doença crónica que caracteriza a população idosa e que origina um episódio agudo com contornos mais complexos, quando comparado com as populações mais jovens, de acordo com Tavares (2010). Assim, o enfermeiro apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura da doente, dando-lhes informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e trazendo-lhes um apoio afetivo, conforme nos refere Benner (2001).

O caso de um jovem bombeiro politraumatizado grave, vítima de um acidente de viação durante um transporte de ambulância, deu-me a oportunidade de estar presente e colaborar em situações de elevada tensão, no qual foi



necessário estabilizar, acompanhar à Imagiologia e reencaminhar rapidamente para o bloco operatório, tendo verificado a ativação da via verde de trauma e a sua rápida agilização. Era um doente muito jovem, com prognóstico reservado, e cuja família vivenciava um processo de sofrimento e ansiedade únicos. Foi possível permitir o acompanhamento da família até à unidade de imagiologia e depois ao bloco, sendo crucial o papel da equipa de enfermagem no apoio e fornecimento de informações a esta família.

O SU, pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, é só por si, indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados, como enuncia Alminhas (2007). O enfermeiro tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente mais humanizado, uma vez que este não pode ser apenas considerado do ponto vista da estrutura física, mas torná-lo favorável à interação enfermeiro /doente /família.

A triagem é uma das áreas do SU onde efetuei turnos e onde foi perceptível o papel do enfermeiro na correta identificação dos problemas do doente, para que o seguimento seja o mais adequado e ocorra em tempo útil, tal como se preconiza no CDE, (2009,b) artigo 83º, em que o enfermeiro deve coresponsabilizar-se pelo atendimento do doente em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento. Considero, que é aqui que a nossa intervenção tem que ser, a par da equipa multidisciplinar, rápida e efetiva, garantindo em qualquer circunstância a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, pois é de realçar que apesar dos fluxogramas protocolados é de extrema importância o juízo crítico do enfermeiro que deve aliar os seus conhecimentos científicos à sua sensibilidade para detetar situações críticas onde fará toda a diferença no atendimento de qualidade ao doente.

Assim, como exemplo saliento o caso de uma senhora de 84 anos de idade, transferida de um hospital da periferia durante a noite com o diagnóstico de insuficiência venosa para avaliação por cirurgia vascular. Foi devido à avaliação do enfermeiro, que ao verificar que a doente apresentava sinais clínicos evidentes dum quadro de isquemia aguda, encaminhou-a diretamente para a SE. Deste



modo, o enfermeiro especialista é essencial no momento da admissão do doente ao meio hospitalar, pela formação diferenciada que possui nas áreas técnico-científica e relacionais. Para mim, foi relevante a possibilidade de participar no STM, apelando à minha capacidade de raciocínio, de interligação de conceitos, aliada à sensibilidade e à experiência anterior, otimizando os cuidados.

No SU, deparei-me com espaços repletos de pessoas, por um lado os profissionais rodopiando de um lado para o outro prestando cuidados, por outro, havia imensos doentes deitados em macas, sentados em cadeiras e em cadeirões, ocupando os poucos espaços vagos. Perante esta observação, apercebi-me da dificuldade em manter, por exemplo a privacidade dos doentes. Comentei com a minha tutora esta situação, a qual referiu ter consciência destes casos e que a equipa reconhece a dificuldade em promover momentos de privacidade, porque a estrutura física não está adaptada à quantidade de doentes que passam por esta sala, no entanto garantiu-me que sempre que possível a equipa tenta promovê-la. Garantir o respeito pela intimidade é um dever do enfermeiro tal como está descrito no CDE, (2009,c), artigo 86º e estes devem salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delegam, a privacidade e intimidade da pessoa.

Outra situação que me fez refletir foi ter que decidir entre dois doentes qual deve ficar na maca ou na cadeira ou cadeirão, será que não tinham os dois os mesmos direitos? Pude aperceber-me, dos conflitos éticos com os quais o enfermeiro aqui é confrontado, implicando algum discernimento, adquirido através da experiência e familiaridade com os contextos, bem como, segundo descreve Gândara (2004), com os conhecimentos desenvolvidos ao longo da sua vida profissional, a par da prática de cuidados refletida e do seu próprio desenvolvimento pessoal.

Durante a minha passagem pelo SU também vivi de perto o processo da morte, tal como na APH, como já referi anteriormente. Dou como exemplo o caso de uma senhora na área laranja, com 82 anos de idade, com quadro de prostração, trazida pela sua família de acolhimento, sendo uma doente com antecedentes de AVC, acamada. Após a sua avaliação foi perceptível o estado grave da senhora e de uma forma consensual na equipa, na qual me integrei,



dando uso à minha experiência em casos de doentes terminais, decidiu-se providenciar cuidados de conforto. Procurei que a família fosse incluída nesta decisão e que não fossem adotadas medidas fúteis na abordagem à doente, o que não foi desde logo entendido como prática adequada por todos os elementos da equipa, em particular, a equipa médica. Contribuí com um discurso fundamentado, para que a equipa refletisse e espero que em situações semelhantes no futuro, esta experiência tenha sido profícua.

Um número considerável de doentes que morrem no SU não é acompanhado na etapa final de vida. Na maioria dos casos não se estabelece uma relação de ajuda com os doentes, enaltecendo-se apenas as execuções técnicas, contrariamente ao que seria uma abordagem relacional exemplar na qual os enfermeiros estabeleceriam uma relação de ajuda com o doente a vivenciar esta etapa, na qual o doente se sentisse acompanhado, compreendido, partilhando o medo, a dúvida, a angústia, a paz ou outros sentimentos, segundo nos refere o estudo de Veiga et al (2009). Nem todos os doentes que procuram os serviços de urgência necessitam de uma abordagem curativa ou de intervenções de suporte de vida. Muitos apresentam-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica tanto para eles próprios como para a família como determina a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006).

Perante o doente em fase final de vida o enfermeiro tem um papel fundamental na medida em que é o profissional de saúde que está mais próximo do doente e que mais possibilidade tem de o apoiar nessa fase tão difícil como é a fase final de vida. De acordo com Etayo (2009), ajudar a morrer em paz e com dignidade, significa ter um fim de vida sem sofrimento, com ausência de dor e de outros sintomas, proporcionar privacidade e a possibilidade de estarem presentes as pessoas que são significativas para o doente, respeitar os desejos e atender à satisfação das suas necessidades espirituais. O artigo de Veiga et al (2009) salienta que as preocupações dos enfermeiros vão de encontro às intervenções do tipo relacionais como a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, proporcionando um ambiente calmo, com privacidade e algumas técnicas como o alívio dos sintomas, especificamente da dor, o que sustenta a teoria de que cada vez mais no SU são privilegiadas as intervenções relacionais.



Sendo o ambiente tão importante o que pode então fazer o enfermeiro no serviço de urgência para o tornar mais humanizado? Neste serviço, em que a mobilidade de doentes é extrema e as condições físicas não estão adaptadas às suas necessidades, exige-se dos enfermeiros destreza, mas não nos podemos esquecer da sensibilidade para agir junto dos doentes e da sua família. Os enfermeiros, em especial com EEMC, encontram-se numa posição privilegiada em que podem sobrevalorizar o campo do sentir, do cuidar e do estar com o outro, numa perspetiva avançada de Enfermagem.

As competências adquiridas foram no sentido de produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Adquiri mais criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC, adotando uma tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos. Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, especialmente na área da EEMC.

2.2. Domínio da Melhoria da Qualidade dos cuidados

De acordo com a OE o enfermeiro especialista colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados. O enfermeiro desempenha um papel dinamizador para a melhoria da qualidade dos cuidados, fundamentando-se na evidência científica, identificando as oportunidades de melhoria, criando um ambiente terapêutico e seguro e proactivamente envolve a família no sentido de assegurar que as necessidades culturais e espirituais são satisfeitas de acordo com a OE (2011,a).



Assim, procurei como futura enfermeira com EEMC transmitir conhecimentos à equipa multidisciplinar, o que foi um acréscimo à qualidade dos cuidados efetuados, almejando atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências e estratégias facilitadoras de comunicação com a pessoa/família em situação crítica;
- Assegurar a prestação de cuidados de Enfermagem que demonstrem a existência de conhecimentos aprofundados e atualizados na área da EEMC.

Durante o estágio no INEM, as atividades desenvolvidas tendo como finalidade a melhoria da qualidade incluíram: conhecer o papel do enfermeiro na APH; observar a dinâmica do CODU, das ambulâncias SBV, e SIV e das VMER; compreender o percurso do doente desde APH até à sua chegada ao SU, conhecendo a área de intervenção e o sistema de resposta do INEM. Por outro lado, no SU, as atividades desenvolvidas incluíram: observar a dinâmica do serviço; compreender o percurso do doente desde a admissão até à sua transferência para outros serviços ou alta e o contacto pela primeira vez com o sistema informático de documentação usado no SU, assim como o papel do enfermeiro. Tive sempre em atenção a promoção e respeito pelas medidas de combate à infeção, identificando situações complexas e a implementação de intervenções de acordo com as situações, baseando na evidência as tomadas de decisão relativas aos cuidados, daí efetuei formação formal e informal à equipa de enfermagem refletindo sobre o conhecimento que sustenta as intervenções de enfermagem.

A OE, tendo como princípio que o enfermeiro orienta a sua atuação pelos enunciados dos padrões de qualidade emitiu orientações para os enfermeiros da APH, OE (2007,b), e recomenda que este deve atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição. Deste modo, os profissionais do INEM enfrentam vários obstáculos e limitações, no decorrer das suas funções. Dou como exemplo, o CODU, onde deparamos frequentemente com uma má utilização do serviço 112,



devido à falta de informação dos utentes. Além disso, por desconhecimento ou falta de serenidade, os utentes não respondem frequentemente às perguntas essenciais: onde? O quê? E quem? dificultando desta forma a adequabilidade e a acessibilidade dos meios ao local.

A importância do conhecimento das manobras de SBV por parte da população e o que se alcançaria com o esclarecimento sobre a forma como funciona a linha 112, é determinante para uma melhor prestação de cuidados de saúde à população. Conclui-se, que a ampliação do conhecimento da população em geral em relação ao correto acionamento do número 112, e das manobras de SBV facilitará o desempenho do INEM e aumentará a probabilidade de recuperação e sobrevivência das vítimas de PCR. Assim sendo, o investimento na formação deverá ser uma prioridade, tendo como alvo preferencial os alunos que se encontram no ensino básico, promovendo desde cedo e de forma sustentada, o conhecimento na área dos primeiros socorros. Daí, uma das recomendações do European Resuscitation Council, referidas por Nolan (2005), é a inclusão do SBV no currículo escolar, contudo, só num pequeno número de países da Europa o SBV é praticado por leigos que testemunham a PCR.

Assim, é fundamental fomentar o treino da comunidade em SBV e primeiros socorros para ensinar a reconhecer sinais de emergência e a responder adequadamente nestas situações, por exemplo sabendo pedir ajuda – quando e como ligar para o 112, como nos aponta Marquês, (2010). Importa referir que o SBV é o segundo elo da cadeia de sobrevivência, e tem como objetivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para a preservação da viabilidade do coração e cérebro, permitindo ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa do SAV, como descreve o INEM (2007).

Indo de encontro ao âmbito da formação e à possibilidade de integrar projetos do INEM, participei ativamente no *mass training*, efetuado pelo INEM, que se realizou na escola EB 2,3 de Lordelo-Paredes, com a presença de cerca de trezentas crianças Para colmatar as necessidades acima referidas, considerei pertinente a elaboração de um póster, que se encontra no anexo IV e de um panfleto, que pode ser consultado no anexo V, para ser utilizado pelo INEM e pela escola em questão sobre “ Suporte básico de vida e a correta ativação do 112”,



indo de encontro às necessidades por mim identificadas e evidenciadas pela comunidade.

Ao tomar conhecimento da existência de um projeto na escola no âmbito da saúde, sugeri à presidente do conselho diretivo a possibilidade de efetuar uma ação de formação em SVB, para complementar o *mass training*, dado que não foi possível abranger toda a população da escola, nomeadamente os professores e as assistentes operacionais, contudo esta referiu que como nos encontrávamos em época de exames, não iria ser possível, ficando a mesma para ser realizada no final do estágio, o que espero efetuar este ano durante a semana da saúde. Elaborei a apresentação em *PowerPoint*, que se encontra no anexo VI complementando com o panfleto e com o póster que entreguei na escola, recebendo desta o reconhecimento e agradecimento, tendo-me disponibilizado para futuras ações a desenvolver nessa mesma escola.

A formação em serviço tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados e visa a satisfação dos profissionais, a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas capacidades e consequentemente a mudança de comportamentos e atitudes, como enuncia Velez (2009). Considerando a importância da formação em serviço e após a observação e análise crítica das necessidades dos profissionais na área da APH, indo de encontro ao que se espera de um enfermeiro com EEMC, considerei pertinente abordar a temática da HI, dado que identifiquei esta lacuna nos cuidados pós reanimação às vítimas de PCR, pois a HI é uma das técnicas que deverá ser implementada o mais precocemente possível, mesmo em contexto extra-hospitalar.

A formação com o tema HI surgiu depois de verificar que após a reanimação não se inicia a técnica da hipotermia induzida, pelo contrário, procede-se ao aquecimento da vítima. A situação de PCR é uma das mais graves em contexto da abordagem ao doente emergente e a prevenção das lesões cerebrais, assume particular relevância nos cuidados pós-reanimação. A evidência corrobora que o início precoce da HI é fundamental, mas ainda pouco utilizada na APH. Como nos enuncia Anjos (2008), esta terapia deve ser instituída conscientemente e com



objetivos bem definidos tais como fornecer neuroprotecção e prevenir lesões cerebrais evitando a hipertensão intracraniana e o edema cerebral.

O tratamento e a recuperação neurológica da PCR utilizando-se a HI é recomendado pelo Advanced Life Support Task Force of the Internacional Liaison Committee on Resuscitation, além de fazer parte do protocolo das diretrizes do Advanced Cardiovascular Life Support de 2005 para pacientes adultos que sofreram PCR, segundo Morrisson et al (2010). A hipotermia atua através de diversos mecanismos fisiopatológicos, tais como a diminuição do metabolismo cerebral, a redução do edema cerebral citotóxico, a redução da pressão intracraniana e a inibição da apoptose. Por cada redução de um grau Celsius na temperatura corporal, o metabolismo cerebral diminui cerca de sete por cento, conforme refere Sampaio, (2010).

Para a realização desta formação elaborei o respetivo manual de suporte teórico, remetido para o anexo VII, tendo para isso efetuado pesquisa em artigos científicos, com a melhor evidência científica do momento, baseando-me na minha experiência em doentes submetidos ao protocolo de hipotermia induzida pós-PCR, sendo este manual facultado aos profissionais. Elaborei o devido plano de formação, assim como a apresentação em *PowerPoint*, o questionário de avaliação, assim como apresentei os resultados da mesma que se exibem no anexo VIII. Esta formação realizou-se a 22 de junho de 2012 e foi direcionada a todos os profissionais do INEM. A avaliação da mesma permite concluir que em relação aos conteúdos programáticos, a ação de formação proporcionou conhecimentos novos e úteis, assim como o tema correspondeu as expetativas dos formandos. É de realçar que após esta formação foi-me sugerido integrar um grupo de trabalho no INEM, para que seja efetuada a análise, com a devida colheita de dados dos casos de PCR em ambiente extra-hospitalar e se foram adotadas medidas de hipotermia, tendo como objetivo elaborar um protocolo de atuação oficial e utilizado em todos os meios de emergência do país.

No estágio realizado no SU e após entrevista informal com a Enfermeira Chefe, não delinee qualquer formação formal, dado o serviço ter um plano de formação anual, incluído no departamento de formação do hospital, o qual segundo esta responde às necessidades do serviço. Para contornar esta situação



e pretendendo ir de encontro aos meus objetivos optei por técnicas alternativas, como sendo formação-situação em contexto de trabalho, reflexões conjuntas sobre determinados temas considerados pertinentes, análise das situações em tempo real e reflexões escritas sobre determinadas temáticas. Como tal, enquanto futura enfermeira com EEMC, a minha colaboração na formação-ação e formação em situação real da equipa de enfermagem, foi fundamental para despertar consciências para uma mudança nas práticas.

Assim, como estratégia, recorri à pesquisa bibliográfica, dando especial atenção a informações baseadas em evidências científicas e atualizadas, demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na PBE. As várias reflexões efetuadas, os conhecimentos adquiridos através da pesquisa e mobilizados na prática, foram extremamente úteis e pertinentes, tanto para mim como para a equipa do SU, nomeadamente no contexto da abordagem do doente com dor aguda ou crónica, associada a situações de urgência.

Como futura enfermeira EEMC, priorizei sempre a dor do doente, e nem sempre é necessário formações sobre estas temáticas, por vezes, deixamos marcas apenas com a nossa presença e com as nossas intervenções, levando os nossos pares a seguirem-nos, dada a visibilidade e o reconhecimento dos doentes. A experiência da dor é única e individual na sua perceção e resposta uma vez que é influenciada por fatores biológicos, cognitivos psicológicos e socioculturais. Deve ser quantificada, utilizando-se escalas validadas, não podendo ser corretamente avaliada quando baseada na subjetividade, experiência individual, critérios e indicadores de cada profissional, conforme nos refere Silva (2009).

De todos os instrumentos de avaliação da dor existentes destaco a Escala de Estimativa Numérica e a Escala de Faces de Wong Baker visto ter constatado serem as existentes no SU e que se incluem no STM. A associação destas duas escalas permite a sua aplicação a todos os doentes, visto ser de fácil interpretação mesmo para doentes com dificuldades a nível do domínio das propriedades aritméticas, com baixo nível educacional ou com alterações cognitivas leves. Realço, no entanto, a importância da conotação da dor enquanto 5º sinal vital, defendido pela Direção Geral de Saúde-DGS (2003), que refere que



passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatórios, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor.

No domínio da qualidade dos cuidados foi uma das minhas prioridades detetar e antecipar as medidas de alívio da dor, dando como exemplo as situações de trauma em que a analgesia antes do transporte dos doentes no caso do pré-hospitalar ou antes da realização dos exames de diagnóstico, no caso do SU, era uma mais-valia. Saliento que por vezes o tratamento da dor recai em medidas não farmacológicas e mesmo no âmbito destes locais de estágio com a necessidade de intervenções rápidas e com condicionantes de tempo e de recursos humanos, é possível confortar o outro com uma palavra, um toque, um posicionamento. Como salienta Apóstolo, (2009) uma forma de arte de enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um processo de ações confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos doentes e este pode ser considerado como o último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo de enfermagem.

O alívio da dor é determinante no prognóstico do doente, tendo em consideração o seu conforto e a manutenção de uma atitude calma e colaborante, sendo a analgesia primordial na abordagem destes doentes. Na ambulância SIV, é sem dúvida reconhecido o papel deste meio, pois tendo em conta que o transporte é um fator de desconforto, acrescido do fato de ser a alta velocidade, é essencial que a analgesia seja considerada, existindo protocolos da atuação nesse sentido. Realço o caso de um senhor de 58 anos, vítima de acidente motorizado, com fraturas expostas dos membros inferiores, em que a minha sugestão de efetuar administração de morfina, de acordo com o protocolo, foi fundamental. O conforto e a tranquilidade proporcionados àquela vítima foram sem dúvida essenciais no transporte e no prognóstico, indo de encontro ao que se pretende do enfermeiro com EEMC, a capacidade de adequar os seus conhecimentos às situações de forma crítica e reflexiva, zelando pelos cuidados prestados.

A dor é uma experiência vivenciada por quase todas as pessoas, tendo ao longo destes estágios constatado que muitos utentes recorrem ao SU por dor, assim, avaliar e mensurar a dor deverá constituir uma prioridade no cuidado.



Como enfermeiros sabemos que cada ser humano é único e que não podemos generalizar as suas respostas, percepções e comportamentos, principalmente em relação à dor. Por todos estes fatores, podemos afirmar que a dor é um fenómeno altamente subjetivo, podendo tanto a dor influenciar a mente, como a própria dor ser modificada pelo estado psicológico do indivíduo.

A dor é uma experiência física e emocional e a dor quando não controlada causa ansiedade e depressão, o que muitas vezes exacerba o sintoma da dor, como nos refere Barbosa & Neto (2010). Atualmente, a dor, enuncia-nos a Internacional Association for the Study of Pain, (2010), tem a capacidade de afetar o indivíduo na sua globalidade, apresentando-se como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional, a que se associa uma lesão tecidual concreta ou potencial.

No SU, os pacientes devido a experiências anteriores vivenciadas na urgência, ao seu estado de ansiedade, potenciado pelos tempos de espera ou pelo ambiente em si, repleto de pessoas com variados problemas, onde o sofrimento e a dor se evidenciam, manifestam sinais e sintomas de dor que deverão ser analisados de forma cuidadosa, pois poderemos incorrer no erro de subvalorizar a dor. Como exemplo, dou o caso de um paciente que refere dor precordial, sendo encaminhado para a via verde coronária, sendo submetido a análises e exames, aumentando o seu nível de ansiedade e também de dor, quando na realidade a dor referida não era do âmbito físico, mas sim emocional. Estas situações colocam os profissionais perante dilemas, pois sendo a dor de vários tipos, é necessário adequar as nossas intervenções a cada situação e a cada doente em especial, nunca descurando o seu contexto sociocultural e familiar, fundamentalmente através de um olhar holístico no cuidado ao outro.

Os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, tal como as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. Deste modo, a família, enquanto grupo dinâmico, constitui-se como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros. Assim sendo, em todos os contextos de cuidados de saúde, considerando a especificidade de cada um desses contextos, as



famílias podem e devem ser integradas como parceiras nos cuidados, numa perspectiva de globalidade, articulação e continuidade entre todos os intervenientes do processo como nos enuncia Figueiredo, (2011).A situação crítica da pessoa/família ao estar no centro das atenções, não deve impedir que todos os profissionais e, particularmente os enfermeiros, procedam ao acolhimento e encaminhamento familiar, numa atitude de apoio e de facilitação para superar o episódio crítico.

Atendendo a esta necessidade, e dado o fato de no SU onde estagiei não existir um documento que ajude e encaminhe os familiares neste momento tão crítico, e após análise e discussão desta situação com a Sr^a enfermeira chefe do SU e a orientadora elaborei um Guia de Acolhimento à Família no SU, tendo como objetivos fomentar o acolhimento à família/pessoa significativa, e promover a adoção de boas práticas de humanização ao doente/família/ pessoa significativa no serviço de urgência, como se apresenta no Anexo IX, com o intuito de que este seja disponibilizado aos familiares/acompanhantes na altura da admissão do doente.

A necessidade de orientar a família ou pessoa significativa na estrutura física do hospital, desde o momento da admissão, fazendo referência ao STM e ao serviço de acolhimento à família, onde poderão dirigir-se para se inscreverem como acompanhantes, assim como inculir nos acompanhantes a importância de manter a serenidade e o respeito pela individualidade e dignidade dos doentes, tornou-se desde logo uma prioridade para mim. Este folheto, com informação muito concisa, permite ao familiar/acompanhante conhecer antecipadamente o SU, o que me permitiu o desenvolvimento de competências e estratégias facilitadoras de comunicação, com vista a uma melhoria do cuidar.

Ao realizar um simples guia de acolhimento não ambiciono resolver os problemas detetados, mas sem dúvida minorá-los, pois ao fornecermos um guia que contenha informações pertinentes á família, esta irá sentir-se incluída desde o início nos cuidados e compreenderá o quanto é essencial a sua presença, ressaltando as condicionantes existentes no serviço. Se os profissionais de saúde demonstrarem vontade em incluir a família nos cuidados e se do lado dos familiares existir disponibilidade e compreensão pelo trabalho destes



profissionais, os cuidados ao doente que recorre ao SU, serão cada vez mais cuidados de qualidade e excelência. Como refere Phaneuf (2005), o suporte à família é ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente. As minhas intervenções compreenderam o suporte psicológico com diminuição da ansiedade, do medo e *stress*, a comunicação de informações e adaptação ao problema de saúde.

Para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade é fundamental que os enfermeiros se sintam motivados e integrados na instituição a que pertencem. No decorrer do meu estágio acompanhei elementos em integração e mesmo estudantes de enfermagem, sendo perceptível desde logo a necessidade de um documento que possibilitasse a obtenção de informações pertinentes relacionadas com o serviço. O processo de integração fornece ao enfermeiro ou estudante conhecimentos sobre normas, procedimentos e particularidades do serviço, o que lhe permite obter a segurança e autonomia necessárias a cada momento, encorajando-o e motivando-o para as funções a desempenhar, tal como afirma Chiavenato (2007). O mesmo autor acrescenta que um programa de integração é fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho.

A integração representa uma das atividades básicas da gestão de recursos humanos cujo objetivo visa o ajuste adequado dos profissionais à instituição. Parafraseando Silva & Carvalho (2002), um programa de integração eficaz, desenvolve e estimula o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados. Deste modo, um programa de integração organizado e orientado ajuda o enfermeiro no processo de integração, tendo em conta as orientações da instituição que integra, adquirindo o máximo de conhecimentos, assumindo as responsabilidades inerentes às suas competências, para melhorar a qualidade do exercício profissional.

Na sequência desta reflexão elaborei em conjunto com as colegas de estágio, um Manual de Integração de Enfermagem, (MIE) que se encontra no anexo X que foi lido pelos enfermeiros tutores e pela enfermeira chefe,



promovendo deste modo um intercâmbio de informações, assim como uma participação ativa no mesmo, para que o Manual se pudesse tornar um trabalho da equipa, aceite e utilizado pela mesma e neste sentido, um documento de referência para o serviço. O MIE foi então pensado enquanto estratégia de transmissão de informações pertinentes, que se tornam fundamentais relacionadas com os cuidados ao doente/família e na integração na equipa multidisciplinar, no sentido da melhoria das práticas.

Segundo a OE, (2007, a), a mais-valia de um MIE para os profissionais de saúde passa pela melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica e o acesso a orientações eficazes e contextualizadas, havendo evidências quanto aos ganhos para a própria organização, no sentido da melhoria da eficiência dos serviços; otimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde, de onde se conclui a pertinência da estruturação e elaboração do Manual.

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são preconizadas pela OE (2011,b) e definem numa breve síntese, que este cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Acrescenta ainda a relevância do risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica e como é imprescindível responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, e como o papel do especialista é relevante quer como agente de mudança, quer como formador ativo, tendo sempre presente a relação custo/eficácia.

No contexto do INEM, em relação às técnicas dadas como inconformidades com o controlo de infeção, justifico que tendo em conta a necessidade de uma atuação célere junto das vítimas, nem sempre foi possível identificá-las, assim como dar o meu contributo para a sua eliminação. Refiro ainda que estas se referem essencialmente á abordagem das vítimas sem o material de proteção individual adequado, exemplo das máscaras e da não lavagem das mãos e/ou a correta higienização entre vítimas e após as abordagens. Nas ambulâncias SIV, a solução alcoólica não existe em suporte acessível, esta encontra-se num armário,



aumentando a possibilidade do não cumprimento das medidas de higienização das mãos, logo procurei de uma forma cuidada alertar as equipas para alterarem a sua conduta, tendo sido plenamente perceptível a importância da mensagem, não só no controle de infeção, mas também na segurança dos profissionais e na consecução de práticas seguras, dando espaço à promoção e respeito pelas medidas de combate à infeção adquirida nos cuidados de saúde.

Num estudo realizado por Kampf et al (2009), a desinfeção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica reduz em cerca de 40% a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), e sem dúvida que estas medidas contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança dos doentes, conduzindo à redução dos custos associados aos cuidados de saúde, um tema muito debatido na atualidade. Dias (2010) acrescenta ainda que a IACS é hoje em dia vista como um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Pelos aspetos inerentes ao ambiente de abordagem e tratamento dos doentes, uma das principais preocupações foi o controlo de infeção, pois existe um elevado risco de infeção associado, e por vezes acrescido, à situação clínica com disfunção/falência multiorgânica. Neste contexto refleti sobre a evidência científica das medidas para prevenir a IACS, sabendo que constitui um problema com consequências importantes a nível da morbilidade e mortalidade mas também a nível dos custos para as unidades de saúde, como nos refere a DGS (2008).

A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade, como define o Ministério da Saúde (2007). O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções e fazê-lo tendo em conta o binómio custo/eficácia, e os fundamentos básicos de controlo de infeção. Alguns estudos portugueses, como o de Pina et al (2010). Indicam que 4,3% dos casos de infeção nosocomial da corrente sanguínea são infeções secundárias a outra infeção nomeadamente das vias respiratórias, em 11,1% dos casos, ou das vias urinárias, em 7,8% dos casos.

A recomendação da DGS (2004) para a prevenção da infeção urinária no doente algaliado abrange alguns níveis de intervenção sendo o primeiro a avaliação da necessidade do doente ser algaliado. As indicações para o uso de



cateter urinário são referidas nas guidelines internacionais do Center for Disease Control and Prevention (2009), aspeto relevante no SU onde muitas vezes os pacientes são algaliados sem necessidade. As infeções do trato urinário associadas à cateterização vesical são as IACS mais comuns e ocupam o segundo lugar em Portugal, como nos acrescenta o inquérito nacional de prevalência de infeção, descrito por Costa et al (2009). Durante o meu estágio procurei identificar essas situações e apelar à sensatez da equipa para rever os critérios, o que permitiu ativar consciências para a importância do papel do enfermeiro e sobretudo do enfermeiro especialista para conduzir os pares à reflexão na ação, utilizando os conhecimentos da evidência.

Apesar da temática do controlo da infeção hospitalar não ser recente, continua-se a assistir a muitos procedimentos incorretos por parte dos profissionais de saúde, constituindo, muitos deles, um risco para o doente que recorre ao serviço de urgência e também para os técnicos de saúde que trabalham nessas unidades. Os aspetos que mereceram a minha atenção no SU fazem parte das precauções básicas: higienização das mãos e o uso racional do equipamento de proteção individual.

Ao longo do estágio assisti a várias situações nas quais os doentes chegavam ao serviço de urgência todos ensanguentados, com elevado grau de conspurcação em que os profissionais apenas calçavam luvas na abordagem e prestação de cuidados ao doente, não existindo a preocupação de se protegerem adequadamente. Quando os questionava sobre este facto referiam “realmente é uma falha, as luvas já estão interiorizadas o restante equipamento é que não, e quase nunca é necessário” Errado, é quase sempre necessário, e não somente em casos de intoxicações por organofosforados, como se processa neste serviço. Logo, procurei de uma forma cuidada alertar as equipas para alterarem a sua conduta, tendo sido plenamente perceptível a importância da mensagem, não só no controle de infeção, mas também na segurança dos profissionais e na consecução de práticas seguras, dando espaço à promoção e respeito pelas medidas de combate à IACS.

Segundo Wilson, (2003) é necessário analisar as situações para avaliar o risco e adotar medidas de controlo apropriadas a situação, tal como proteger o



doente, sendo as medidas de controlo de infeção importantes para proteção da equipa de saúde. Pina (2007) alude que a seleção deve ter por base: a avaliação do risco de transmissão de microrganismos, o risco de contaminação da roupa, pele e mucosas dos profissionais com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente.

Assim, como estratégias de intervenção para sensibilizar os enfermeiros para esta problemática, optei por falar com os pares, individualmente ou em pequenos grupos, de acordo com os momentos, sobre a importância da utilização do equipamento de proteção individual, de acordo com o contacto previsto com o doente. Sempre que estava na sala de emergência e recebia um doente avaliava sempre a situação, para selecionar o equipamento mais adequado e aproveitava para recordar aos enfermeiros que estavam presentes a necessidade do seu uso. Assim, torna-se importante a atualização dos profissionais na área do controlo da IACS, tomando conhecimento das políticas da instituição, no sentido de proporcionar os melhores cuidados aos doentes, associado ao mais eficiente uso dos recursos dos serviços de saúde.

Detetei situações que me pareceram não conformidades tais como o uso de sistemas de Vacuteiner (dispositivos coletores de sangue que se acoplam à agulha para colheita de sangue), que são de uso único de acordo com o fabricante, mas no SU são utilizados de forma sistemática em vários pacientes. Ao abordar o assunto com os enfermeiros e com a chefe no sentido da oportunidade de melhoria, referiram que era um desperdício o uso único, dada a quantidade utilizada diariamente. Após contato com a comissão de infeção do hospital, a indicação ia de encontro ao vinculado anteriormente, que só deveriam ser substituídos em casos de sujidade visível. Face a esta situação, procedi à aplicação de clorexidina *spray* nos vacuteineres antes da sua utilização e partilhei com a equipa a necessidade de refletiram e alterarem as suas práticas, o que conduziu alguns enfermeiros à mudança. Acrescento ainda a utilização de humidificadores, vulgarmente designados de Aquapacks, descartáveis e com água estéril no seu reservatório, contudo no SU estes são colocados em todas as saídas de oxigénio, sem identificação da data da colocação e usados em todos os doentes até terminar, mais uma vez abordando o assunto com a equipa e com a comissão de infeção referiram ser um procedimento adequado.



Face a esta situação procurei dados científicos, mas que só evidenciam o seu uso único, dado ser material descartável, este pode ser usado até 30 dias no mesmo doente sem quebra da assepsia. Em relação à não necessidade de humidificação em fluxos baixos de oxigénio, investiguei as *guidelines* e estudos internacionais sobre esse assunto, Miyamoto (American Thoracic Society 2004), revela, não haver benefício com o dispêndio de sistema de humidificação em fluxos de O₂ inferiores a 5 l/min e a Clinical Practice Guideline (2002) reforçam a mesma conclusão. Quase todos os estudos revelam que, a abolição da humidificação do oxigénio em fluxos reduzidos traz benefícios monetários às instituições hospitalares, não aumenta as queixas de irritabilidade e secura da mucosa nasal dos doentes e previne o risco de desenvolver infeções do trato respiratório associado ao sistema de oxigenoterapia. Comuniquei estes dados à equipa que referiu que para isso teriam que remover os Aquapacks dos locais, dado lugar a desperdícios desnecessários, ficando deste modo o meu contributo para a ativação das consciências.

Concluindo, saliento as competências adquiridas após as atividades desenvolvidas nos campos de estágio que foram de um modo sucinto o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e a supervisão do exercício profissional na área da EEMC. Consegui compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde e incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, colaborando nas decisões em equipa, garantindo a segurança e a qualidade, adequando os recursos às necessidades dos cuidados, de forma eficiente para promover a qualidade. Deve aplicar



estratégias de motivação da equipa e influenciar a introdução de inovações na prática especializada, como aponta a OE (2011,a), assim como futura enfermeira com EEMC procurei atingir os seguintes objetivos:

- Compreender a dinâmica do INEM e do SU;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC.

Como atividades mais pertinentes que executei para a consecução dos objetivos neste domínio destaco: a identificação das situações clínicas mais comuns presentes no pré-hospitalar e no SU, a participação na gestão de recursos materiais e humanos, tais como a observação da realização de horários de enfermagem, assim como na análise do papel do enfermeiro especialista na equipa e na gestão dos cuidados, identificando as tarefas desempenhadas pelo coordenador de equipa, assim como a sua interação com a equipa multidisciplinar e ao prestar cuidados de enfermagem, elaborei planos de cuidados informais tendo por base o processo de enfermagem.

Como salienta Nova (2008), o enfermeiro com funções de gestão atua na gestão da mudança e na mudança da gestão. Este autor refere ainda que, os enfermeiros que têm maior perceção de suporte organizacional no modelo de gestão de unidades de saúde poderão contribuir para a eficiência, objetivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados recorrendo aos recursos disponíveis.

A OE, (2007,a) menciona que a chefia de enfermagem deve impulsionar a mudança, desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais, bem como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais. Portanto, é exigido que tenha capacidade de identificar as necessidades dos colaboradores, acompanhá-los no seu percurso, e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Deste modo procurei acompanhar as chefias dos locais de estágio para compreender de forma adequada esta dinâmica que vai de encontro ao papel do enfermeiro com EEMC, como um perito na gestão dos cuidados.



No meio SIV, como no meio VMER, procurei conhecer como se processa os pedidos de material e de medicação e qual o papel do enfermeiro neste procedimento. No meio SIV, todos os consumíveis e medicação são registados a nível informático, inseridos no final de cada turno pelo enfermeiro do turno e são posteriormente enviados à base, a partir da sede geral que se localiza em Gaia. Em cada meio as *chek-lists* são realizadas todos os turnos, pelo enfermeiro do turno e após cada ativação é repostado todo o material e medicação utilizado de modo que tudo esteja operacional atempadamente.

Ao realizar o estágio na VMER Vale do Sousa, pude acompanhar o enfermeiro coordenador na realização do horário e nos pedidos de material. Após este contacto informal, considerei pertinente a realização de uma entrevista informal para poder sintetizar de uma forma mais adequada o papel do enfermeiro da APH, identificando as tarefas desempenhadas pelo coordenador de equipa, assim como a sua interação com a equipa multidisciplinar.

A nível do SU, para compreender de que forma a sr^a Enfermeira Chefe operacionaliza as competências de gestão, realizei em conjunto com as colegas de estágio uma entrevista informal à mesma, na qual foram abordadas a área da gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados. No que concerne à gestão de recursos materiais e de equipamentos de saúde, nomeadamente produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, o SU funciona com armazém avançado com níveis de *stock* adaptados, sendo repostado à medida que é utilizado (e registado informaticamente). Limita-se, desta forma, o desperdício e os períodos de falta de material. O armazém central do serviço abastece os dois armazéns do SU que por sua vez são armazéns de reposição da cada setor. Quanto à reposição dos produtos farmacêuticos ainda está a funcionar da forma convencional, procedendo-se ao pedido informático dos medicamentos utilizados de acordo com um nível estipulado. Todos os produtos utilizados nos serviços são escolhidos por uma comissão, também composta por enfermeiros, que pondera os custos e benefícios de determinado material.

O método utilizado no SU é um dos métodos mais adequados de acordo com a evidência, uma vez que permite um melhor controlo de gastos, na medida em que evita a acumulação de uma grande quantidade de material no Serviço, o



que acarreta custos e riscos, nomeadamente a expiração da validade, e também reduz a quantidade de material disponível, o que conduz à consequente redução no seu consumo. Com este método, conforme refere Zetes (2009), têm sido relatados inúmeros benefícios, nomeadamente a redução de desperdícios devido à simplificação das tarefas acabando com a utilização do papel; a redução de níveis de *stock* no armazém central e nos armazéns avançados; a diminuição de artigos em rutura de *stock*; a redução de custos com pessoal devido à reestruturação e ao facto de ter baixado o recurso aos enfermeiros afetos às tarefas de logística e o decréscimo de erros na introdução de dados devido à automatização de procedimentos, que contribuíram para o aumento da eficiência dos serviços logísticos.

A oportunidade de acompanhar o coordenador em funções de coordenação do SU, na execução de funções de gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados, revelou-se pertinente, pois é este profissional que elabora a distribuição de enfermeiros por turno e faz os ajustes necessários ao longo do mesmo, de acordo com a afluência às diferentes áreas, assim como também colabora na prestação de cuidados sempre que necessário. Tendo como objetivo atingirmos um fim comum, a equipa deverá ser orientada, respeitando as diferenças de cada um e otimizando as capacidades de todos, o que exige da parte do líder a capacidade de contornar obstáculos profissionais e pessoais que surgem nas equipas. No estágio pude aperfeiçoar estas capacidades ao observar os enfermeiros coordenadores na liderança das equipas durante as intervenções multidisciplinares, assim como nas situações em que me permitiram a atuação autónoma, sendo na minha opinião essenciais, como futura enfermeira EEMC.

A minha experiência profissional prévia foi importante para a gestão dos cuidados e gestão de prioridades em situações de emergência, em que nada pode ser deixado ao acaso e uma pequena falha pode condicionar a atuação de toda a equipa e pôr em causa a assistência aos doentes. O fato de ser coordenadora de equipa proporcionou-me a capacidade de tomar decisões e gerir recursos de uma forma mais célere e dinâmica, o que facilitou a minha integração, mas simultaneamente, conduziu-me a uma



reflexão sobre a dificuldade que existe em organizar uma equipa de trabalho e como é determinante o método de trabalho adotado pela mesma.

O método de trabalho pode ser considerado como a imagem de um serviço, pois interfere na sua dinâmica, organização e motivação dos seus profissionais. Pelo que, na sua escolha é importante considerar a habilidade e disponibilidade das pessoas envolvidas, recursos físicos e materiais disponíveis e as condições dos doentes, como referem Marquis Huston, (2010). Existem diferentes métodos, dos quais saliento o individual e o de equipa que são os preconizados nos campos de estágio frequentados.

No método individual, a responsabilidade de todos os cuidados (durante um turno) é atribuída a um único enfermeiro que avalia e coordena os cuidados, como referem Kron & Gray, (1989). Este método tem como vantagens: a promoção da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente; a promoção do processo de enfermagem; a promoção da humanização dos cuidados; a promoção da inexistência de erros; a promoção de uma maior autonomia em prestar cuidados; a existência de uma continuidade de cuidados; um aumento da capacidade na tomada de decisão por parte do enfermeiro e uma maior facilidade na avaliação dos cuidados prestados, como refere Parreira (2005). O mesmo autor acrescenta que as suas limitações são: as diferentes competências individuais; os diferentes conhecimentos existentes; a necessidade de determinadas habilitações por parte de cada elemento; a não garantia que o doente, durante o internamento, seja atendido pelo mesmo profissional e o facto de exigir maior necessidade de dotação de pessoal.

O método de trabalho preconizado para o SU é o individual, contudo persiste o método de equipa, à semelhança do que ocorre no INEM. Embora seja contraditório, importa refletir sobre esta questão. Segundo Pontes et al (2008), historicamente o homem trabalhava sozinho, na execução das suas tarefas, mas com o desenvolvimento tecnológico e científico, ninguém consegue reunir toda a experiência técnica em todas as áreas do conhecimento, daí que tornou-se mais sustentável o trabalho de equipa. Segundo este autor, é fundamental que os elementos intervenientes interiorizem que o desenvolvimento de um trabalho em equipa é crucial, que têm de colaborar uns com os outros, de adaptar a sua



atividade e comportamento às necessidades e objetivos da equipa, sendo portanto necessário envolvimento, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente.

O método em equipa, de acordo com Parreira, (2005), não é um procedimento mas sim a implementação de uma filosofia que diz respeito a um grupo de pessoas conduzidas por um líder. Este método obriga a um conhecimento dos problemas dos doentes, por parte de cada elemento da equipa. Os enfermeiros são divididos em equipas, onde existe um líder que coordena cada uma delas. Este método tem como vantagens: um aumento das capacidades de liderar; a promoção de um aumento da eficácia dos cuidados prestados; o aproveitamento das capacidades dos elementos da equipa; uma melhor integração dos elementos menos experientes; um aumento da satisfação do enfermeiro e do doente e um aumento da segurança de ambos. O mesmo autor, completa dizendo que como limitações deste método temos, o facto de exigir uma maior dinamização do grupo e poderem surgir dificuldades na interação entre os enfermeiros.

Os dois métodos referidos complementam-se e sem dúvida no INEM e no SU a adoção do método individual é quase impossibilitada dada a grande afluência de doentes, a necessidade de atuar rápido e os recursos humanos reduzidos, sendo o método em equipa potenciador da qualidade dos cuidados. Quanto à organização propriamente dita, qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, facto que nos conduz a refletir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação dos doentes e a satisfação no trabalho dos enfermeiros, como descreve, Costa (2009).

Muitas vezes, percecionei a dificuldade que os enfermeiros no SU sentiam, dado não haver continuidade de cuidados e de registos adequados de informações, o que aumenta a possibilidade de erro. Discuti e analisei este fato com a equipa, evidenciando as vantagens e desvantagens destes métodos e como elemento externo ao serviço e na perspectiva de futura enfermeira com EEMC, promovi a reflexão e espero a mudança de comportamentos, tais como: manter a continuidade dos cuidados ao doente dentro da mesma área do SU,



efetuando os registos adequados e o seu encaminhamento para outras áreas ou serviços, não descurando a família e a gestão das prioridades, alicerçando a conduta na responsabilização individual, inserida numa equipa de trabalho, sob a liderança de um enfermeiro coordenador, o que proporciona o melhor atendimento aos doentes do que trabalhando individualmente, como nos confirma Kron & Gray, (1989).

Os registos dos cuidados de enfermagem emergem como cruciais para a continuidade dos cuidados e dão visibilidade aos métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros, sendo de extrema importância a sua otimização na planificação dos cuidados do doente. Para a adequada compreensão do percurso que o doente faz na urgência, a consulta dos registos por parte dos diferentes profissionais é fundamental no seu acompanhamento e tratamento e também no sentido da necessidade de dar informações aos familiares. As recomendações dadas pela OE, (2007,c) sobre os sistemas de informação e documentação em enfermagem preconizam um Resumo Mínimo de Dados (RMD), que contemplam os seguintes elementos dos Cuidados de Enfermagem: Diagnósticos de enfermagem; Intervenções de enfermagem; Resultados de enfermagem; Intensidade dos cuidados de enfermagem.

Os benefícios relatados decorrentes da utilização do RMD são a promoção e melhoria da qualidade, tendo por base a informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem, a identificação e descrição de padrões de necessidades e intervenções de enfermagem e a identificação das áreas centrais de desenvolvimento da disciplina de enfermagem, como relata Pereira, (2006). Estes representam o conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que contribuem para a adequação dos cuidados prestados numa perspectiva de melhoria contínua. Perante esta situação, sugeri à chefe que gostaria de dar continuidade ao projeto iniciado previamente por um grupo de alunos da especialidade da nossa universidade, contudo não foi possível, pois já se encontra em curso no SU, um projeto que inclui um elemento de cada equipa, que visa a integração da linguagem padronizada de enfermagem como forma de registo das intervenções no sistema *ALERT® ER*, utilizando o Sistema de Apoio ao Processo de enfermagem.



O processo de enfermagem é definido como um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada, como nos refere Phaneuf (2001). Acrescenta-nos ainda Silva, (2004) que a análise da prática diária da enfermagem evidencia a importância do pensamento crítico para que o enfermeiro realize o processo de enfermagem, levando em consideração que um pensador crítico é organizado, sistemático e reflexivo.

Durante o estágio efetuei de forma informal planos de cuidados tendo em conta os focos enunciados, tomei decisões com base nas diferentes fases do processo de enfermagem que por vezes devido ao contexto e à necessidade de atuação rápida e assertiva este foi delineado mentalmente (investigação, diagnóstico, planeamento e avaliação), segundo uma perspectiva profissional avançada. Dada a panóplia de situações com que me deparei no estágio no INEM, efetuei o registo estatístico das mesmas, remetido para o anexo XI, onde se conclui que o maior número de ativações são as situações de trauma e de alterações do estado de consciência, sendo os principais focos de enfermagem identificados o medo, a ansiedade, o défice de conhecimentos e a não adesão ao regime terapêutico, denotando a importância da CIPE na base da assistência e dos cuidados ao doente.

A OE (2007,b) nas orientações para o enfermeiro do pré – hospitalar referem-nos que este deve assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência. Assim, os registos pretendem refletir a prática da enfermagem e mensurar os ganhos em saúde. No meio INEM, existe um modelo próprio, denominado verbete, por forma a uniformizar a informação que acompanha o doente no seu percurso e ainda são efetuados os registos no sistema informático que é envidado ao CODU, assim como no final de cada turno são registadas todas as ativações em suporte informático para dados estatísticos.

A nível do meio VMER, tal como na SIV os registos são efetuados através do verbete, onde ficam registadas a avaliação primária e secundária da vítima,



estado neurológico, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos. Após este registo é contactado o CODU e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do CODU, parte a indicação para os meios SBV, SIV, VMER, do hospital de destino, que em casos mais graves contacta os hospitais, de modo a que a equipa recetora esteja preparada e alerta para a chegada do doente em causa. Durante o estágio, dado o elevado grau de autonomia atingido, pude efetuar o preenchimento do verbete, assim como o contacto com o CODU. Na APH, a não implementação de um sistema de registos prejudica o desenvolvimento da enfermagem como profissão e ciência, pois os registos promovem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como identificam as necessidades dos cuidados na população e justificam a necessidade de manter os enfermeiros neste nível de assistência, tendo em conta a mudança da filosofia que prevê a criação de técnicos de emergência, como nos refere Pereira (2009).

Durante a minha passagem pelo SU contactei com um novo sistema de registos através da aplicação informática, *ALERT® ER* e o STM. Perante esta nova realidade, tive necessidade de pesquisar e perceber o funcionamento destes sistemas de registos. O STM foi iniciado em Portugal em junho de 2003, de acordo com o Ministério da Saúde (2009) e baseia-se num protocolo específico e com base científica que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua gravidade. O principal objetivo deste protocolo é o de assegurar, de uma forma objetiva, que o doente mais grave é de imediato identificado à chegada, e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica, como refere Moreira, (2010).

A importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, conforme diz Martins (2008). Estes permitem expor à comunidade científica e social uma valorização, visibilidade e evidência da essência da prática de enfermagem. Identifiquei, assim, algumas oportunidades de melhoria, essencialmente na escassez de informação registada na avaliação inicial, nas notas de evolução e notas de alta aquando da transferência para outros serviços da instituição, ou mesmo na necessidade da carta de transferência ou de alta, fazendo a ponte para outras



instituições, informação vital para a continuidade dos cuidados de enfermagem, pois como nos refere, Luz, (2003) trata se de um excelente instrumento de comunicação, pois faculta informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestar cuidados de saúde de qualidade.

Face a esta situação procurei junto da equipa, salientar a visibilidade dos registos dos cuidados de enfermagem, junto dos outros enfermeiros como da restante equipa multidisciplinar. Uma das sugestões passou pela elaboração de uma proposta de carta de alta ou transferência, principalmente no caso de transferências inter-hospitalares ou em casos de referenciações para os centros de saúde, contudo esta foi declinada pela chefia do serviço que referiu que esta será integrada num futuro próximo nos sistemas de informação informáticos.

Como competências adquiridas neste domínio saliento a gestão dos cuidados e os recursos humanos e materiais, a liderança de equipas na prestação de cuidados especializados, onde pude desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, zelando pelos cuidados prestados na área de EEMC, utilizando os recursos de informação de forma adequada, avaliando a adequação dos métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva académica avançada.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista demonstra capacidade de autoconhecimento e assertividade e tem uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais, atuando eficazmente sobre pressão. Baseia a sua praxis clínica em sólidos padrões de conhecimento, assumindo-se um facilitador nos processos de aprendizagem e é um agente ativo no campo da investigação, diagnosticando necessidades formativas, visando ganhos em saúde, como nos enuncia a OE (2011,a).

Neste domínio, realizei variada pesquisa bibliográfica sobre a abordagem ao doente crítico, APH e sobre a abordagem ao politraumatizado e situações de



exceção. As pesquisas revelaram-se de grande importância, não só a nível de estágio, mas também ao longo do meu percurso profissional, pois segundo Pontes et al (2008), existem novos conhecimentos nesta área de atuação da enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma constante atualização, de modo a este adaptar-se às novas exigências profissionais, indo de encontro aos objetivos previamente definidos e que procurei atingir:

- Promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional e da equipa de Enfermagem;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e da minha formação pós graduada;
- Conhecer o sistema de informação utilizado nos locais de estágio.

Como atividades relevantes para as minhas aprendizagens profissionais neste domínio, incluo: a revisão bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas; a consulta de normas e protocolos dos serviços; o contacto pela primeira vez com o sistema informático de documentação usado no INEM e no SU, fazendo a análise da adequação dos mesmos às necessidades reais dos enfermeiros. Acrescento ainda a assistência ao doente no processo de transferência para a unidade hospitalar, no caso do INEM ou para outros serviços dentro do hospital, ou mesmo no acompanhamento na realização dos exames auxiliares de diagnóstico no caso do SU, percecionando a monitorização adequada ao transporte do doente crítico.

Elevo a área da investigação como uma das minhas maiores aprendizagens neste estágio, pois durante o percurso teórico foi-me inculcida a importância de fundamentarmos a nossa prática em evidência científica, Não resta dúvida que foi a necessidade de transmitir aos enfermeiros no local de estágio conhecimentos novos e baseados na evidência que me levou a considerar a formação na área da HI uma temática adequada e inovadora no pré-hospitalar em Portugal. O conhecimento sobre a utilização e consulta de bases de dados é fulcral na atualidade para que os enfermeiros possam fazer produção científica, só desta maneira daremos visibilidade à enfermagem. Deste modo, considerei pertinente a elaboração de um artigo científico como já referi anteriormente.



A investigação é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em enfermagem e é essencial para a excelência da disciplina e da profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades. Daí, a produção de um corpo de conhecimentos científicos, útil e válido para a fundamentação da disciplina, deve ser considerada como uma obrigação pelo enfermeiro, como enuncia a OE (2004). Durante este estágio tive necessidade de aprofundar conhecimentos sobre algumas temáticas, tais como as vias verdes (Acidente Vascular Cerebral- AVC, Coronária, Sépsis e Trauma).

Os episódios de dor torácica são muito frequentes nas ativações do sistema 112, e encontram-se entre as queixas mais frequentes em casos de enfarte agudo do miocárdio (EAM), sendo a avaliação célere destes casos imprescindível, tendo em conta os altos índices de mortalidade e morbidade. Desde 2000 foi aplicado um modelo de intervenção-Via Verde Coronária- para situações de dor precordial, tendo como objetivo uma abordagem rápida desde o início dos sintomas, com a existência de protocolos de terapêutica e o encaminhamento desde o CODU, para meios diferenciados, sendo o doente encaminhado para a hemodinâmica, como referido pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007), o que exigiu da minha parte a necessidade de fundamentar a prática, dada a não familiaridade com a ativação destes protocolos quer a nível do INEM como do SU.

A instituição de protocolos de Via Verde tem o objetivo de identificar e encaminhar, de forma adequada e precoce, no sentido de minorar lesões e sequelas pelo cumprimento de normas definidas e baseadas na evidência científica, de acordo com Gomes, (2007).

As vias verdes instituídas no INEM são: Via Verde Coronária e a Via Verde do AVC. No CHSJ, além das referidas estão implementadas a Via Verde de Sépsis e de Trauma. Neste momento encontra-se em processo de início a via verde que permitirá a vítimas do foro sexual ou em casos de relações de risco, o atendimento célere e o encaminhamento para os tratamentos e para o acompanhamento de psicologia. Durante os turnos realizados procurei enveredar esforços para detetar situações que se enquadravam nos critérios de ativação das vias verdes, de modo a agilizar o encaminhamento dos doentes. Foi possível efetuar o acompanhamento destes doentes, quer na administração da terapêutica



preconizada, ou mesmo na transferência para as unidades de referência, assim como providenciar as devidas informações aos acompanhantes, dando corpo aos meus conhecimentos adquiridos, realidade esta transversal aos dois campos de estágio.

A investigação surge como prova científica de que as nossas práticas progredem no sentido da excelência do cuidar, da obtenção dos melhores resultados para os nossos doentes, através dela é possível basear a prática na evidência. Vieira (2009) refere que uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprio, resultante da investigação. A mesma autora refere ainda que, apenas com um corpo de investigadores, poderemos dar à enfermagem uma boa base científica no sentido de fundamentar as práticas. Segundo a OE (2003) no processo de tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e como esta contribui para a aquisição das aprendizagens pessoais. Assim, a investigação constitui uma base sólida na aquisição de saberes e, conseqüentemente, num melhor desempenho na prática da enfermagem.

A enfermagem assume uma importância extrema na PBE que sugere uma relação, como afirma Silva (2008), não só entre os teóricos e os práticos mas também entre a teoria e a prática, vendo a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional. Deste modo, a investigação surge como ponte entre a teoria e a prática e vice-versa. Ao longo do estágio procurei analisar e refletir sobre as oportunidades de aprendizagem procurando sempre ser uma mais-valia e contributo para os outros profissionais. Além da prestação de cuidados procurei partilhar o resultado de alguma pesquisa bibliográfica no sentido da melhoria das práticas, estimulando o pensamento crítico. Assim considero ter atingido os objetivos supracitados ao fazer uso de resultados, provenientes de investigação para aumentar o meu corpo de conhecimentos e fundamentar a minha assistência ao doente/família.

De forma a desenvolver a minha conceção de cuidados e a baseá-la na evidência, elaborei um estudo de caso, como uma estratégia de pesquisa. O estudo de caso consiste numa pesquisa e análise aprofundadas, detalhadas e



fundamentadas da realidade de uma pessoa, de uma família, de um grupo ou de uma organização, tendo em conta a sua patologia, terapêutica, focos de enfermagem e evolução clínica, assim afirma Fortin (2003). Araújo (2008) considera o estudo de caso uma abordagem metodológica de investigação adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, de forma a conhecer o “como” e o “porquê”. Deste modo houve uma situação que mereceu destaque no âmbito do estágio no SU, o caso de um senhor de 44 anos, vítima de queimadura por óleo doméstico. Nesta situação, tive que adequar a minha intervenção a cuidados diferenciados de uma vítima queimada em choque, onde tive que aplicar os meus conhecimentos e adquirir novos, evidenciando a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares.

Apesar da evolução da enfermagem, a qualidade dos cuidados que hoje vivenciamos ainda tem como foco a gestão de sinais e sintomas (modelo biomédico), por isso devemos reforçar uma lógica conceptual com utilização de conhecimentos da disciplina a partir da utilização de teorias da enfermagem e da própria investigação dos enfermeiros. Facto que é unânime na opinião de vários autores, porém não desvanece a ideia de que tanto as teorias como a investigação na área não foram suficientes, até ao momento, para sensibilizar grande parte do grupo profissional, como nos afirma Silva (2007).

Considerarei pertinente realizar uma reflexão deste caso, intitulado “Enfermagem na emergência-cuidar à luz da teoria de Imogene King”, que se encontra no anexo XII, sendo o estudo de caso, considerado uma pesquisa e análise aprofundadas, detalhadas e fundamentadas da realidade de uma pessoa, de uma família, de um grupo ou de uma organização, tendo em conta a sua patologia, terapêutica, focos de enfermagem e evolução clínica e o estudo aprofundado de diversos fenómenos ligados à saúde, como afirma, Fortin (2003). Daí, considerarei importante a interligação entre as teorias de enfermagem, a aplicação da CIPE, (2011) e a enfermagem de urgência. Ao efetuar a reflexão sobre este caso pretendo ampliar o meu espírito crítico e reflexivo e inter-relacionar conceitos, tendo em vista a obtenção de uma melhor capacidade de atuação perante o doente/família em situação de saúde crítica.



A teoria de King (1981), descreve a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas que se interligam e interagem entre si (o pessoal, o interpessoal e o social), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, proporcionando o desenvolvimento de potencialidades no doente, pessoa e comunidade. Assim, King apresenta uma teoria, um processo de enfermagem e um sistema de registo, promovendo uma base teórica, demonstrando um modo de interação de enfermeiros com doentes. Portanto, a Teoria do Alcance de Metas é uma alternativa para a sistematização da assistência de enfermagem, por meio do processo de enfermagem proposto pela autora, o qual viabiliza um cuidado planejado, individualizado e contínuo.

O enfermeiro deverá procurar conhecimentos dentro da sua disciplina e noutras, como agente promotor do desenvolvimento humano e da sua profissão. Por isso, o enfermeiro deverá possuir um espírito crítico e reflexivo aliado à competência técnica/científica/ética e social. O aumento de conhecimentos gera a abertura de fronteiras e proporciona não só novas oportunidades, como também campos de intervenção diferentes. Sobre esses conceitos apresentados, Moura & Pagliuca, (2004) advogam que é importante que o enfermeiro conheça e explore o território e o tempo onde ocorrem as relações do doente, pois não existe contato prévio com os doentes em contexto de emergência.

O entrelace dos conceitos descritos no sistema pessoal da Teoria de King com as informações encontradas na literatura, permite constatar uma prática de facilitação à humanização no cuidado inicial ao doente, considerando o aspeto da relação entre a equipa de enfermagem e doente. Dessa maneira, pode-se considerar que a aplicação da Teoria de King colabora com o processo humanizador, sendo passível a sua aplicação dentro da sala de emergência. Tenho presente que na azáfama de um SU o tempo para a família, não é o suficiente, foi possível criar de uma forma tranquila o ambiente e a disponibilidade necessária à comunicação, sendo necessário identificar as estratégias mais adequadas à transmissão de informação à família, nomeadamente na comunicação de más notícias, como já foi anteriormente referido.



A comunicação entre a equipa multiprofissional em contexto de emergência assume um papel de relevo, quer no momento da atuação da equipa, quer posteriormente na discussão do desempenho da equipa e partilha de experiências. O INEM (2007) considera que a equipa de reanimação deve sempre que possível, reservar tempo para que a equipa reveja aspetos relacionados com a reanimação e desempenho da equipa. A revisão do desempenho da equipa deve incluir o reforço ou a correção, sempre que haja necessidade, e constitui um importante instrumento de aprendizagem e melhoria da prestação da equipa, e este foi sem dúvida um dos fatores que me permitiu a aquisição de mais competências neste estágio, quer do ponto de vista técnico, quer humano.

Considerei pertinente realizar uma reflexão de um caso, tendo em conta uma experiência vivenciada numa das ativações na ambulância SIV, em que uma senhora idosa acabou por falecer na sala de emergência, onde foi possível permitir à família estar junto da senhora até ao final, naquele ambiente de alta tecnologia. Efetuei uma reflexão sobre a temática Enfermagem Avançada *versus* Prática Avançada de Enfermagem, conforme se pode consultar no anexo XIII. Esta temática merece cada vez mais atenção por parte dos enfermeiros e na minha opinião esta será o alicerce para a construção de uma enfermagem mais enfermagem, direcionada ao cuidado ao outro e para o outro, procurando distinguir-se das demais disciplinas pela sua essência única e absoluta do Cuidar, tendo atingido o objetivo de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

Em contexto de APH e de emergência espera-se do enfermeiro uma atuação rápida e assertiva, onde se procura a estabilização da vítima e a rápida transferência para o hospital onde todos os meios estão disponíveis e a segurança das práticas é assegurada na sua plenitude. A sua representação social é usualmente associada a um carácter mais tecnicista, a conhecimentos científicos modernizados, à melhor preparação para lidar com tecnologia sofisticada e situações de urgência e emergência, contudo não deve nunca descurar as competências que têm como finalidade última garantir cuidados de enfermagem de excelência que contemplem a satisfação das necessidades dos doentes., dando-se a simbiose perfeita entre a prática avançada de enfermagem e a enfermagem avançada.



Neste caso, é fundamental referir que estar com aquela família, naquela sala de emergência, com toda a panóplia de equipamentos, com toda a tecnologia disponível, o que de mais importante ali aconteceu, foi a vivência daqueles últimos minutos de vida daquela mãe, daquela avó, junto de quem mais amava e tudo isto porque o enfermeiro do extra-hospitalar, foi além do que se esperava, do que talvez eles esperavam e utilizando o seu saber, as suas competências deu visibilidade à sua profissão e sem dúvida esta família olhará para os enfermeiros, agradecendo, mas também reconhecendo a sua especificidade e foi nas suas palavras que fica a certeza “ sr^a enfermeira como lhe poderei agradecer? O maior desejo da minha mãe era morrer junto a nós, e isso foi possível!”

Concluindo, as competências adquiridas neste domínio foram a gestão ao longo do estágio dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, aplicando-os de forma eficiente, dando ênfase à reflexão na e sobre a prática. Compreendi as implicações da investigação na prática baseada na evidência, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas com um nível aprofundado de conhecimentos no âmbito da EEMC, utilizando os recursos de informação de forma eficiente e adequada e avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.



3-CONCLUSÃO

O estágio segundo Abreu (2008) é um tempo de trabalho, de observação e de aprendizagem, e envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde. Este estágio permitiu abranger um vasto leque de situações que refletem a diversidade de respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, bem como, às transições que os indivíduos e famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida. Foi uma experiência gratificante e enriquecedora, pois permitiu apreender outras realidades e perceber como o papel do enfermeiro, nomeadamente com EEMC, modifica nos diferentes contextos, mas desempenhando sempre, um papel primordial no tratamento da pessoa em situação crítica, e a vivenciar processos de transição saúde /doença súbita, seja no âmbito da educação para a saúde, no alívio da dor ou nas situações de fim de vida e na relação com a família.

O contacto com a prática permitiu a construção e a mobilização de competências já adquiridas ao longo do meu exercício profissional na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, especialmente dirigido para o doente em estado crítico. Assim, com a elaboração deste relatório pretendo descrever o meu desempenho ao longo dos estágios realizados a nível do INEM e do SU, onde através de uma prática reflexiva e crítica, refletindo um saber-estar e saber-ser, demonstrei conhecimentos teóricos e técnicos. Fundamentei e enquadrei as atividades desenvolvidas segundo as orientações da OE para as competências comuns do enfermeiro especialista tendo como objetivo a aquisição de competências definidas por domínios de atuação sendo estas a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria da qualidade dos cuidados; a gestão dos cuidados e por último o desenvolvimento das aprendizagens profissionais na área da EEMC.



O estágio permitiu-me concluir que o enfermeiro especialista pode desempenhar um papel importante na promoção da investigação, na evolução do conhecimento e na motivação para a melhoria da qualidade dos cuidados junto dos outros profissionais de saúde, sejam enfermeiros, médicos ou outros. Como refere Nunes (2007), queremos uma enfermagem que seja capaz de criar conhecimento numa perspectiva de cuidados de enfermagem e na procura da melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas, e ao focarmos a nossa atenção no desenvolvimento de competências, devemos ter sempre presente que, inquestionavelmente com a experiência e o domínio adquiridos na excelência da prática clínica de enfermagem, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor atuação transformando-se num enfermeiro perito, de acordo com Benner (2005).

A elaboração deste relatório permitiu dar visibilidade ao desenvolvimento de competências na arte de cuidar, em contexto de emergência pré-hospitalar e de urgência, através do desenvolvimento de atividades relevantes para a concretização de objetivos previamente definidos. Foram identificadas situações problema durante o estágio, sugeridas estratégias para a sua resolução e de acordo com as possibilidades oferecidas em campo de estágio, adotadas medidas de resolução para os problemas detetados. Este relatório constituiu, assim, um momento de aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento da capacidade de análise crítico-reflexiva.

A área da emergência pré-hospitalar e de urgência revestem-se de especial interesse para mim, tendo em conta o seu cariz de excelência na abordagem ao doente crítico. A realização do estágio no INEM, a nível dos seus meios diferenciados (SBV, SIV, VMER), e no SU do HSJ, permitiu-me a aquisição e aprofundamento de experiências e competências a nível técnico, científico e relacional. Em cada situação vivenciada, refleti na e sobre a prática indo de encontro à evidência, fundamentando-me na bibliografia consultada, assim como nos protocolos existentes e na minha experiência profissional, ao exercer funções numa UCI polivalente. Na área da gestão, colaborei na gestão dos recursos humanos, físicos e na gestão dos cuidados.



A dimensão ética e espiritual do ser humano e como este deve ser respeitado nas diferentes fases de vida, deverá ser debatida, assim como no momento da morte, indo de encontro aos princípios éticos do respeito pela individualidade, dignidade e pela necessidade do respeito pelo consentimento implícito e presumido assim como pelo sigilo profissional, tendo por base o CDE, adotando uma tomada de decisão fundamentada, atendendo à evidência científica e à responsabilidade social e ética.

A visibilidade dos cuidados de enfermagem consiste em obter ganhos em saúde para aqueles que cuidamos. Tal como salientei neste relatório, a possibilidade de efetuar educação para a saúde com sessões informais, foi algo que procurei, assim como a possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família, tendo presente o respeito e a dignidade pelo maior valor ético e moral, a vida. Acrescento que os ensinamentos à população são determinantes para a mudança de comportamento da população, pois foi perceptível que a não adesão à terapêutica, quer por défice de conhecimento, quer por motivos económicos são causas determinantes na condição de saúde e logo na necessidade de recorrer aos meios da APH e ao SU. É fundamental o papel do enfermeiro com EEMC, na identificação destes casos e o seu devido encaminhamento, sendo a educação para a saúde uma das áreas de primeira linha na enfermagem de emergência e a articulação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

Os profissionais do INEM desempenham um papel dinamizador, onde a sua presença na comunidade pode assinalar a diferença, sobretudo a nível de formações em escolas e na comunidade em geral, nomeadamente em ações de sensibilização da ativação do 112, como nas medidas de suporte básico de vida. Sempre que possível procedi à concretização de ensinamentos e à prestação de informação relevante ao doente/família. A colaboração num projeto de saúde numa escola a nível do suporte básico de vida, onde efetuei um póster e uma formação sobre SBV, reforçou a importância de fomentar estes conhecimentos nos jovens, evidenciando que o esforço comum entre profissionais e população permitem alcançar ganhos em saúde. As equipas com quem contactei no INEM, permitiram-me participar ativamente em todas as situações, assim como na



análise, discussão das mesmas, revelando-se um verdadeiro trabalho de equipa, onde me senti integrada.

Tendo em vista as exigências preconizadas ao enfermeiro com EEMC, dinamizei e estimulei a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática clínica e promovi a discussão de situações vivenciadas para a uniformização e otimização da qualidade dos cuidados prestados. Procurei ainda, identificar lacunas, como necessidades de formação e considerei pertinente efetuar uma sessão de formação com o tema “Hipotermia Induzida”, a qual revelou-se de extrema importância, suscitando o desejo de iniciar-se um projeto a nível do INEM, para o qual fui convidada a participar, que irá introduzir a hipotermia induzida no pré hospitalar de uma forma sólida, tendo em conta as *guidelines* internacionais que a preconizam como fundamental nos cuidados pós reanimação, sendo este o último elo da cadeia de sobrevivência.

Ao longo do estágio adotei constantemente uma atitude de interesse pelo outro, assente na reflexão crítica, daí a relevância de efetuar um estudo de caso onde reflito sobre o acompanhamento de um doente em fim de vida, as imposições legais para não reanimar e a interligação entre a prática avançada de enfermagem e a enfermagem avançada. Cabe ao enfermeiro com EEMC ser um impulsionador de uma enfermagem avançada e cada vez mais, de uma enfermagem que cuida de gente, com base em sólidos padrões de conhecimentos. É necessário observar o familiar enquanto ele expressa os seus sentimentos e opiniões, perceber a sua postura corporal, é preciso interagir, envolver-se, e estar próximo fisicamente, pois também é uma maneira de demonstrar que se está disponível para ouvi-lo. Um contacto físico como segurar a mão pode trazer um pouco de conforto ao familiar, assim refere Silva, (2004).

O enfermeiro quer no pré-hospitalar como no serviço de urgência tem que estar apto a identificar rapidamente as necessidades dos doentes e intervir em conformidade, preocupando-se com a manutenção da vida e identificando os focos de instabilidade e risco de falência orgânica, sendo-lhe exigido um raciocínio rápido e capacidade de liderança e tomada de decisão. Deverá também estar atento às necessidades biopsicológicas e espirituais do doente e da família, adquirindo competências na área da relação de ajuda e da comunicação



terapêutica, privilegiando os aspetos éticos e deontológicos. Deste modo, durante o estágio no SU, elaborei um guia de acolhimento à família, dada a sua inexistência, demonstrando a sua importância na otimização da relação enfermeiro/doente/família. Do mesmo modo, ao identificar a ausência de um manual de integração de enfermeiros no SU, participei na elaboração do mesmo, enfatizando a sua pertinência como um documento que facilitará a adaptação dos enfermeiros ao serviço e à instituição, minimizando o erro e garantindo a qualidade dos cuidados.

No campo da investigação e da prática baseada na evidência efetuei um artigo de revisão integrativa, o qual aguarda publicação numa revista da área, sobre o estado da arte no que se refere à presença da família durante os procedimentos invasivos e durante as manobras de reanimação, o que contribuiu para o meu crescimento como investigadora e permitiu levar até ao campo de estágio no SU, conhecimento atualizado e pertinente.

Neste âmbito, realizei ainda um estudo de caso com a aplicação da Teoria de Imogene King ao cuidado de um doente em contexto de emergência, o que me possibilitou a interligação dos conhecimentos adquiridos durante o curso e a sua aplicabilidade à prática, conduzindo-me à reflexão na ação e à possibilidade de demonstrar à equipa como é possível a utilização dos modelos teóricos na prática e num caso concreto numa sala de emergência, onde o predomínio do modelo biomédico coexiste com a necessidade de fundamentarmos a nossa prática em conceitos de enfermagem e no processo de enfermagem, assumindo a nossa profissão como uma verdadeira ciência, com um campo de conhecimento próprio e preponderante.

A elaboração dos estudos de caso permitiu-me desenvolver competências na aplicação da CIPE e demonstrar a sua aplicabilidade, respeitando assim as fases do processo de enfermagem através da classificação dos fenómenos, ações e resultados de enfermagem, descrevendo e caracterizando a prática, dando importância aos registos adequados da nossa prática, com vista ao desenvolvimento da profissão.



Durante deste percurso, convém expor que existiram constrangimentos e dificuldades, devido a contingências inerentes à própria dinâmica dos serviços ou instituições, em permitir a proatividade e o empreendedorismo de projetos que seriam uma mais-valia no desenvolvimento das competências dos estudantes, assim como um enriquecimento para os serviços.

Como futura Enfermeira Especialista, revelei ser uma profissional com conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, atingindo os objetivos inicialmente propostos, dando resposta aos problemas complexos do doente em estado crítico, demonstrando capacidades de juízo crítico e tomada de decisão, através das competências adquiridas e desenvolvidas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados; na gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para consolidar a minha prática como enfermeira no cuidado ao doente emergente e à sua família, almejando ser um perito na excelência do Cuidar.

A aquisição do grau de mestre com EEMC, é de suma importância para o desenvolvimento da enfermagem, pois cada vez mais esta deve investir a nível da formação, da gestão e da investigação, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados. Futuramente, pretendo continuar a aplicar e ampliar as competências adquiridas/desenvolvidas, no contexto profissional, fomentando a reflexão, a análise crítica, incentivando a pesquisa com destaque para a promoção de estudos de investigação, de forma a dar visibilidade e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na assistência ao doente/família.



4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu,W. (2008). *Supervisão Clínica* acessido em 20 de junho de 2012, disponível em:

<http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisaoclinica>

Alarcão, I.,Rua, M. (2005), Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm* Julho-Set; pp.373-82.Acedido em 20 de maio de 2012, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Alminhas, S. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. (nº83), p. 57-60

Alvarenga, M. (2009), Comunicação com doentes em fim de vida- *Revista Hospitalidade*. Lisboa. Nº 285 (julho-setembro), pp.21-26

American Heart Association (2010), Acedido em 20 de maio de 2012, disponível em:

<http://guidelines.ecc.org/pdf/KJ0872%20ECC%20Guideline%20Highlights%202010%20Portuguese-Brazilian.pdf>

Anjos, A. (2008), O potencial da hipotermia terapêutica no tratamento do paciente crítico. *Revista- o mundo da saúde*. São Paulo Nº 32 (janeiro-março), pp 74-78

Apostolo, J. (2009), O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referencia* pp 61-67. Acedido em 20 de novembro de 2012disponívelem:

www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=comforto&id_website=3&target=DetalheArtigo&id_artigo=2133



Araújo, C., Emília M., Pinto J. (2008), *Estudo de Caso. [Trabalho da Unidade Curricular de Métodos de Investigação em Educação]*. Universidade do Minho: Braga, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho acedido em 20 de junho de 2012, disponível em:

http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). Organização de serviços em cuidados paliativos- Recomendações da APCP. Acedido em 20 de novembro de 2012 disponível em:

<http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/recomendacoes-para-a-implementacaoorganizacao-de-servicos-de-cuidados-paliativos.html>

Association for the Study of Pain (2010).An updated review: refresher course syllabus. Montreal:S.mogil, 455p. Acedido em 20 de novembro de 2012, disponível em:

http://www.iasppain.org/AboutIASP/2010IASPAnnualReport_final.pdf

Bandeira, R.. (2008). *Medicina de Catástrofe: Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Universidade do Porto, Porto

Barbosa, A., Neto, I., (2010).*Manual de cuidados paliativos*: Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Benner, P. (2005), *De Inicado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem*.Coimbra: Quarteto

Buckman R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

Carneiro, A., Neutel, E. (2011). *Manual do Curso Evidência na Emergência*. Porto. 4ª edição



Cavaco, V., Guerreiro, H., Louro, J., Ludgero, A., Martins, A., Santos, M., (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática *Revista Referência- II - n.º1* Acedido em 20 de fevereiro de 2013, disponível em:

<http://www.index-f.com/referencia/2010/12-93103.php>

Centers For Disease Control and Prevention-CDC-(2009, *Guidelines For Prevention of Catheter- Associated Urinary Tract Infections*, acedido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf>

Chiavenato, I. (2007). *Administração: teoria, processo e prática*. Elsevier, Rio de Janeiro

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE, (2011). Conselho Internacional de Enfermeiros. *Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Código Deontológico dos Enfermeiros-CDE (2009,a) artigo 84º, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Acedido em 20 de fevereiro de 2012, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Código Deontológico dos Enfermeiros-CDE (2009,b) artigo 83º, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Acedido em 20 de fevereiro de 2012, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Código Deontológico dos Enfermeiros-CDE CDE, (2009,c), artigo 86º Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Acedido em 20 de fevereiro de 2012, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Conselho Português de ressuscitação (2010), Acedido em 24 de maio de 2012, disponível em:

<http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>



Collière, M. (1999), *Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa, acedido a 14 de novembro de 2012 e disponível em: <http://www.cndcv.pt>

Costa, A., Noriega, E., Fonseca, L., Silva, M., (2009), Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção-Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde acedido a 22 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

Costa, J. (2009). *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Acedido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Clinical Practice Guideline. (2002). *Oxygen therapy for adults in the acute care facility (2002 Revision and Update Respiratory Care* Acedido a 17 de novembro de 2012 e disponível em:

<http://www.hubmed.org/display.cgi?issn=00201324&uids=12078655>

Declaração de Bolonha (1999), acedido a 22 de fevereiro de 2013, disponível em: http://paco.ua.pt/common/bin/Bolonha/Bolonha_Declaracao%20de%20Bolonha.a.pdf

Deodato S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina *Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Dias, C., (2010), *Prevenção da Infecção Nosocomial-ponto de vista do especialista-Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, acedido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

www.spci.org/download.php?path=pdf&filename=RPMI



Direção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº09/DGCG/DPCD, Lisboa, acessado a 22 de outubro de 2012, disponível em:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832010000400008&script=sci_arttext

Direção Geral de Saúde, (2004). *Recomendação para a prevenção da infeção do trato urinário algaliação de curta duração*. Lisboa acessado a 22 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RecPrevInfTratoUrinario.pdf>

Direção Geral de Saúde (2008) – *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD, Lisboa, acessado a 22 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

Etayo, J., (2009), Humanizar el proceso de morir. *Revista Hospitalidade*. Lisboa. Nº 285 (julho-setembro), pp 45-51

Figueiredo, M. (2011). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Tese de Doutoramento acessado a 20 de dezembro de 2012, disponível em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.

Gândara M., (2004) *Dilemas éticos e processo de decisão*, In Neves M., Pacheco S.- Para Uma Ética Da Enfermagem. Coimbra, Desafios. Pp.401-416.

Gomes, R. (2007) *Vias Verdes EAM e AVC*. Acessado a 20 de novembro de 2012, disponível em:



<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/BACF5EFC-DEC3-4F64-AF3D-43C287A10FDE/0/viasverdesseabragomes.pdf>

Gonçalves L., Polaro S., Leite M., Alvarez A., Fernandez D. (2012), Atenção à família acompanhante hospitalar do idoso internado. In: Gonçalves LHT, Tourinho FSV, editores. *Enfermagem no cuidado de idosos hospitalizados*. Barueri: Manole: pp. 319-37.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Camarate: Lusociência,

Hennezel, M. (2000), *Diálogo com a Morte*. 4ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial
Instituto Nacional de Emergência Médica-INEM, (2007). Departamento de Formação em Emergência Médica - *Manual de Suporte Avançado de Vida*, Lisboa, INEM

Kampf, G., Harad, L., Gastmeier, P. (2009). Hand hygiene for the prevention of nosocomial infection, acessido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770229/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0649.pdf

King I. (1981). *A Theory for nursing: systems, concepts, process*. Nova Iorque: Wiley Medical Publications, acessido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/93/89>

Kron, T., Gray, A. (1994). *Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente: Colocando em Ação as Habilidades de Liderança*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros,

Kubler-Ross, E., (2008) *Acolher a morte*. Lisboa: Estrela Polar

Leite, L. (2006). O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional. Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências* no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Acessido a 17 de novembro de 2012 e disponível em:



[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/II
Congresso/LuciaLeite.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/II%20Congresso/LuciaLeite.pdf)

Luz, E. (2003) Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade de cuidados. *Nursing*. Ano 15, nº 175, pp. 34-44.

Margato, R., Oliveira, T., (2009). Os idosos e o stress dos cuidadores. *Sinais Vitais*. Coimbra pp.44-49.

Margato, C. (2010). Enfermagem: sim....*Sinais Vitais*. Coimbra. (nº88) pp. 4.

Marquês.,M.,Fragoeiro,M., Sousa, M. (2010) Emergências Médicas em Cuidados de Saúde Primários *Rev. Port Clin Gera*, Acedido a 17 de fevereiro de 2013 disponível em:

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CFkQFjAF&url=http%3A%2F%2Fold.apmgf.pt%2FDownload.aspx%3Ffile%3D8GkqXEm9AE1SLoX1wR1ZLlrAJDuM2nW8WltOHqc6Tlc22aPKcT02WnSovmp441x5lau%2BP62rRY6QW0rz6C%2FHhaqYp47g2dn8rl%2BChz9YPQc%2BxkiZkmbgWh84PyjblLfX%26name%3DEmerg%25C3%25AAncias%2520M%25C3%25A9dicas%2520em%2520Cuidados...&ei=FqgyUeS>

Marquis, B., Huston, (2010).C. *Administração e Liderança em Enfermagem*.6ª ed. Porto Alegre: Artmed,

Martins (2008) Qual o lugar da escrita sensível nos registos de Enfermagem? In *Pensar em Enfermagem*. Vol.12. 2º Semestre, pp.52-61

Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneide,r D., Schweitzer, G., Mattioli H. (2008) O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev. Eletr. Enf.*;vol. Nº10 pp:1091-101. acedido a 20 de outubro de 2012, disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar: que realidade*. Lusociência, Loures



Meleis, A. 2010. *Transitions Theory: Middle - Rang and Situation -Specific Theories. Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company

Mendes K., Silveira C., Galvão C., (2008) - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, out-dez; pp.758-64 acessado a 20 de outubro de 2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Miyamoto K. (2004). *[Is it necessary to humidify inhaled low-flow oxygen or low-concentration oxygen?]*. a 17 de novembro de 2012 e disponível em: <http://www.hubmed.org/display.cgi?issn=13433490&uids=1500793>

Ministério da Saúde, (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde: Lisboa acessado a 20 de outubro de 2012, disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>

Ministério da saúde (2009). *Triagem de Manchester*, acessado em 10 de novembro de 2012 e disponível em: http://www.hvfxira.minsaude.pt/bS_triagem.html

Moura E., Pagliuca L. (2004). A teoria de King e sua interface com o programa “Saúde da Família”. *Rev. Esc. Enferm USP*, acessado a 20 de outubro de 2012, disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=15551996&indexSearch=UI&lang=i>

Moreira, C. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?* Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Tese de Mestrado em Informática Médica.

Morrisson LJ, Deakin CD, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, Lavonas EJ, Link MS, Neumar RW, Otto CW, Parr M, Shuster M, Sunde K, Peberdy MA, Tang W, Hoek TL, Böttiger BW, Drajer S, Lim SH, Nolan JP (2010), (2010). *Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8, advanced life*



support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*; 122(16 Suppl 2):S345-421. Consultado a 20 de junho de 2012 e disponível em:

http://circ.ahajournals.org/content/122/16_suppl_2/S250.short

Nolan J., Deakin C., Soar, J., Böttiger B., Smith, G.; (2005), *European Resuscitation Council guidelines for Resuscitation 2005* section, Resuscitation nº67: 169-176. consultado a 20 de junho de 2012 e disponível em:

http://sssm45.free.fr/IMG/pdf/05_ERC_Guidelines_2005_Section4_adult_ALS.pdf

Nova, A., (2008). *A eficiência na gestão dos cuidados, o papel do enfermeiro*. Hospital do Futuro, acedido a 14 de novembro de 2012 e disponível em:

<http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=45>

Nunes, F.Meira, P., Martins, A., (2009).Manual de trauma, sala de emergência e trabalho de equipa-abordagem da via área-traumatismos crânio-encefálicos-traumatismo pediátrico-aspetos éticos em situação de emergencia-5ª ed. Lisboa: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa. Acedido em 11 de março de 2012, disponível em:

www.ordemdosenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros acedido em 11 de março de 2012 disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2007,a). *Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Suplemento de Revista. (Nº26). Junho p. 9 a 20.

Ordem dos Enfermeiros (2007,b). *Enunciado das Orientações para o enfermeiro do pré-hospitalar-*, acedido em 11 de março de 2012, disponível em:



www.ordemdosenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros (2007,c). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde 2007. Sistemas de informação em Enfermagem*, acessado em 11 de março de 2012, disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros (2011,a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*. *Sistemas de informação em Enfermagem*, acessado em 11 de março de 2012, disponível em: www.ordemenfermeiros.pt.

Ordem dos Enfermeiros (2011,b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Sistemas de informação em Enfermagem*, acessado em 11 de março de 2012, disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt.

Parreira, P. (2005). Organizações. *Formasau* Formação e Saúde, Lda. Internacional

Pereira, F. (2006). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. *Repositório Aberto*. Acessado a 12 de novembro de 2012, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>.

Pereira, J. (2009,a) Abordagem da paciente reanimada pós-parada cardiorrespiratória.-*Rev.Bras.Ter.Intensiva*, acessado a 27 maio 2012, disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2008000200013>

Pereira, V. (2009,b) Comunicar o fim de vida... O papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. *Revista Enformação* pp:14-7. acessado a 20 janeiro 2013, disponível em:

<http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>

Pereira, A., Fortes I., Mendes, J. (2013) Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura *Rev. Enferm UFPE Recife*, vol. 7 pp:227-35, acessado a 27 de fevereiro de 2013, disponível em:



www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/.../5498

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada*. Coimbra: Quarteto editora

Phaneuf, M., (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Pina, E., Silva, M., Silva, E. Uva, A., (2007) Equipamento de proteção individual, facial e respiratória. *Nursing*. Nº 227 (novembro), pp 14-20

Pina E., Silva, M., Silva, E. Uva, A., (2010). Infeção relacionada coma prestação de cuidados de saúde: e infeções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista portuguesa de saúde pública* acedido em 10 de novembro de 2012 e disponível em:

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/vol-1-2010/02-2010.pdf>

Pontes, B. Mendonça, C., Ornelas, G. Nunes, M., (2008). *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM*. Universidade Atlântica. Pós graduação em urgência e emergência hospitalar, acedido em 10 de novembro de 2012 e disponível em:

<http://www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf>

Ramos, R. (2011), Centrais de emergência médica como organizações de elevada fiabilidade: Importância da coordenação relacional e da cultura do erro, no desempenho, aplicadas ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes de Lisboa dissertação de mestrado em gestão de serviços de saúde Orientador: Professor Doutor Luís Martins, ISCTE Business School Abril

Ramos, N. (2004).- *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta

Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros-REPE (1998) -Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril); Ordem dos Enfermeiros acedido em 11 de março de 2012, disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt



Roxo, J. (2008) O toque na prática clínica. Revista Referencia. Nº 6, acedido a 27 outubro 2012, disponível em:

www.index-f.com/referencia/2008pdf/067789.pdf

Sampaio, G., Moniz C. (2010), *Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica: da evidência científica à implementação de um protocolo-Acta Pediátrica Portuguesa*, pp 184-901

Santos, L. (2005). *O doente terminal é pessoa com direitos e deveres: a defesa e a promoção da vida*-Acção Médica, setembro, acedido a 20 de junho de 2012, disponível em:

<http://csgois.web.interacesso.pt/revista/setembro2005.pdf>

Saraiva, D. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte, Lisboa. *Nursing* nº 244

Sousa, L., Almeida, A., Simões, C. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, vol. Nº 20, pp195-206. acedido a 25 de janeiro de 2013, disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S010412902011000100021&lng=en&tlng=pt

Silva, A., Carvalho, C. (2002). Integração do Enfermeiro numa Organização Hospitalar. *Revista Nursing*, (nº 164), pp.35-39

Silva, P. (2004) *Qual o tempo do mundo?*-S.Paulo, Loyola

Silva, A. (2007), *Enfermagem Avançada*": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* pp. 11-20

Silva, A. (2008). Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem. *Sinais Vitais*79: pp. 37-43

Silva, F., Deliberato, P., (2009) Análise das escalas de dor: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, nº 19, S. Salvador jan/mar acedido a 27 outubro de 2012, disponível em:

http://repositorio.uscs.edu.br/bitstream/123456789/110/2/Analise%20das%20Escalas%20de%20Dor_RBCS_2009.pdf



Sousa, M., (2008). Enfermagem e direitos humanos. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. (Nº31) pp. 9-11.

Tavares, J. (2010) As pessoas idosas nos serviços de urgência: que desafio para a enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, Coimbra

Veiga, A., Barros, C., Couto, P., Vieira, P.. (2009), Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? *Revista Referencia*, acessado a 27 outubro 2012, disponível em:

<http://www.index-f.com/referencia/2009/10-4756.php>

Velez, L. (2009). Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. *Sinais Vitais* (nº 87): pp. 44-46

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: ed. Universidade Católica Portuguesa

Wilson, J. (2003) Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª ed. Loures: Lusociência

Zetes, B. (2009). *Hospital do Espírito Santo de Évora otimiza os consumos clínicos e de farmácia hospitalar*, acessado a 12 de novembro de 2012 e disponível em: www.zetes.pt/site/download.cfm?SAVE=428305&LG=7

Legislação

Dec. [Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho](#) – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acessado em 13 de novembro de 2012, disponível em:

<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/21142C03-DDCF-4EFA-80C9D7C23C368FC/0/Lei33AcompanhamentoUtentesSNS.pdf>

Anexos



Anexo I

Caracterização do local de estágio: Instituto Nacional de Emergência Médica



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Caracterização do local de Estágio



Enfermeiro - Um Perito na Excelência do Cuidar



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

julho de 2012



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH -Assistência Pré-Hospitalar

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CIAV-Centro de Informação Antivenenos

CODU-Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE -Desfibrilhador Automático Externo

EM -Emergência Médica

INEM -Instituto Nacional de Emergência Médica

VMER -Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação

SAV-Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIEM -Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV- Suporte Imediato de Vida

SNA -Sistema Nacional de Ambulâncias



CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Instituto Nacional de Emergência Médica

O Módulo I foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e decorreu de vinte e seis de abril a vinte e três de junho do ano de dois mil e doze. Este foi realizado a nível do Centro de Orientação de Doentes urgentes (CODU), no Porto, com um turno de 6 horas, na ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), na base Porto 2, com dois turnos, no total de 12 horas, na ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), que decorreu em Gondomar, com 11 turnos, no total de 66 horas e em Amarante, com 4 turnos, no total de 24 horas, na viatura Médica de Emergência e Ressuscitação (VMER), que decorreu na base do Hospital de S.João, com 4 turnos, no total de 24 horas e no hospital Vale de Sousa, com 6 turnos, num total de 36 horas. O meu Estágio foi Tutorado por uma Enfermeira com a Especialidade na área Médico-Cirúrgica, a Sr^a Enfermeira Isabel Costa e orientado pela Sr^a Professora Patrícia Coelho.

A diversidade dos locais escolhidos assentou na necessidade de contactar com realidades diferentes, logo considerei a realização do estágio num meio de cidade e num meio mais rural. Esta escolha permitiu-me verificar diferenças a nível das necessidades da população e do número de meios de assistência. Durante os turnos na VMER do Vale do Sousa e na SIV de Amarante, foi perceptível como estas populações se encontram mais desprotegidas em termos de emergência pré-hospitalar, mas também que as ativações para o 112 são situações mais graves, pois ainda não está enraizada o hábito de ligar 112 por situações menos graves. Outra especificidade é o rendez-vous, dadas as grandes distâncias entre as ocorrências e o hospital, os doentes são transportados até ao encontro da VMER, ou da SIV e são assistidos e estabilizados no local e depois encaminhados até as unidades de saúde.

A revisão bibliográfica consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação e fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação, conforme refere Fortin, (1999). Deste modo, considerei fundamental a procura do



conhecimento da história da emergência médica, assim como a sua evolução em Portugal.

A evolução da emergência médica (EM) foi lenta ao longo da história, iniciando-se nas campanhas militares que tiveram lugar nos campos de batalha europeus. Percy e Dominique Larcy foram os responsáveis pela implementação dos primeiros passos da EM, utilizando as primeiras ambulâncias para retirar os feridos do campo de batalha, durante a invasão da Itália pelas tropas napoleónicas em 1796 e 1797, conforme Mateus (2007).

O Sistema Integrado Emergência Médica (SIEM) em Portugal iniciou-se em 1965, em Lisboa com o número 115, agora 112, onde era ativada uma ambulância tripulada por elementos da polícia que prestava os primeiros socorros e depois transportava para o hospital as vítimas. No âmbito do SIEM, a intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde e o conjunto de ações coordenadas, de âmbito pré- -hospitalar, hospitalar e intra -hospitalar, determinam a atuação rápida, eficaz e com a necessária eficiência de gestão de meios em situação de emergência médica, contribuindo no seu conjunto, para inegáveis ganhos em saúde.

Em 1971, foi criado o sistema nacional de ambulâncias (SNA), que mais tarde daria lugar ao INEM, que tinha como objetivo assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação dos primeiros socorros a sinistrados e ao respetivo transporte. O INEM foi criado em 1981, com a missão de dar resposta a uma necessidade nacional, a prestação de socorro qualificado e transporte de doentes em Portugal. O estágio no meio INEM exigiu a leitura e reflexão do regulamento do estágio do INEM, e do Código de Ética dos profissionais do INEM, assim como a necessidade da sua contextualização histórica, promovendo a minha integração e compreensão da filosofia da emergência no pré-hospitalar.

Ao longo deste caminho como profissional e ao incrementar a minha formação como especialista nesta área, é imprescindível que compreenda a dinâmica deste local de estágio, assim como, conhecer o percurso do doente desde a assistência pré-hospitalar (APH), até à chegada ao serviço de urgência,

tendo sempre presente as circunstâncias singulares do doente/família. O estágio surgiu como um complemento à formação teórica e à minha experiência na área do doente crítico.

O INEM tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, conforme está descrito no Diário da República, (1.ª série, N.º 32,14 de fevereiro de 2012.)

O INEM tem como símbolo a Estrela da Vida (fig.1) que é composta de seis faixas tendo localizado no seu centro, ao alto, um bastão com uma serpente enrolada. Portugal, através do Serviço Nacional de Ambulâncias, solicitou em 3 de Março de 1977 o registo do símbolo “Estrela da Vida” para uso exclusivo da emergência médica ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial, com base na autorização do Governo expressa pelo então Ministro da Defesa Nacional. É constituída por seis etapas: deteção, alerta, pré-socorro, socorro no local do acidente, cuidados durante o transporte e por último a transferência e tratamento definitivo.



Fig. 1- Estrela da vida

O INEM como área mais diferenciada a nível do pré hospitalar tem como objetivos primários os seguintes:

- **Reforçar e integrar os meios de emergência pré – hospitalar, em articulação com a requalificação das urgências;**



- **Aperfeiçoar a rede de ambulâncias de emergência de modo a cobrir de maneira uniforme 100% do território nacional continental;**
- **Diferenciar progressivamente os atuais operacionais do SIEM, dotando-os de formação que os habilite a lidar adequadamente com todas as situações de emergência;**
- **Melhorar os sistemas de informação, designadamente o do apoio à gestão;**
- **Garantir a sustentabilidade financeira do SIEM**

O primeiro passo para a ativação dos serviços de emergência é a chamada para a linha 112. Esta ligação recai numa central de emergência da PSP ou da GNR, que canalizam para o CODU. O CODU é responsável pelo atendimento e avaliação das chamadas, para depois proceder ao envio dos meios de socorro mais adequados à situação. O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, onde se encontram técnicos, médicos e psicólogos.

De modo a desempenhar a sua função, o INEM dispõe de vários meios, (fig.2) que são ativados de acordo com a situação em causa, assim como inúmeros profissionais (fig.3). De seguida passo a enumerar os seus diferentes meios, segundo uma perspectiva histórica e descrevendo de uma forma sintética as suas funções, assim como as experiências mais relevantes no meu estágio:

- **Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)**
- **Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV)**
- **Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)**
- **Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)**
- **Centro de Orientação de Doentes urgentes que se encontram em mar (CODU-Mar)**

- Helicópteros
- Mota de Emergência Centro de Informação Antivenenos (CIAV)
- Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC)
- Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco
- Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC)



Fig. 2 – Meios INEM



Fig. 3 – Profissionais do INEM

Em 1987 foi criado o **CODU**, em Lisboa, possibilitando o atendimento, triagem telefónica e acionamento dos meios de socorro, Mateus (2007). Compete ao CODU, efetuar a triagem e a avaliação dos pedidos de socorro através do 112, o envio dos meios de socorro adequados, o acompanhamento das equipas de socorro e o contacto com os cuidados de saúde, conforme INEM, (2008). O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas por dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio dos meios de



socorro. Cabe ainda a esta central o papel de tranquilizar e manter calmos os doentes e seus familiares em momentos dramáticos.

O médico é o regulador e distribuidor dos meios e também tem como função receber os dados de todas as SIV e proceder ao registo de casos de Via Verde de acidente vascular cerebral (AVC) ou Via Verde Coronária, contactando os hospitais de referência, para o devido encaminhamento do doente. Tem também como competência a receção e visualização dos eletrocardiogramas realizados pelas ambulâncias SIV e VMER.

Durante a realização do estágio no CODU, tive a experiência de observar como se processa o acionamento dos meios de emergência do INEM. Foi possível perceber o sistema de informação utilizado assim como o fluxograma de avaliação da história clínica que serve de base à gestão de prioridades e à atribuição desde P1 até P10. Em Portugal o sistema atualmente utilizado, classifica as ocorrências em 10 categorias distintas. Destas, apenas quatro originam o acionamento de meios (P0, P1, P3 e P9) e estes correspondem a situações de risco de vida onde se assume a necessidade de providenciar uma resposta imediata, e como se faz a articulação entre bombeiros, ambulâncias SBV, SIV e outros meios diferenciados tais como VMER, helicópteros e transporte de recém-nascidos de alto risco, segundo Ramos (2011).

Este estágio coincidiu com a alteração dos fluxogramas de triagem, em que são pré-determinadas as perguntas a efetuar e a partir daí, é atribuído um grau de prioridade que o próprio sistema ativa. Esta alteração criou alguma instabilidade nos meios e na organização do próprio CODU, contudo até ao final do estágio, pude verificar que os fluxogramas foram adaptados e já se evidencia a sua utilização de uma forma mais sensata e eficaz. O aparecimento destes fluxogramas surge com a necessidade de uniformizar a atribuição de prioridades e também salvaguardar o trabalho dos operadores que mesmo beneficiando da sua experiência, nem sempre conseguem perceber as necessidades reais de quem pede ajuda do outro lado do telefone. Saliento que a população carece de formação e informação de como se processa a ativação do 112, o que é deletério para o envio dos meios adequados e para o socorro atempado das vítimas.



Realço como apontamento a ausência de enfermeiros neste centro, situação que ocorre desde há dois anos, o que me conduziu à reflexão de como seria importante a presença destes profissionais nesta área de intervenção tão sensível aos cuidados de saúde, mas as condicionantes político-económicas não o permitem. Não deixando de salientar o trabalho excelente dos operadores neste centro, dada a carga de exigência pessoal e profissional, nós enfermeiros deveremos continuar a reivindicar que a nossa presença seria uma mais-valia num atendimento diferenciado e de qualidade.

As **Ambulâncias de SBV** são ambulâncias de socorro, destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, cuja tripulação é constituída por dois TAE e cujo equipamento permite a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida, incluindo o desfibrilhador automático externo (DAE). Estas ambulâncias estão sediadas no próprio INEM, e em corpos de bombeiros, designados por postos de emergência médica e em núcleos da Cruz Vermelha Portuguesa.

Os TAE apresentam formação específica do INEM e são conhecedores de todos os regulamentos e protocolos da prática de assistência hospitalar. Apenas os que tem formação de condução reconhecida pelo INEM, o podem fazer. Todo o material deve ser verificado ao início de cada turno e depois de cada ativação de acordo com uma check list existente na ambulância e é da responsabilidade dos elementos desse turno, assim como a limpeza da unidade da ambulância. Durante a minha passagem prestei-me todos os elementos foram muito recetivos e estiveram sempre disponíveis para explicar todos os procedimentos. Participei em todas as atuações ativamente, respeitando sempre o regulamento interno do INEM.

As **Ambulâncias de SIV** surgem em 2007 e foram criadas com o intuito de prestar cuidados, embora limitados por protocolos pré-definidos e validados pelo médico, pré hospitalares nas situações mais graves, incluindo manobras de reanimação avançadas. Existem em zonas onde os meios mais diferenciados e de emergência médica não se encontram ao alcance da população em tempo útil. Podem ser acionados pelo CODU, isoladamente ou em conjunto com a VMER,



dependendo da situação. Esta é constituída por um enfermeiro e um TAE, segundo o INEM, (2007).

A nível dos recursos técnicos tem a carga de SBV, acrescida de monitores-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento da SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais ao CODU. Os enfermeiros têm como papel a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com protocolos instituídos pelo INEM e as orientações do médico do CODU. Os técnicos têm como função colaborar na prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com as competências e com as orientações do enfermeiro, são ainda responsáveis pela condução do veículo.

Os protocolos existentes são: abordagem à vítima pela avaliação (ABCDE), paragem cardiorrespiratória adulta e criança, reanimação neonatal, alergia, alteração do estado de consciência, cefaleias, convulsões, diabetes, disritmias no adulto, dispneia, défice motor/sensitivo, dor abdominal/ problemas urinários, dor nas costas, dor torácica, intoxicações, obstrução da via aérea, sedação e analgesia, abordagem do traumatizado, afogamento e acidente, mergulho, hemorragia, TCE, traumatismo do tórax, TVM, queimaduras, ginecologia, gravidez, parto, problemas psiquiátricos, suicídio, de acordo com o INEM, (2008).

A VMER inicia-se em 1988, com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM, atribuindo ao médico uma função: a de prestação de cuidados pré-hospitalares, como enuncia Mateus, (2007). A VMER, pode ser definida como um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente, conforme nos diz o INEM, (2007). Esta equipa é constituída por um enfermeiro e um médico. Esta equipada com equipamentos altamente sofisticados que permitem a aplicação de suporte avançado de vida (SAV), assegurando a estabilização da vítima e o seu acompanhamento médico durante o transporte. Possibilita também a situação de rendez-vous com as ambulâncias dos bombeiros, de suporte básico de vida (SVB), de suporte imediato de vida (SIV), proporcionando um atendimento mais célere e eficaz, (INEM, 2008).



Para que os enfermeiros possam integrar a VMER, tem que realizar o curso de viatura médica e reanimação, com os seguintes conteúdos. SBV, SAV, Emergências médicas, traumatologia, emergências obstétricas, aspectos médico-legais, operacionalidade VMER, situações de exceção, módulo comportamental, módulo comunicação rádio, módulo extração de vítimas e simulações. Para poderem tripular a VMER, os enfermeiros tem ainda de frequentar um curso de técnicas de condução de alto risco. (Mateus, 2007). O enfermeiro é definido como o elemento da tripulação da VMER, responsável pela condução da viatura, colaborando a aplicação de técnicas de emergência médica, segundo o mesmo autor.

As funções da VMER, segundo o INEM (2012) são as seguintes:

- **Transporte da equipa médica ao local da ocorrência (constituída por Médico e Enfermeiro).**
- **Transporte do equipamento de suporte avançado de vida e abordagem ao politraumatizado.**
- **Transporta meios de comunicação e de coordenação no terreno, em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU) local.**
- **Triagem em situação multi-vítimas.**
- **Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado à continuidade do tratamento.**
- **Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar**

No meio VMER, as chek-lists são realizadas todos os turnos, pelo enfermeiro do turno e após cada ativação é repostado todo o material e medicação utilizado de modo que tudo esteja operacional atempadamente. Aqui existe um enfermeiro responsável por efetuar os pedidos ao hospital, neste caso o S.João, assim como dar seguimento aos materiais em caso de avaria e/ou faltas, ressalvo o fato de que este enfermeiro faz horário parcial, o que ainda não me permitiu fazer a entrevista informal, para fundamentar melhor a minha observação e questionar acerca da realização dos horários.



Tive a oportunidade de colmatar esta lacuna ao realizar o estágio na VMER Vale do Sousa, onde pude acompanhar o enfermeiro coordenador na realização do horário e nos pedidos de material, indo de encontro ao meu objetivo pré-definido. Após este contacto informal, considerei pertinente a realização de uma entrevista para poder sintetizar de uma forma mais adequada o papel do enfermeiro do pré-hospitalar na primeira pessoa, assim como a opinião deste sobre o futuro dos enfermeiros nesta área.

No meio SIV, quer no meio VMER, procurei conhecer como se processa os pedidos de material e de medicação e qual o papel do enfermeiro neste procedimento. No meio SIV, todos os consumíveis e medicação são registados a nível informático, inseridos no final de cada turno pelo enfermeiro do turno e são posteriormente enviados à base, a partir da sede geral que se localiza em Gaia. A base de Gondomar dispõe de um armazém de material e de medicação em quantidades diminutas de modo a que no final de cada ativação, sejam devidamente repostas e as chek-lists de todo o material são realizadas no turno da manhã. Aqui existe um enfermeiro responsável pela elaboração dos horários, que após entrevista informal ao mesmo conclui que os horários são efetuados com base nas disponibilidades dos enfermeiros e que os turnos são de oito horas cada, sendo habitual o enfermeiro que faz tarde fazer também o turno da noite. Apesar de me parecer uma carga horaria excessiva, dezasseis horas, é de acordo mútuo que este horário é processado, pois algumas vezes estes profissionais são recrutados para outras bases.

Os registos pretendem refletir a prática da enfermagem e mensurar os ganhos em saúde. No meio INEM, existe um modelo próprio, denominado verbete, por forma a uniformizar a informação, que a nível da ambulância SIV, estes registos além do verbete, que é deixada uma duplicado na unidade hospitalar onde o doente é transportado, são efetuados os registos no sistema informático que é enviado ao CODU, assim como no final de cada turno são registadas todas as ativações em suporte informático para dados estatísticos. A nível do meio VMER, tal como na SIV os registos são efetuados através do verbete, mas neste caso pelo médico, onde ficam registadas a avaliação primária e secundária da vítima, estado neurológico, a medicação administrada, as



intervenções efetuadas e os resultados obtidos. Após este registo é contactado o CODU e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do CODU, parte a indicação para os meios SBV, SIV, VMER, do hospital de destino, e em casos mais graves contacta os hospitais, de modo a que a equipa recetora esteja preparada e alerta para a chegada do doente em causa.

Passo a descrever outros meios que constituem o INEM, mas que não foram contempladas neste estágio, contudo considero pertinente a sua descrição para melhor compreendermos a sua dinâmica e a sua interligação com os outros meios.

Em 1989, cria-se o **CODU-Mar**, nas instalações do CODU-Lisboa. Este subsistema serve todo o tipo de embarcações nacionais e internacionais que o contactem, onde é feita uma triagem telefónica e um aconselhamento médico em situações de emergência, de acordo com Mateus, (2007). Tem assim por missão prestar aconselhamento médico a situações que se verifiquem nas embarcações, durante 24 horas por dia e se necessário pode acionar a evacuação do doente e o seu encaminhamento para o hospital adequado.

Em 1997, surge o início dos **Helicópteros** de EM e desde 2002, este serviço funciona durante as vinte e quatro horas/dia. Estes fazem essencialmente o transporte secundário, ou seja, transportam doentes para outras unidades hospitalares. Podem também fazer o transporte primário entre o local da ocorrência e o hospital, mas não são tão comuns dadas as questões de segurança exigidas, conforme refere Mateus, (2007). Estes são dotados de material de SAV e são tripulados por um médico, um enfermeiro e dois pilotos de acordo com o INEM, (2008). O INEM dispõe de helicópteros sediados em Lisboa, Porto, Baltar, e em Macedo de Cavaleiros e Loulé e ainda assegura o helicóptero da autoridade nacional de proteção civil em Santa Comba Dão.

Em 2004, surge a **Mota de Emergência**. Este veículo foi criado com o intuito de dar resposta a situações de emergência nas grandes cidades, pois chega com mais celeridade ao local da ocorrência, segundo Mateus, (2007). Este veículo é capaz de transportar material de suporte básico de vida, permitindo ao



tripulante a adoção de medidas iniciais, estabilizando a vítima até que estejam reunidas as condições para um eventual transporte.

O **CIAV**, criado em 1963, é um centro médico de informação toxicológica. Presta informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos (humanos e animais). Fornece esclarecimentos sobre efeitos secundários dos medicamentos, substâncias cancerígenas, mutagênicas e teratogênicas. Presta um serviço nacional e é assegurado por médicos especializados, 24 horas por dia.

O **CAPIC** foi criado pelo INEM em 2004 para atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais. É formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe.

Em 1987, é criado o **Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco**, que permite a prestação de socorro emergente a recém-nascidos e prematuros em situação de risco, transportando-os para os hospitais com cuidados de neonatologia. Este serviço é composto por um médico e um enfermeiro especialista em neonatologia e um TAE, com cobertura nacional durante vinte e quatro horas por dia, como nos refere o INEM, (2008).

A **VIC** é utilizada em situações multi-vítimas. No seu interior transporta diverso material de Suporte Avançado de Vida, que permite a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA). Este pequeno hospital de campanha está equipado com material igual ao da VMER e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo. Este material é composto por monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros. Para além disso, a VIC está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os CODU e os hospitais da zona.

O fato do estágio ter decorrido em diferentes locais não implica uma descrição personalizada dos mesmos, dado haver uma uniformidade nos meios do INEM, que possibilitam aos seus profissionais efetuar turnos em diferentes



bases sem comprometer a eficácia dos cuidados, acrescida da existência de protocolos comuns

A enfermagem do pré- hospitalar por ser uma área de características singulares, onde, para além de imprevisibilidade da situação, os profissionais tem de dar respostas imediatas às situações de emergência em condições de trabalho muitas vezes difíceis, é um setor dinâmico que concerne estímulo e consequentemente desafio para o enfermeiro. Estes profissionais deverão ser motivados, qualificados, com iniciativa, responsabilidade, atitude, criatividade. Estas foram as capacidades/ competências que eu procurei alcançar durante o meu estágio e que considero ter alcançado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República, 1.ª série — N.º 32 — 14 de fevereiro de 2012, consultado a 18 de junho de 2012 disponível em:

[http://www.inem.pt/Lei%20Org%c3%a2nica%20do%20INEM%2c%20I.P.\[1\]](http://www.inem.pt/Lei%20Org%c3%a2nica%20do%20INEM%2c%20I.P.[1]).

Fortin, M. (1999), *O Processo de Investigação: da conceção à realização*-Loures, Lusociência

INEM (2007). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, Lisboa, INEM

INEM, (2008), consultado a 18 de junho de 2012, disponível em:

http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27757,

INEM (2012), consultado a 18 de junho de 2012, disponível em:

http://vmerchc.no.sapo.pt/Pag/aprenda/barras/temas/lateral/estrela_vida.htm

Mateus, B. (2007), *Emergência médica pré-hospitalar- que realidade* – Camarate, Lusociência

Ramos, R. (2011), *Centrais de emergência médica como organizações de elevada fiabilidade: Importância da coordenação relacional e da cultura do erro, no desempenho, aplicadas ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes de Lisboa* dissertação de mestrado em gestão de serviços de saúde Orientador: Professor Doutor Luís Martins, ISCTE Business School Abril



Anexo II

Caraterização do local de estágio: Serviço de Urgência



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Caracterização do local de estágio



Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S.João

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

novembro de 2012



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHSJ -Centro Hospitalar de S.João

STM -Sistema de Triagem Manchester

SU- Serviço de Urgência

UCP -Unidade de Curta Permanência



CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S.João

O Hospital de S. João foi inaugurado a 24 de Junho de 1959, para fazer face à inadequação do Hospital de Santo António, que se via incapaz de servir a população do Norte, sendo simultaneamente um Centro de Investigação Científica e de Ensino Escolar de Medicina Atualmente, este hospital de grande dimensão em área de atendimento, nos meios de que dispõe e no número de pacientes que acolhe, é classificado como um Hospital Central, tendo a cidade do Porto como área de influência, e os distritos de Braga, Viana do Castelo, e a área do Vale do Sousa. É uma Urgência Polivalente, considerado um serviço de referência em toda a região Norte e na vanguarda dos cuidados de saúde em Portugal, abrangendo cerca de três milhões de pessoas.

No Serviço de urgência (SU), são observados, em média, cerca de 500 doentes por dia. Este número implica, por si só, um esforço significativo em termos de recursos humanos e materiais de forma a garantir, em cada momento, o melhor atendimento a todos aqueles que a ele acorrem. Segundo dados de 2007 contava com a colaboração de 5084 funcionários, dos quais 1812 enfermeiros e 1258 médicos, de acordo com Gomes, (2009).

No SU está implementado o sistema de triagem Manchester (STM). Este sistema foi primariamente implementado em Manchester, em 1997 e desde então adotado como norma em vários hospitais do Reino Unido. Na sequência da autorização dos seus autores, foi implementado em Portugal em junho de 2003, Morais (2003). O objetivo do STM é efetuar a triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo recomendado até à observação médica caso a caso, segundo Ministério da saúde (2006). Realce-se assim, que este sistema não prevê o estabelecimento de diagnósticos, mas sim de prioridades clínicas.

O método baseia-se na identificação da queixa inicial de apresentação e o seguimento do respetivo fluxograma de decisão (existem no momento, cerca de 52 que abrangem todas as situações previsíveis, incluindo os casos de



catástrofe). O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada e com definição exata dos termos, que constituem os designados “discriminadores”. Após a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica, sendo então atribuída uma cor de identificação à pessoa. Este tipo de classificação implica a atribuição de pulseiras com identificação com cores que indicam o nível de prioridade e o tempo de atendimento previsto, de acordo com protocolos mas também com o juízo crítico do enfermeiro, conforme enuncia Ministério da saúde (2009).

Nesta lógica, o sistema classifica o utente numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo (tempo máximo) de observação inicial:

Cor VERMELHA: doentes emergentes. Objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 3 minutos.

Cor LARANJA: doentes urgentes. Objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 10 minutos

Cor AMARELA: objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 60 minutos

Cor VERDE: objetivo de atendimento inferior a 120 minutos

Cor AZUL: objetivo de atendimento inferior a 240 minutos

O sistema prevê também a atribuição da cor branca a todos os doentes que apresentem situações não compatíveis com o serviço de urgência, englobam-se nesse elenco doentes admitidos para transplante, técnicas programadas. O STM preconiza também o reforço da equipa de triagem, sempre que se encontrem mais do que dez utentes em espera. Pretende-se desta forma, que o tempo previsível desde a chegada ao serviço de urgência e a triagem de prioridades não seja excessivo e prevê simultaneamente, a reavaliação dos doentes triados e, em caso de agravamento da situação clínica, o doente deverá ser retriado pelo elemento mais diferenciado da triagem de prioridades. Estão criados seis diferentes fluxos de circulação, três com base na prioridade de observação e potencial gravidade (amarela, laranja, vermelha) e três com base no problema do doente (Ortotraumatologia, psiquiatria e otorrinolaringologia ou



oftalmologia). Os doentes de prioridade verde e azul (menor grau de prioridade) seguem o circuito dos doentes de prioridade amarela, de acordo com Morais, C. & e Rodrigues, M. (2003).

O Serviço de Urgência do centro Hospitalar de S.João (CHSJ) está assim organizado em diversas áreas:

Área de admissão e receção

Localizada logo à entrada do SU, é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente. Contiguamente a esta área encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos como são as altas, os internamentos, receção de reclamações, etc. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de Triagem. No momento da inscrição do doente nos Serviços Administrativos, o administrativo identifica o acompanhante de referência do doente, sendo-lhe colocado autocolante identificador. O acompanhante de referência terá acesso e pode permanecer na Sala de Acompanhantes.

Área de triagem

Após a admissão, o doente, acompanhado ou não por familiar de acordo com a sua condição, passará para Área de Triagem onde é feita uma avaliação inicial por enfermeiro(a). Esta avaliação é baseada num protocolo específico e com base científica STM. O CHSJ tem em funcionamento os quatro sistemas de resposta rápida a patologia específica recomendados, habitualmente designados de Vias Verdes, nomeadamente de Acidente Vascular Cerebral, Coronária (Enfarte do miocárdio), de Sepsis (Infeção grave generalizada) e de Trauma. É, também, nesta área que são identificados os doentes com critérios de ativação de umas das quatro Vias Verdes, de forma a ser ativada observação médica imediata.

Área de atendimento Amarelo

Neste espaço são observados os doentes classificados com um nível intermédio de prioridade (amarelo) e também aqueles de menor gravidade que recorrem ao Serviço de Urgência com situações pouco urgentes ou até não



urgentes (verde e azul). Compreensivelmente, estes doentes (verde e azul) têm prioridade de atendimento inferior à dos restantes, sendo, portanto, chamados para observação médica com menor frequência do que os restantes. Adjacente a esta área existe uma zona de espera para os doentes triados para este sector mas ainda não observados e para aqueles que tendo sido já observados, aguardam algum exame ou observação por um especialista a quem tenha sido solicitada consultadoria.

Área de atendimento Laranja e OBS/ Unidade de Curta Permanência (UCP)

Espaço para atendimento dos doentes triados com cor laranja. Esta área possui equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo.

Neste local existe, igualmente, uma UCP, destinada à vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período não superior a 24 horas para a sua resolução e alta. A área de UCP pode receber doentes triados com cor laranja bem como doentes inicialmente triados com cor amarela ou observados no sector de Cirurgia e Ortopneumatologia, e que preencham os requisitos acima especificados.

Área de emergência e doente crítico (vermelha)

Constituída pela Sala de Emergência que tem contíguas a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência e a Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios da Urgência. Na Sala de Emergência faz-se a receção, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

Área de Ortopneumatologia

Áreas contíguas onde é prestada assistência a doentes vítimas de traumatismo de pouca gravidade ou que necessitem de procedimento cirúrgico de curta duração.



Área de Urgência de Psiquiatria

Local onde é feito o atendimento urgente, e orientação, de todas as situações do foro Psiquiátrico da área Metropolitana do Porto.

Existem ainda áreas de urgência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Obstetrícia/ Ginecologia (fora da área geográfica do Serviço de Urgência). Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do SU alberga ainda um Gabinete Assistencial, um posto da polícia e a Área de Direção do Serviço e da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos.

O espaço do SU inclui ainda uma Sala de Espera de Acompanhantes, um Gabinete de Informação e de Apoio ao Acompanhante e uma Sala de Encontro com a Família. De referir a Sala da Família, local específico, com condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pela equipa de saúde para informar a família das condições do doente, particularmente em situações de doentes em estado crítico ou nas situações de falecimento.

Após a alta e antes de abandonar o SU o doente deve dirigir-se ao posto administrativo assinalado com a indicação ALTAS e ali validar todos os documentos que lhe foram entregues (receitas, credenciais, marcações de consulta, etc.). Se for internado o doente será conduzido ao Serviço de Internamento e os seus familiares ou acompanhantes informados da decisão de internamento. O acompanhante deve dirigir-se ao Serviço de Informações e identificar-se como familiar ou acompanhante responsável por receber as informações respeitantes ao doente,

O Serviço Informativo ocupa um espaço físico próprio, junto à entrada do SU. São intervenientes do Serviço Informativo um funcionário dos Serviços Administrativos, Voluntários, pessoal clínico (médicos e enfermeiros) e Seguranças. O Gabinete de Apoio ao Acompanhante funciona numa estrutura física própria das 8h às 24h com um administrativo que desenvolve as suas atividades como elo de ligação entre os profissionais de saúde e a família/pessoas significativas. Das 24h às 8h as atividades são partilhadas entre o enfermeiro da triagem e o administrativo do Posto Administrativo.



Este circuito, de relevante importância no acolhimento dos cidadãos no SU, inicia-se na Triagem onde o enfermeiro triador, regra geral, encaminha o acompanhante para o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, onde é recolhido o contacto de referência e lhe é atribuída uma pulseira roxa (Acompanhante de Referência temporário), ou pulseira preta (Acompanhante de Referência permanente).

O utente tem o direito de acompanhamento integral no SU, como exposto na Lei n.º33/2009 de 14 de Julho. Os acompanhantes recebem uma pulseira roxa com a identificação do seu familiar e os acompanhantes permanentes, uma pulseira preta (nos casos dos utentes que têm dificuldade da comunicação e necessitam de ter sempre o acompanhante junto a si). Apesar do crescente esforço para proporcionar o acompanhamento integral dos utentes, como direito essencial dos mesmos, a elevada afluência de utentes e as condicionantes de espaço, condiciona este direito, havendo a necessidade de limitação do tempo de permanência dos acompanhantes de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde.

Caso seja um doente com prioridade Muito Urgente e Emergente, o acompanhamento por parte da família/pessoas significativas é feito de imediato. Isto também acontece em doentes que sejam triados para a área laranja ou para as especialidades de oftalmologia, nefrologia, gastroenterologia, estomatologia, cirurgia vascular ou hemodinâmica, uma vez que se encontram noutra área que não urgência de adultos. As salas de espera encontram-se anexadas a cada área.

Além das passagens de informação verbal os enfermeiros do SU documentam as suas intervenções no sistema operativo *Alert®*. O serviço está a desenvolver em conjunto com responsáveis do sistema operativo um no sentido de otimizar os registos de enfermagem com linguagem padronizada. *Software*



Figura 1. Sistema Alert®

O sistema operativo *Alert*® é o sistema em uso no SU, por todos os profissionais. Todos os profissionais deste serviço têm formação neste *software* e podem consultar o manual do sistema tanto no serviço em suporte papel, quanto na Intranet. A equipa de enfermagem, em conjunto com responsáveis do sistema operativo, encontra-se a desenvolver forma de integrar no *software* em utilização linguagem padronizada da prática de enfermagem, no sentido de uniformizar e melhorar a documentação das intervenções dos mesmos

O SU do CHSJ é composto por uma equipa multidisciplinar dotada de Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social. A Equipa de Enfermagem é composta por 93 enfermeiros no total, entre os quais um Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver atividades predominantemente no turno da Manhã.

Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada com 18 elementos coordenados por um Coordenador de Equipa e um Subcoordenador (que assume funções em substituição do Coordenador de Equipa) que são um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos, elaborando o Plano de Trabalho para cada turno, entre outras funções, como a resolução de problemas com a gestão de recursos, materiais e equipamentos (na ausência da Senhora Enfermeira Chefe). Os elementos da equipa de enfermagem são divididos de acordo com as necessidades e as competências manifestadas, tendo em conta as áreas de prestação de cuidados e afluência de utentes. A elaboração do horário dos enfermeiros é da responsabilidade da Senhora Enfermeira Chefe. Os turnos de manhã e tarde têm a duração de 7,5 horas e a noite de 10,5 horas. O turno da manhã decorre das 8-15:30, o da tarde das 15 às 22:30 e o da noite é das 22 às



8:30. Existe uma sobreposição dos turnos em meia hora para a passagem de turno.

O método de trabalho adotado neste serviço é o método individual, no qual cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados dos utentes que assume articulando-se com a equipa no sentido de priorizar e agilizar os cuidados, contudo o que predomina é o método em equipa. A distribuição nos diferentes sectores, como já foi referido anteriormente, é da responsabilidade do coordenador de equipa e gere-se de acordo com as competências dos elementos e a necessidade de cada sector.

Face às características particulares do SU, a integração adequada do enfermeiro na equipa multidisciplinar deve constituir a base para conseguir desenvolver as competências, atitudes e habilidades necessárias para cuidar com qualidade dos doentes, que a ele acorrem. Por isso, foi importante conhecer o serviço e passar pelas suas diferentes valências, percebendo o tipo de trabalho desenvolvido em cada uma delas, o circuito que o doente percorre deste a sua admissão na triagem até ter alta ou ser transferido para outro serviço do hospital ou mesmo outro hospital. O conhecimento dos modos de intervenção e organização do serviço através da consulta das normas e dos protocolos existentes no SU e das conversas informais com a enfermeira tutora e restantes enfermeiros, contribuíram para a minha integração na equipa de enfermagem, permitindo que ao longo do estágio fossem desenvolvidas atividades e adquiridas competências.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dec. [Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho](#) – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acedido em 13 de novembro de 2012, disponível em:

http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/21142C03-DDCF-4EFA-80C9D7C23C368FC/0/Lei33_Acompanhamento_Utentes_SNS.pdf

Gomes, R. (2009), *Hospital de S. João – 50 anos de Sonho e Resistência*. 1ª Edição. Porto

Ministério da Saúde (2006). *O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes*, acedido a 14 de novembro de 2012 e disponível em:

http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

Ministério da saúde (2009). *Triagem de Manchester*, acedido em 10 de novembro de 2012 e disponível em: http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html

Morais, C., Rodrigues, M. (2003). *Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência – Método de Manchester*, in *Política de Saúde*, Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto, pp. 293-294.



Anexo III

Artigo de Revisão integrativa- Presença da família durante os procedimentos invasivos e manobras de reanimação, qual o estado da arte?



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

ARTIGO



Presença das famílias no serviço de urgência durante a reanimação e os procedimentos invasivos: qual o estado da arte? Revisão integrativa

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

novembro de 2012



PRESENÇA DAS FAMÍLIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DURANTE A REANIMAÇÃO E OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS: QUAL O ESTADO DA ARTE? REVISÃO INTEGRATIVA

Ferreira, M*

Coelho, P**

* Enfermeira no Centro Hospitalar de S.João-Porto, Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Serviço de Urgência; Estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa.

**Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa

Correspondência:

Manuela Sousa Ferreira

Correio eletrónico: manuelacelsousa@gmail.com

Resumo

A enfermagem deve ter uma abordagem holística nos cuidados e deve envolver o paciente e a família, fundamentalmente nos momentos de crise, como é o caso da vivência de acompanhar um familiar num serviço de urgência com todas as particularidades que lhe estão associadas.

O objetivo deste artigo é saber se a presença da família durante as medidas de reanimação ou procedimentos invasivos têm um impacto positivo ou negativo na família e nos profissionais de enfermagem e quais as atitudes dos enfermeiros nestas situações.

Os enfermeiros com formação mais elevada, assim como com uma especialização específica na área de emergência demonstram uma atitude de maior aceitação à presença de família durante as medidas de reanimação e procedimentos invasivos.

Os aspetos positivos para a presença da família são: compreender que as medidas e esforços de reanimação foram as máximas e que tudo foi efetuado



pelos profissionais, a oportunidade para a família apoiar o seu ente querido e de se despedir em situações de fim de vida, a participação em decisões de fim de vida, facilitando o processo de luto, providenciar explicações e demonstrar à família que a sua presença é um direito.

Como motivos para não haver a presença das famílias são apontados: o baixo nível de conhecimento dos familiares, as memórias traumáticas, a interferência no trabalho dos profissionais, a diminuta escassez de recursos humanos, o aumento do risco de infecção, o desconforto dos profissionais em se sentirem observados na sua atuação e o seu medo de falhar e o obstáculo à comunicação na equipa.

Num estudo, efetuado no Hospital da Universidade do Colorado pela autora Kathleen S. Oman e colegas em 2010, sugere-se a criação de protocolos que permitam aos profissionais dar a opção às famílias de estarem presentes, avaliando os familiares de acordo com as circunstâncias e as suas características para adequar o que será melhor para o paciente. Este protocolo inclui o acolhimento prévio à entrada dos familiares, com as devidas explicações do que estes irão encontrar junto aos pacientes, diminuindo a ansiedade destes e aumentando o nível de confiança nos profissionais.

Este trabalho caracterizou-se por uma revisão da literatura tendo por base a pesquisa na ISI of Knowndlege, com os descritores booleanos urgência, enfermagem, família e cuidar, artigos publicados no período de 2010 a 2012. Conclui-se que a pesquisa originou 25 artigos, dos quais foram selecionados 6 após a leitura e dada a pertinência dos mesmos, tendo em conta a sua disponibilidade em texto integral e a sua relevância para o tema em discussão.

Palavras-Chave: “Emergência”, “Enfermagem”, “Família”, “Cuidar”

Abstract:

Nursing must take a holistic approach in the care and should involve the patient and family, mainly in times of crisis, such as the experience of accompanying a family member in the emergency department with all the particularities associated with him.



This paper is whether family presence during CPR and invasive procedures has a positive or negative impact on family and nursing professionals and what the attitudes of nurses in these situations.

Nurses with higher education, as well as with specific expertise in the area of emergency demonstrate an attitude of greater acceptance of family presence during CPR and invasive procedures.

The positive aspects to the presence of the family are: understand the measures and resuscitation efforts were the maximum and that everything was done by professionals, the opportunity to support your family and loved ones to say goodbye at the end of life situations, participation in end of life decisions, facilitating the grieving process, provide explanations and demonstrate to the family that their presence is a right.

As reasons for not having the presence of the families are identified: the low level of knowledge of the family, traumatic memories, interference in the work of professionals, the tiny human resource shortages, increased risk of infection, the discomfort of professionals feel observed in his performance and his fear of failure and an obstacle to communication in the team.

The study performed at the Hospital of the University of Colorado by the authors Kathleen S. Oman in 2010, suggests the creation of protocols that enable professionals to give families the option of being present, assessing the family according to the circumstances and characteristics to suit what is best for the patient. This protocol includes the reception prior to the entry of relatives, with appropriate explanations of what they will find with patients, reducing anxiety and increasing this level of confidence in the professionals.

This work was characterized by a literature review based on a search of the ISI Knowndlege, with descriptors Boolean urgency, nursing and family care, articles published in the period 2010 to 2012. We conclude that the search yielded 25 articles, of which six were selected after reading and given the continued relevance, taking into account their availability in full text and its relevance to the topic under discussion.



Key-words: “Emergency”, “Nursing”, Family”; “Caring.

Introdução/Objectivos:

As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2010) descritas na declaração de Munique de 2000 e da Ordem dos Enfermeiros expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), enfatizam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde.

Torna-se um desafio à investigação em enfermagem encontrar metodologias que permitam aos profissionais nas diferentes áreas de atuação adaptarem-se e consolidarem conhecimentos e estratégias que lhes permitam providenciar cuidados de excelência aos pacientes/famílias.

O serviço de urgência é um local privilegiado no contato com familiares que se encontram fragilizados e ansiosos, tornando-se também um local onde os dilemas dos profissionais perante a Família são uma realidade. É essencial que os enfermeiros procurem dar respostas aos problemas do seu quotidiano e a consulta de bibliografia atualizada permite conhecer o estado da arte nesta temática e fornecer dados para melhorar os cuidados.

O objetivo deste trabalho é saber se a presença da família durante as medidas de reanimação ou procedimentos invasivos têm um impacto positivo ou negativo na família e nos profissionais de enfermagem e quais as atitudes dos enfermeiros nestas situações.

Metodologia:

Foi utilizado o método exploratório descritivo com pesquisa avançada na base de dados da ISI of Knowndlege, utilizando como descritores booleanos “Emergency”, and “Nursing”, and “Family”; and “Caring”. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos completos, publicados em inglês, português e espanhol com referências disponíveis, com texto completo e datas de publicação dos últimos 2 anos (2010-2012). Foram encontrados 25 resultados, estes foram analisados, discutindo-se a sua relação com o tema e o objetivo deste trabalho e



selecionados 6, tendo como critérios de exclusão serem artigos no âmbito da pediatria.

Resultados:

Foram encontrados 25 artigos e selecionados 6 que se relacionavam diretamente com o tema enfocando a presença da família durante a reanimação e os procedimentos invasivos e as atitudes dos enfermeiros, assim como os benefícios e as desvantagens enumeradas.

Discussão dos resultados:

Neste capítulo vou resumir os artigos consultados nesta pesquisa e apontar os aspetos mais relevantes que vão de encontro ao objetivo previamente delineado.

O artigo de Susan Ellison (2010), descreve um estudo efetuado a 208 enfermeiros de um hospital de New Jersey aplicando o questionário de suporte de presença à família, estudando as variáveis demográficas (idade, sexo, etnia) e atitudes dos enfermeiros perante a família durante as medidas de reanimação e procedimentos invasivos, acrescentando a perceção e crenças pessoais acerca da presença da família para os enfermeiros.

Este estudo demonstra a relação significativa entre as atitudes perante a família e as variáveis inerentes aos enfermeiros, tais como a experiência profissional, a sua formação, o tipo de certificação académica e a área de especialização. Segundo esta autora estes fatores são preditores para atitudes positivas perante a presença da família. Como resultados deste estudo enumerase que os enfermeiros com formação mais elevada, assim como com uma especialização específica na área de emergência demonstram uma atitude de maior aceitação à presença de família durante as medidas de reanimação e procedimentos invasivos.

Este estudo também demonstra que a presença das famílias interfere no desempenho dos enfermeiros devido às limitações estruturais das instituições, à escassez de tempo e à falta de recursos humanos que tenham disponibilidade para estarem como o doente e com os seus familiares. A falta de educação e de



capacidade da família em compreender a situação e não transmitir ansiedade ao doente também dificulta o trabalho destes profissionais.

Um dos aspetos positivos relatados neste estudo é a oportunidade de promover a comunicação entre a família e os profissionais e providenciar apoio e suporte emocional. Deste modo a família compreende que tudo foi efetuado, facilitando o processo de luto, a participação em decisões de fim de vida, providenciar explicações e demonstrar á família que a sua presença é um direito e não uma opção dos profissionais. Aponta como motivos para não haver a presença das famílias o baixo conhecimento dos familiares, as memórias traumáticas, a interferência no trabalho dos profissionais, a diminuta escassez de recursos humanos, o aumento do risco de infeção, o desconforto dos profissionais em se sentirem observados na sua atuação e o seu medo de falhar.

O estudo apresentado por Lori M. Feagan e colegas (2011), realizado em Washington, pretende demonstrar o impacto da educação dos profissionais na promoção de atitudes perante a família durante a reanimação e outros procedimentos invasivos. Neste estudo foram avaliadas as respostas ao mesmo grupo de profissionais (médicos e enfermeiros) em duas fases, antes e após um programa de formação sobre a temática. Estes autores concluíram que a educação e a criação de protocolos com critérios de inclusão e de exclusão para permitir a presença das famílias antes, durante e após os procedimentos demonstrou ser útil e ter um impacto positivo nas atitudes perante a família nos serviços de urgência e emergência.

Em 2010, num estudo efetuado no Hospital da Universidade do Colorado pelas autoras Kathleen S. Oman, e colegas, referem que existe uma preocupação crescente nos profissionais de saúde em saber o efeito da presença da família durante as manobras de reanimação e procedimentos invasivos nos familiares dos pacientes. Neste estudo são apontadas vantagens que passo a referir: família saber o estado do paciente, a oportunidade para a família apoiar o seu ente querido e de se despedir em situações de fim de vida, a família perceber que as medidas e esforços de reanimação foram as máximas, assim como a perceção da personalidade do paciente através do que a família pode transmitir, permitindo assim o cuidado holístico ao paciente e á sua família.



Como desvantagens neste estudo são enumerados: o trauma para a família, o medo da família e como podem transmiti-lo ao paciente, a ansiedade para os profissionais que se sentem observados, o obstáculo à comunicação na equipa. Todos estes fatores contribuem para a contínua controvérsia existente sobre a presença da família nos momentos de crise.

Neste estudo sugere-se a criação de protocolos que permitam aos profissionais dar a opção às famílias de estarem presentes, avaliando os familiares de acordo com as circunstâncias e as suas características para adequar o que será melhor para o paciente. Este protocolo deverá incluir ainda que se deverá perguntar ao paciente, no caso dos procedimentos invasivos, se quer a família presente e qual o membro e caso não possa expressar a sua vontade assegurar que seja respeitada a vontade da família.

A decisão da presença da família deverá ser consensual na equipa e sempre que a instabilidade do paciente justifique ou os procedimentos sejam mais invasivos, ou a família se torne emocionalmente perturbadora esta deva abandonar o local. É de realçar que estes protocolos de atuação estão recomendados desde 2004, contudo ainda poucos hospitais dispõem dos mesmos.

No artigo de Elinar Lowry, (2012) é relatado como num hospital de Chicago a utilização de um protocolo desde 1992 é considerada uma vantagem para os profissionais. Neste estudo é referido como 14 enfermeiras de urgência descrevem as suas experiências perante a presença das famílias, através da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas. Este protocolo é útil na medida em que define quando e como a família deve estar presente, assim como quando deverá sair com critérios adequadamente estabelecidos.

Neste estudo são enunciadas as vantagens e desvantagens da presença dos familiares junto aos pacientes em situações de urgência, e acrescenta que estes profissionais deveriam ter um suporte emocional adequado para lidar com estas famílias. Este protocolo inclui o acolhimento prévio à entrada dos familiares, com as devidas explicações do que estes irão encontrar junto aos pacientes,



diminuindo a ansiedade estes e aumentando o nível de confiança nos profissionais.

Num estudo publicado em 2011, realizado por Darcy Egging e colegas, é efetuada uma revisão sistemática da literatura com os descritores “ presença da família” e “emergência” e “procedimentos invasivos ou reanimação”, nas bases de dados da Pubmed e Crochane publicados entre 2005 e 2009. Deste estudo emergem algumas recomendações de nível A e B e também o que não é recomendado. Existe uma evidência fraca do ponto de vista dos pacientes dada a escassez de estudos nesta temática. Os poucos estudos referem que estes ficam contentes com a presença dos familiares, embora também refiram que é traumatizante para os seus familiares assistirem a procedimentos mais invasivos. Para as famílias a evidência demonstra que estes se sentem mais satisfeitos em estarem presentes pois têm a percepção que tudo o que era possível ser feito pelos seus familiares foi efetuado.

Como conclusões deste estudo aponta-se como evidencia nível A que as famílias desejam que lhes seja dada a opção de estarem presentes junto dos seus familiares. É de evidência forte que os profissionais defendem que devem ser providenciadas explicações e suporte emocional aos familiares. Salienta-se a evidência de nível B dada à necessidade de serem instituídas políticas ou protocolos de atuação que providenciem estruturas e medidas de suporte emocional também garantido aos profissionais.

Alisha Gozdzialski e colegas, em 2012, referem a partir de estudos realizados e referidos no artigo das mesmas que a admissão a uma sala de emergência pode ser considerado um evento repleto de stress para o paciente e para a sua família. Uma comunicação eficaz entre os profissionais e os pacientes e/ou as suas famílias é muito importante e é um desafio para todos os profissionais. Contribui para aumentar o grau de satisfação dos familiares providenciar a informação adequada durante a permanência do paciente no serviço de urgência, dar tempo à família para colocar questões e dúvidas e adequar as informações às circunstâncias singulares de cada família.



Conclusões:

Os cuidados centrados no doente e na sua família são um aspeto essencial na enfermagem e sem dúvida na enfermagem de urgência. A enfermagem deve ter uma abordagem holística nos cuidados e deve envolver o paciente e a família, fundamentalmente nos momentos de crise, como é o caso da vivência de acompanhar um familiar num serviço de urgência com todas as particularidades que lhe estão associadas.

A revisão da bibliografia efetuada foi pertinente e contribuiu para obter algumas conclusões que são extremamente úteis para a melhoria da qualidade dos cuidados providenciados à nossa população e também otimizar medidas de suporte emocional e institucional aos profissionais que lidam de perto com estes dilemas nos seus locais de trabalho.

O objetivo deste trabalho foi saber se a presença da família durante as medidas de reanimação ou procedimentos invasivos têm um impacto positivo ou negativo na família e nos profissionais de enfermagem e quais as atitudes dos enfermeiros nestas situações.

Após a leitura destes estudos conclui-se que cada vez mais os profissionais de saúde demonstram uma atitude de maior aceitação à presença de família durante as medidas de reanimação e procedimentos invasivos, isto porque cuidar alguém implica cuidar também a sua família e amigos e se os profissionais de saúde conseguirem incutir nas famílias o sentimento de confiança de que todos os esforços foram empreendidos quer no tratamento como nos cuidados de reanimação, teremos certamente um processo de aceitação da doença ou luto facilitado aos familiares.

A decisão da presença da família deverá ser consensual na equipa e sempre que a instabilidade do paciente justifique ou os procedimentos sejam mais invasivos, ou a família se torne emocionalmente perturbadora esta deve abandonar o local. É de realçar a sugestão de protocolos de atuação que segundo os estudos estão recomendados desde 2004, contudo ainda poucos hospitais dispõem dos mesmos. Estes protocolos incluem o acolhimento prévio à entrada dos familiares, com as devidas explicações do que estes irão encontrar



junto aos pacientes, diminuindo a ansiedade destes e aumentando o nível de confiança nos profissionais.

Contudo, para os profissionais existem algumas barreiras perante a presença das famílias, estes referem sentirem-se observados na sua atuação e têm medo de falhar, assim como acrescentam que é um obstáculo à comunicação dentro da equipa. Os protocolos de atuação neste âmbito devem contemplar estruturas e medidas de suporte emocional também garantido aos profissionais.

A elaboração deste artigo surgiu com o objetivo de permitir aos profissionais de saúde a reflexão sobre uma temática muito discutida na atualidade, contudo os estudos efetuados são na maioria a nível internacional e daí considerei pertinente promover a discussão à luz da nossa realidade. Deste modo, vou expor como observador participante o que de relevante me trouxe a permanência num dos maiores serviços de urgência de Portugal, durante o estágio inserido na especialização em Enfermagem médico-cirúrgica. Para isso, considerei que a revisão integrativa é um dos métodos que melhor se adequa a este trabalho, pois consiste num método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica.

Este método tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, conduzindo os enfermeiros à prática baseada na evidência, ampliando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma revisão integrativa é um método de pesquisa que procura contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao paciente e família, e facilita a incorporação de evidências, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática, conforme nos diz Mendes et al (2008). Após a síntese dos resultados desta pesquisa importa incorporá-los na nossa prática diária, permitindo dessa forma assumirmos o compromisso da prática baseada na evidência, transportando os conhecimentos obtidos para a realidade.

Ao realizar o meu estágio num serviço de urgência polivalente deparei-me com a necessidade de efetuar esta pesquisa, dado que me deparei com inúmeras situações em que não foi possibilitado às famílias estar junto dos pacientes e



noutros casos em a família esteve presente, esse fato causar algumas divergências entre os profissionais ou entre outros pacientes ou familiares.

De acordo com a Lei nº 33/2009 da Assembleia da República de 14 de julho, o serviço de urgência deve permitir a entrada de um acompanhante por utente, contudo no nosso país o cumprimento desta lei nem sempre tem sido possível, dadas as limitações de espaço das nossas urgências, aliado ao crescente número de pessoas que acorrem todos os dias a um serviço de urgência. Se ainda não reunimos condições de aplicabilidade de uma lei que confere o direito a alguém para estar acompanhado num momento tão delicado, como poderemos evoluir para o debate que outros países impõem- a presença da família durante as manobras de reanimação- sim ou não? Penso que ao refletirmos sobre esta matéria haja a consciencialização da necessidade de mudar.

Não sendo possível obter dados concretos da nossa realidade, dadas as limitações inerentes ao tempo disponível, importa referir algumas opiniões recolhidas junto dos profissionais da urgência acerca das vantagens e desvantagens da presença dos familiares durante a realização dos procedimentos invasivos ou mesmo nas manobras de reanimação. É quase consensual que a presença dos familiares diminui o número de conflitos entre familiares e profissionais, dado que estes estão a par de todos os procedimentos efetuados e as dúvidas acerca do estado clínico vão sendo dissipadas ao longo da estadia na urgência, aumentando o nível de confiança nos cuidados e nos profissionais. Contudo, apontam a falta de recursos humanos e de estruturas físicas para possibilitarem a permanência da família no serviço de urgência, tendo em conta o respeito pela privacidade e dignidade da Pessoa Humana.

Em relação à presença durante as manobras de reanimação, aqui a realidade que vivenciei ainda se encontra longe do que nos apontam os estudos efetuados. Para estes profissionais a população portuguesa ainda não está preparada a nível cultural e de conhecimentos para poder assistir à reanimação do seu familiar, permitindo aos profissionais o desempenho adequado das suas funções, sem interferências. Em relação aos familiares pude constatar que cada vez mais se integram nos cuidados, havendo uma maior aproximação entre



familiares e profissionais, fato esse devido a uma maior abertura das instituições às famílias e ao espírito dos profissionais que cada vez mais se disponibilizam a estar com as famílias, perdendo o medo da exposição, aumentando a sua autoconfiança, o que de certa forma permitirá a valorização de uma imagem de um profissional com sentido ético e humano ao mais alto nível, e é sem dúvida aqui que devemos estar nós... os enfermeiros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Egging D., Crowley M., Arruda T., Proehl J., Walker-Cillo G., Papa A., Li S., Walsh J., (2011)- *Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department*, ENA Emergency Nursing Resource Development Committee, September volume 37 .p.469-473
acedido a 20 de outubro de 2012, disponível em: www.jenonline.org

Ellison's A., (2010)- Family Presence During Resuscitative Efforts and Invasive Procedures, Nurses' Attitudes Toward, *Journal of emergency nursing*, Old Bridge December 29:6 pag 521-529

Feagan S., Fisher S., (2011) - The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation, *Journal of emergency nursing* volume 37 • Spokane Valley, May 2011, pp. 231-239

Gordon J., (2010) - The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research International, *Emergency Nursing* 18, p. 80– 88 acedido em 20 de outubro de 2012 em:
www.sciencedirect.com/journalhomepage:www.elsevierhealth.com/journals/aaen.pdf

Gozdzialski S., Schlutow M., Pittiglio L., (2012)- *Patient and family education in the emergency department: how nurses can help*, Faye P. Everson, May volume 38, p.293-295 acedido em 20 de outubro de 2012 em: www.jenonline.org

Lowry, E., (2012) - *"It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol*, Chicago, July, volume 38 p. 329-334, acedido em 20 de outubro de 2012 em: www.jenonline.org

Mendes K., Silveira C., Galvão C., (2008) - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, out-dez; p.758-64



Oman,K., Duranl C.,(2010)- Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation, *Journal of emergency nursing* volume 36, Denver November, p.524-533



Anexo IV

Póster intitulado “ Suporte básico de vida”

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA



Etapas:

1 - Avaliar condições de segurança
NÃO se deve expor a si nem a terceiros a riscos



2 - Estimulação física/verbal da vítima

Avaliar se a vítima responde:
Está bem?
Sente-se bem?

Responde
ligar 112 se necessário

Não responde
Pedir ajuda a alguém (ligar 112)
Não abandonar a vítima



3 - Permeabilizar a via aérea

Extensão do pescoço
Elevação do queixo
Verificar se tem algum corpo estranho na boca



5 - Respiração boca a boca

Ocluir o nariz da vítima
Manter a elevação do queixo
Fazer uma inspiração profunda
Assegurar uma boa adaptação boca a boca

Se não estiver reunidas condições de segurança não faça respiração boca a boca, apenas compressões torácicas



4 - Verificar se respira

Ver-movimentos do tórax
Ouvir-ruídos respiração
Sentir-ar expirado do nariz/boca

Durante 10 segundos



6 - Compressões torácicas

Colocar as mãos a meio da metade inferior do esterno
Depressão do esterno 5-6 cm
Frequência 100/minuto
Relação de 30 compressões/ 2 insuflações

Respira - SIM

Se não contra indicado colocar a vítima em posição lateral de segurança
Pedir ajuda 112
Reavaliar periodicamente



Respira - NÃO

Iniciar compressões torácicas



7 - Continuar reanimação até:

Chegar ajuda do 112
A vítima recuperar
Exaustão do reanimador



Como ativar o INEM?

Ligar 112

Onde?

O quê?

Quem?



O direito a ser reanimado conquista-se pelo direito de saber reanimar

Desligue só quando lhe disserem
Ligue 112 apenas quando necessário

Bibliografia

Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al. Part 1 Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122: 122-179
American Heart Association, Destaques e directrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE (versão portuguesa), disponível em: http://www.heart.org/ide/groups/heart-public/documents/downloadable/ucm_3173343.pdf
<http://www.lifegivers.com.br/fr/> Novas directrizes para RCP - 2010

Autora: Manuela Ferreira (estudante do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)
Orientadora: Patrícia Coelho Tutora: Isabel Costa



Anexo V

Panfleto intitulado “ Suporte básico de vida” ”



Como ativar o INEM?

Ligue 112 apenas quando necessário

Quem?

Onde?

O quê?

Desligue só quando lhe disserem

Autora: Manuela Ferreira
(estudante do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto)
Orientada por: Patrícia Coelho



SUPORTE BÁSICO DE VIDA



O direito a ser reanimado
conquista-se pelo
direito de saber reanimar





Anexo VI

Diapositivos da formação intitulada " Suporte básico de vida "

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL

5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica de
Universidade Católica Portuguesa

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Autora: Manuela Ferreira
Orientadora: Patrícia Coelho
Tutora: Isabel Costa

Porto, Junho de 2012

Objectivos

- Reconhecer a importância do suporte básico de vida
- Definir Paragem cardíaco-respiratória
- Enumerar as etapas do suporte básico de vida
- Efectuar suporte básico de vida

Paragem cardíaco-respiratória

É a interrupção súbita do aporte sanguíneo ao coração /pulmões que conduz à morte quando não adoptadas as medidas adequadas

Factores de risco:

- Enfarte agudo do miocárdio
- Traumatismos graves
- Afogamento
- Intoxicações
- Engasgamento

Etapas do Suporte Básico de Vida

- Avaliação inicial
 - Condições segurança
 - Vítima
- Permeabilização da via aérea
- Compressões torácicas / Insuflações

Avaliação Inicial: Condições de segurança

Garantir a segurança do reanimador e da vítima



Avaliação Inicial da vítima

Estimulação

- verbal
- física



Avaliação Inicial da vítima

O doente responde?

SIM

- Verificar se há lesões
- Pedir ajuda
- Reavaliar periodicamente

NÃO

- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Verificar se respira



Permeabilização da via aérea



- Extensão do pescoço
- Elevação do queixo
- Verificar se tem algum corpo estranho na cavidade oral

Permeabilização da via aérea



Verificar se respira:

- Ver movimentos torácico
- Ouvir ruídos respiratórios
- Sentir o ar expirado

Avaliar até **10 segundos**

Permeabilização da via aérea

O doente respira?

SIM

- Se não estiver contra-indicado colocar o doente em posição lateral de segurança (PLS)
- Pedir ajuda " 112 "
- Reavaliar periodicamente

NÃO

- Pedir ajuda " 112 "
- Iniciar compressões



Compressões torácicas




Posição correcta de compressão torácica

Compressões torácicas




- Colocar as mãos a meio da metade inferior do esterno
- Depressão do esterno 5-6 cm
- Frequência 100/minuto
- Relação de 30 compressões/ 2 insuflações

Insuflações (respiração boca a boca)




- Ocluir o nariz da vítima
- Manter elevação do queixo
- Fazer uma inspiração profunda
- Assegurar uma boa adaptação boca a boca

Reanimar até:



- Chegar ajuda - Equipa do 112
- O doente mostrar sinais de recuperação
- Exaustão do reanimador

Insuflações (respiração boca a boca)



- Soprar uniformemente (1seg) para a boca da vítima
- Observar a elevação do tórax
- Manter a elevação do queixo, retirar a boca
- Observar o movimento descendente do tórax

Toda a pessoa tem o direito de ser reanimada

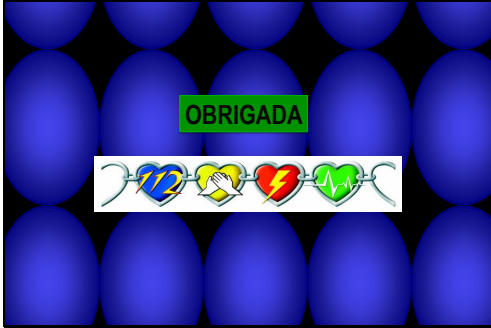


O direito a ser reanimado conquista-se pelo direito de saber reanimar

Bibliografia

- Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al. Part 1 Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, *Circulation* 2010; pág.122- 179
- American Heart Association, Destaques e directrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE (versão portuguesa), disponível em: <http://www.heart.org/ide/groups/heart-public/documents/downloadable/ucm-3173343.pdf>
- <http://www.112experts.com.br/pt/Novas-Directrizes-para-RCP-2010>

Manuela Ferreira Porto, junho de 2012





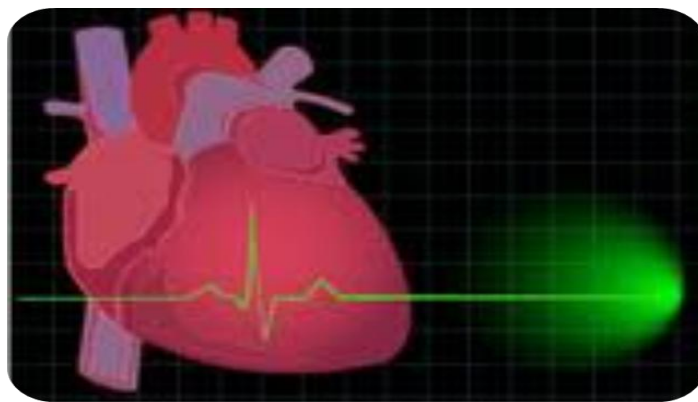
Anexo VII

Fundamentação teórica da formação “ Hipotermia induzida”



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



Fundamentação teórica para a ação de formação

“HIPOTERMIA INDUZIDA”

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

junho de 2012



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS-Advanced Cardiovascular Life Support

APH-Assistência Pré-Hospitalar

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC- European Resuscitation Council

HI - Hipotermia Induzida

HT- Hipotermia Terapêutica

ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

FV-Fibrilação Ventricular

PAV-Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PCR – Paragem Cardio-respiratória

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

TV-Taquicardia Ventricular

UCP-Universidade Católica Portuguesa



INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho tem como objetivo servir de guia orientador e suporte teórico a ação de formação intitulada “ Hipotermia induzida” (HI), inserindo - se no âmbito da Unidade Curricular Estágio, a decorrer a nível do pré-hospitalar, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), do 5ºCurso de Mestrado na área da Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde - Porto.

A formação em serviço tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados, Vélez (2009) refere ainda como objetivos da formação em serviço a satisfação dos profissionais, a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas capacidades e consequentemente a mudança de comportamentos e atitudes.

Considerando a importância da formação em serviço e após a observação e análise crítica das necessidades dos profissionais na área do pré hospitalar, considerei pertinente abordar a temática da HI, dado que identifiquei esta lacuna nos cuidados pós reanimação às vítimas de paragem cardiorrespiratória (PCR). Sendo os cuidados pós reanimação o quarto elo da cadeia de reanimação é de extrema importância que estes sejam otimizados. A hipotermia induzida é uma das técnicas que deverá ser implementada o mais precocemente possível, mesmo em contexto extra-hospitalar.

Tive também como alvo a consecução dos objetivos a que me propus no início deste estágio que passo a enumerar:

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC;



- Promover a formação em serviço na área da EEMC.

A PCR é um evento de alta mortalidade, e que ocorre frequentemente a nível extra-hospitalar. Tendo em atenção este fato, considerei pertinente a realização de uma ação de formação tendo como destinatários os enfermeiros e técnicos de ambulância de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que incidisse na otimização dos cuidados pós reanimação, nomeadamente na instituição da Hipotermia induzida (HI) precocemente a nível extra-hospitalar.

A isquemia cerebral está relacionada com a hipoperfusão cerebral, o que conduz frequentemente à disfunção neurológica grave e ao desenvolvimento de estado vegetativo persistente. A hipotermia induzida representa um importante avanço no tratamento da encefalopatia anóxica pós-PCR. Os seus efeitos neuroprotetores têm sido amplamente demonstrados em várias situações de isquemia neuronal. A extensão do dano neurológico depende do grau de hipoxemia ao qual o tecido cerebral é submetido, ocorrendo dano permanente após 5 a 10 minutos da completa cessação do fluxo sanguíneo, segundo Bernard S., (2009).

A hipotermia terapêutica demonstrou ter efeitos neuro e cardioprotectores, com melhoria da sobrevivência e redução das sequelas neurológicas em doentes vítimas de PCR. A sobrevivência, em casos de PCR intra-hospitalar, não ultrapassa os 20% e esta taxa diminuiu para menos de metade nos casos de PCR extra-hospitalar, de acordo com Pereira, (2009).

Este trabalho surge assim com a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta temática, tendo recorrido à pesquisa bibliográfica, à consulta em bases de dados informáticas e à minha experiência como profissional em cuidados intensivos, onde preconizamos a HI, utilizando um protocolo, como uma mais-valia nos cuidados pós-PCR.

Defini como objetivos para esta formação os seguintes:

- Reconhecer a importância da hipotermia induzida;



- Identificar as indicações e contraindicações para efetuar hipotermia induzida;
- Enumerar as etapas do protocolo de hipotermia;
- Compreender como se mantem o doente em protocolo de hipotermia;
- Descrever as medidas de reaquecimento do doente;
- Conhecer as complicações da hipotermia induzida;

Enunciar os focos de atenção de Enfermagem.

Este trabalho será constituído por uma breve resenha histórica da evolução da utilização da HI, seguidamente as vantagens da utilização da mesma, as indicações e contraindicações para efetuar HI, como se mantem um doente em HI, como se processa o seu reaquecimento e por ultimo os riscos e complicações que poderão surgir durante a instituição do protocolo de HI e os focos de atenção de Enfermagem para os quais deveremos direcionar as nossas intervenções e a sua adequação ao pré-hospitalar.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Resenha histórica

Os fins terapêuticos da hipotermia são conhecidos desde o século XVIII, e faz parte de numerosos relatos. Em 1942, durante a conferência médica em Berlim, o médico nazista Sigmund Rascher, responsável por experiências utilizando técnicas de hipotermia em prisioneiros, apresentou uma pesquisa com o objetivo de aumentar a sobrevivência e a recuperação de pilotos alemães da Luftwaffe (Força Aérea Alemã) que eram abatidos sobre o Mar do Norte, tombando nas águas gélidas e morrendo de hipotermia, de acordo com Tierney, (2005).

Para realizar a pesquisa, Rascher utilizou 300 prisioneiros submetidos a imersões em água congelada ou amarrados nus a um tronco, sendo expostos aos rigores do inverno polonês. Ao mesmo tempo monitorizava cuidadosamente a temperatura retal, frequência cardíaca e nível de consciência. Constatou que a



maioria congelava até a morte, no entanto, nos casos em que se fez a ressuscitação, a sobrevida destes era em melhores condições. Atualmente a sua utilização obteve maior ênfase pela medicina, mas apesar dos efeitos benéficos, tal técnica ainda não é amplamente utilizada.

A hipotermia é definida como a temperatura central menor do que 35°C e pode ser utilizada de maneira tópica ou sistêmica, e classificada como:

- Hipotermia leve: 34°C a 32°C;
- Hipotermia moderada: 32 • Hipotermia moderada: 32°C a 28°C;
- Hipotermia profunda: menor que 28°C. (Liechtenstein, 2005)

Essa classificação é questionada, contudo, trabalhos clínicos recentes enfatizam que a temperatura ideal para se obter o efeito terapêutico desejado seria entre 32°C e 34°C, conforme determina The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group, (2002)

Na segunda metade do século passado, a indução de hipotermia estabeleceu-se como medida protetora de órgãos vitais no âmbito cirúrgico-anestésico, principalmente durante grandes cirurgias cardiovasculares com paragem circulatória total ou interrupção da perfusão regional de algum órgão ou sistema. Embora inúmeros estudos experimentais nas áreas de neuro trauma/choque tenham demonstrado de modo claro e consistente os efeitos benéficos da hipotermia, os resultados dos estudos clínicos têm sido conflitantes. Por exemplo: embora o efeito da hipotermia controlada na hipertensão intracraniana tenha sido demonstrado, o seu impacto no prognóstico de pacientes com traumatismo cranioencefálico ainda não está determinado, segundo Fritz HG, (2004).

Já os benefícios neuroprotetores da hipotermia na encefalopatia anóxica, melhorando o desfecho neurológico, foram claramente demonstrados em estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado, como refere The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group, (2002)

Em 1963, Horiuchi e colaboradores, no Japão, reintroduziram a hipotermia profunda com resfriamento e reaquecimento de superfície, para a correção de comunicação interventricular, em crianças com menos de 1 ano de idade, durante um período de parada circulatória total há temperaturas entre 16o C e 18o C, medidas na nasofaringe. As dificuldades com o resfriamento fizeram surgir reservatórios especiais para a imersão das crianças e vários modelos de câmaras de refrigeração como exemplifica a figura 1.



Fig. 1-Câmara de hipotermia para indução de hipotermia de superfície, desenhada por Subramanian, que obteve excelentes resultados com o método. A câmara era usada para resfriar os lactentes até os 22 a 24o C.

A hipotermia terapêutica é utilizada durante vários procedimentos cirúrgicos, incluindo grandes cirurgias vasculares, no entanto estudos relatam uma neuroprotecção em várias situações, tais como lesões cerebrais traumáticas, acidente vascular encefálico, hipertensão intracraniana, hemorragia subaracnóidea entre as outras condições neurológicas, além de infarto agudo do miocárdio e PCR, refere Hartemink KJ, (2004).

A hipotermia permaneceu estreitamente ligada à circulação extracorpórea, ao longo dos anos. A possibilidade de controlar a temperatura dos tecidos e, dessa forma, influir no seu metabolismo, é útil em numerosas situações clínicas. A temperatura mais adequada à circulação extracorpórea convencional foi, e continua sendo, objeto de longas e difíceis controvérsias; a convencionalizada “temperatura ideal”, ao longo do tempo já oscilou entre 20 e 36°C. A temperatura



do nasofaringe é a que melhor reflete as temperaturas central e cerebral e se constitui melhor guia para a hipotermia, de acordo com Nolan JP, (2003).

A hipotermia terapêutica (HT) é conhecida desde meados dos anos 40, com os primeiros casos clínicos descritos. Contudo, só recentemente foi validada como terapêutica eficaz no contexto de PCR. O seu efeito cardioprotetor, a redução da mortalidade e das sequelas neurológicas após PCR foram claramente demonstrados em dois ensaios clínicos randomizados e controlados. Estes ensaios levaram à inclusão pela Internacional Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) da HT nos cuidados pós PCR desde 2003, com nível de evidência I-B, segundo Nolan JP, (2003).

Apesar de algumas melhorias nos últimos 50 anos no suporte de vida, básico e avançado, a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea continuam a ser elevados, as quais a longo prazo comprometem gravemente a qualidade de vida. A hipotermia terapêutica representa um importante avanço no tratamento da encefalopatia anóxica pós-parada cardíaca e os seus efeitos neuroprotetores têm sido amplamente demonstrados em várias situações de isquemia neuronal, conforme Nolan JP, (2007).

O tratamento e a recuperação neurológica da PCR utilizando-se hipotermia é recomendado pelo Advanced Life Support Task Force of the Internacional Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), além de fazer parte do protocolo das diretrizes do Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) de 2005 para pacientes adultos que sofreram PCR por fibrilação ventricular (FV), similar à realizada pelo ILCOR, como refere Nolan JP, (2007).

Efeitos da hipotermia induzida

Os mecanismos de ação da hipotermia envolvem múltiplos fatores, entre eles: redução do metabolismo cerebral de ativação e basal, aumento da tolerância cerebral à isquemia, diminuição da cascata inflamatória que se segue aos eventos



cerebrais traumáticos e isquêmicos, redução da lesão de isquemia-repercussão e redução da liberação de neurotransmissores excitatórios.

Conseqüentemente, maior preservação da barreira hematoencefálica, menor tendência à vasodilatação, redução da pressão intracraniana e manutenção da função mitocondrial. Com a finalidade de “neuroproteção” após a paragem cardiorrespiratória, a hipotermia é iniciada o mais precocemente possível e é mantida por 24 a 48 horas, enuncia Silva E, (2005).

A hipotermia atua através de diversos mecanismos fisiopatológicos, tais como a diminuição do metabolismo cerebral, a redução do edema cerebral citotóxico, a redução da pressão intracraniana e a inibição da apoptose. Por cada redução de um grau Celsius na temperatura corporal, o metabolismo cerebral diminui cerca de sete por cento, e uma redução de três a quatro graus Celsius associa-se a uma redução três a quatro graus Celsius associa-se a uma redução dos níveis de glutamato e de radicais livres, descreve Sampaio, (2010).

Um outro mecanismo implicado nos efeitos neuroprotetores da hipotermia parece ser a indução de efeitos anticoagulantes, que ocorrem a temperaturas abaixo dos 35°C. A ativação da coagulação tem um papel importante no desenvolvimento da injúria de isquemia-reperfusão, com formação de fibrina e bloqueio da microcirculação. A hipotermia interfere também com a liberação de endotelina e tromboxano A₂, dois potentes vasoconstritores e agregantes plaquetários. A supressão da atividade epiléptica é mais um provável efeito benéfico da hipotermia no contexto da encefalopatia anóxica, pois as crises convulsivas e não-convulsivas determinam grande aumento do consumo de oxigênio pelo cérebro.

Esses mecanismos todos têm diferentes pesos no desenvolvimento da injúria isquêmica, bem como sofrem a interferência da HT em maior ou menor grau, na dependência das temperaturas atingidas, de acordo com Polderman, (2009). Na tabela seguinte encontram-se sintetizados os efeitos positivos e negativos da hipotermia induzida.



Efeitos da hipotermia

Redução das demandas metabólicas cerebrais

Queda no consumo de O₂ e na produção de CO₂

Redução da pressão intracraniana

Desvio da curva de hemoglobina para esquerda

Tremores

Bradycardia

Hipotensão

Arritmias

Prolongamento do espaço PR e QRS

Aparecimento de ondas de Osborne no eletrocardiograma

Queda do débito cardíaco

Queda das pressões de enchimento ventricular

Diminuição da motilidade gastrointestinal

Diurese profusa

Resistência insulínica

Diminuição da imunidade

Coagulopatia

Fluxo intracelular de potássio, magnésio e cálcio

Alteração da farmacodinâmica e farmacocinética das drogas

Tabela1- Efeitos da hipotermia (Nolan JP, 2010)



Critérios de inclusão e exclusão para o protocolo de hipotermia

Desde 2003, a ILCOR recomenda o uso de HT para todos os pacientes sobreviventes pós-PCR que permaneçam comatosos após a reanimação, independente do ritmo da PCR e do local onde ocorreu o evento. Devem ser excluídos os pacientes reanimados por mais de 60 minutos; aqueles com retorno da circulação espontânea há mais de 6 horas; os com estado de coma prévio à PCR; as gestantes; os com sangramento ativo ou coagulopatia; os em pós-operatório de grande porte há menos de 14 dias; os com choque cardiogênico ou choque séptico e os pacientes terminais, refere Nolan JP, (2010).

A ILCOR e a European Resuscitation Council (ERC) suportam o uso da HT em pacientes comatosos sobreviventes de parada cardíaca fora do hospital nos ritmos de FV e taquicardia ventricular (TV), com nível de evidência I. Evidências de nível IV (estudos históricos, coortes não-randomizadas ou casos-controles) sugerem que sobreviventes de parada cardíaca intra-hospitalar e de ritmos não-chocáveis também possam beneficiar da terapêutica, mas essa ainda é uma questão em aberto. Pacientes com ritmo inicial em assistolia ou atividade elétrica sem pulso têm uma taxa de sobrevida menor do que aqueles em FV ou TV, provavelmente devido a maior gravidade desses pacientes e ao maior período de baixo fluxo (a FV geralmente degenera para assistolia). Devido à gravidade da injúria neuronal e ao prognóstico reservado, o papel da HT continua incerto nessas situações, conforme Brocard A, (2008).

Os pacientes admitidos no hospital após PCR no pré hospitalar geralmente demonstram importante lesão neurológica anóxica e alta mortalidade, de acordo com Pereira, (2009). Nos últimos onze anos surgiram vários estudos em modelos experimentais demonstrando que a lesão neurológica após anoxia global grave é reduzida quando aplicada HT.

O primeiro destes estudos, publicado por Bernard et al. (2009), em 1997, induziu hipotermia (33°C) em 22 pacientes admitidos à emergência vítimas de PCR extra-hospitalar. O resfriamento externo foi realizado e mantido por 12 horas em unidade de terapia intensiva (UTI). A partir de comparação com controle histórico, foi observada melhoria da sobrevida entre os pacientes submetidos ao



resfriamento (mortalidade de 45% *versus* 77% no grupo sem HT) sem efeitos adversos importantes relacionados à HT.

O estudo australiano de Stephen Bernard et al. foi desenvolvido em quatro departamentos de emergência de Melbourne. Os pacientes do estudo eram sobreviventes comatosos de FV extra-hospitalar. Os critérios de exclusão foram idade menor que 18 anos, idade menor que 50 anos em mulheres (pela possibilidade de gravidez), choque cardiogênico (definido como pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg após retorno da circulação) e possíveis causas de coma outras que não a própria PCR, como por exemplo, trauma cranioencefálico, overdose de drogas ou acidente cerebral encefálico.

Neste estudo, dividiu a população em 2 grupos de intervenção: a de tratamento convencional e a de indução de hipotermia. Este último grupo recebia aplicação de bolsas de gelo para promover a diminuição da temperatura já no local de atendimento extra-hospitalar. Na chegada ao hospital as medidas para hipotermia eram intensificadas e todos os pacientes submetidos a exames laboratoriais e à ventilação mecânica, além de correção de possível instabilidade hemodinâmica. Após avaliação neurológica, eram sedados com midazolam e bloqueio neuromuscular com administração de vecurônio.

Diversas publicações seguiram-se, evidenciando exequibilidade e segurança da HT, além de melhor desfecho neurológico, com sugestão de menor mortalidade no grupo tratado com HT. Dois grandes ensaios clínicos foram publicados numa mesma edição da revista *New England Journal Medicine*, em 2002, (The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group, 2002) abordando o assunto. Ambos demonstravam efeitos benéficos da hipotermia sobre desfechos neurológicos, levando o Comitê Internacional de Reanimação (ILCOR – Internacional Liaison Committee on Resuscitation) a publicar diretrizes em julho de 2003 (Nolan JP, 2003), recomendando o uso da HT (32° C a 34° C) em pacientes inconscientes após RCP extra-hospitalar por 12 a 24 horas quando o ritmo inicial de PCR foi de fibrilação ventricular (FV) e sugeria que provavelmente esta técnica seria benéfica também para outros ritmos de PCR e para PCR extra-hospitalar.



A terapia com trombolítico ou heparina era utilizada conforme a situação em que fosse necessário. Todos recebiam aspirina e tinham pressão arterial, hemogasimetria arterial (corrigida para a temperatura). A glicemia e potássio sérico devem ser monitorados constantemente. A medida da temperatura central de referência utilizada foi a timpânica ou vesical, até que um cateter de Swan-Ganz fosse instalado. As bolsas de gelo eram retiradas quando a temperatura central alcançava 33° C. A temperatura era mantida por 12 horas, sempre com o paciente sedado e paralisado.

A partir da 18ª hora, eram reaquecidos com cobertor com ar quente, pelas próximas 6 horas. O bom desfecho neurológico (entendido pelos autores como alta para casa ou para fisioterapia de reabilitação) foi obtido em 49% dos pacientes, enquanto no grupo dos normotérmicos somente 26% teve o mesmo desfecho. Com os mesmos resultados estatisticamente significantes, um outro estudo em nove hospitais europeus incluiu 273 pacientes sobreviventes pós-PCR em ritmos chocáveis e os submeteu à hipotermia leve (entre 32 °C e 34°C) por período de 24 horas, com uso de pacotes de gelo e mantas térmicas.

No grupo tratado com HT, 55% dos pacientes tiveram desfecho neurológico favorável em seis meses, contra 39% no grupo da normotermia. Houve redução de mortalidade no grupo da hipotermia (55% *versus* 41%, com $p=0,02$. Storm et al. sugerem, inclusive, que o benefício na sobrevivência atribuído à hipotermia persiste após dois anos de seguimento. Existe evidência suficiente a respeito dos efeitos neuroprotetores da hipotermia para torná-la terapia padrão em pacientes com encefalopatia anóxica pós-PCR, como refere o estudo de Rech & Tatiana, (2010).

Várias evidências sugerem que a HT reduz a mortalidade dos pacientes comatosos sobreviventes pós-PCR. Dois estudos importantes concluídos em 2002 consolidaram o uso da HT ao randomizarem pacientes comatosos sobreviventes pós-PCR fora do hospital, nos ritmos de fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TV), a um período de hipotermia leve (entre 32°C e 34° C) durante 12 a 24 horas. Os pacientes submetidos à hipotermia tiveram menor mortalidade e maior taxa de desfechos neurológicos favoráveis quando comparados aos pacientes normotérmicos, segundo Nolan JP, (2003).



Contraindicações para a hipotermia induzida

<p>Tempo de hipotensão mantida (PA sistólica menor que 80mmHg ou PA media menor que 45 mmHg) superior a 30 min apos a reanimação</p>
<p>Tempo de PCR não assistido medicamente superior a 10 min</p>
<p>Reanimação durante mais de 45 min</p>
<p>Tempo desde a PCR maior que 12h</p>
<p>PCR secundaria a trauma</p>
<p>Coagulopatia primária (mas não anticoagulação oral)</p>
<p>PCR reconhecidamente secundaria à dissecação aórtica, hemorragia intracraniana ou hemorragia maciça</p>
<p>Doença terminal ou indicação de não reanimação</p>

Tabela2- Contra indicações para a hipotermia induzida (Rech, Tatiana, 2010)

Manutenção do doente em protocolo de hipotermia.

A isquemia neuronal pós-PCR pode persistir por várias horas pós-ressuscitação. A hipotermia tem ação neuroprotectora contra vários mecanismos bioquímicos deletérios, tornando-se o primeiro tratamento eficaz em reduzir o dano neurológico isquémico em pacientes pós-PCR. A melhoria dos desfechos atribuída à hipotermia só aconteceu no momento em que se compreendeu os seus mecanismos de ação, com o entendimento de que a hipotermia leve (32°C a 34°C), ao invés da hipotermia profunda ($\leq 30^\circ\text{C}$), era suficiente para promover neuroprotecção, a custos de efeitos adversos menores. Esse entendimento adveio do fato de que a redução da demanda metabólica cerebral não é o único mecanismo de proteção cerebral da hipotermia, apesar de ser importante., conforme Rech & Tatiana, (2010).



A glicólise anaeróbia eleva os níveis intracelulares de fosfato, lactato e íons hidrogênio, resultando em acidose intra e extracelular, o que promove o influxo de cálcio para dentro das células. O influxo de cálcio é muito deletério para a célula, pois produz disfunção mitocondrial e perturbações no funcionamento das bombas de sódio e potássio, levando à despolarização das membranas celulares e liberação de glutamato, um neurotransmissor excitatório, para o extracelular. A acidose intracelular, que estimula os processos destrutivos celulares e apoptose, pode ser evidenciada pela elevação dos níveis de lactato cerebral, como nos refere os mesmos autores.

A hipotermia inibe esses processos excitatórios deletérios para a célula. A hipóxia é responsável por alterações nas membranas celulares que determinam a formação de edema citotóxico e quebra da barreira hematoencefálica. O resultado disso é o desenvolvimento de hipertensão intracraniana, que leva a um ciclo vicioso de isquemia cerebral. A hipotermia tem a capacidade de reduzir a permeabilidade vascular, minimizando o aparecimento de edema cerebral de acordo com Rech & Tatiana, (2010).

O metabolismo cerebral reduz de 6 a 10% para cada 1°C na queda da temperatura. Quando a temperatura cai abaixo de 32°C, a taxa metabólica cerebral diminui para aproximadamente 50% do normal e o consumo de O₂ e a produção de CO₂ acompanham proporcionalmente essa queda. Durante o período de isquemia-reperfusão que se inicia com a parada cardíaca ocorre uma grande redução das moléculas de alta energia, como adenosina trifosfato. A consequência imediata desse fenômeno é a mudança do metabolismo celular de aeróbio para anaeróbio, como enuncia um outro estudo mais recente de Rech & Tatiana, (2011).

A monitorização inicial do paciente deve incluir eletrocardiograma contínuo, balanço hídrico, medida invasiva da pressão arterial e medida da temperatura central através de cateter vesical, termômetro esofágico ou cateter de artéria pulmonar, caso exista uma indicação precisa para o uso desse último. A monitorização intra-arterial da pressão é muito importante, pois o desenvolvimento de hipotensão durante a HT é comum e frequentemente



demanda o uso de drogas vasoativas. Hipovolémia é a regra nesse cenário também, pois a hipotermia é responsável por diurese profusa. É preciso ficar atento para que essa não seja uma causa adicional de baixo débito cardíaco, comumente presente na síndrome pós-ressuscitação. Exames laboratoriais devem incluir hemograma, plaquetas coagulação, eletrólitos e gasometria arterial, segundo Polderman, (2009).

Existem diversas técnicas para indução da hipotermia; o corpo pode ser resfriado por meio de equipamentos especiais ou de injeções de substâncias salinas geladas. Desses métodos, destacam-se o resfriamento externo/superfície, infusão de fluidos endovenosos resfriados e extracorpóreo/central, conforme o estudo de Alzaga & Cerdan, (2006).

As temperaturas utilizadas e que mostram resultados mais benéfico estão compreendidas no intervalo de 32°C a 34°C (hipotermia leve), mantidas por 24 horas como uso de resfriamento externo/superfície. Este, por sua vez, pode ser induzido por colchões com cobertura que transmite ar frio pelo corpo inteiro. Caso esse procedimento não seja suficiente, pode-se utilizar pacotes de gelo (Alzaga, Cerdan, 2006). Os fluidos intravenosos e Ringer Lactato, resfriados a 4°C, também são bastante implementados, descritos em estudos de caso, como nos acrescenta Pereira, (2008).

A sedação e analgesia adequadas são aspetos fundamentais durante a indução da HT. O tremor é uma resposta fisiológica normal na tentativa de manter a temperatura corporal. O aparecimento de tremores é contraproducente, pois gera calor e retarda o processo de resfriamento, além de aumentar muito o consumo de oxigênio e a pressão intracraniana, midazolan e fentanil são drogas utilizadas de rotina. Frequentemente é necessário acrescentar bloqueadores neuromusculares ao esquema de sedação, na tentativa de conter os tremores, refere o estudo de Rech & Tatiana, (2011).

Além das infusões contínuas de midazolan e fentanil, podem ser necessárias doses adicionais em bolus para a manutenção adequada dos níveis de sedação. Um melhor controlo da sedação é feito através do uso de escalas de sedação ou da utilização do BIS (Bispectral Index). O aparecimento de



convulsões pode ser mascarado pela sedação e bloqueio neuromuscular, o que indica o uso de monitorização eletroencefalográfica contínua, caso esta esteja disponível.

O uso do BIS e do eletroencefalograma são refinamentos do protocolo, não sendo, de forma alguma indispensáveis. Crises convulsivas e tremores requerem tratamento agressivo em qualquer fase, pois aumentam muito as demandas metabólicas de oxigênio. Na 12^a hora após o início da hipotermia deve-se reavaliar a necessidade do uso de bloqueadores neuromusculares e interrompê-los ou reduzi-los caso não haja evidência de tremores, segundo Seder DB, (2009).

Em relação aos métodos de resfriamento, pode-se dizer que o método ideal seria aquele capaz de induzir hipotermia rapidamente, sem risco de hiper-resfriamento; manter a temperatura desejada durante a fase de manutenção, sem grandes oscilações; propiciar um reaquecimento controlado e lento; ser minimamente invasivo e ter custos baixos. A remoção de calor pode ser induzida de forma não-invasiva ou invasiva. Os métodos não-invasivos, ou convencionais, incluem a utilização de pacotes de gelo, o uso de mantas térmicas, o uso de equipamentos comerciais de resfriamento de superfície e a infusão de soluções geladas. Esses métodos são bastante eficazes em induzir hipotermia, porém o controle do ritmo das alterações da temperatura é menos apurado e o risco de hiper-resfriamento é maior, além de impor maior dificuldade ao reaquecimento. A associação desses métodos tem sido utilizada em vários estudos de HT, com bons resultados, de acordo com Rech & Tatiana, (2011).

A infusão rápida de solução salina a 4°C na dose de 30 a 40 ml/Kg, por via periférica ou central, é capaz de produzir uma queda na temperatura de 2°C a 4°C, com a vantagem de poder ser administrada antes mesmo de o paciente chegar ao hospital. Grandes volumes de soro gelado não parecem estar associados a efeitos adversos graves em pacientes pós-PCR, não tendo sido demonstrado deterioração da oxigenação ou desenvolvimento de edema agudo de pulmão nesses pacientes. Juntamente com a utilização de soro gelado, a aplicação de pacotes de gelo nas superfícies do pescoço, das axilas e das virilhas é uma forma simples e fácil de manter o resfriamento, conforme Kliegel A, (2007).



Os pacotes de gelo externos devem ser trocados a cada vez que estiverem derretidos e deve-se atentar para as lesões de pele produzidas pelo frio. As mantas térmicas podem ser colocadas duplamente: uma sob o paciente e outra sobre ele. Parece não haver correlação entre a superfície corporal e o tempo para se atingir a hipotermia. A aplicação de gelo associado a cobertores térmicos é a forma menos dispendiosa de induzir HT, porém estudos já demonstraram que o hiper-resfriamento acontece quase invariavelmente, podendo ter complicações graves, caso seja muito profundo ou prolongado, referem Rech & Tatiana, (2011).

O hiper-resfriamento é menos comum com o uso de equipamentos comerciais de resfriamento de superfície. Esses equipamentos consistem em pás revestidas de gel condutor de calor, aderidas sobre a pele, que cobrem aproximadamente 40% da superfície corporal que estão conectados a uma unidade termorreguladora. O sistema aumenta ou diminui a temperatura da água circulante em resposta à temperatura-alvo e à temperatura do paciente. A velocidade média para atingir a temperatura-alvo com esse sistema é em torno de 1,4°C/hora de redução na temperatura. É um método seguro e eficaz, pois as variações de temperatura são mais controladas, tanto na indução quanto no reaquecimento, corroborando Laurie G, (2004).

Atualmente, o método mais eficaz de produzir hipotermia é através do uso de cateteres endovasculares, que proporcionam um excelente controle de temperatura tanto na indução, quanto na manutenção e no reaquecimento. É muito rápido em induzir hipotermia, diminuindo a temperatura numa velocidade de 2°C a 2,5°C/hora. Esse é um sistema que utiliza um cateter venoso central especial, de metal recoberto, por onde circula água, conectado a um equipamento externo que a refrigera. O cateter pode ser introduzido via femoral, subclávia ou jugular e tem riscos de complicações mecânicas, além de risco de infecção e trombose venosa. Alguns deles têm via extra para infusão de medicações e coletas de sangue. Sua experiência de uso ainda é limitada e seu custo elevado, mas por outro lado é menos trabalhoso para a equipe do que os métodos convencionais, acrescentam Rech & Tatiana, (2011).

A temperatura deve ser medida constantemente, com o objetivo de mantê-la entre 32°C e 34°C durante 24 horas. Um ponto importante do cuidado desses



pacientes são os parâmetros hemodinâmicos. Níveis de pressão arterial média acima de 80 mmHg são recomendados em pacientes pós-PCR, podendo ser necessária reposição volêmica e infusão de vasopressores para se atingir esses valores. O vasopressor mais comumente utilizado durante a HT é a noradrenalina.

A hipotermia é causa de resistência insulínica. A monitorização da glicemia deve ser feita com sangue coletado de acesso venoso, pois a vasoconstrição cutânea pode alterar os resultados. As dosagens laboratoriais podem ser programadas a cada 6 ou 12 horas, na dependência de resultados prévios, e incluem os mesmos exames da fase de indução. A oximetria de pulso não é um parâmetro adequado durante a hipotermia, devendo-se proceder aos ajustes da ventilação mecânica baseado em valores gasométricos.

Não está indicado alimentar os pacientes durante o tratamento com HT, pois existe um retardo do esvaziamento gástrico nesses pacientes. Além disso, existe um risco aumentado de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), em razão de possível aspiração durante a PCR e da diminuição da imunidade associada à hipotermia. Portanto, é preciso ser rigoroso na aplicação de medidas de prevenção de PAV.

A ocorrência de arritmias graves ou sangramentos nessa fase impõe a suspensão do resfriamento. A monitorização eletrocardiográfica contínua é fundamental durante todo o tratamento. O aparecimento da bradicardia ou ondas de Osborne não são indicativos de interrupção da HT. Caso o paciente apresente qualquer sinal de despertar, interrompe-se prontamente a hipotermia e permite-se o reaquecimento espontâneo.

A alta mortalidade associada à parada cardíaca está muito relacionada à evolução para estado vegetativo persistente e essa evolução é claramente reduzida pelo uso da hipotermia terapêutica. No momento atual, não submeter os pacientes comatosos pós-PCR à hipotermia significa não oferecer o melhor tratamento disponível para a síndrome pós-ressuscitação, o que tem importante repercussão ética e econômica. Isso é muito melhor que a maioria dos tratamentos utilizados em terapia intensiva, além de ser de baixo custo e fácil aplicação em qualquer UTI. Num estudo de custo-efetividade, Merchant *et al*



demonstraram que a HT é comparável às intervenções médicas economicamente aceites, como referem os estudos de Rech & Tatiana, (2010).

A temperatura-alvo a ser atingida é 32°C a 34°C. Estudos randomizados e estudos prospetivos com controlos históricos demonstraram o benefício neuroprotetor desses níveis de temperatura. Esse alvo representa um equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos, que se exacerbam muito a temperaturas mais baixas. Arritmias cardíacas são frequentes abaixo de 31°C e abaixo de 28°C o risco de FV aumenta muito. Além disso, essa faixa de temperatura (32°C a 34°C) é facilmente atingida com métodos não-invasivos de resfriamento. Dados sugerem que a HT deve ser instituída o mais breve possível após o retorno da circulação espontânea, mas parece haver benefício mesmo quando o seu início é retardado em até 6 horas, de acordo com Kulpchilk NL, (2009).

A paragem cardiorrespiratória é um evento de alta mortalidade. A isquemia cerebral difusa relacionada ao hipofluxo cerebral frequentemente leva à injúria neurológica grave e ao desenvolvimento de estado vegetativo persistente. A hipotermia terapêutica representa um importante avanço no tratamento da encefalopatia anóxica pós-parada cardíaca. Seus efeitos neuroprotetores têm sido amplamente demonstrados em várias situações de isquemia neuronal, segundo Polderman, (2004). A extensão do dano neurológico depende do grau de hipoxemia ao qual o tecido cerebral é submetido, ocorrendo dano permanente após 5 a 10 minutos da completa cessação do fluxo sanguíneo, de acordo com Kagawa, (2010).

A temperatura deve ser medida constantemente, com o objetivo de mantê-la entre 32°C e 34°C durante 24 horas. Um ponto importante do cuidado desses pacientes são os parâmetros hemodinâmicos. Níveis de pressão arterial média acima de 80 mmHg são recomendados em pacientes pós-PCR, podendo ser necessária reposição volêmica e infusão de vasopressores para se atingir esses valores, enuncia Bernard S., (2009).



Procedimentos do protocolo de hipotermia induzida

Procedimentos gerais	<p>Intubação nasogástrica</p> <p>Cateter de temperatura central (vesical, faríngeo, Swan-Ganz ou timpânico)</p>
Infusão de soluções	<p>Polieletrólítico 4°C - 30 ml/kg a 100 ml/min</p> <p>Suspender se temperatura inferior a 4°C</p>
Curarização	<p>Preferencialmente intermitente se tremor ou refratoriedade ao arrefecimento (1°C/h)</p> <p>Exemplo: vecurônio 0,1 mg/kg</p>
Sulfato de magnésio	<p>Bolus 4-6 gr seguido de 1-3 gr/h ate atingir a temperatura alvo.</p> <p>Posteriormente ajustar perfusão para manter níveis séricos entre 2 e 4 mg/h</p>
Medidas complementares	<p>Aplicar gelo nas axilas e virilhas</p> <p>Se ao fim de 90 min a temperatura não tiver descido mais de 1,5°C ponderar o início da circulação extracorporeal</p>
Reaquecimento	<p>Lento, durante o mínimo de 8 h e a velocidade não superior a 0,5°C/h,</p> <p>Suspender sedação e curarização quando temperatura maior que 36°C</p>

Tabela3- Procedimentos do protocolo de hipotermia induzida (Rech, Tatiana, 2010)



Cuidados ao paciente nas primeiras 48h pós-PCR

Pressão arterial	<p>PA media entre 80 e 120 mmHg (PVC 8-12 mmHg)</p> <p>Evitar períodos de hipotensão</p>
Diurese	<p>Debito urinário superior a 1 ml/kg/h</p>
Glicemia	<p>Menor que 200 mg/dl (insulina em perfusão em alguns casos)</p>
Pressão intracraniana	<p>Cabeceira elevada a 30° mantendo a cabeça alinhada com o tronco</p>
Temperatura	<p>Combater agressivamente a febre nas primeiras 72h</p>
Ventilação	<p>Normoventilação evitar a alcalose, PaCO₂ maior que 35 mmHg e SaO₂ superiores a 92%</p> <p>Evitar PEEP elevada, superior a 8 cmH₂O</p>
Sedação	<p>Propofol 0,5-2 mg/kg/h; fentanil 5-15 ug/kg/h; midazolam 0,01-0,1 mg/kg/h, de acordo com a necessidade</p>
Eletrólitos	<p>Doseamentos a cada 6h; potássio maior que 4 mEq/l e magnésio maior que 2,5 mEq/l</p>
Nutrição	<p>Por via enteral continua a 20 ml/h.</p> <p>Evitar alimentação parenteral</p>

Tabela4- Cuidados ao paciente nas primeiras 48h pós-PCR (Rech, Tatiana, 2010)



Fase de reaquecimento

A suspensão da hipotermia sempre deve ser gradual e cuidadosa, pois a elevação rápida da temperatura ativa a cascata inflamatória cerebral, aumenta a permeabilidade da barreira hematoencefálica e eleva a pressão intracraniana, de acordo com Silva E, (2005).

Esta fase inicia-se após 24 horas do início da indução do resfriamento e deve ser lenta, numa velocidade de 0,2°C a 0,4°C/hora, durante 12 horas, até que se atinja temperatura entre 35°C e 37°C. O reaquecimento pode ser passivo ou ativo. O reaquecimento passivo até uma temperatura central de 35°C costuma levar em torno de 8 horas, segundo descreve Pereira, (2009).

Se for feito com a ajuda de manta térmica, essa deve ser retirada quando a temperatura alcançar 35°C. Caso sejam utilizados equipamentos comerciais de resfriamento externo ou cateteres endovasculares, programa-se a velocidade do reaquecimento. Essa é uma das maiores vantagens desses equipamentos, que é favorecer o melhor controlo da velocidade de variação da temperatura, consoante Kliegel A, (2007).

A instabilidade hemodinâmica, com vasodilatação periférica e hipotensão, faz parte da síndrome pós-reperfusão e é muito comum na medida em que a temperatura vai aumentando. Pode exigir o uso de doses mais altas de vasopressores. Outra preocupação da fase de reaquecimento é o desenvolvimento de hipercalemia, pois o potássio que migrou para dentro da célula durante a hipotermia retorna para o extracelular. Isso pode ocorrer de maneira rápida e ser causa de arritmias. Todas as soluções contendo potássio ou magnésio devem ser interrompidas nesse ponto. Desliga-se também a infusão de insulina, pelo risco de hipoglicemia.

Complicações da hipotermia induzida

Estes benefícios, entretanto, têm que ser considerados em um contexto de possíveis complicações sistémicas, como: aumento de infeções, especialmente



pulmonares, queda do débito cardíaco, irritabilidade miocárdica e possibilidade de coagulopatias.

As alterações neurológicas são progressivas, inicialmente representada por desorientação e incoordenação motora. A condução nervosa periférica está lentificada, causando hiporreflexia (Oddo M, 2006). As células inflamatórias promovem lesão celular isquêmica por oclusão micro vascular que, ao prolongar e intensificar o evento isquêmico, ativa a produção de glutamato, glicina e aminoácido excitatório reduzidos pela hipotermia, que evita a produção reduzidos pela hipotermia, que evita a produção.

As alterações do sistema ácido básico na hipotermia são complexas e uniformes. A acidose metabólica pode ocorrer devido à hipóxia tecidual ou ao colapso circulatório, bem como a produção de ácido láctico devido à fadiga muscular decorrida dos tremores estimulados. Entre outras situações encontradas, se destaca a alcalose respiratória pela diminuição da produção de gás carbônico e acidose respiratória pela depressão respiratória, como refere Hartemink, (2004).

A diminuição do débito cardíaco reduz o fluxo plasmático renal. Apesar disso, ocorre aumento da diurese com a queda da temperatura, em virtude da menor reabsorção tubular de sódio. Durante a hipotermia ocorrem diversas alterações hormonais com elevação da secreção de tiroxina, manutenção e posterior supressão de corticoides e inibição da liberação de insulina. A diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina, e da reabsorção da glicose tubular pode provocar glicosúria e conseqüente hipoglicemia, conforme Polderman, (2006).

Focos de enfermagem

Devem ser monitorizadas possíveis complicações, tais como arritmias, infecções, coagulopatias, convulsões, hipotensão e daí advém a importância de uma observação cuidada e sistemática do nosso paciente. Depois de identificadas as suas necessidades, procedemos à elaboração do plano de cuidados baseado na evidência e na reflexão na e sobre a prática de acordo com o processo de



Enfermagem, e depois de adequar as intervenções, fazemos a avaliação das mesmas e se necessário reformulamos o nosso plano de cuidados tendo como objetivo major a excelência do cuidar.

Enuncio de seguida os focos de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem-CIPE (2011), que me parecem mais pertinentes no cuidado ao doente submetido à hipotermia induzida e que servem de base ao plano de cuidados a implementar.

- Ventilação comprometida
- Risco de Infecção
- Risco de Hemorragia
- Mobilidade comprometida
- Risco de Úlcera de Pressão
- Risco de perfusão tecidual alterada
- Hipotermia
- Débito cardíaco comprometido
- Limpeza das vias aéreas comprometida
- Risco de arritmias
- Risco de choque: cardiogénico, hipovolémico e vasogénico
- Alteração do estado de consciência
- Ingestão nutricional comprometida



CONCLUSÃO

A hipotermia terapêutica é o único tratamento que tem demonstrado, de forma consistente, reduzir a mortalidade e melhorar os desfechos neurológicos em pacientes sobreviventes pós-PCR. Até ao presente momento. A implantação de protocolos para o uso da hipotermia terapêutica tem ocorrido de forma lenta em todo o mundo. A aplicação de um protocolo de hipotermia terapêutica revelou ser simples e eficaz e permitiu obter em doentes com indicação, boa recuperação neurológica.

As recomendações mais recentes da ILCOR a HT estão recomendadas para doentes vítimas de PCR de acordo com ILCOR, com grau de evidência IB. Referem que a HT deve ser aplicada aos doentes adultos em coma após PCR por fibrilhação ventricular em ambulatório e poderá ser benéfica em casos de PCR por ritmos não desfibrilháveis em meio hospitalar. Neste estudo, foi avaliada a aplicabilidade de um protocolo de HT e a evolução dos doentes vítimas de PCR submetidos a esta intervenção terapêutica, corroborando Morrisson LJ, (2010).

Há evidências que demonstram um benefício para a HT na recuperação dos pacientes pós-PCR. A maior parte dos estudos foi realizada em pacientes sobreviventes de FV/TV extra-hospitalares e, por isso, neste ritmo de PCR está definitivamente indicada a hipotermia terapêutica. Existe um racional teórico e alguns pequenos trabalhos que nos permitem supor que a HT terapêutica seja útil também em outros ritmos ou em vítimas de PCR intra-hospitalar. As unidades devem estabelecer um protocolo de hipotermia induzida para otimizar o tratamento a este perfil de pacientes, conforme Feitosa, (2009).

Apesar de algumas melhorias nos últimos 50 anos no suporte de vida, básico e avançado, a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea continuam a ser elevados, as quais a longo prazo comprometem gravemente a qualidade de vida. A HT é conhecida desde meados dos anos 40, com os primeiros casos clínicos descritos, e mais tarde, em meados dos anos 80, com a demonstração da sua eficácia em estudos animais. Contudo, só recentemente foi validada como terapêutica eficaz no contexto de PCR. Os



seus efeitos cardioprotectores, a redução da mortalidade e das sequelas neurológicas após PCR foram claramente demonstrados em dois ensaios clínicos randomizados e controlados. Estes ensaios levaram à inclusão pela (ILCOR) da HT nos cuidados pós PCR desde 2003, com nível de evidência I-B. Apesar de nestas recomendações estar preconizado o uso de HT, a sua aplicação prática tem sido inferior à esperada em muitos países europeus, incluindo Portugal.

Concluindo, após a realização deste trabalho, é de salientar a importância que a formação ocupa na sociedade atual e o papel fundamental que os enfermeiros têm nesta cadeia da promoção e produção de conhecimento científico. É, sem dúvida alguma, na procura incessante da fundamentação teórica para agir na prática que consolidamos os nossos conhecimentos e conferimos visibilidade à nossa profissão.

Aspiro que com esta pesquisa e com a elaboração da apresentação desta temática aos profissionais do INEM seja possível otimizar as praticas destes e por conseguinte o melhor cuidado ao Outro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A., Duque A. Paulino, C., Brito, J., Silvestre, J., Pereira, J., Mendes, V., Póvoa, P., Tapadinhas, C. (2011), Papel neuroprotectora da hipotermia terapêutica pós paragem cardio-respiratória. *Rev. bras. ter. intensiva*, vol.23, n.4, pp. 455-461. acedido a 27 de maio de 2012, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a10v23n4.pdf>

Alzaga C., Cerdan, A., (2006), Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group, 2002 Therapeutic hypothermia. *Resuscitation*, vol nº 70, pp. 369-380

Bernard S. (2009), Hypothermia after cardiac arrest: expanding the therapeutic scope-*Critical Care Medicine*; vol. nº37, pp.227-233.

Broccard A. (2008), Therapeutic hypothermia for anoxic brain injury following cardiac arrest: a “cool” transition toward cardiopulmonary cerebral resuscitation-*Crit Care Med.*; vol nº34

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - (2011), Versão 2 Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Feitosa, Sena J. P., Guimarães, H. P. Lopes, H.I. (2009) -Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspetos práticos *Rev Bras Ter Intensiva*.vol. nº 21, pp. 65-71

Fritz HG, Bauer R. (2004), Secondary injuries in brain trauma: effects of hypothermia-*J Neurosurg Anesthesiol*; vol. nº16 pp: 43-52

Hartemink; W.; Rauwerda, (2004), *the Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group, 2002*

Hartemink KJ, Wisselink W, Rauwerda, JA, (2004), Novel applications of therapeutic hypothermia. Report of three cases, *Critical Care*

Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. (2002), *Mild* therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest *N Engl J Med* Vol. nº 346



Kagawa, k. (2010), who benefits most from mild therapeutic hypothermia in coronary intervention era a retrospective and propensity-matched study *Critical Care*: acessado a 27 de maio de 2012, disponível em:

<http://ccforum.com/content/14/4/R155>

Kliegel A, Janata A, Wandaller C, Uray T, et al (2007), Cold infusions alone are effective for induction of therapeutic hypothermia but do not keep patients cool after cardiac arrest-*Resuscitation*. Vol., nº 73 pp. 46-53.

Kupchik NL. (2009), Development and implementation of a therapeutic hypothermia protocol *Crit Care Med.*; vol. nº 37pp. 279-84

Laurie G. Futterman, ARNP, MSN, CCRN, Louis Lemberg, MD. (2004), The significance of hypothermia in preserving ischemic myocardium *American journal of critical care*, January, Volume 13, No. 1 acessado a 19 de maio de 2012, disponível em: ajcc.aacnjournals.org

Liechtenstein A, Born D. (1998), Situações especiais de reanimação cardio-respiratória *Rev. Soc. Cardiologia*, vol. nº 8 pp. 779-97:

Morrison LJ, Deakin CD, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, Lavonas EJ, Link MS, Neumar RW, Otto CW, Parr M, Shuster M, Sunde K, Peberdy MA, Tang W, Hoek TL, Böttiger BW, Drajer S, Lim SH, Nolan JP (2010), Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*; vol. nº122 acessado a 19 de maio de 2012, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956032>

Morrison LJ, (2010), Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8 Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation* acessado a 27 de maio de 2012, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103507X201100040000>

Nolan JP , Morley PT , Vanden Hoek TL , Hickey RW , Kloeck WG , Billi J , Böttiger BW , Morley PT , Nolan JP , Okada K , Reyes C , M Shuster , Steen



PA , Weil MH , Wenzel V , Hickey RW , Carli P , Vanden Hoek TL , Atkins D (2003), Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: an advisory statement by the advanced life support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation- *Circulation*. Vol. Nº108 pp.118-21. acessado a 19 de maio de 2012, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12847056>

Nolan JP, Laver SR, Welch CA, Harrison DA, Gupta V, Rowan K. (2007)-*Outcome following admission to UK intensive care units after cardiac arrest: a secondary analysis of the ICNARC Case Mix Programme Database-Anesthesia*. Vol. nº 62 pp: 1207-16.

Nolan JP, Morley PT, Vanden Hoek TL, Hickey RW,(2010)- International Liaison Committee on Resuscitation. Therapeutic hypothermia - *Rev Bras Ter Intensiva*.; vol. nº 22pp:196-205

Oddo M, Schaller MD, Feihl F, Ribordy V, Liaudet L. (2006), From evidence to clinical practice: effective implementation of therapeutic hypothermia to improve patient outcome after cardiac arrest. *Crit Care Med*.vol. nº 34 pp.1865-73.

Pereira JCRG (2008), Care of patient resuscitated from cardiac arrest. - *Rev. Bras Ter Intensiva* - 20(2) pp: 190-6. Acessado a 27 de maio de 2012, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2008000200013>

Pereira JCRG. (2009), Abordagem da paciente reanimada pós-parada cardiorrespiratória.-*Rev.Bras.Ter.Intensiva* vol. nº;20 pp:190-6 acessado a 27 de maio de 2012, disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2008000200013>

Polderman KH. (2004), induced hypothermia for neuroprotection: understanding the underlying mechanisms. In: Vincent JL, editor. *Intensive Care Medicine*. New York: Springer; pp. 328-46.

Polderman KH, Callaghan J. (2006), Equipment review: cooling catheters to induce therapeutic hypothermia? - *Crit Care*.; vol. nº10(6) pp: 234.



Polderman KH, (2009), Equipment review: cooling catheters to induce therapeutic hypothermia? ; *Crit Care Med*

Rech T., Rios S. R, Vieira, (2011), Hipotermia terapêutica melhora a sobrevivência e confere neuroproteção em pacientes que sofreram parada cardíaca fora do hospital. *News.med.br*, acessado a 27 de maio de 2012, disponível em:

<http://www.news.med.br/p/medical-journal/224720/circulation-hipotermia-terapeutica-melhora-a-sobrevivencia-e-confere-neuroprotecao-em-pacientes-que-sofreram-parada-cardiaca-fora-do-hospital.htm>

Sampaio, Graça A. M., Moniz C. (2010), Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquêmica: da evidência científica à implementação de um protocolo - *Acta Pediátrica Portuguesa* vol. nº, 41pp:184-901

Silva E. (2005), *Medicina intensiva-Intervenções baseadas em evidências*. Einstein: Einstein; Suppl 1pp: 43-5

Seder DB, Van der Kloot TE. (2009), Methods of cooling: practical aspects of therapeutic temperature management. *Crit. care med*, vol., nº 37: pp211-22

Rech1, T., Vieira, S.R.R. (2010), Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardio-respiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial *Rev. Bras Ter Intensiva*: acessado a 27 de maio de 2012, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v33n2/a15v22n2.pdf>

The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group, (2002), Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest *N Engl J Med* vol. nº 346(22):pp.1756.

Tierney E (2005), *The nazihypothermia experiments: forbidden data*- Anesthesia

Velez, L.S. (2009), Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização- *Sinais Vitais*, vol. 87: pp. 44-46



Anexo VIII

Formação intitulada “ Hipotermia induzida”- panfleto de divulgação da formação, plano de formação, diapositivos da formação, questionário de avaliação e resultados da avaliação

Panfleto de divulgação da formação

HIPOTERMIA INDUZIDA



Formação: 22.06.2012 10h
Local: Auditório da Delegação Regional do INEM Porto"
Formadora: Manuela Ferreira
estudante do 3.º Curso de Pós-graduação em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto)
Destinatários: Profissionais do INEM
Objetivo: Os formandos deverão ser capazes de reconhecer a importância da hipotermia induzida e a sua adequação ao pré-hospitalar.

Plano de Formação “ Hipotermia induzida”

Local: Auditório da Delegação Regional do INEM Porto

Data: 10h - 22 de junho de 2012

Formadora: Manuela Ferreira (estudante do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto)

Orientadora: Patrícia Coelho e **Tutora:** Isabel Costa

Destinatários: Profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica

Tema: Hipotermia induzida

População Alvo: Profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica

Objetivos Gerais:

Os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer a importância da hipotermia induzida e a sua adequação ao meio pré-hospitalar
- Identificar as indicações e contra-indicações para efetuar hipotermia induzida;
- Enumerar as etapas do protocolo de hipotermia;
- Compreender como se mantém o doente em protocolo de hipotermia;
- Descrever as medidas de reaquecimento do doente;
- Conhecer as complicações da hipotermia induzida.

Objetivos Específicos:

Após a exposição efetuada os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer corretamente as indicações e contra-indicações que permitam efetuar hipotermia induzida;
- Enumerar satisfatoriamente as etapas do protocolo de hipotermia;
- Descrever como se efetua a manutenção do doente em protocolo de hipotermia;
- Descrever as medidas de reaquecimento do doente;
- Conhecer as complicações da hipotermia induzida.

Tempo Previsto: 40 minutos

Métodos e técnicas pedagógicas: Método expositivo com recurso a técnica interrogatória

Materiais e equipamentos: Computador e projetor multimédia

Material de apoio ao formando: Manual com o tema “Hipotermia induzida”

Avaliação	Quanto ao processo	Criterial
	Quanto ao Momento	Inicial, continua, final



Fases	Conteúdos/Atividades	Métodos/Técnicas pedagógicas	Meios Auxiliares	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação do tema -Apresentação dos objetivos 	Método expositivo com recurso a técnica interrogativa	Computador e projetor multimédia	Criterial inicial	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Salientar a importância da hipotermia induzida. - Referir as indicações e contraindicações para efetuar hipotermia induzida. - Descrever as etapas do protocolo de hipotermia. - Descrever como se efetua a manutenção do doente em protocolo de hipotermia. - Enunciar as medidas de reaquecimento do doente -Conhecer as complicações da hipotermia induzida -Enunciar as medidas a adotar no extra-hospitalar 	Método expositivo com recurso a técnica interrogativa	Computador e projetor multimédia	Criterial Continua	25min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Teste de avaliação forma aleatória Síntese integrativa 	Método expositivo com recurso a técnica interrogativa	Computador e projetor multimédia	Criterial final	10min

Diapositivos da formação

“Hipotermia induzida”

5º Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

HIPOTERMIA INDUZIDA

Manuela Ferreira

Orientadora: Patrícia Coelho
Tutora: Isabel Costa

Porto, Junho de 2012

Objetivos

- Reconhecer a importância da hipotermia induzida.
- Identificar as indicações e contraindicações para efetuar hipotermia induzida.
- Enumerar as etapas do protocolo de hipotermia.
- Compreender como se mantém o doente em protocolo de hipotermia.
- Descrever as medidas de reaquecimento do doente.
- Conhecer as complicações da hipotermia induzida.
- Enunciar os focos de atenção de Enfermagem

1942 → Médico nazista Sigmund Rascher
Técnicas de hipotermia em prisioneiros
Aumentar a sobrevivência de pilotos alemães abatidos sobre o Mar do Norte

1963 → Horiuchi e colaboradores (Japão) hipotermia profunda
Correção de comunicação interventricular, em crianças

A hipotermia permaneceu estreitamente ligada à circulação Extracorporeal

(Tiemey, 2005)

Anos 50 ...

↓ da temperatura central

↓ necessidades metabólicas celulares

(Tiemey, 2005)

2003 → International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)
Dois ensaios clínicos randomizados e controlados.
HT nos cuidados pós PCR com nível de evidência I-B

2005 → Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)
Adultos que sofreram PCR por fibrilação ventricular (FV)
Nolan JP (2007)

2010 → Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)
Benéfica em casos de PCR por ritmos não desfibriláveis
AIBREU (2011)

Hipotermia

CLASSIFICAÇÃO



Hipotermia Terapêutica

ESTRATÉGIA NEUROPROTECTORA

- Diminuição do metabolismo cerebral entre 40-50% se T 38 → 34°C
- Diminuição do status inflamatório e da PIC

ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA ACTIVA

- Melhoria da função de outros órgãos, protegendo no choque cardiogênico, ARDS, nefropatia, insuficiência hepática e arritmias

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

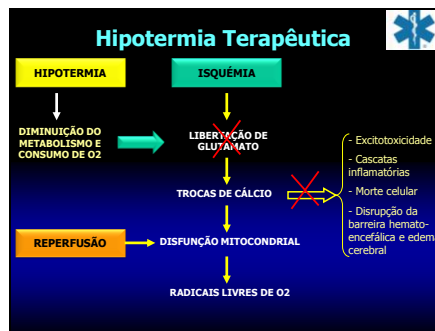
- Redução do metabolismo cerebral (5-7% por cada °C)
- Redução da necessidade de O2 em zonas com fluxo comprometido.
- Redução da apoptose celular nas primeiras 48h
- Redução da cascata excitotóxica secundária à isquémia e à reperfusão
- Redução da libertação de mediadores pró-inflamatórios

Polderman. *Intensive Care Med* 2004

Hipotermia Terapêutica

- Estabilização da permeabilidade das membranas celulares
- Diminuição da produção de radicais livre
- Diminuição da permeabilidade vascular e da hiperémia com redução do edema cerebral e da PIC
- Redução das áreas cerebrais com temperatura mais elevada (*Thermo pooling*)
- Diminuição da acidoze intracelular, apesar da manutenção da acidoze intracelular

Polderman. *Intensive Care Med* 2004: 556



Hipotermia Terapêutica

EVIDÊNCIA

RECOMENDAÇÃO IIb

Oddo M, *Crit Care Med* 2006 vol 34, nº7
www.americanheart.org

2005 AHA Recommendation (IIb)

- Unconscious adult patients with spontaneous circulation after out-of-hospital cardiac arrest **should be cooled to 32°C to 34°C** for 12 to 24 hours when the initial rhythm was VF
- Cooling to 32°C to 34°C for 12 to 24 hours may be considered for unconscious adult patients with spontaneous circulation after out-of-hospital cardiac arrest from **any other rhythm or cardiac arrest in hospital.**
- Multiple studies in animals documented the importance of initiating cooling **as soon as possible** and for the adequate duration (eg. 12 to 24 hours).

American Heart Association
Learn and Live

INDICAÇÕES

- Recuperação cardio circulatória mantida durante pelo menos 5 min com TA sistólica > 80 mmHg
- GCS-3 até ao início do tratamento
- Sem limitação de idade


Contra indicações

- Tempo de paragem não assistida medicamente superior a 10 minutos
- Reanimação durante mais de 45 minutos
- Tempo desde a PCR maior que 8h
- Doença terminal
- TA sistólica < 80 mmHg ou TA média < 55 mmHg Superior a 30 min.
- Coagulopatia primária (mas não anticoagulação oral)

Objectivo: Reduzir lesões dos órgãos vitais (cérebro, coração)

Hipotermia terapêutica (33 °C por 24 h a todos os doentes em coma)

- ✓ Início tão precoce quanto possível
- ✓ Infusão de 1-3 l NaCl (4 °C) i.v., mais arrefecimento de contacto
- ✓ Equipamento de manutenção de temperatura
- ✓ Reaquecimento controlado (0.5 °C /h)




TÉCNICAS DE ARREFECIMENTO

- Arrefecimento cerebral regional
- Imersão em água fria
- Convecção por ar frio
- Condução por água fria





Protocolo



```

    graph TD
      A[Sedação e curarização] --> B[Reaquecimento passivo no mínimo até 8h]
      A --> C[Arrefecimento até 32°C-34°C durante 24h]
      B --> C
  
```



Protocolo de arrefecimento

- Temperatura:** Objetivo é 32,5±0,5°C (durante 24h)
- Infusão rápida de soro polieletrólítico ou fisiológico a 4°C-30mL/Kg a 100 ml/min**
- Monitorizar temperatura a nível esofágico**
- Sedação com propofol, midazolol e analgesia com fentanil**

Protocolo de arrefecimento

- Manter a perfusão de soros gelados de acordo com ritmo da diurese**
- Não infundir soros glicosados**
- A infusão pode ser por CVC ou CVP**
- Ponderar circulação extracorpórea se ao fim de 30 min não se atingir a temp. alvo**

Protocolo de arrefecimento

- Iniciar curarização se tremores se refratoriedade ao arrefecimento**
- Sulfato de magnésio-bolus de 4-6gr seguido de perfusão**
- colocar 3 ampolas de sulfato de magnésio em 50cc de SF a 9-25cc/h até atingir a temperatura alvo**
- Embrulhar as mãos e os pés com toalhas húmidas**

Protocolo de arrefecimento

Glicemia

- Glicemia < 200 mg/dL (insulina em perfusão em casos selecionados).

Diurese

- Débito urinário > 1 mL/kg/h.

INTERVENÇÕES TERAPÉUTICAS

Pressão arterial

- PA média entre 80 e 120 mmHg
- (PVC 8-12mmHg).
- Evitar agressivamente períodos de hipotensão.

Pressão intracraniana

- Cabeceira elevada (30°) mantendo a cabeça alinhada com o tronco.

Pereira JG, Rev Bras Terap Intens 08, 20: 190

Protocolo de arrefecimento

Sedação

- Segundo a necessidade: propofol (0,5-2 mg/kg/h) +/- alfentanil (5-15 µg/kg/h) +/- midazolol (0,01-0,1 mg/kg/h)

Electrólitos

- Dosagens de 6-6h
- Potássio > 4 mEq/L e magnésio > 2,5 mEq/L

INTERVENÇÕES TERAPÉUTICAS

Ventilação

- Normoventilação
- Evitar a alcalose; PaCO2 maior 35mmHg; SatO2 maior que 92%

Nutrição

- Nutrição entérica contínua a 20 mL/h (ou glicose por via enteral)
- Evitar alimentação parentérica

Pereira JG, Rev Bras Terap Intens 08, 20: 190

Prevenção da Infecção

- HT aumenta o risco de infecção devido a imunossupressão PAV
- Implementação de estratégias de prevenção de infecção
 - Úlceras de decúbito
 - Infecção de feridas cutâneas
 - Profilaxia da ulcera de stress
 - Profilaxia da trombose venosa profunda



EFEITOS SECUNDARIOS DA HIPOTERMIA

Coagulopatia ligeira, trombocitopenia	• Aumento da amilase
Hipo K, Hipo Mg, Hipo Ca	• Poliúria e hipovolémia
Mudanças da PK de várias drogas:	• aumento do propofol 30% • aumento do midazolam 15%

Intensive Care Med (2004) 30: 759-767

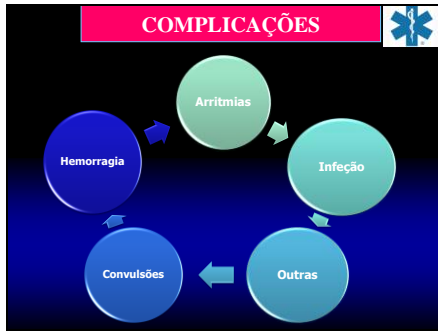
REAQUECIMENTO

- Lento durante o mínimo de 8h e a velocidade não superior a 0,5°C por hora, sempre de forma passiva
- Deve ser monitorizada a glicemia, devido ao risco de hipoglicemia
- Suspender sedação e curarização quando a temperatura maior que 36°C

REAQUECIMENTO

Rápido – pior prognóstico

- ✓desequilíbrio entre circulação cerebral
- ✓ consumo de O₂, agravando a hipóxia
- ✓alterações electrolíticas (hiperkaliémia)
- ✓alterações da sensibilidade à insulina



- ### FOCOS DE ENFERMAGEM
- Ventilação comprometida
 - Risco de Infecção
 - Risco de Hemorragia
 - Mobilidade comprometida
 - Risco de Úlcera de Pressão
 - Risco de perfusão tecidual alterada
 - Hipotermia
 - Débito cardíaco comprometido
 - Limpeza das vias aéreas comprometida
 - Risco de arritmias
 - Risco de choque: cardiogénico, hipovolémico e vasogénico
 - Alteração do estado de consciência
 - Ingestão nutricional comprometida
- CIPE: Versão 2.

Conclusões

Manter doentes sedados, ventilados e sob hipotermia durante 24h. Reaquecimento passivo, muito lento

Madl et al, Crit Care Med 2000

- ### Conclusões
- Fator determinante: **TEMPO**
- Atuação nas 1^{as} 24horas pós-PCR é crucial, sendo tão importante como as circunstâncias da PCR
- Presenciada ou não
 - Tempo para SBV
 - Tempo para SAV
 - Ritmo de PCR
 - Qualidade de SBV/SAV



Bibliografia

Abreu, A. et al. Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardíaco-respiratória. *Rev. bras. de intensivo* [online]. 2011, vol.23, n.4, pp. 455-461. ISSN 01.

Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010;122(16 Suppl 2):S345-42. 03-507X. <http://dx.doi.org/10.1199/0103-5072011000400010>

Nolan JP, Laver SR, Welch CA, Harrison DA, Gupta V, Rowan K. Outcome following admission to UK intensive care units after cardiac arrest: a secondary analysis of the ICNARC Case Mix Programme Database-Anaesthesia. (2007); 62(12):1207-16.

Pereira JCRG. Abordagem do paciente reanimado pós-parada cardiopulmonar. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(2):190-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507200800200013> Acesso em: 27 mai. 2012.

Pereira JCRG: Care of patient resuscitated from cardiac arrest. *Rev Bras Ter Intensiva* (2008)- 20(2):190-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507200800200013> Acesso em: 27 mai. 2012.

Polderman KH, Callaghan J. Equipment review: cooling catheters to induce therapeutic hypothermia? - *Crit Care*. 2006; 10(6):234.

Tierney E.-The nazihypothermia experiments: forbidden data- *Anesthesia*(2005);60(4)

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011); – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros





Questionário da avaliação da formação “ Hipotermia induzida”

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações. Agradeço o seu contributo no preenchimento deste questionário que é anónimo.

Conteúdo programáticos	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
O tema tratado correspondeu as suas expectativas				
O conteúdo da ação correspondeu aos objetivos previstos				
Os objetivos da ação foram adequadamente definidos				
A ação proporcionou conhecimentos novos e úteis				

Avaliação do formador	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
Clareza da exposição				
Competências técnicas do formador				
Relacionamento com o grupo				
Despertou o interesse nos formandos				
Utilização adequada de audiovisuais de apoio à formação				



Comentários:

Data:22/06/2012

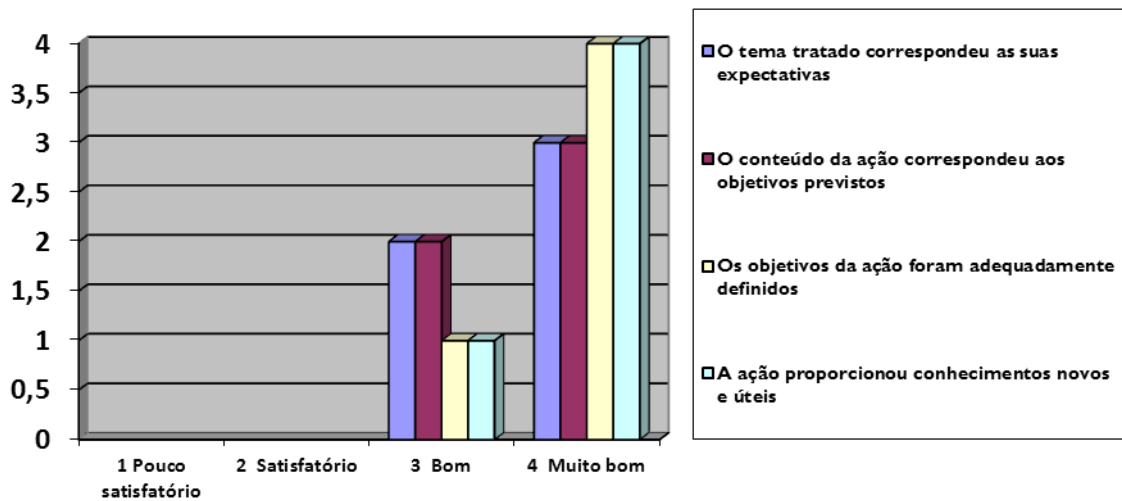
Obrigada



Resultados da Avaliação da formação “ Hipotermia induzida”

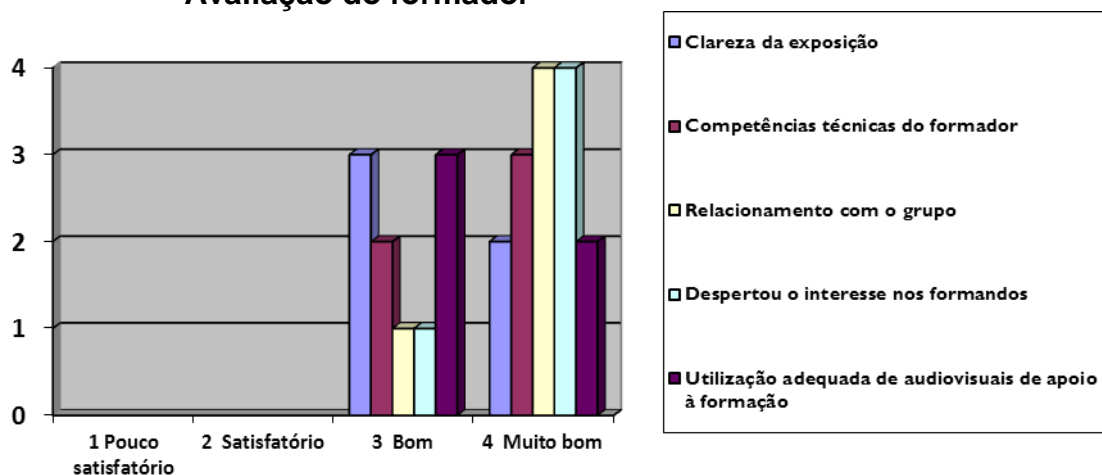
Após a realização da formação é necessário proceder à sua avaliação de modo a que sejam encontradas possibilidades de melhoria e crescimento por parte do formador, assim como interpretar o impacto que a mesma teve nos formadores, que foram no total cinco.

Conteúdos programáticos



Em relação aos conteúdos programáticos, é de realçar que a ação de formação proporcionou conhecimentos novos e uteis, assim como o tema correspondeu as expetativas dos formandos na maioria das respostas.

Avaliação do formador



Em relação ao desempenho do formador destaca se a clareza da



exposição, assim como o relacionamento com o grupo e o interesse despertado nos formandos. Conclui-se que o balanço da formação é extremamente positivo. Lamenta-se o fato do número reduzido de formandos, contudo foi justificado pelo ambiente de incerteza e desmotivação em que se encontram os profissionais do INEM.



Anexo IX

Guia de acolhimento à família no Serviço de Urgência



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**



**Guia de acolhimento ao
serviço de urgência**

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

novembro de 2012



GUIA DE ACOLHIMENTO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

“Promover a presença da família”

No serviço de urgência encontramos situações de doenças agudas graves, o que acarreta muitos desafios quer para os enfermeiros, como para os pacientes e suas famílias. O impacto da doença num membro da família afeta os outros membros da mesma, pelo que recorrer a um serviço de urgência com o familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos, frequentemente, até à data desconhecidos, como nos refere Ausloos, (2003).

A hospitalização surge na grande maioria das vezes em consequência de problemas de saúde agudos. Conforme nos diz Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006), estar doente e ser internado num hospital, por si só, é desagradável, pelas incertezas que deixa em relação ao futuro e pelo mal-estar inerente à doença.

A família é parte integrante e fundamental em todo o processo terapêutico devendo a equipe de saúde funcionar em conjunto com a mesma e os cuidados de saúde só serão efetivos compreendendo que o utente é parte integrante e fundamental de uma família. O momento de admissão no hospital constitui para a maioria dos doentes um dos momentos mais importantes, por representar, o início de uma nova experiência, num meio que muitas vezes, lhe é totalmente desconhecido. Para Collière (1999), a situação de doença e consequentemente a hospitalização, exacerba na família a necessidade de proteção e carinho para com aqueles a quem está ligado por laços afetivos ou genéticos.

No ambiente hospitalar, a doença e a hospitalização têm o potencial de deixar o paciente, família e pessoas significativas em ansiedade e stresse, afastando-o do ambiente familiar, dos seus padrões de vida diária, acabando por ficar parcial ou totalmente isolado dos sistemas de suporte habituais, dando lugar a sentimentos de impotência, incapacidade, solidão e despersonalização. Stanhope & Lancaster, (1999), acrescentam que uma das funções básicas da família é proteger a saúde dos seus membros e dar apoio e resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença. A família é sinónima de



segurança e engloba alguns aspetos importantes como a pertença, a função e a relação afetiva. É na família que os indivíduos conseguem encontrar e reconstruir as principais componentes da sua identidade.

Paralelamente, a hospitalização por vezes retira a identidade individual, os sujeitos são despojados de roupas e objetos pessoais, vestem um pijama ou bata igual ao dos outros internados...Há normas para serem cumpridas, já decididas, em que os próprios não têm uma palavra a dizer: hora e tipo de comida visitas com um tempo próprio e limitadas.

A família no âmbito dos cuidados de saúde, pode ser considerada como uma unidade de intervenção, ou seja, sujeito de cuidados e fonte de suporte para os profissionais de saúde ou, como um contexto facilitador dos cuidados, isto é, uma fonte de suporte para o doente e fonte de informação para os profissionais de saúde. Capacitar as famílias para dinamizarem os seus recursos e fontes de suporte e dessa forma resolverem eficazmente as diversas crises no seu contexto vivencial, tornou-se a filosofia que deve dominar os cuidados à família.

A carta de Ottawa (1986) define a promoção da saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar e salienta as seguintes estratégias para a promoção da saúde:

- Criação de ambientes físicos e sociais de suporte;
- Definição de políticas públicas que promovam a saúde;
- Reforço da participação ativa dos indivíduos e da comunidade;
- Desenvolvimento das aptidões e competências individuais;
- Reestruturação dos serviços de saúde.

O acolhimento é um momento único, pois é o início de um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é fundamental. Aos profissionais de saúde é pedido o mais alto nível de desempenho e competência pelo que se exige que o acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher. Aos profissionais de saúde é atribuído o papel fundamental de facilitar o desenvolvimento de competências dos cidadãos atuando como mediadores a favor da saúde. A relação entre os profissionais de saúde, o cidadão e a comunidade passará a ser de parceria.



Há então uma nova visão dos cuidados de saúde, apoiada no modelo holístico, no qual a pessoa e o seu ambiente passam a constituir um todo, existindo como componentes dessa totalidade os fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais. O profissional será o parceiro nos cuidados de saúde, portador de conhecimentos técnicos, científicos e competências, numa relação terapêutica, em que são igualmente valorizados os conhecimentos do utente, as suas significações sobre a doença e a saúde e sobre os procedimentos no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A comunicação é indispensável ao acolhimento do utente e contribui decisivamente para o desenvolvimento da relação de ajuda com o utente. Como refere Phaneuf (2001), a comunicação é um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal.

Vários estudos mostram como refere Ramos (2004), que fornecer informação aos doentes e familiares e envolvê-los satisfaz várias necessidades tais como ajudar a lidar com a doença, reduzir os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preservar a dignidade e o respeito, promover o sentimento de segurança, aumentar a adesão e o compromisso, a aceitação de procedimentos e a responsabilidade do utente/doente. Como se sabe, a família e os amigos são para o doente a fonte de aconchego, identidade, lembranças e segurança. As instituições hospitalares são conhecedoras desse desejo e necessidade dos utentes, sendo que cada vez mais sabem também do benefício que a presença dos mesmos trás.

No processo de acolhimento, o comportamento dos profissionais, em particular de enfermagem, é decisivo para que o doente se sinta seguro e confiante. O acolhimento é um momento privilegiado, pois inicia-se um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é o elemento essencial. A forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher, tendo em conta o respeito pela sua individualidade, tal pressupõe uma atenção empática, uma motivação para escutar, ouvir e atender a intencionalidade dos outros.



Este contacto inicial irá influenciar decisivamente a qualidade do relacionamento posterior entre enfermeiro/doente. É de toda a importância prevenir tais situações de desconforto e desconfiança, criando um clima agradável. Os indivíduos a acolher deverão ser compreendidos e apoiados. Neste processo, é de salientar, a necessidade de uma interpretação correta das mensagens relacionadas com o conjunto de informações obtidas de forma a perceber as frustrações, inibições, medos e esperanças que condicionam a relação comunicativa e a consequente participação na dinâmica terapêutica.

No hospital, o doente depara-se com um meio desconhecido, a nível do espaço físico e organizacional, separa-se do seu ambiente familiar, não conhece aqueles que lhe prestam cuidados, sente-se perdido no meio de muita gente. No entanto, as formas de angústia, insegurança e medo não são diretamente controláveis. Haverá que encontrar estratégias adequadas para enfrentar, integrar ou ultrapassar as formas de insegurança, medo e angústia. Os familiares, a equipa multidisciplinar, especialmente os enfermeiros, por permanecerem junto do doente vinte e quatro horas por dia, têm um papel muito importante e de ajuda eficaz.

O acolhimento, o apoio sustentado e a estimulação adequada necessitam de diferentes cuidados, adaptados caso a caso, tendo em conta a respectiva história e situação atual do doente. Durante o acolhimento do doente é necessário saber analisar o impacto que a doença e a hospitalização poderão vir a causar ao indivíduo, assim como, compreender as repercussões que daí poderão advir, quer a nível pessoal, quer a nível familiar.

Face ao referido, realçamos a importância de os enfermeiros se consciencializarem para as consequências que o impacto psicológico da doença e da hospitalização podem motivar no doente. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve compreender a importância do primeiro contacto que se estabelece com o doente, adotando atitudes que ajudem a encarar a hospitalização de uma forma mais positiva e minimizar o impacto psicológico que se possa verificar, seja no momento de admissão ou mesmo no decorrer do internamento.



O conceito de acolhimento em enfermagem pode definir-se como a relação estabelecida com o doente que se inicia no momento da admissão no serviço. Nesta perspectiva, o enfermeiro durante o acolhimento deve estar atento para os aspetos psicológicos e emocionais, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo confiança ao doente nos cuidados que lhe são prestados.

Em 1992, foi criada em Portugal a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade em Saúde, a qual elaborou um Plano Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, onde são implementadas medidas concretas em relação à receção e acolhimento dos doentes dos serviços de saúde. Neste plano é referido que o acolhimento do doente deverá obedecer aos seguintes princípios e serem encarados como direitos:

- Disponibilidade para informar e facilitar, com o apoio logístico possível nomeadamente ao doente internado;
- Acompanhamento por pessoal hospitalar nos vários circuitos de acordo as suas necessidades;
- Acompanhamento por parte de, pelo menos, um familiar sempre que essa seja a vontade do próprio doente;
- Possibilidade de utilização do telefone, pelo que deverá ser provida a instalação de telefones portáteis;
- Garantia de privacidade e dignidade do doente, de acordo com os condicionalismos vigentes e suas necessidades;
- Informação do seu estado de saúde, bem como dos tratamentos que lhe são ministrados;

Para além do acolhimento, são referidas neste plano algumas normas sobre o acolhimento dos familiares, onde se apela essencialmente à delicadeza, compreensão e desburocratização, assente num princípio de que o homem é alguém que pensa, sofre e tem medo, sobretudo quando não sente o conforto de uma visão ou de uma presença de carinho e simpatia.

Para que o doente se sinta mais à vontade no processo de admissão é imprescindível que conheça a estrutura da instituição hospitalar bem como as suas necessidades diárias. De acordo com Carapinheiro (1993), se o doente tiver



conhecimento dos espaços, do tempo dos procedimentos e dos circuitos hospitalares, permite-lhes fazer a desmontagem dos mecanismos que compõem o aparato hospitalar (...) dando-lhe acesso a uma representação inteligível do funcionamento hospitalar.

O acolhimento tem como finalidade, por um lado, ajudar o doente e família a eliminar sentimentos negativos que possam surgir e, por outro, permitir aos enfermeiros dar informações sobre questões que os preocupam, bem como sobre aspetos da organização da instituição e do serviço que deve conhecer para se sentir seguro. No acolhimento é importante estabelecer com o doente e família uma boa comunicação, como também é importante saber falar, escutar e apoiar o doente, devendo ser criadas condições e desenvolvidos mecanismos de ajuda que permitam ir ao encontro dos problemas e necessidades dos doentes, manifestada no momento do acolhimento.

As pessoas que acompanham um utente no serviço de urgência (SU), familiares ou não, são parte integrante da unidade de cuidados. Em Portugal, a prática comum no acompanhamento a adultos é a permanência numa sala de espera exterior. O recurso a um SU é sempre um momento de fragilização do doente e dos seus familiares que tendem a sentir-se ansiosos e com medo do diagnóstico clínico.

As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000, as prioridades para a saúde do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004), e da Ordem dos Enfermeiros, expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), enfatizam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde.

O relatório da Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente dos Hospitais EPE (Ministério da Saúde, 2005) mostra que no que concerne ao indicador Qualidade Apercebida da Família, os serviços de urgência de uma forma geral obtêm valores inferiores à média dos outros serviços avaliados. Dados retirados do Relatório Anual do Gabinete do Utente (CHLO; 2008) mostram



que no ano de 2007 foram feitas 355 reclamações no Serviço de Urgência que correspondem a cerca de 42,4% do total das reclamações do hospital, que engloba outros 28 serviços além da urgência geral. Em relação ao ano de 2006, o relatório mostra também um aumento de 20% nas reclamações efetuadas no serviço de urgência. De salientar, que do total das reclamações 50% foram efetuadas pelo próprio, 46% pelo familiar ou acompanhante e 4 % são de origem indeterminada.

Diariamente são admitidos milhares de utentes nos serviços de urgência, isto faz com que o atendimento desta grande afluência de utentes se possa repercutir de modo desfavorável no funcionamento destes serviços que são, como todo o sistema de saúde, limitado nos vários recursos – humanos, materiais, equipamentos e de instalações. O serviço de urgência hospitalar é uma unidade específica do hospital onde a natureza clínica se reveste de características muito próprias.

Também o ambiente e estrutura física desempenham um papel importante no bem-estar das pessoas que ocorrem aos serviços de urgência. As salas de espera hospitalares são espaços de primeiro impacto e onde, por excelência e de forma crucial, se deve realizar o atendimento dos utentes, familiares ou pessoas significativas, respeitando sempre os primados éticos para que outros não tenham acesso a uma informação que é individual e privada.

Faz sentido, e aceita-se como uma dimensão individualmente vivenciada em contexto profissional e pessoal, estudar e desenvolver os aspetos que relacionam o atendimento em serviço de urgência, a qualidade da assistência em matéria de saúde e a supervisão deste processo como forma de garantir o êxito da prestação de cuidados. Nesta medida destacam-se algumas reflexões, que apesar de partirem do senso comum (expressões dos utentes, família ou pessoa significativa que nos vão chegando no nosso dia a dia) parecem ser motivo de análise:” Estou farto de estar à espera e ninguém me diz nada”; “Estão aqui tantos de bata branca e ninguém vem ver as pessoas que estão tão mal”; “Só os vejo a andar lá dentro de um lado para o outro e ninguém se chega”.



Mais recentemente redescobriu-se a importância do envolvimento da família no contexto da prática de cuidados, contribuindo para uma maior humanização e individualização dos cuidados, resultando também em benefícios económicos. A aprendizagem de determinados cuidados por parte das famílias, reduzirá a sobrecarga de trabalho dos profissionais em várias tarefas, permitirá uma recuperação mais rápida, melhor adaptação à situação de doença e uma adequada preparação atempada da alta hospitalar.

Durante o estágio no serviço de urgência do hospital de S.João, inserido no curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, foi evidente a necessidade de realizar um guia de acolhimento às famílias, dada esta ser uma lacuna neste serviço. A necessidade de orientar a família ou pessoa significativa na estrutura física do hospital, desde o momento da admissão, fazendo referência ao sistema de Triagem de Manchester e ao serviço de acolhimento a família onde poderão dirigir-se para se inscreverem como acompanhantes, assim como inculcar nos acompanhantes a importância de manter a serenidade e o respeito pela individualidade e dignidade dos pacientes tornou-se desde logo uma prioridade para mim.

O serviço de urgência do hospital de S.João recebe cerca de trezentas pessoas por dia, oriundas de uma vasta área de abrangência e com uma panóplia de situações que associadas a condições estruturais deficitárias, justifica a dificuldade dos profissionais em proporcionar o cumprimento em termos legais e mesmo em cuidar com os níveis de qualidade que desejavam. Todos os dias estes profissionais empreendem esforços para contornar estas dificuldades e sempre que possível permitem aos doentes estarem acompanhados pela sua família, por forma a reduzir a sua ansiedade e mesmo a contribuírem na participação ativa nos cuidados, havendo assim oportunidade para efetuar ensinamentos e melhorar os cuidados prestados.

Ao realizar um simples guia de acolhimento não almejo resolver os problemas detetados, mas sem dúvida minora-los, pois ao fornecermos um guia que contenha informações pertinentes à família, esta irá sentir-se incluída desde o início nos cuidados e compreenderá o quanto é essencial a sua presença, ressaltando as condicionantes existentes no serviço. Se os profissionais de



saúde demonstrarem vontade em incluir a família nos cuidados e se do lado dos familiares houver disponibilidade e compreensão pelo trabalho destes profissionais, os cuidados ao paciente que recorre ao serviço de urgência serão cada vez prestados com elevado grau de qualidade e excelência, o que trará satisfação a todos os envolvidos no processo.

Neste processo, cabe aos enfermeiros, utilizar não só os seus conhecimentos técnicos altamente diferenciados, mas também os seus conhecimentos no âmbito da comunicação e de relação de ajuda, demonstrando às populações o quão relevante é o seu papel no sistema de saúde. Como futura especialista no âmbito da abordagem ao doente crítico, é fundamental que consiga detetar lacunas e elaborar estratégias de atuação indo de encontro às necessidades detetadas, com o objetivo máximo de criar oportunidades de melhoria nos cuidados.

A partir de Julho de 2009, passou a ser permitido a qualquer cidadão acompanhar os seus Pais, Filhos, Familiares e Amigos dentro dos Hospitais, mais precisamente nos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde, conforme consta no Diário da República nº. 134 - 1ª. Série de 14 de Julho de 2009 (Dec. Lei nº. 33) que de seguida apresentamos:

Direito de acompanhamento do utente nas urgências ([Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho](#))

<p>Artigo 1.º Direito de acompanhamento</p>	<p>É reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada nos termos do artigo 2.º</p>
<p>Artigo 2.º Acompanhante</p>	<p>O acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, com as exceções seguintes:</p> <p>a) Indicação expressa em contrário do doente;</p> <p>b) Matéria reservada por segredo clínico.</p> <p>2 — O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar As instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.</p> <p>3 — No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito,</p>



	os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço de urgência, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante nos termos do artigo 2.º
Artigo 3.º Limites ao direito de acompanhamento	<p>1 — Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.</p> <p>2 — O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes.</p> <p>3 — Nos casos previstos nos números anteriores, compete ao profissional de saúde responsável pela execução do ato clínico em questão — exame, técnica ou tratamento — informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento</p>
Artigo 4.º Direitos e deveres do acompanhante	<p>1-Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão ao serviço.</p> <p>2-Os serviços de urgência devem, através de serviços técnicos adequados, promover o direito referido no número anterior sempre que a situação clínica do doente não permita a declaração da sua vontade, podendo para esse efeito os serviços solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o paciente invocado pelo acompanhante, mas não podem impedir o acompanhamento.</p>
Artigo 5.º Adaptação dos serviços	As instituições do SNS que disponham de serviço de urgência devem, no prazo de um ano a partir da data de publicação desta lei, proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respetivos serviços de urgência, de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços.
Artigo 6.º Regulamentos	O direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respectiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aba, I., Silva, (2005). Paciente crítico e comunicação: Visão de familiares sobre a sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 39 (4), 423-429.

Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Editora Quarteto, Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria.

Carapinheiro, G., (2005) *Saberes e poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços*. Edições Afrontamento, Lda. 4ª Edição. Porto. P. 45-86. ISBN – 972-36-0306-3.

Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4ª Edição. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, ISBN – 972-757-1093.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-10-X.

[Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho](#) Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acedido em 13 de novembro de 2012 em: http://www.min-saude.pt/nr/rdonlyres/21142c03-ddcf-4efa-80c9d7c23c368cf/0/lei33_acompanhamento_utentes_SNS.pdf

Ministério Da Saúde (2005). Relatório do Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente dos Hospitais EPE. Lisboa: *Ordem Dos Enfermeiros* (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro* (1ª edição). Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Portugal. (2004). Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde,

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta



Sousa, L., (2006). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice* (2ª ed.). Porto: Âmbar.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999).- *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência



Os nossos princípios são:

Eficiência

Eficácia

Equidade

Responsabilidade

Qualidade

Cuidar

Humanizar

O serviço de urgência

É a nossa missão

**Guia de acolhimento
no serviço de urgência**

A informação contida neste documento é essencial para um atendimento de qualidade prestado ao seu familiar ou amigo:

Leia com atenção!

CONTACTO: 225512100

Autora: Manuela Ferreira
(estudante do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Quirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Porto)
Orientada por: Patrícia Coelho



OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!



No serviço de urgência a ordem de atendimento é definida pela gravidade da situação e não pela ordem de chegada com o objetivo de reduzir o tempo de espera dos casos mais



É muito importante que deixe o seu contacto na recepção, só assim poderemos contactá-lo caso seja necessário.

As roupas e bens do seu familiar poderão ser removidas caso seja necessário, estas serão guardadas e efetuado o devido espólio, ao qual poderá aceder com a devida identificação.

Triagem de Manchester	
COR	SITUAÇÃO
Vermelho	EMERGENTE
Laranja	MUITO URGENTE
Amarelo	URGENTE
Verde	POUCO URGENTE
Azul	NAO URGENTE

Ao chegar ao serviço de urgência do hospital de S.João, o seu familiar é avaliado por um enfermeiro.

Este procedimento designa-se por **triagem de Manchester** e tem como finalidade conferir um tratamento mais justo e equitativo aos utentes que recorrem ao serviço de urgência.

EMERGENTE atendimento imediato
MUITO URGENTE atendimento quase imediato (+/- 10 m)
URGENTE tempo para atendimento (+/- 60 m)
POUCO URGENTE tempo para atendimento (+/- 2 h)
NÃO URGENTE tempo para atendimento (+/- 4 h)

De acordo com a Lei nº33/2009 da Assembleia da República de 14 de julho, o serviço de urgência deve permitir a entrada de um acompanhante por utente. Este deve estar devidamente identificado e dar devida identificação ao serviço de acolhimento à família e adquirir a pulseira identificativa:

Roxa-acompanhante temporário

Preta-acompanhante permanente



Por favor Srº acompanhante:

Mantenha o silêncio(inclusive o telemóvel)

Não deve providenciar alimentos ou líquidos ao seu familiar sem autorização dos profissionais de saúde

Se houver necessidade de se ausentar informe os profissionais

Respeite a privacidade dos outros utentes

Mantenha-se junto do seu familiar/amigo

Compreenda quando lhe pedirem para sair, deve fazê-lo de imediato, só assim poderá contribuir para uma melhor e eficaz prestação de cuidados

Se necessitar de alguma informação deve dirigir-se ao serviço de acolhimento que se localiza à entrada do serviço



Anexo X

Manual de integração dos enfermeiros ao Serviço de Urgência



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Manual de Integração Serviço de Urgência



Estudantes: Manuela Ferreira

Patrícia Cardoso

Sónia Alves

Sob orientação de: Profª Patrícia Coelho

Profª Irene Oliveira

novembro de 2012



INDICE

1. Introdução	5
2. Apresentação do Serviço.....	7
2.1. Composição e estrutura física do serviço.....	7
2.2. Recursos Humanos.....	11
2.3. Horários e distribuição de turnos.....	11
2.3.1. Trocas de horário e férias.....	11
2.4. Fardamento.....	11
2.5. Método de trabalho.....	11
2.6. Sistema de documentação de trabalho.....	12
2.6.1. Sistema Alert.....	12
2.6.2. Triagem de Manchester.....	12
2.7. Procedimentos aquando da admissão, alta e falecimento de utente.....	13
2.7.1. Acompanhantes.....	14
2.7.2. Informação aos acompanhantes.....	14
2.7.3. Espólio.....	15
2.7.4. Comunicação de más notícias.....	15
2.8. Articulação do SU com outros serviços e instituições.....	15
2.9. Transferência de doentes.....	15
2.10. Transporte de doente crítico.....	16
3. Protocolos, normas e procedimentos.....	19
3.2. Vias verdes.....	19
3.3. Manual de Controlo de Infeção.....	19
3.4. Manual de Procedimentos Invasivos.....	19
4. Formação em Serviço.....	20
5. Avaliação de Desempenho.....	20
6. Acidentes em Serviço.....	20
7. Informações úteis.....	16
8. Conclusão.....	21
9. Referências bibliográficas.....	23



1-Introdução

Um processo de integração não se improvisa, pelo que se torna necessário a existência de um Manual de Integração que contenha, por escrito, as orientações fundamentais para o desenvolvimento e desempenho das atividades.

O período de integração é sempre de tensão, pelo que se torna necessário desenvolver atitudes no sentido de otimizar a integração do recém-admitido.

O manual de integração concretiza-se num conjunto de regulamentos, normas e procedimentos e informações úteis e cruciais, orientadoras do desempenho e esclarecimento de dúvidas, facilitando a integração de novos elementos. Este manual contém informação sobre:

- Estrutura do serviço;
- Normas, protocolos e procedimentos de abordagem ao doente/família;
- Dinâmica do serviço;
- Recursos humanos e materiais;

Os objetivos deste manual de integração são:

- Proporcionar ao enfermeiro recém-admitido informação que lhe permita conhecer a dinâmica funcional do serviço;
- Facilitar o processo de integração, tanto para quem chega, como para a equipa que o recebe;
- Conseguir a melhor integração possível, no mais curto espaço de tempo, com o máximo de qualidade;
- Informar o novo elemento quanto ao seu novo papel, responsabilidades, atividades e atitudes a desenvolver;
- Ajudar o novo elemento a consciencializar-se da sua contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados no seio de uma equipa;
- Favorecer a uniformização de atuação;
- Uniformizar a informação transmitida aos novos elementos;



- Servir de instrumento de consulta no esclarecimento de dúvidas, e orientação das atividades a desenvolver;
- Proporcionar um clima de segurança e acolhimento ao elemento recém-chegado;
- Orientar quanto ao desenvolvimento de atividades específicas;
- Informar sobre direitos e deveres;
- Facilitar o desenvolvimento profissional como integrante da instituição hospitalar.

A missão do Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar São João está centrada no doente, gerindo o doente emergente, urgente e crítico. É centro de referência para doentes de todo o Norte do País, em algumas patologias ou necessitados de algumas competências, capacidades e técnicas. Os seus serviços integram quadros próprios de profissionais capazes de elevada qualidade assistencial e promove a atividade pedagógica - formação pré e pós-graduada - e a investigação.

2- Apresentação do Serviço

O Hospital de São João foi inaugurado a 24 de junho de 1959. Segundo dados de 2007 contava com a colaboração de 5084 funcionários, dos quais 1812 enfermeiros e 1258 médicos de acordo com Gomes, (2009), O SU do Centro Hospitalar São João é uma Urgência Polivalente. É um serviço de referência em toda a região Norte e na vanguarda dos cuidados de saúde em Portugal, abrangendo cerca de 3 milhões de pessoas.

Criadas de raiz para o efeito, as instalações do SU foram projetadas obedecendo ao objetivo da estrutura física se adaptar ao conceito de funcionalidade e organização idealizado. Este novo conceito baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a prioridade de observação da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados que é necessário.



Estão criados seis diferentes fluxos de circulação, três com base na prioridade de observação e potencial gravidade (amarela, laranja, vermelha) e três com base no problema do doente (Ortotraumatologia, psiquiatria e otorrinolaringologia ou oftalmologia). Os doentes de prioridade verde e azul (menor grau de prioridade) seguem o circuito dos doentes de prioridade amarela.

2.1-Composição e estrutura física do serviço

Área de Admissão: Localizada logo à entrada do SU, é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente. Contiguamente a esta área encontra-se também o local de realização de outros processos administrativos como são as altas, os internamentos, recepção de reclamações, entre outros. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de Triagem.

Área da Triagem: Após a admissão, o doente, acompanhado ou não por familiar de acordo com a sua condição, passará para Área de Triagem onde é feita uma avaliação inicial por enfermeiro(a). Esta avaliação é baseada num protocolo específico e com base científica (*Sistema de Triagem de Manchester*) que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua gravidade. O principal objetivo deste protocolo é o de assegurar, de uma forma objetiva, que o doente mais grave é de imediato identificado à chegada, e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Os níveis de classificação são os seguintes:

Cor vermelha: doentes emergentes. Objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 3 minutos.

Cor laranja: doentes urgentes. Objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 10 minutos

Cor amarela: objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 60 minutos



Cor verde: objetivo de atendimento inferior a 120 minutos

Cor azul: objetivo de atendimento inferior a 240 minutos

O Centro Hospitalar São João tem em funcionamento os quatro sistemas de resposta rápida a patologia específica recomendados, habitualmente designados de Vias Verdes, nomeadamente de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária (Enfarte do miocárdio), de Sepsis (Infeção grave generalizada) e de Trauma. É, também, nesta área que são identificados os doentes com critérios de ativação de umas das quatro Vias Verdes, de forma a ser ativada observação médica imediata.

Área de Psiquiatria: área onde é feito o atendimento de doentes, provenientes de toda a área metropolitana do Porto, com situações urgentes do foro psiquiátrico;

Área Amarela: Neste espaço são observados os doentes classificados com um nível intermédio de prioridade (AMARELO) e também aqueles de menor gravidade que recorrem ao Serviço de Urgência com situações pouco urgentes ou até não urgentes (VERDE e AZUL). Compreensivelmente, estes doentes (VERDE E AZUL) têm prioridade de atendimento inferior à dos restantes, sendo, portanto, chamados para observação médica com menor frequência do que os restantes. Adjacente a esta área existe uma zona de espera para os doentes triados para este sector mas ainda não observados e para aqueles que tendo sido já observados, aguardam algum exame ou observação por um especialista a quem tenha sido solicitada consultadoria

Área Laranja/Unidade de Curta Permanência (UCP): Espaço para atendimento dos doentes triados com cor LARANJA. Esta área possui equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo.

Neste local existe, igualmente, uma Unidade de Curta Permanência (UCP), destinada à vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período não superior a 24 horas para a sua resolução e alta. A



área de UCP pode receber doentes triados com cor LARANJA bem como doentes inicialmente triados com cor AMARELA ou observados no sector de Cirurgia e Ortopneumatologia, e que preencham os requisitos acima especificados.

Área de Ortopneumatologia/Pequena Cirurgia: área para onde são encaminhados os doentes, Urgentes, Pouco Urgentes e Não Urgentes vítimas de trauma;

Sala de Emergência: área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitam de tratamento imediato; com dotação de cinco unidades, cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida e material de trauma.

Existe ainda a equipa de Reanimação Intra-Hospitalar (RIH), constituída por Médico Intensivista e Enfermeiro com competências de Suporte Avançado de Vida, cuja extensão é 1999, exatamente alusivo ao ano da sua instituição no hospital.

Em busca da contínua melhoria do acolhimento ao utente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera estrategicamente localizadas junto das áreas. De referir a Sala de acolhimento à Família, local específico, com condições de privacidade, onde médicos e enfermeiros informam as famílias do estado dos seus familiares.

Para além destas áreas funcionais, o espaço físico do Serviço de Urgência alberga ainda um Gabinete Assistencial, um posto da PSP e a Área de Direção do Serviço e da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos. Existem ainda áreas de urgência em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Obstetrícia/ Ginecologia (fora da área geográfica do Serviço de Urgência).

2.2-Recursos Humanos

O SU do Centro Hospitalar São João é composto por uma equipa multidisciplinar.



A Equipa de Enfermagem é composta por 93 enfermeiros no total, entre os quais um Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada com 18 elementos coordenados por um Coordenador de Equipa e um Subcoordenador (que assume funções em substituição do Coordenador de Equipa). Os elementos da equipa de enfermagem são divididos de acordo com as necessidades e as competências manifestadas, tendo em conta as áreas de prestação de cuidados e afluência de utentes.

2.3-Horários e distribuição de turnos

Os turnos de manhã e tarde têm a duração de 7 horas e 30 minutos e a noite de 10 horas e trinta minutos. O turno da manhã decorre das 8 às 15:30, o da tarde das 15 às 22:30 e o da noite é das 22 às 8:30. Existe uma sobreposição dos turnos em meia hora para a passagem de turno.

2.3.1-Trocas de horário e férias

As trocas de horário, efetuadas com caráter excepcional, têm que ser formalizadas por escrito em impresso próprio, ver anexo 2.

As férias devem ser agendadas de acordo com alguns princípios orientadores, ver anexo 3.

2.4-Fardamento

O fardamento do SU é composto por túnica e calça verde disponíveis nos vestiários do serviço, sendo exclusivos do mesmo.

2.5-Método de trabalho

O método de trabalho adotado neste serviço é o método individual, no qual cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados dos utentes que assume articulando-se com a equipa no sentido de priorizar e agilizar os cuidados. A distribuição nos diferentes sectores é da responsabilidade do coordenador de equipa e gere-se de acordo com as competências dos elementos e a necessidade de cada sector, ver anexo 4.

2.6-Sistema de documentação de trabalho

Além das passagens de informação verbal os enfermeiros do SU documentam as suas intervenções no sistema operativo Alert®.

2.6.1. Sistema Alert



Figura 1. Sistema Alert®

O sistema operativo Alert® é o sistema em uso no SU, por todos os profissionais. Todos os profissionais deste serviço têm formação com este software e podem consultar o manual do sistema tanto no serviço em suporte papel, quanto na Intranet.



2..6.2. Triagem de Manchester

O processo de triagem surge para garantir a boa gestão de cada serviço de emergência/ urgência e equidade dos cuidados de saúde a prestar.

Este tipo de classificação implica a atribuição de pulseiras com identificação com cores que indicam o nível de prioridade e o tempo de atendimento previsto, de acordo com protocolos mas também com o juízo crítico do enfermeiro.



Figura 2. Triagem de Manchester

2.7 Procedimentos aquando da admissão, alta e falecimento de utente

Admissão: O doente admitido no SU tem que ter um episódio aberto no posto administrativo, onde é identificado e encaminhado para a triagem. Na triagem o enfermeiro avalia e atribui uma prioridade e encaminha para os diferentes sectores de acordo com a necessidade de cuidados. Em cada setor o enfermeiro recebe o utente, avalia e implementa intervenções de acordo com os problemas identificados.

Alta: Aquando da alta o enfermeiro confirma que o utente está esclarecido e que tem toda a documentação que necessita. Se for necessário articular com outra instituição prestadora de cuidados de saúde, no que refere aos cuidados de



enfermagem, deverá efetuar uma carta de transferência de enfermagem, no sentido de melhor encaminhar o utente.

Morte: em caso de morte do utente no SU, a família deve ser informada e respeitado o momento de luto, proporcionando um local calmo para a comunicação das más notícias, como a sala de visitas. São preenchidos os papéis identificadores do cadáver e de entrega de cadáver à casa mortuária, sendo contactada a casa mortuária (extensão 1777) que providencia o transporte do cadáver até à morgue.

2.7.1-Acompanhantes

O utente tem o direito de acompanhamento integral no SU, como exposto na Lei n.º33/2009 de 14 de Julho. Os acompanhantes temporários recebem uma pulseira roxa com a identificação do seu familiar e os acompanhantes permanentes, uma pulseira preta (nos casos dos utentes que têm dificuldade da comunicação e necessitam de ter sempre o acompanhante junto a si). Apesar do crescente esforço para proporcionar o acompanhamento integral dos utentes, como direito essencial dos mesmos, a elevada afluência de utentes e as condicionantes de espaço, condiciona este direito, havendo a necessidade de limitação do tempo de permanência dos acompanhantes de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde. Segundo nos refere o artigo nº 3 da lei acima referida, existem limites ao direito de acompanhamento, tais como: O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes e compete ao profissional de saúde responsável pela execução do ato clínico em questão — exame, técnica ou tratamento — informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

2.7.2-Informação aos acompanhantes

Sempre que solicitado são prestadas as informações sobre os utentes aos seus acompanhantes, existindo o Gabinete de Informação ao Acompanhante, que localiza o doente no espaço e quanto ao tempo que poderá demorar o



atendimento. Existe também um guia de acolhimento aos familiares que deverá ser entregue no momento da admissão ou na triagem, ver anexo 5.

2.7.3- Espólio

A roupa, valores e objetos pessoais dos doentes que recorrem ao serviço de urgência e se encontram incapazes de zelar pelos seus bens ou necessitem de qualquer intervenção medica que obrigue à sua remoção, deverá ser guardada sendo elaborada uma listagem desses bens, num impresso adequado pela enfermeiro, ver anexo 6.

2.7.4-Comunicação de más notícias

Num SU com elevada afluência como este e com uma panóplia de doentes idosos e doentes críticos, a necessidade de comunicação de más notícias aos familiares e pessoas significativas é constante. Tanto as situações de doença súbita como as de trauma são geradoras de nervosismo e ansiedade, o que se pode transformar num entrave à comunicação efetiva. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005), o enfermeiro assume o dever de, no que concerne aos cuidados de enfermagem, informar o indivíduo e a sua família procedendo às explicações ou fornecendo as informações que forem solicitadas. Importa consultar os direitos e deveres dos utentes em anexo 7.

2.8- Articulação do SU com outros serviços e instituições

O SU, como serviço de referência, articula-se com todo o hospital e com outras instituições prestadoras de cuidados de saúde.



2.9- Transferência de doentes

Os doentes podem ser transferidos para outros serviços dentro da Instituição ou em articulação com outras instituições, para tal existe um impresso adequado que deverá ser preenchido pelo enfermeiro, ver anexo 8.

2.10- Transporte de doente crítico

Define-se como “doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”¹ O transporte destes doentes apresenta múltiplos riscos, mas é extremamente necessário no sentido de facultar um nível assistencial superior ou para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que não seja possível na instituição ou serviço onde se encontra o doente crítico.

Na necessidade de transporte do doente para outro serviço na mesma instituição ou para outra instituição deve ser efetuada uma avaliação, no sentido de identificar a necessidade de acompanhamento diferenciado e de monitorização específica, segundo as seguintes recomendações, para transporte de doentes críticos² que estão disponíveis no anexo 9.

3- Protocolos, normas e procedimentos

3.1- Vias verdes

A instituição de protocolos de Via Verde tem o objetivo de identificar e encaminhar, de forma adequada e precoce, no sentido de minorar lesões



sequelas pelo cumprimento de normas definidas e baseadas na evidência científica.

As vias verdes instituídas no Hospital são, consultar anexo 10:

- Via Verde Coronária;
- Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Via Verde Sépsis;
- Via Verde Trauma,

Neste momento encontra-se em processo de início a via verde que permitirá a vítimas do foro sexual ou em casos de relações de risco, o atendimento célere e o encaminhamento para os tratamentos e para o acompanhamento de psicologia.

3.2-Manual de Controlo de Infeção

A nossa instituição dispõe de um Manual de Controlo de Infeção (revisto em 2010), com indicações quanto a esta temática estando disponível na Intranet.

A Comissão de Controlo de Infeção está sempre disponível para esclarecimento de dúvidas, localiza-se junto às consultas externas e dispõe do site na intranet http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=37268.

3.3-Manual de Procedimentos Invasivos

A existência de um manual de procedimentos de técnicas invasivas facilita a integração dos novos elementos quanto a este tipo de intervenções e permite o esclarecimento de dúvidas e a atualização dos conhecimentos são que são baseadas na evidência científica e atualizados frequentemente. Um manual com as normas de atuação e kits de material para procedimentos facilita a gestão do tempo em situações de emergência/urgência e é um dos itens importantes no controlo de infeção.

Nas várias áreas existem kits de procedimentos, nomeadamente, cateterização venosa central, cateterização arterial, drenagem torácica,



cateterização vesical entre outros. Estes kits são revistos periodicamente, quanto a conteúdos e prazos de validade, e são repostos a cada utilização.

4-Formação em Serviço

Existe um plano anual de formação de acordo com as necessidades identificadas, que se processa no Departamento de Educação Permanente (DEP). O plano anual de formação para os profissionais do SU encontra-se exposto na Intranet, acessível pelo DEP, no anexo 11 está disponível o plano de 2012 e a respetiva ficha de inscrição.

5-Avaliação de Desempenho

É importante que todos os enfermeiros saibam que são avaliados periodicamente. Esta avaliação encontra-se a ser reformulada, com a entrada em vigor do SIADAP (sistema adaptado do sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública) que preconiza avaliação anual em detrimento da avaliação atual que é de 3 anos, continuando a ser necessário entrega de um Relatório Crítico de Atividades. (Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho), ver anexo 12.

6-Acidentes em Serviço

Um acidente de serviço, segundo o número 1 do artigo 7º, do Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro “é todo o que ocorre nas circunstâncias em que se verifica o acidente de trabalho nos termos do regime geral, incluindo o ocorrido no trajeto de ida e regresso para e do local de trabalho”.

Em caso de Acidente de Serviço, o acidentado deve efetuar respetivo episódio de atendimento no SU, indicando que se trata de um acidente de serviço. Ser-lhe-ão entregues uns impressos próprios para o médico do serviço de pessoal preencher. Estes impressos deverão ser entregues no Departamento de Recursos Humanos no prazo de 48h (2 dias úteis) ver anexo13.



7-Informações úteis

Horário de funcionamento de alguns sectores do hospital:

- **Departamento de Recursos Humanos**→ atualmente no piso 2, com horário ininterrupto das 9:30 às 17h

- **Refeitório**→ localiza-se no piso 2, com serviço de refeições e de bar
 - Refeições: 12h às 14:30 (almoço) e das 19h às 21h (jantar)
 - Bar piso 1 e piso -1: 7h30-19h30

- **Enfermeiro Supervisor**→ Gabinete no piso 1, com horário de atendimento das 8 às 16h.

- **Departamento de Educação Permanente (DEP)**→ Atualmente no piso 2 junto às consultas externas com horário de laboração das 8 às 16h.

- **Departamento de Saúde do Pessoal**→ piso 2, junto às consultas externas, das 8 às 17h.



CONCLUSÃO














A prática dos cuidados é tão antiga quanto a própria humanidade (Collière, 1999) sendo a “história dos cuidados aos que padecem a história da enfermagem” (Vieira, 2009). Cada vez mais a Enfermagem tem vindo a desenvolver-se como profissão e como ciência, fruto do empenho, investimento e envolvimento dos Enfermeiros.

O manual de integração não substitui o enfermeiro integrador ou o enfermeiro chefe como elementos essenciais de uma engrenagem em conjunto com as equipas que recebem o elemento recém-admitido. Concretiza-se como um complemento dos mesmos, oferecendo respostas que visam diminuir os efeitos do momento de transição que é um processo de integração.


Desta forma esperamos que este manual contribua para a orientação dos novos elementos, ressaltando que é um instrumento flexível e em remodelação, aberto a sugestões de todos os elementos da equipa, especialmente, dos recém-chegados, já que a validade e credibilidade dos manuais estão diretamente relacionadas com a sua constante atualização. Deixamos uma proposta de um cronograma de integração que deverá ser flexível e adaptável a cada enfermeiro de acordo com as suas características singulares, ver anexo 14.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  Azevedo, C. (2006) Integração de Enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*. Porto. N.º1
-  Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidadores de enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
-  Cook, S. & D. Sinclair (1997). "Emergency department triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement." *J Emerg Med*
-  Cronin, J. (2003). "The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland." *Accid Emerg Nurs*
-  Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro
-  Lei n.º33/2009 de 14 de Julho
-  McBrien, B. (2009). "Translating change: the development of a person-centered triage training programme for emergency nurses." *Int Emerg Nurs*
-  Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência
-  Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*
-  Ordem dos Enfermeiros. (2003) Conselho de Enfermagem. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*
-  Ordem dos Médicos. (2008). *Comissão da Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Transportes de Doentes Críticos Recomendações 2008*, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
-  Rocha, M. (2003). *Repensar a Enfermagem*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
-  Toni, G. & P. McCallum (2007). "Emergency Triage." *Australasian Emergency Nursing Journal*



 Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica



Anexo XI

Registo das ativações no Instituto Nacional de Emergência Médica

PRINCIPAIS FOCOS DE ENFERMAGEM

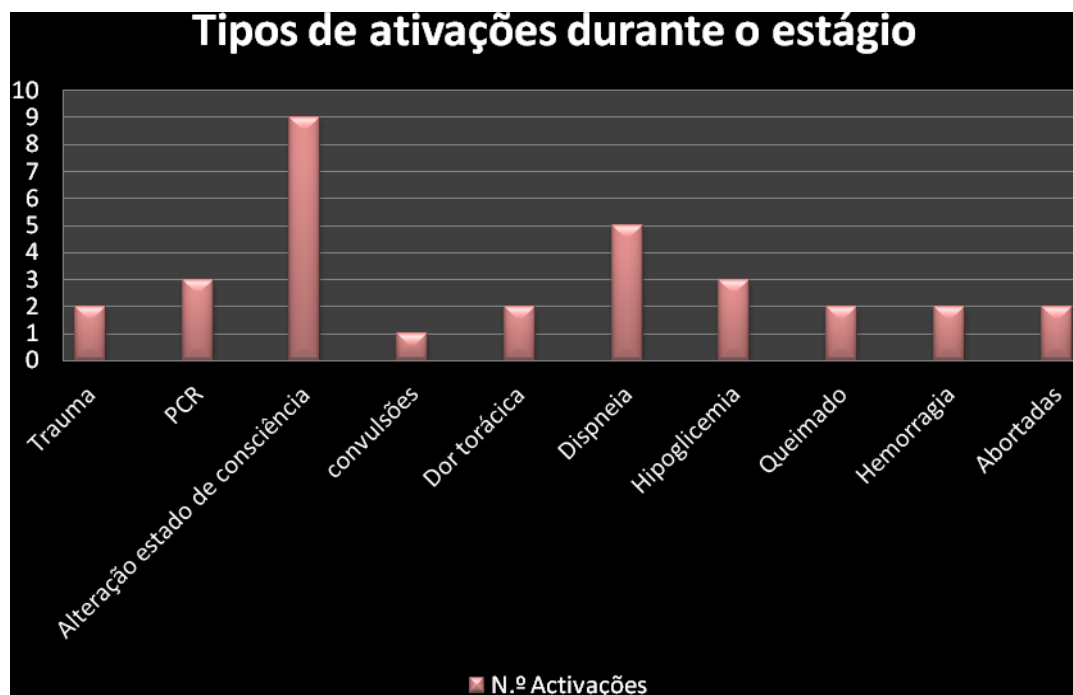


REGISTO DE ATIVAÇÕES DO ESTÁGIO

Durante a realização do estágio no Instituto Nacional de Emergência Medica, considerei relevante proceder ao registo das ativações (**Gráfico 1**) que ocorreram durante os turnos realizados, que foram num total de 59, com um total de 68 vítimas, Efetuei este registo nos diferentes meios de estágio, Ambulâncias Suporte Básico de Vida (SBV), (**Gráfico 2**) Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), (**Gráfico 3**) e nas Viaturas de Emergência e Reanimação (VMER), (**Gráfico 4**).

Identifiquei ainda os motivos das mesmas e os focos de enfermagem principais identificados por mim durante as abordagens às vítimas. (**Gráfico 5**)

Gráfico 1



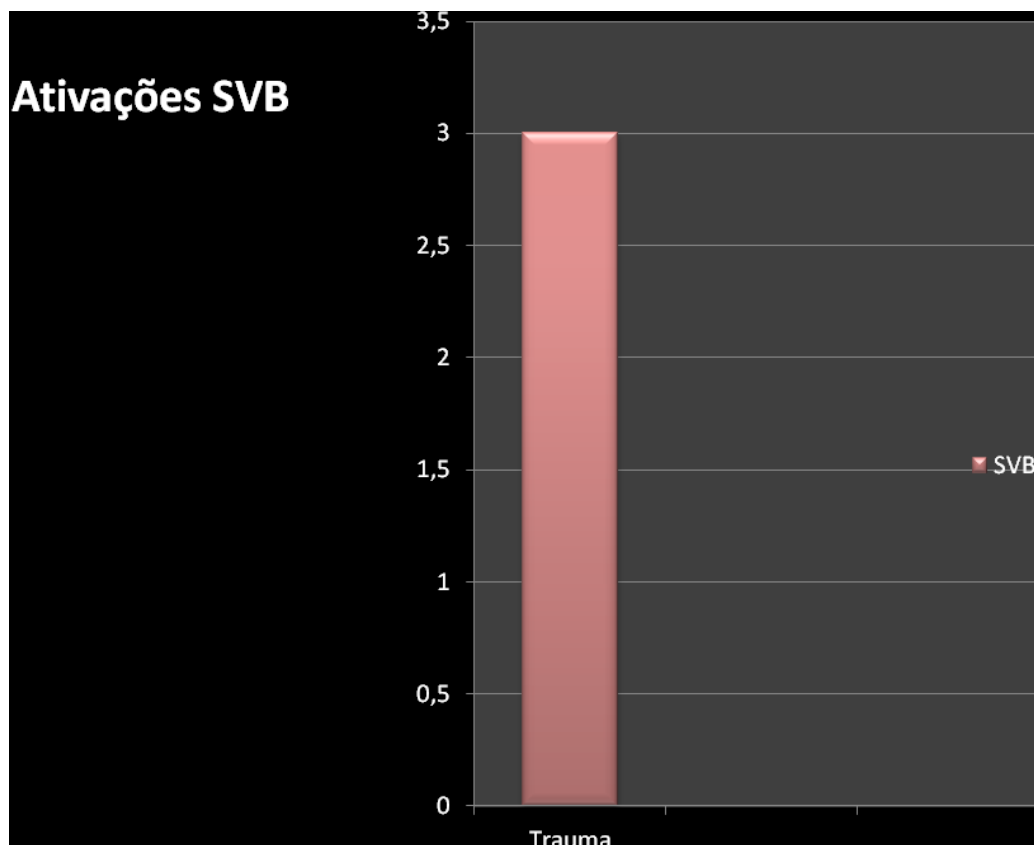
Deste modo foi possível verificar que os motivos do maior número de ativações foram as alterações do estado de consciência fundamentalmente em pessoas idosas e os quadros de dispneia ocorridos em doentes crónicos do foro respiratório, tais como DPCO. Saliento nestas ativações dois quadros de edema



agudo do pulmão. Os casos de hipoglicemia também são de salientar, muitas vezes devido ao déficit de conhecimentos na toma da medicação, assim como aos hábitos de alimentação inadequados e à não adesão ao regime terapêutico.

Os casos de paragem cardio-respiratória (PCR) são sem dúvida as mais graves e que causam maior ansiedade quer nos profissionais, quer nas famílias das vítimas. Destaca-se aqui a falta de conhecimento da população das medidas de iniciar o suporte básico, algo que faria toda a diferença no prognóstico destas vítimas. As situações de trauma também merecem destaque, embora o seu número aqui não seja predominante, são as situações mais exigentes para os profissionais do pré-hospitalar, quer pelo seu cariz de emergência, quer por ser na maioria dos casos vitimas jovens e nos quais as sequelas podem ser definitivas se não se adotarem as medidas adequadas.

Gráfico 2

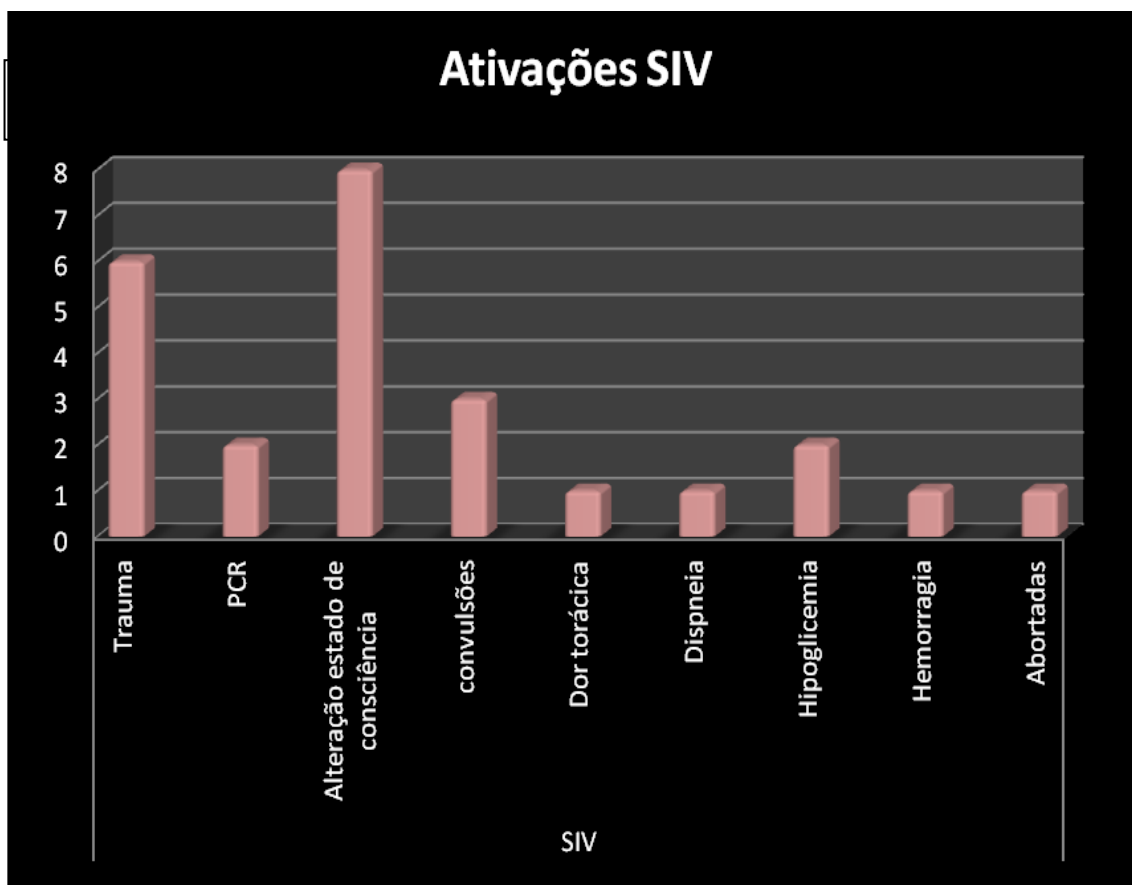




No turno realizado nas ambulâncias SBV, na base Porto 2, tive três ativações de trauma, saliento o caso de uma idosa de 88 anos, vítima de queda da qual resultou aparentemente fratura do colo do fêmur. Dado o fato de ser num quinto andar e a imobilidade da senhora, aliada à dor que manifestava, foi necessário transportar a senhora na maca de coquile e depois na maca de vácuo, para podermos encaminhá-la até à ambulância de forma segura.

De ressaltar o trabalho dos técnicos que demonstraram sempre uma atitude de atenção, valorizando a dor da senhora.

Gráfico 3





Nas ambulâncias SIV, realizei os turnos em Gondomar, cuja sede se localiza no centro de Saúde de S.Cosme e em Amarante, sediada no hospital de Amarante, dois locais muito discrepantes onde foi possível verificar a diferença na assistência pré-hospitalar num meio citadino e num meio rural.

Estas diferenças recaem sobretudo no tipo de ativações que em Amarante são sobretudo casos de trauma, onde a SIV é o meio de primeira linha a atuar, dada a grande área de abrangência da VMER da região e a existência de autoestradas extensas e perigosas.

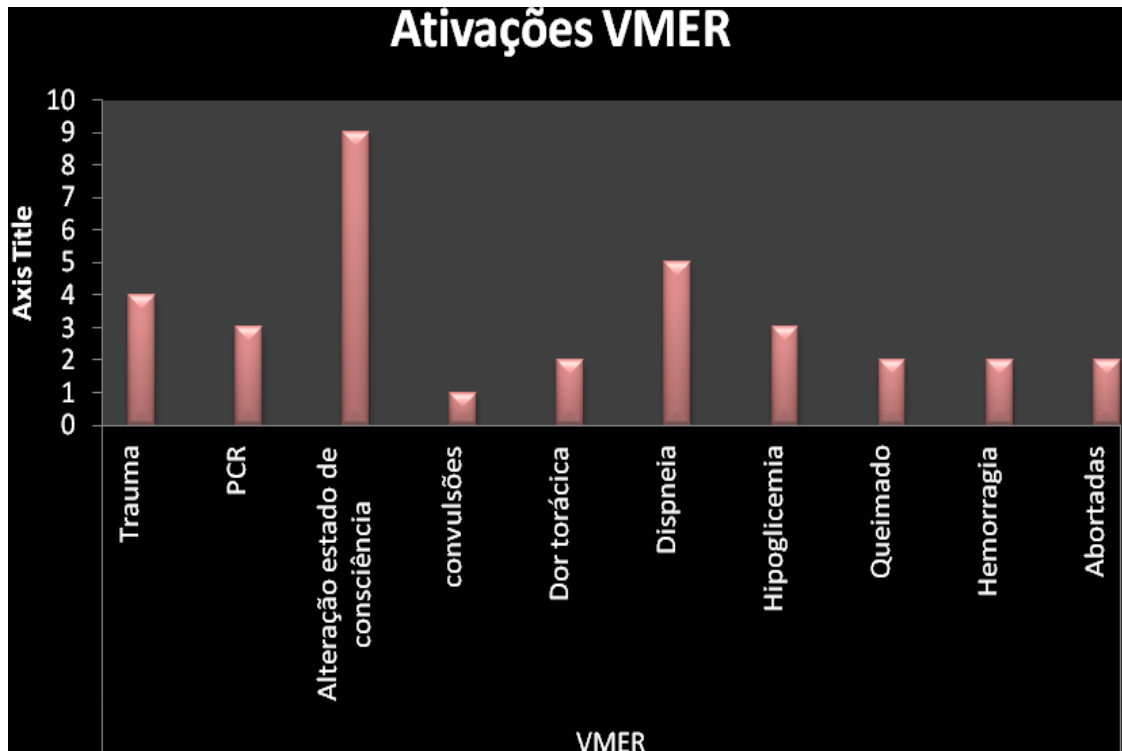
Mais uma vez o gráfico demonstra que os casos de alteração do estado de consciência e os de trauma são os mais comuns. Saliento que em Gondomar a população idosa, com carências sociais e económicas solicitam mais o 112, nomeadamente em casos de doentes crónicos e que esta SIV contempla estes casos com um registo interno próprio que identifica os casos de maior risco referenciando-os para o centro de saúde, salientando o papel preponderante que o enfermeiro pode ter a nível comunitário, mesmo inserido numa equipa de pré-hospitalar.

Destaco ainda o caso de episódios convulsivos em crianças, que com a rápida atuação destas equipas, foi possível adequar os cuidados e tranquilizar as famílias.

Nos casos de PCR, é de realçar que nas zonas mais distantes é muitas vezes impossível reverter as situações, dado o tempo da ocorrência até à chegada das equipas de reanimação, acrescido de fato que nestas regiões ainda não se incutiu o costume de ligar o 112, são assim ativados os bombeiros que depois solicitam a ajuda diferenciada.



Gráfico 4



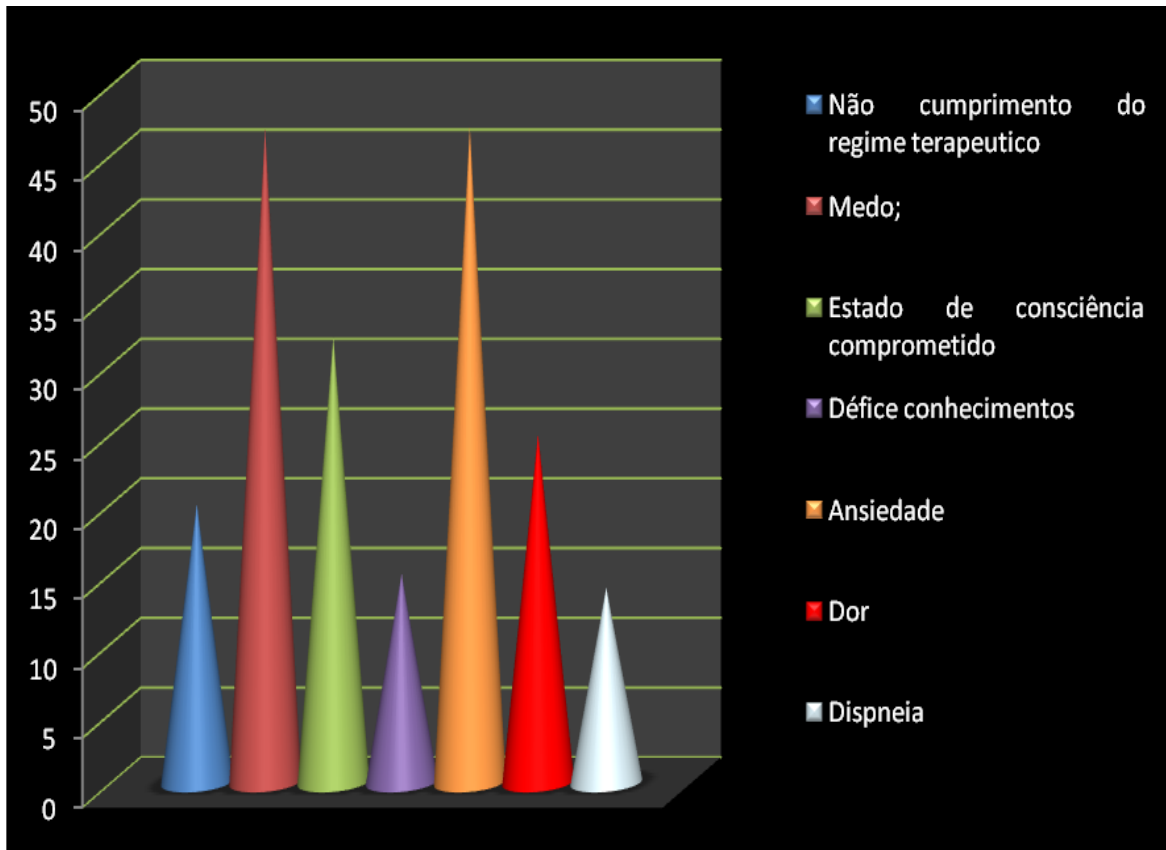
O estágio na VMER foi efetuado na base do Hospital de S.João, Porto e na base do Hospital do Vale de Sousa em Penafiel. Estas realidades distinguem-se pelas mesmas razões atrás mencionadas. Neste gráfico é perceptível que o maior número de ativações recai também nas alterações do estado de consciência, que se resumem a estados de intoxicações medicamentosas, dado o problema existente da polimedicação que os doentes fazem e também ao desconhecimento dos efeitos da mesma no seu estado de saúde. As alterações do estado de consciência também se prendem com casos de alcoolismo ou casos de suspeita do acidente vascular cerebral (AVC). O exame físico e neurológico é essencial para a precoce ativação da via verde AVC.

As ativações da VMER incluem casos bem mais graves, dado ser o meio de socorro mais diferenciado, realçam-se os casos de dispneia e dois casos de queimados, em que foi necessário proceder à sedação e posterior entubação das vítimas, demonstrando que a rápida intervenção junto das populações é uma mais-valia. Acrescento ainda o caso da dor torácica que deve ser avaliada de



imediate e de acordo com os critérios evidenciados, poderá ser uma ativação para via verde de Coronária.

Gráfico 5



Como enfermeira é importante a elaboração de um plano de cuidados, mesmo de modo informal indo de encontro as necessidades detetadas. Para isso deveremos adequar as nossas intervenções de modo a obter ganhos em saúde daqueles que cuidamos. Este gráfico demonstra que durante as ativações pude identificar alguns focos que mereceram a minha atenção e a minha intervenção. O medo e a ansiedade foram de forma evidente os focos mais presentes durante o meu estágio, como intervenções adotei estratégias tais como a comunicação empática e a escuta ativa.

A disponibilidade aliada à capacidade de transmitir confiança ao outro são ferramentas que os enfermeiros dispõem para cuidar o Outro com mais qualidade



e competência. O déficit de conhecimentos e o não cumprimento do regime terapêutico por parte da população acarreta uma sobrecarga no sistema de saúde, levando-os há situações de doença. Compete aos profissionais de saúde adotar medidas para colmatar estas questões. Para ir de encontro a esta necessidade efetuei inúmeras educações para a saúde de modo informal, efetuando ensinamentos e encaminhando para os serviços de Saúde e de assistência social.

A dor é outro dos focos de enfermagem que merece a nossa atenção, nunca esquecendo que associadas às medidas farmacológicas deverão ser empreendidas medidas que proporcionem o alívio da dor e o conforto. Mesmo em situações limite entre a vida e a morte, o papel do enfermeiro é crucial para haver ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e este estágio foi sem dúvida um acréscimo para mim, conferindo-me mais competências na área do doente crítico.



Anexo XII

Reflexão de um caso "Enfermagem na emergência-cuidar à luz da teoria de Imogene King"



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

5ºCURSO PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Enfermagem na emergência-cuidar à luz da teoria de Imogene king

“Reflexão de um caso”

Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

novembro de 2012



Enfermagem na emergência-cuidar à luz da teoria de Imogene King

“Reflexão de um caso”

Durante o meu estágio no serviço de urgência no Hospital de S.João, integrado no 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa Porto, considerei pertinente efetuar um estudo de caso sobre a abordagem a um paciente em contexto de emergência à luz da teoria de Imogene King.

Ao efetuar a reflexão sobre este caso pretendo ampliar o meu espírito crítico e reflexivo e inter-relacionar conceitos, tendo em vista a obtenção de uma melhor capacidade de atuação perante o doente/família em situação de saúde crítica, indo de encontro ao objetivo previamente definido ao estágio: *“Desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e família, assim como com a equipa multidisciplinar”*, aspirando desenvolver as seguintes competências:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Apesar de toda evolução da ciência e segundo Oliveira, Lopes e Araújo (2005), consequentemente, da Enfermagem, ainda hoje, percebemos uma certa dificuldade por parte de alguns enfermeiros em trabalhar com teorias, seja no âmbito da assistência, ensino ou pesquisa.

A existência de diferentes modelos teóricos de enfermagem é justificada pela necessidade de os enfermeiros disporem de um suporte que lhes permita organizar as suas práticas. Porém, a organização da prática dos cuidados nem



sempre assenta, mesmo nos nossos dias, num determinado modelo, quer este seja mais voltado para o tratar ou para o cuidar, segundo Silveira, (2004).

Observando os modelos em uso, as necessidades da população em cuidados de saúde e a evolução de Enfermagem, evidencia-se a necessidade de uma resposta mais premente e assertiva. Se observarmos o número de reinternamentos, o número de casos sociais nos serviços, os motivos pelos quais as pessoas recorrem às urgências...o facto de existir tanto para ser feito após a identificação do diagnóstico, mais do que atos médicos... Talvez tudo comece a ter outro sentido... Vale a pena refletir!... Vale a pena investigar!...

Como nos refere Dióz (1999) a profissão de enfermagem enfrentou e ainda enfrenta, assim como outras profissões, as consequências advindas do rápido avanço tecnológico e científico das últimas décadas. Como resultado desse avanço, surgiram nas décadas de 50 e 60, as primeiras teóricas de enfermagem, representadas por profissionais que se preocupavam em compreender e descrever as suas funções e os seus papéis, no campo da Enfermagem. Essas enfermeiras procuraram identificar um campo conceitual próprio para a profissão, independente, principalmente, do modelo médico. Para Bello (2000) é importante oferecer um atendimento humanizado, no qual a família esteja inserida como agente de cuidado, onde a sua opinião seja considerada e a sua participação incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar.

A meta da teoria é oferecer uma possibilidade de interação entre enfermeiros e clientes que vise o alcance de metas preestabelecidas conforme refere Moura & Pagliuca, (2004). A discussão central da teoria de King é explicar como os seres humanos (enfermeira e paciente) interagem para alcançar as suas metas que devem ser estabelecidas em comum.

Muitos estudos têm ressaltado pontos fortes e fracos dessa teoria. Segundo Moreira e Araújo (2002), a estrutura conceitual e a teoria de King são aplicáveis à prática profissional de enfermagem de qualquer cultura e sociedade humana e os conceitos dessa estrutura conceitual proporcionam uma forma atual e válida de compreender o homem. De seguida vou apresentar os conceitos desta teoria, para que se compreenda de uma efetiva as suas implicações na prática.



Teoria de Imogene King

A teoria de King publicada em 1981, descreve a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas que se interligam e interagem entre si (o pessoal, o interpessoal e o social), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, proporcionando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade.

King pressupõe ainda que, os seres humanos são seres sociais, conscientes, racionais, perceptivos, que reagem, que tem objetivos, orientados para a ação e orientados no tempo. Para descrever a **teoria do alcance de metas**, King trabalhou com os conceitos de interação, percepção, comunicação, transação, self ou ego, papel, *stress*, crescimento e desenvolvimento, espaço e tempo, tornando a sua teoria relativamente simples, referem Moura & Pagliuca (2004). Esta teórica apresentou em 1968 os conceitos básicos de sua teoria, que tem como objetivo estabelecer uma relação interpessoal, intergrupar e social para alcançar os objetivos de saúde ou ajustamento aos problemas de saúde do indivíduo, diz-nos George (2000). A teórica atende ao metaparadigma da Enfermagem quando introduz a teoria definindo **seres humanos, enfermagem, saúde e ambiente**. A meta da teoria é de oferecer uma possibilidade de interação entre enfermeiros e clientes que vise o alcance de metas pré-estabelecidas.

A enfermagem é definida como um processo de troca de informação sobre as percepções do enfermeiro e do paciente para King (1981). No que concerne às ações de enfermagem, a autora menciona que a enfermeira pensa, percebe, julga e age nas situações a ela relacionadas e que essas ações ocorrem em ambientes onde as enfermeiras e clientes estabelecem relacionamentos. E é a partir desse relacionamento que as enfermeiras e os clientes estabelecem metas em comum.

Parece ser consenso entre a maioria das enfermeiras considerar o indivíduo, a família e a comunidade como seus pacientes. O inverso também é verdadeiro, ou seja, a situação de saúde/doença de um dos membros familiares afeta a saúde familiar. Para Osório (1997), muitas são as variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas que determinam as distintas



composições das famílias. É necessário, portanto, que essas variáveis sejam consideradas no cuidado à família e a paciente. Para George (2000) King identifica a estrutura conceitual como uma estrutura de sistemas abertos e a teoria como uma obtenção de metas sendo que a estrutura representa o conhecimento essencial para a enfermagem e tem uma finalidade adicional de permitir a construção e o teste de teorias de perspectiva da enfermagem onde está incluso a meta, a estrutura, a função, os recursos e a tomada de decisão, que King diz serem os elementos essenciais.

Segundo o mesmo autor King (1989) apresenta várias presunções básicas para a sua estrutura conceitual, estas incluem as presunções de que os seres humanos são sistemas abertos, em constante interação com o seu ambiente, que o enfoque de enfermagem é a interação dos seres humanos com o seu ambiente e que a meta da enfermagem é ajudar os indivíduos e os grupos a manterem a saúde. De acordo com George (2000) King resume a sua estrutura conceitual como sendo os fenômenos de enfermagem organizados em três sistemas dinâmicos de interação descritos de seguida:

Sistemas Pessoais

Cada indivíduo é um sistema pessoal e que o enfoque da enfermagem é a pessoa. Para o sistema pessoal, os conceitos relevantes são a percepção, o ser, o crescimento e o desenvolvimento, a imagem corporal, o espaço, o aprendizado e o tempo.

Sistemas Interpessoais

Os sistemas são formados pelos seres humanos interagindo e à medida que o número de indivíduos que interage aumenta, aumenta a complexidade das interações. Os conceitos relevantes são a interação, a comunicação, a transação, o papel e o estresse. O enfoque da enfermagem no sistema interpessoal é o ambiente.

Sistemas Sociais:

É um sistema de limite organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação dessas



reações. Os conceitos relevantes que a teórica implica nesse sistema são: organização, autoridade, poder, status, tomada de decisão. Segundo George (2000) King define um sistema social como um sistema de limites organizados de regras sociais, comportamentos e práticas. Como exemplos temos as famílias, os grupos religiosos, sistemas de trabalho e os grupos de amigos.

Conforme George (2000) King define **interação** como um processo de **percepção e comunicação** entre a pessoa e o ambiente e entre a pessoa e outra pessoa, representada por comportamentos verbais e não-verbais que são dirigidos às metas. Cada um dos indivíduos envolvidos em uma interação traz diferentes ideias, atitudes e percepções a serem trocadas. E a percepção como uma representação da realidade pessoal.

A **comunicação** é definida como um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para a outra tanto diretamente como indiretamente e a **transação** como um conjunto de comportamentos observáveis dos seres humanos interagindo com o seu ambiente. Segundo o mesmo autor King denota **crescimento e desenvolvimento** como as modificações contínuas no níveis de atividades celulares, moleculares e comportamentais dos indivíduos, processos que ocorre na vida dos indivíduos ajudando-os a movimentarem-se da capacidade potencial para a **Auto atualização**.

O **tempo** como sendo a duração entre um evento e outro, como experimentado exclusivamente por cada ser humano. O **papel** é definido como um conjunto de comportamentos esperados de pessoas que ocupam uma posição no sistema social que é importante que os papéis sejam entendidos e interpretados claramente para evitar conflitos e confusão. O **stress** é um estado dinâmico pelo qual o ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio para o crescimento, o desenvolvimento e o desempenho

Dessa forma o modelo descreve, essencialmente, uma dupla interpessoal (enfermeira e cliente) em interação, usando o estabelecimento comum de metas ou a tomada de decisão como um processo que leva à obtenção dessas metas. A partir da teoria de obtenção de metas, King desenvolveu proposições previsíveis, com exatidão perceptiva. As transações levam à obtenção de metas e ao



crescimento e desenvolvimento; e a obtenção de metas leva à satisfação e à assistência de enfermagem efetiva.

Neste modelo conceitual, parte-se da suposição de que a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter a sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar os seus papéis, ou seja, é, sobretudo, o cuidado de seres humanos. Supõe-se que as enfermeiras têm como funções ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-lhes a manter sua saúde. A sua estrutura baseia-se no fato de que o foco da enfermagem é o cuidado de seres humanos que permanecem em contínua interação com o ambiente e com as pessoas que os cercam, de acordo com George, (2000).

O mecanismo para que ocorra o **Processo de enfermagem**, foco da teoria de King, é dado pela definição de objetivos mútuos, participação nas decisões sobre os meios para que os mesmos sejam alcançados, implementação de planos e avaliações, levando às transações Leopardi, (1999). A Enfermagem atua na promoção, na manutenção, na restauração da saúde e no atendimento a doentes, feridos e aos que estão morrendo. Para tanto, a enfermeira utiliza o Processo de Enfermagem, conhecendo, planejando, implementando e avaliando o seu cuidado. Bezerra (2006) sistematizou o Processo de Enfermagem de King, o qual compreende:

Interação inicial, que é um contato inicial que induz uma reação entre a enfermeira e o paciente. É extremamente influenciada pela percepção que um tem do outro e pela comunicação estabelecida entre eles;

Diagnóstico, que é a detecção das necessidades de cuidado dos seres humanos com vistas a alcançar a saúde, devendo ser confirmado com os pacientes;

Estabelecimento de metas comuns à díade enfermeira-paciente, com base nos diagnósticos detetados e em comum acordo das partes;

Exploração e viabilização de meios para alcançar as metas traçadas, devendo haver concordância entre ambas as partes sobre estes meios;



Evolução, que é a avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando fatores intervenientes nos três sistemas, para desenvolver a capacidade do paciente de enfrentar problemas, desenvolvendo-se bem nos papéis cotidianos

Um registro sistemático do processo de implementação do plano de cuidado de enfermagem e dos resultados alcançados deve fazer parte do registro dos pacientes. Serve como guia para identificar um diagnóstico de enfermagem e planejar o cuidado de enfermagem ao paciente. O julgamento da evolução do paciente deve se dar pelo alcance das metas traçadas, permitindo a avaliação da evolução e a redefinição de metas, quando necessário. A teoria de King regulamenta uma base teórica para o processo de enfermagem e fornece conhecimento básico de enfermagem como um processo de interações que conduzem a transações.

A partir daí, o enfermeiro conhece o problema real do indivíduo estabelecendo os problemas ou Diagnósticos de Enfermagem (necessidades do cliente). É importante que ele seja informado sobre o seu problema (causas, tratamentos, prognóstico) sendo desenvolvida a Educação em Saúde que ocorre efetivamente quando as necessidades de informação do cliente são superadas e vão de encontro à promoção da saúde. Quando o paciente está munido de conhecimento, ele é capaz de identificar e concordar, através de julgamento crítico, com outras metas propostas pelo profissional. Ele define as metas que são alcançáveis para a sua realidade, procurando junto ao profissional, estratégias que facilitem sua plena realização.

Assim, King apresenta uma teoria, um Processo de Enfermagem e um sistema de registro, promovendo uma base teórica, demonstrando um modo de interação de enfermeiros com pacientes. Portanto, a Teoria do Alcance de Metas é uma alternativa para a sistematização da assistência de enfermagem, por meio do Processo de Enfermagem proposto pela autora, o qual viabiliza um cuidado planejado, individualizado e contínuo.

O pressuposto filosófico de King “considera que o objeto de estudo na enfermagem é as interações dos seres humanos com o ambiente, que a leva a um estado de saúde que permite o desempenho de seus diferentes papéis



sociais”, refere-nos Moura & Pagliuca, (2004). Seguindo o seu pressuposto filosófico, o estudo de caso de seguida apresentado também utilizou como objeto de estudo as interações humanas, e convém refletir sobre o cuidar a partir da teoria de Imogene King e a sua aplicação aos cuidados de enfermagem de urgência.

Enfermagem em emergência: cuidar à luz da teoria de Imogene King

A vantagem do estudo de caso é a sua aplicabilidade a situações humanas, a contextos contemporâneos de vida real (Dooley, 2002). Este autor refere ainda que investigadores de várias disciplinas usam o método de investigação do estudo de caso para desenvolver teoria, para produzir nova teoria, para contestar ou desafiar teoria, para explicar uma situação, para estabelecer uma base de aplicação de soluções para situações, para explorar, ou para descrever um objeto ou fenómeno. O mesmo autor refere que a utilização da teoria ao realizar estudos de caso, não apenas representa uma ajuda imensa na definição do projeto de pesquisa e na colheita de dados adequados, como também se torna o veículo principal para a generalização dos resultados do estudo de caso.

Num dos turnos realizados na sala de emergência, deu entrada um paciente de 73 anos de idade, trazido pela equipa da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), com o diagnóstico de queimaduras múltiplas, resultante de óleo. A avaliação primária foi efetuada pela sequência A, B, C, D, E, que deverá ser efetuada rapidamente, encontrando-se consciente e orientado, escala de coma de Glasgow de 15. Respiração, polipneico com 28 cic/min (oxigenoterapia por máscara de Venturi a 31%), pele e mucosas coradas e hidratadas, tempo de preenchimento capilar menor que três segundos, TA- 90/50, mmHg, FC- 80 pp/min, Temperatura axilar-35°C e pesquisa glicemia capilar- 150mg/dl e referia dor, sendo desde o início preocupação da equipa a administração de analgesia para minorar o sofrimento dele.

O paciente ficou monitorizado para vigilância mais adequada da sua evolução clínica, com soroterapia agressiva tendo em paralelo o protocolo de abordagem do doente queimado, de acordo com a fórmula de Parkland.



Pela avaliação CHAMU (circunstâncias da ocorrência, história da doença conhecida e antecedentes, alergias medicamentosas, medicação habitual e a hora da última refeição): sem alergias conhecidas, antecedentes de hipertensão arterial, medicado com anti hipertensor e um ansiolítico, última refeição há uma hora atrás. Segundo nos referiu o paciente, a esposa terá deixado a frigideira no fogão por esquecimento e numa tentativa de impedir que esta causasse um incêndio, ao remove-la do fogão terá tropeçado, o que causou as queimaduras que se localizavam a nível da face, pavilhões auriculares, região cervical, membros superiores, e a nível do membro inferior esquerdo, tendo perda da continuidade da pele no membro superior direito. Vive com a esposa e dois filhos em casa própria e trabalha numa fábrica de móveis.

Este caso trata-se de um estudo reflexivo que teve como objetivo a adequação do modelo de Imogene King (Teoria do Alcance de Metas) à abordagem de pacientes em contexto de sala de emergência, abordando o âmbito relacional enfermeiro/paciente/família. Santos (2007) refere que a equipe multiprofissional que atende o paciente na sala de emergência deve possuir um alto padrão de conhecimentos técnico-científicos, o que muitas vezes culmina numa visão fragmentada do indivíduo durante o atendimento inicial, com a supervalorização da técnica em detrimento da relação, tendo em vista o cuidado humanizado.

Porém, cabe ao enfermeiro e à equipa assegurarem um atendimento humanizado em todos os níveis, visto que a situação de risco de morte do cliente significa um desequilíbrio cuja repercussão é extra hospital (Leopardi,1999) A ideia da teórica Imogene King encontra eco em tal pensamento, pois considera o ser humano como um ser social, que possui troca contínua com as pessoas em seu ambiente.

Tal consideração aliada à escassez de estudos específicos na área de enfermagem em emergência culminou no desenvolvimento da presente reflexão, que objetiva tecer algumas considerações acerca do aspeto relacional da humanização aplicada ao cuidado do paciente na sala de emergência, tendo por base os pressupostos da teoria de Imogene King. A presente teoria usa o modelo de sistemas abertos interatuantes e tem como meta oferecer uma possibilidade



de interação entre enfermeiros e clientes que visa alcançar os objetivos e restabelecer a saúde, nunca descurando o seu contexto familiar e social.

Na concepção da teórica, isso só pode ocorrer por meio da interação e transação entre enfermeiro e cliente em uma organização formada pelos sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais, cada qual com seu grupo distinto de conceitos como já foi explanado anteriormente. Esses três sistemas proporcionam a formação de uma relação pessoal entre paciente e equipe de enfermagem, sendo esta o veículo para a prestação do cuidado, o qual é descrito por King como um processo interpessoal dinâmico no qual a equipe de enfermagem e o paciente são afetados pelo comportamento um do outro, assim como pelo sistema de saúde, como nos descreve Potter (2005).

A dinâmica de funcionamento de um serviço de emergência aliada à gravidade dos pacientes e à constante imprevisibilidade dos acontecimentos fazem com que o ambiente seja rico em instabilidades. Neste universo, atenuar o sofrimento da vítima e humanizar o cuidar são fundamentais para uma atuação de enfermagem de qualidade, na procura do equilíbrio entre a técnica, a teoria e a ética, almejando o repensar das práticas de cuidar, numa visão humanística e existencial do ser cuidado, como enuncia Santos, (2007).

Para tal, a utilização de uma metodologia de assistência pode subsidiar a priorização das necessidades da família e do paciente e, nessa perspectiva, a relação entre a teoria do alcance de metas proposta por Imogene King e a humanização no cuidado ao paciente, referente ao aspeto pessoal, pode ser feita com base nos conceitos descritos no Sistema Pessoal. Leopardi (2002) defende a implementação nos setores de emergência dos conceitos explorados nesse trabalho ao afirmar que os enfermeiros, após procederem ao exame preliminar da vítima, devem fazer a avaliação dos sentimentos do paciente com respeito aos conceitos do Sistema Pessoal de King.

Os distúrbios nas percepções da self e do corpo complementa Figueiredo, (2004) que ocorrem frequentemente os pacientes com trauma, como é o caso deste paciente queimado, que apresentam ferimentos significativos com alteração da imagem corporal e são importantes na definição dos cuidados necessários.



Sendo assim, é importante que o enfermeiro e a sua equipa contextualizem o cliente naquele meio, como uma das formas de assegurar a humanização nesse momento. Dessa forma, ao cuidar o paciente, é importante considerar a sua percepção concernente à sala de emergência como parte dos cuidados ali prestados na sua abordagem inicial, procurando diminuir o seu grau de ansiedade.

Ao cuidar o paciente um dos passos que causa maior desconforto à vítima é a exposição de seu corpo para um exame de maior minúcia, correspondendo a uma das principais queixas nos serviços de emergência. A **Imagem corporal** é a maneira pela qual as pessoas percebem, não só o seu corpo, mas também as reações dos outros frente a sua aparência, é importante que os enfermeiros entendam para que possam ajudar aqueles que apresentam alterações de auto-imagem, o que neste caso do paciente queimado merece toda a nossa atenção.

O cuidado de enfermagem envolve conhecimento e habilidades de **comunicação** com uma variedade de indivíduos procurando alcançar metas, que ocorrem na presença de transação. A **Transação** inclui comportamentos humanos dirigidos a metas. Acontecem em situações nas quais os seres humanos participam ativamente em eventos e esta participação ativa nos movimentos/ações para alcançar uma meta, provoca mudanças nos indivíduos. A interação humana conduz a transações, que reduzem o stress.

Sobre esses conceitos apresentados, Moura & Pagliuca (2004) advogam que é importante que o enfermeiro conheça e explore o território e o tempo onde ocorrem as relações da vítima, pois não existe contato prévio com os pacientes em contexto de emergência. O entrelace dos conceitos descritos no sistema pessoal da Teoria de King com as informações encontradas na literatura permite constatar, conforme exposto até ao momento, uma prática de facilitação à humanização no cuidado inicial à vítima, considerando o aspeto da relação entre equipa de enfermagem e paciente.

Dessa maneira, pode-se considerar que a aplicação da Teoria de King colabora com o processo humanizador, sendo passível a sua aplicação dentro da sala de emergência.



Segundo King os enfermeiros são capazes de compreender como os seres humanos interagem com o ambiente para manter a saúde, sendo para King a grande meta da enfermagem, ajudar os indivíduos a manter o seu estado de saúde. Tendo em vista a participação do paciente na **tomada de decisões** que irão influenciar no tratamento a ser seguido a participação da família no apoio ao tratamento ao paciente é de extrema importância conduzindo o paciente, tornando-o mais confiante e disposto a desempenhar o seu papel.

Uma vez que o paciente está hemodinamicamente estável a atenção do enfermeiro é reorientada para ajudar o paciente a lidar com os sentimentos de separação, quer do seu ambiente como da sua família, sentimentos de perda e raiva pelo que aconteceu. Também foi importante para a enfermeira perceber que campo perceptivo do paciente foi reduzido por causa da dor e emoção que ele estava vivenciar, enuncia Williams, (2001).

Através da interação adequada e uma comunicação eficaz com o paciente, fomos capazes de compreender as ideias e preocupações que o assistiam naquele momento e que consistiam na preocupação que o paciente sentia pela sua família e a necessidade de ver se estavam bem. Aliado a este fato ele referiu que a sua situação económica encontrava-se comprometida e este acidente iria contribuir para o agravamento da mesma.

Depois de avaliar cuidadosamente a situação do paciente, interagir com seu filho e objetivos formular, comecei a deliberar sobre o que procedimentos de enfermagem são os melhores para o paciente, enquanto na sala de emergência. Após duas horas de atendimento ao paciente na sala de emergência, os sinais vitais do paciente eram estáveis, os exames laboratoriais necessários foram executados, a avaliação de cirurgia plástica foi efetuada e o paciente foi transportado com acompanhamento medico e de enfermeira e um médico. De acordo com Guedes (2005), a confiança e aproximação são atributos fundamentais para comunicar à pessoa adoecida a doença, seu prognóstico e tratamento. Desse modo, para a boa adesão ao tratamento, deve haver entre ambas as partes interessadas uma cumplicidade franca e honesta.



Como enfermeiros, deveremos proceder à avaliação das necessidades após a análise inicial, dando início de seguida à elaboração de um plano de intervenção, tendo como objetivo colmatar essas mesmas necessidades, e adequar as nossas intervenções ao doente/família alvo dos nossos cuidados, reformulando sempre que necessário esse mesmo plano, fazendo a devida avaliação dos resultados das nossas intervenções tendo como base a reflexão na e sobre a ação, indo de encontro ao processo de Enfermagem.

Considerando como conceitos abstratos seres humanos, ambiente, saúde e sociedade, King expõe que, o conhecimento desses conceitos colabora na interação da enfermeira com o cliente, no entendimento de como os seres desenvolvem suas atividades de vida diária nos vários papéis que assumem nos sistemas em que estão inseridos e poderemos ainda acrescentar que o enfermeiro ao cumprir a sua missão verdadeira deverá elaborar o seu plano de cuidados ao seu paciente, nunca descurando a sua interligação a tudo o que o rodeia.

Após uma análise cuidadosa da Estrutura Conceitual de King é evidente que este modelo pode ser implementado numa sala de emergência. Os pressupostos de King podem ser integrados na fase de avaliação do processo de enfermagem, tendo em conta a perspetiva do paciente sobre si e a sua condição se doença, a sua relação com os profissionais de saúde e a forma como se interliga com o ambiente hospitalar e por último a necessidade de contextualizar o individuo no seu meio familiar e social. Deste modo defini, tendo por base os Diagnósticos de Enfermagem e a CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) os seguintes focos e intervenções de enfermagem, para este doente/família, expostos nos quadros seguintes:



Principais Focos de enfermagem e Intervenções de enfermagem para paciente/família

Foco de enfermagem para o paciente	Foco de enfermagem para a família
Alteração imagem corporal; Comunicação verbal comprometida; Dispneia; Hipotermia; Medo; Falta de Esperança; Stress por mudança de ambiente; Ansiedade; Défice conhecimentos; Angústia; Capacidade para comunicar sentimentos comprometida Risco de infeção	Culpa; Medo; Falta de Esperança; Stress por mudança de ambiente; Ansiedade; Défice conhecimentos; Angústia; Capacidade para comunicar sentimentos comprometida

Intervenção de enfermagem para o doente	Intervenção de enfermagem para a família
Gerir a dor Toque terapêutico Gestão terapêutica Controlo do ambiente: conforto Promoção ambiente de repouso Promoção ambiente seguro Redução sobrecarga sensorial Promoção da presença familiar	Redução da ansiedade Apoio emocional Escuta ativa Promoção esperança realista Providenciar apoio espiritual Controlo do ambiente: conforto Apoio familiar Promoção envolvimento familiar



Indo de encontro aos princípios da teórica apresentada neste trabalho, é crucial incluir os resultados alcançados (metas), dado que para esta teórica as intervenções de enfermagem têm como único objetivo proporcionar ao paciente alvo dos cuidados a concretização das metas previamente definidas, efetuado a analogia aos dias de hoje a utilização de uma linguagem comum aos enfermeiros demonstra-nos como é viável a sua aplicação dado que o planeamento adequado dos cuidados pressupõe a apresentação dos resultados obtidos. No caso apresentado alcançamos as seguintes **metas**:

- Aceitação do estado de saúde comprometido
- Conforto
- Dor melhorada
- Esperança
- Medo melhorado
- Padrão respiratório adequado
- Stress melhorado
- Termorregulação adequada
- Família envolvida
- Ansiedade melhorada
- Diminuição da angústia

A Teoria dos Sistemas e da Teoria de Alcance de Metas de King associa os sistemas de classificação, com os resultados de enfermagem, as intervenções e os diagnósticos, indicando que a Teoria de Alcance de Metas é crucial para a prática baseada em evidências de enfermagem, como demonstra Malinski, (2002), deste modo a Teoria de Imogene King torna-se de grande utilidade para os profissionais de Enfermagem, pois é um instrumento de investigação, orientação e educação, auxiliando na visão dos fatores que influenciam o ambiente.

Esse estudo de caso serviu para compreender a relação existente entre o cuidado inicial ao paciente na sala de emergência com conceitos apresentados no sistema pessoal da Teoria de Imogene King. Evidenciou-se que a Teoria de King,



mesmo não explorada em todos os seus sistemas nessa reflexão, apresenta-se como instrumento importante para organizar o processo de trabalho e colaborar para o aspecto relacional da humanização num serviço de emergência. No entanto, para a sistematização da assistência neste setor, enfatiza-se que o sistema pessoal não é autossuficiente, sendo fundamental que os sistemas interpessoais e sociais também sejam integrados à prática profissional na sustentação do processo de trabalho da enfermagem de emergência.

Espero que as considerações expostas forneçam elementos para que enfermeiros emergenciais reflitam a sua prática cotidiana a fim de recheá-la cientificamente com vistas a humanizá-la em todas as vertentes, para ultrapassar a questão relacional e proporcionar cuidado de qualidade às vítimas de eventos traumático.

Concluindo, o enfermeiro deverá procurar conhecimentos dentro da sua disciplina e em outras, como agente promotor do desenvolvimento humano e da sua profissão. Por isso o enfermeiro deverá possuir um espírito crítico e reflexivo aliado à competência técnica/científica/ética e social. O aumento de conhecimentos gera a abertura de fronteiras e proporciona não só novas oportunidades, como também campos de intervenção diferentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aragão, K. (2000) *Fatores intervenientes na convivência com a hipertensão arterial e o diabetes mellitus: a visão do portador e a da família*. Fortaleza, 30 p. Monografia

Araújo, C., Velásques-Meléndez, J. (2007), Fatores associados à combinação do índice de massa corporal e circunferência da cintura em mulheres. *Rev. Min. Enferm.*, v. 11, n. 3, jul/set p. 242-247.

Araújo T., Pagliuca M. (2001) Alcance da teoria de king junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica *Enferm.*, Porto Alegre, v.22, n.1, p.74-89, jan. Acedido a 12 de novembro de 2012, consultado em: <http://www.google.pt/#hl=ptBR&q=teorias+de+enfermagem+king&revid=1169816004&sa=X&ei>,

Bello, I. (2000). *Processo ensino-aprendizagem com alunos do curso de graduação em enfermagem com base na teoria do alcance dos objetivos de Imogene King*. [dissertação]. Concórdia (SC): Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina.

Bezerra, S., Guedes, M. (2006) -. Ações de Enfermagem identificadas no projeto CIPESC e encontradas na prática educativa de clientes hipertensos. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n.2.

Brandão, M. (2007), A proposição do conceito de comunidade virtual de enfermagem – um estudo de revisão. *OBJN*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2. Maio, acedido a 12 de novembro de 2012, consultado em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.880/205>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Dooley, L. (2002), *Case Study Research and Theory Building. Advances in Developing Human Resources*,



Dióz, M., Oliveira, A., (1999) *Teoria de alcance dos objetivos de Imogene King: análise crítica*. Col. de Enf. FEN/UFMT, v.1, n.1, p.215-225, jan. /jun.

Falcão, L. (2006). Portador de Hipertensão Arterial: Compreensão Fundamentada no Sistema Pessoal de Imogene King. *Rev. Paul.Enf.*, v. 25, n. 1, p. 46-51.

Figueiredo N., Coelho M. (2004). *Aprendendo a cuidar em emergência hospitalar: equipe, funções e ações*. In: Figueiredo NMA, organizador. Cuidando em emergência. São Caetano do Sul: São Paulop.p.101-12.

George, J. (2002) *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice (5th ed.)*, New Jersey, USA: Prentice Hall, p. 241–265.

George, J. (2000) *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul,

Guedes, M., Araújo,T. (2005) Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. *Acta Paul. Enf.*, v. 18, n. 3, p. 241-246

King I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications; p.215-25

Kletemberg D., (2004) Entre as teorias e a prática de cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare Enferm.* Jan/Jun p. 94-9.

Leopardi M. (1999) *Teorias de enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis: NFR/UFSC;

Leopardi, M. (2006) *-Teoria e método em assistência de enfermagem*. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft,

Malinski, V. (2002) Research Derived from King's Conceptual System. *Nursing Science Quarterly*, 15, 107.

Moura E., Pagliuca L., (2004) A teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Rev. Esc. Enferm USP* p.270-9.



Moreira, T., Araújo, T., (2002) O Modelo conceitual de Sistemas Abertos interatuantes e a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol.10,n.1pp97107. acessado a 12 de novembro de 2012, consultado em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692002000100015,

Morceli G, Lima S., Silva F., (2005). *Sistematização Da Assistência De Enfermagem Em Unidade De Clínica Médica: Uma Proposta Para Implantação*; Out p.24-29 Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; acessado em: 16 de outubro de 2012 em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.

Oakley, D. (1985). *Brain and Mind: Psychology in Progress*. London: Routledge Kegan & Paul Acessado em 15 novembro de 2012, consultado em:

<http://books.google.com.br/books?id=f5uoaaaaqaaj&lpg=pp1&pg=pr7#v=onepage&q=&f=false>

Oliveira, T. (2005) *Modo Fisiológico da Teoria de Roy: Análise Reflexiva Segundo Meleis*. 57º Congresso de Enfermagem. Nov. Brasil. Acessado a 16 de outubro de 2012, consultado em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/380.htm>.

Osório, L. (1997) *A família como grupo primordial*. In: ZIMERMAN, D.E.; et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, cap.4,p. 49-58.

Yin, R. (2005) *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman

Potter P., Perry AG. (2005) *Fundamentos de enfermagem*. 6ªed. Rio de Janeiro: Elsevier;

Santos A. (2007) *Humanização em serviços de emergência*. In: Calil AM, Paranhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu. P.139-48.

Santos N. (2007) *Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência*. 4ª ed. São Paulo: Iátria.



Tomey, A., Alligood, M., (2002) *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, p.481-493

Williams, L., (2001) *Interagindo Imogene king teoria de sistemas: aplicação em emergência e enfermagem*. Journal online de enfermagem e de saúde, p.25-30
Models and Theories of nursing2000 acedido a 16 de outubro de 2012, consultado em:

<http://faculty.ksu.edu.sa/73861/Documents/Models%20and%20Nursing%20Theories.pdf>

Williams, L., (2001). *Imogene king's interacting systems theory: application in emergency and rural nursing* Online Journal of Rural Nursing and Health Care, vol. 2, no. 1, Spring acedido a 12 de novembro de 2012, consultado em:
<http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/93/89>,

Referencias cibernéticas:

http://nursingtheories.blogspot.pt/2009_07_01_archive.html

<http://enfermagem-sae.blogspot.pt/2009/03/imogenes-king-teoria-alcance-dos.html>

<http://www.nursingworld.org/ImogeneKing>

http://www.kingnursing.org/content.aspx?page_id=22&club_id=459369&module_id=59920

http://www.kingnursing.org/content.aspx?page_id=22&club_id=459369&module_id=59920

<http://nursing-theory.org/theories-and-models/king-theory-of-goal-attainment.php>

http://www.enursescribe.com/nurse_theorists.htm



Anexo XIII

Reflexão de um caso “ A emergência a caminho da Enfermagem Avançada”

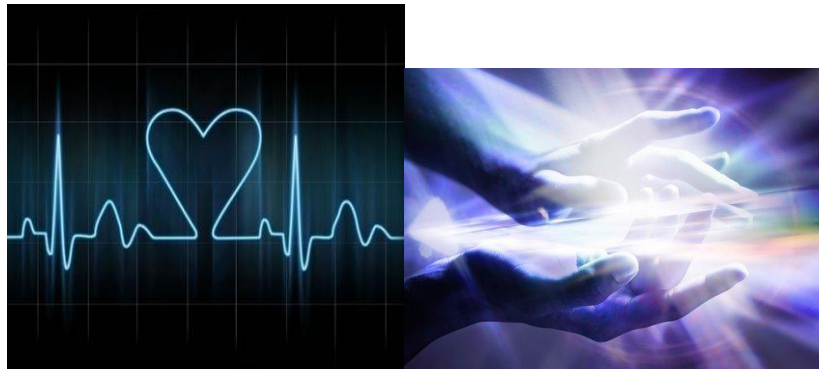


CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Emergência no caminho da enfermagem avançada

“Reflexão de um caso”



Estudante: Manuela Sousa Ferreira

Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho

junho de 2012



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CODU-Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EEMC-Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

SIV-Suporte Imediato de Vida



Emergência no caminho da enfermagem avançada

“Reflexão de um caso”

Na manhã do dia 25 de maio, tivemos uma ativação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no meio Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), com o caso: senhora de 80 A de idade, com alteração do estado de consciência. À chegada a casa da senhora, procedemos à avaliação da mesma pela sequência A, B, C, D, E, encontrando-se prostrada, reativa a estímulos dolorosos apenas, não localizava a dor, sem resposta verbal e sem cumprir ordens-escala de coma de Glasgow de 9. Respiração superficial, espontânea, com 10 cic/min, uso dos músculos acessórios, palidez de pele e mucosas, tempo de preenchimento capilar maior que três segundos, TA- 80/40, mmHg, FC- 60 pp/min, Temperatura axilar-36°C e pesquisa glicemia capilar- 150mg/dl e com extremidades frias.

Pela avaliação CHAMU (circunstâncias da ocorrência, história da doença conhecida e antecedentes, alergias medicamentosas, medicação habitual e a hora da última refeição): sem alergias conhecidas, antecedentes de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC) há 5 anos com sequelas de disartria, hemiparesia à esquerda, medicada com anti hipertensor e um ansiolítico, última refeição há uma hora atrás em que já evidenciou dificuldade em deglutir. Vive com a filha e com os netos, mantendo vida de relação, e a filha contatou hoje o INEM, porque encontrou a mãe muito sonolenta e sem resposta à sua chamada.

Após a avaliação da doente e em acordo com a família que a situação era grave, estabeleceu-se contato com o Centro de orientação de doentes urgentes (CODU), sendo recomendado transportá-la ao hospital. A situação da senhora foi-se deteriorando minuto a minuto, os sinais vitais refletiam o agravamento. Empreendemos esforços técnicos e humanos para assegurar-lhe a vida, conscientes de esta estava por um fio, mas conscientes também de que o fim desta vida se aproximava e a questão era: Será que aos 80 anos de idade não se tem o direito de morrer em paz? E a morte pacífica e o conforto na última etapa



da vida- a morte, não poderemos nós enfermeiros assumir o papel do cuidado a esta pessoa, a esta família que apenas pediu "... façam tudo por ela, só não queremos que sofra..."Fiquei a refletir.

À chegada ao hospital, demos entrada na sala de emergência, onde todos os profissionais de imediato se aproximaram, mas a situação era evidente... aquela senhora estava a morrer, alguém tinha que decidir, mas estas decisões não são fáceis, todos temos alguém na família que podia ser aquela senhora, e é muito difícil decidir não reanimar alguém. A médica, calmamente, analisou a situação e em conjunto com a equipa decidiu-se não adotar estratégias invasivas, apenas analgesiar e confortar a senhora.

As instruções de não reanimar numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias conforme nos refere o autor Laureano Santos (2005):

- 1 - Quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca;
- 2 - Quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada;
- 3 - Quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal que não é seguramente aceite pelo doente.

Este autor acrescenta ainda que, no exercício atual da medicina porventura as decisões mais difíceis, mais controversas e mais carregadas de conteúdo emocional referir-se-ão às situações nas quais se opta por não utilizar todas as medidas terapêuticas disponíveis. Será afinal e uma vez mais a utilização adequada da Medicina. As tecnologias biomédicas atualmente existentes aplicadas nas situações limite exigem um suplemento de formação humana, de coordenação da equipa terapêutica e de capacidade de comunicação que constituem os elementos fundamentais na organização do apoio aos doentes e às suas famílias.

Neste momento, restava esperar que o coração parasse, que a vida se extinguísse. Foi então que surgiu a questão: " mas a família havia-nos dito que o



maior desejo daquela senhora era não morrer sozinha no hospital, mas como ficaram em pânico ligaram 112, nunca esperando que a situação terminasse assim”. Falamos com a equipa da sala de emergência e foi perceptível que não era comum tomar esta decisão, deixar a família estar junto da senhora até ao fim. Mas assim foi, as duas filhas e os dois netos despediram-se da senhora e naquele ambiente de alta tecnologia, houve a simbiose perfeita entre a **prática avançada de enfermagem** e a **enfermagem avançada**.

Dado que esta experiência mereceu destaque durante o meu estágio no INEM, integrado no 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa Porto, considerei pertinente efetuar uma reflexão sobre esta temática que cada vez mais merece atenção por parte dos enfermeiros e na minha opinião esta será os alicerces para a construção de uma enfermagem mais enfermagem, direcionada ao cuidado ao outro e para o outro, procurando distinguir-se das demais disciplinas pela sua essência única e absoluta do Cuidar.

Ao efetuar a reflexão sobre este caso pretendo ampliar o meu espírito crítico e reflexivo e inter-relacionar conceitos, tendo em vista a obtenção de uma melhor capacidade de atuação perante o doente/família em situação de saúde crítica, indo de encontro ao objetivo previamente definido: **“Desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o doente e família, assim como com a equipa multidisciplinar”**, aspirando desenvolver as seguintes competências:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.



Apresentado o caso, vou de seguida enumerar os focos e as intervenções de enfermagem principais e a devida fundamentação para considerar que este caso é sem dúvida o exemplo de que mesmo em situações críticas o Cuidar-Cuidando tem um papel fundamental e cabe ao enfermeiro especialista encontrar de uma forma coerente a articulação entre a abordagem tecnicista e a humana no cuidado à Pessoa.

Como enfermeiros, deveremos proceder à avaliação das necessidades após a análise inicial, dando início de seguida à elaboração de um plano de intervenção, tendo como objetivo colmatar essas mesmas necessidades, e adequar as nossas intervenções ao doente/família alvo dos nossos cuidados, reformulando sempre que necessário esse mesmo plano, fazendo a devida avaliação dos resultados das nossas intervenções tendo como base a reflexão na e sobre a ação, indo de encontro ao processo de Enfermagem.

Deste modo defini como focos de enfermagem e como intervenções de enfermagem, para esta doente/família, tendo por base os Diagnósticos de Enfermagem e a Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros, (2010) os expostos nos quadros seguintes:

Principais Focos de enfermagem e Intervenções de enfermagem para o doente/família

Foco de enfermagem para a doente	Foco de enfermagem para a família
Alimentação comprometida; Comunicação verbal comprometida Dispneia; Estado de consciência comprometido.	Medo; Falta de Esperança; Stress por mudança de ambiente; Ansiedade Défice conhecimentos; Angústia; Capacidade para comunicar sentimentos comprometida



Intervenção de enfermagem para a doente	Intervenção de enfermagem para a família
<p>Toque terapêutico</p> <p>Gestão terapêutica</p> <p>Providenciar apoio espiritual</p> <p>Controlo do ambiente: conforto</p> <p>Promoção ambiente de repouso</p> <p>Promoção ambiente seguro</p> <p>Redução sobrecarga sensorial</p> <p>Promoção da presença familiar</p>	<p>Redução da ansiedade</p> <p>Apoio emocional</p> <p>Escuta ativa</p> <p>Promoção esperança realista</p> <p>Providenciar apoio espiritual</p> <p>Promoção da capacidade de resiliência</p> <p>Controlo do ambiente: conforto</p> <p>Apoio familiar</p> <p>Promoção envolvimento familiar</p>

O enfermeiro especialista deve possuir um conhecimento aprofundado e específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando uma capacidade elevada de interpretação das situações e adequar as decisões aos contextos, avaliando continuamente as suas intervenções.

A Ordem dos enfermeiros (2010) define as competências do enfermeiro no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo como objetivo, desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Atendendo à evolução científico-tecnológica e sociodemográfica, é importante salientar que, se por um lado se tem privilegiado o avanço tecnológico com crescente nível de sofisticação, por outro tem-se assistido a uma progressiva desvalorização da formação de profissionais capazes de prestar cuidados globais articulando as competências a nível técnico, científico e relacional (Fabião et al,



2005), daí é imprescindível que enveredemos outro caminho, o da procura de uma enfermagem holística e eficiente.

Em contexto pré-hospitalar, de emergência espera-se do enfermeiro uma atuação rápida e assertiva, onde se procura a estabilização da vítima e a rápida transferência para o hospital onde todos os meios estão disponíveis e a segurança das práticas é assegurada na sua plenitude. A sua representação social é usualmente associada a um carácter mais tecnicista, a conhecimentos científicos modernizados, à melhor preparação para lidar com tecnologia sofisticada e situações de urgência e emergência, contudo não deve nunca descurar as competências que têm como finalidade última garantir cuidados de enfermagem de excelência que contemplem a satisfação das necessidades dos nossos doentes.

Quero com isto dizer que, apesar da ideia que tende a persistir, do enfermeiro de emergência, são-lhe solicitadas competências que enquadram também os níveis ético, deontológico e relacional sem os quais não poderia desenvolver as suas intervenções à pessoa vulnerável por diversos motivos, desde a perceção de ameaça à vida, à impossibilidade de comunicar na maioria das situações.

A Visibilidade da Enfermagem traduz a emancipação das atitudes e ações destes profissionais no sentido de dar a conhecer o seu campo de intervenção. De facto, assumindo um lugar cada vez mais distinto, a Enfermagem tem-se afirmado como uma profissão em rápida mudança acompanhando a evolução científica e tecnológica. Mas para que esta seja uma realidade de facto, é necessário que os próprios profissionais se responsabilizem pelas suas ações procurando apropriar-se das suas competências e intervir de acordo com o que é esperado face ao seu estatuto.

Implica assim a articulação de competências com a evidência a nível técnico-científico e relacional, o que concorre para a representação social da profissão. O status profissional constrói-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que, por sua vez, se refletem a um nível social mais alargado.



A permanência numa unidade de tratamento intensivo pode constituir uma experiência extremamente penosa para os doentes, particularmente nas doenças arrastadas e com mau prognóstico. Deve haver acesso a apoio psicológico continuado, ao apoio da família, ao apoio da comunidade e à assistência espiritual de acordo com a expressão dos desejos manifestados. As situações mais difíceis referem-se aos doentes em estado vegetativo persistente e às doenças crónicas dependentes de apoio continuado às funções vitais, nomeadamente no que se refere à ventilação artificial e à nutrição. Os médicos e os enfermeiros devem conhecer os pontos de vista das pessoas doentes e das suas famílias. Alguns transmitem claramente os seus pontos de vista sobre a situação; outros não conseguem exprimir-se, como nos refere Laureano Santos, (2005).

Realça-se a pertinência da temática exposta pela necessidade de se procurar avivar a importância da reflexão por parte dos profissionais de enfermagem acerca das suas práticas quotidianas. Verifica-se que a ação refletida traz vantagens em termos do desempenho profissional contribuindo assim para o seu desenvolvimento e reconhecimento profissional e social.

Do mesmo modo, reforça-se a tendência motivacional para procurar níveis cada vez mais elevados de qualidade, o que concorre significativamente para a satisfação do profissional e do utente alvo/parceiro dos cuidados.

É necessário que os enfermeiros dêem mais visibilidade aos raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica. Se assim o fizerem estaremos a contribuir para a melhoria da perceção da imagem/estatuto da enfermagem, como refere Sousa (2006).

A prática dos cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo, afirma Collière. Isso para tentar defender ou fortalecer a ideia de que o cuidado humano surge da própria essência do ser, isto é, da procura, muitas vezes instintiva, de promover o seu próprio desenvolvimento.

Apesar da evolução da enfermagem, a qualidade dos cuidados que hoje vivenciamos ainda tem como foco a gestão de sinais e sintomas, desvalorizando o modelo curativa (lógica executiva/Paradigma biomédico) e reforçando uma lógica conceptual com utilização de conhecimentos da disciplina à partir da



utilização de teorias da enfermagem e da própria investigação dos enfermeiros. Facto que é unânime na opinião de vários autores, porém não desvanece a ideia de que tanto as teorias como a investigação na área não foram suficientes, até ao momento, para sensibilizar grande parte do grupo profissional, enuncia Silva, (2007).

Segundo Oliveira, Lopes e Araújo (2005) apesar de toda evolução da ciência e, conseqüentemente, da enfermagem, ainda hoje, percebemos uma certa dificuldade por parte de alguns enfermeiros em trabalhar com teorias, seja no âmbito da assistência, ensino ou pesquisa. A existência de diferentes Modelos Teóricos de Enfermagem é justificada pela necessidade de os enfermeiros disporem de um suporte que lhes permita organizar as suas práticas. Porém, A organização da prática dos cuidados nem sempre assenta, mesmo nos nossos dias, num determinado modelo, quer este seja mais voltado para o tratar ou para o cuidar, refere Silveira, (2004).

Este quadro exemplifica a evolução da enfermagem ao longo dos tempos e a necessidade visível que os enfermeiros sentiram em criar escolas de pensamentos nas quais é perceptível a evolução desse mesmo pensamento. Na atualidade assistimos a uma utilização destas escolas de pensamento em conjunto, e em que também não está dissociada a prática do tratar à do cuidar, importa assim salientar que o objetivo major é o cuidado de excelência ao outro de forma holística.

“Os seres humanos sempre precisaram de cuidados (...)” e acrescenta “ a história dos cuidados aos que padecem é a história da enfermagem” fazendo uma clara distinção entre o tempo dessa história e a época da profissão organizada quando refere " enquanto profissão organizada, a enfermagem remonta do século XIX, mas o seu passado ainda hoje influencia o presente dos cuidados (...) ", refere- nos Vieira (2007).

O Conforto implica a identificação das necessidades de conforto do doente/família em contextos específicos, intervenções de enfermagem e as variáveis intervenientes, como sendo aquelas que o cuidador não controla, como



o prognóstico, a situação financeira ou a extensão do apoio social, acrescenta nos recentemente Kolcaba (2010),

Escolas de pensamento

Escola da Interação	Escola dos Objectivos	Escola das Necessidades	Escola do Ser humano Unitário	Escola do Caring
H. Peplau (1952)	D.Johnson (1958)	V. Henderson (1955)	M. Rogers (1970)	M.Leininger (1978)
Ida Orlando (1962)	L. Hall (1961)	D. Orem (1959)	M. Newman (1979)	J. Watson (1979)
J. Tavelbee (1964)	MM Levine (1967)		R.R. Parse (1981)	
E.Wiedenbach (1965)	C. Roy (1971)		F. Abdellah (1960)	
I. King (1968)	B.Neuman (1975)			

Baseado em: kerouac & al (1996)

Esta teórica conduz-nos à certeza que o verdadeiro caminho a percorrer é o da assistência ao outro tendo em vista o seu conforto, a sua felicidade, e neste contexto o enfermeiro alcançará ganhos em saúde visíveis. Refere ainda que o Conforto é o resultado imediato e desejável dos Cuidados de Enfermagem e implica identificação das necessidades de conforto, implementação de intervenções e variáveis intervenientes. Esta teoria aborda o conceito de conforto nas suas três dimensões: alívio, tranquilidade e transcendência e os quatro contextos de intervenção físico, psicoespiritual, social e ambiental.

O conforto correlaciona-se diretamente com os comportamentos para a saúde, sejam eles internos ou externos ou uma morte pacífica, e com a integridade institucional que se concretiza em melhores práticas e melhores políticas, segundo Kolcaba (2010).



Independentemente da área específica de intervenção a que se faz referência, a enfermagem é uma profissão com franco potencial evolutivo que se tem vindo a afirmar cada vez mais ao longo dos tempos. Interessa, no entanto, denotar que para que isso se verifique, é imprescindível que cada enfermeiro seja capaz de assumir as suas intervenções agindo com autonomia, responsabilidade e empenho dentro do seu campo de competências. Esta autonomia funciona como um elemento favorecedor do desenvolvimento profissional na medida em que possibilita “ (...) uma maior satisfação no trabalho, e quanto melhor me sentir, melhor cuidado, citando Meneses, (2004.)

Desta forma, a capacidade crítica e a postura profissional na distinção e seleção das intervenções autónomas e interdependentes constituem ferramentas necessárias que auxiliam a definição do seu quadro de competências, assim como a identidade profissional. Isto porque assumir a autonomia implica confrontações diárias, crítica, afirmação e aperfeiçoamento de estratégias. Implica que se faça uso das diferentes aptidões no sentido de assegurar a qualidade das intervenções, garantindo maior visibilidade e autonomia profissionais.

De facto, a componente visibilidade ocupa um lugar importante no que concerne ao desenvolvimento da profissão. Assim, é afirmado por Nunes, (2003) (...) outras vezes precisam receber o reconhecimento social que merecemos, para assim fortalecermos a nossa ação e prosseguirmos a nossa caminhada exigente e sem dúvida com muitas direções possíveis, rumo à excelência no cuidar.”

Quando agimos de acordo com os nossos ideais e nos sentimos recompensados, surge o sentimento do reconhecimento pelas nossas competências e isso reflete-se nos nossos cuidados, deveremos ajudar o outro a morrer com mais conforto e a nossa missão é sermos responsáveis por esses cuidados, que deverão ser de excelência.

Para isso, partindo das ações individuais, interessa conseguir a participação coletiva dos profissionais de enfermagem na delimitação da sua posição, na definição da sua identidade e prestação de cuidados de qualidade.



As intervenções de enfermagem devem ser centradas em um modelo conceptual, visto que o paradigma biomédico não é capaz de dar as respostas necessárias. A intervenção de enfermagem deve ser urgente, apelando de forma extremamente positiva para o direito dessas pessoas em terem acesso a cuidados de enfermagem de qualidade, isto é, dirigido as suas reais necessidades de saúde, visto comprometer a qualidade de vida e acarretar graves prejuízos.

Como agente promotor do desenvolvimento humano e por isso crítico e reflexivo com competência técnica/científica/ética e social, o enfermeiro deve buscar conhecimentos dentro da sua disciplina e em outras. O aumento de conhecimentos gera a abertura de fronteiras e proporciona não só novas oportunidades, como também campos de intervenção diferentes.

Em muitos países tem-se observado uma preocupação com os custos da saúde e que devido a isso alguns países como os EUA elaboraram um conceito chamado “Advanced Nursing Practice” que engloba dois tipos de enfermeiros: os “Clinical Nurse Specialists” que são aqueles, que na sua maioria, têm o grau de Mestre e os “Nurse Practitioners”. O primeiro surge essencialmente no âmbito das unidades médico-cirúrgicas, não atuam junto aos indivíduos e se restringem ao ensino e a gestão da qualidade. Os Nurse Practitioners atuam em sua maioria no contexto comunitário, no domínio da prática. Estes últimos possuem formação avançada em fisiopatologia e farmacologia, o que faz com que estejam preparados para prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais entre outras atribuições. Seguem assim um modelo biomédico, pouco resolutivo na opinião do autor, apesar de se observar esforços para conservar a essência da enfermagem.

Fazer uma breve reflexão sobre os conceitos “**Prática Avançada**”, que usa o modelo biomédico e “**Enfermagem Avançada**” que se baseia em conhecimentos próprios da enfermagem é o meu objetivo principal neste breve trabalho.

A OMS realça o papel do enfermeiro na “prevenção, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial



físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham”. Baseado nesse entendimento podemos considerar que o facto de prescrever medicamentos, solicitar exames ou outros atributos, deva ser visto como um simples detalhe frente a responsabilidade que lhe foi atribuída.

A enfermagem avançada "Advanced nursing" surgiu através de Meleis (2005) que gerou uma teoria sobre enfermagem, na qual os enfermeiros têm potencial para desenvolverem cuidados que ajudem as pessoas a lidar com as transições de vida.

Observando os modelos expostos e modelos em uso (o que nos foi ensinado e o que concretizamos), as necessidades da população em cuidados de saúde e a evolução de enfermagem, evidencia-se a necessidade de uma resposta mais premente e assertiva. Se observarmos o número de reinternamentos, o número de casos sociais nos serviços, os motivos pelos quais as pessoas deslocam-se às urgências...o facto de existir tanto para ser feito após a identificação do diagnóstico, mais do que atos médicos... Talvez tudo comece a ter outro sentido... Vale a pena refletir!...

Um **Nurse Practitioners/Advanced Practice Nurse** é um enfermeiro com licença para exercer a profissão que, adquiriu uma base de conhecimentos sólida, tem capacidade para tomar decisões complexas e apresenta competências clínicas que lhe permitem expandir a prática, mediante o contexto e o país onde se encontra. É recomendável uma formação ao nível do grau de mestre para poder exercer. É um termo genérico que descreve um nível avançado de prática de enfermagem clínica e maximiza a utilização da preparação do ensino pós-graduado (mestrado, doutoramento), o conhecimento de enfermagem em profundidade e a capacidade de resposta às necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e das populações de acordo com Canadian Nurses Association, (2008).

A **enfermagem avançada** que pretende acrescentar enfermagem à enfermagem apresenta-se essencialmente com o uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática (que se centra n o cliente /família), assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento



disciplinar, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança; de forma a expandir o conhecimento disciplinar e aplica-lo a prática, demonstrando através de indicadores fiáveis, resultados de saúdes sensíveis aos cuidados de enfermagem. Atuam centrados no cliente implicando: avaliação das necessidades, interpretação dos dados resultantes da atividade diagnóstica e aconselhamento personalizado ao cliente. Têm uma prática que desafia o *status quo* procura desenvolver melhores cuidados através da investigação sobre as práticas, incorporando a prática baseada na evidência nos cuidados diretos à pessoa. (Ackerman [etal.], 2000)

A prática deve ser” atualizada com toda a gama de praticas avançadas de saúde e de caring... distanciando-se de praticas obsoletas atuais...ajudando a criar o que os lidares contemporâneos chamam o paradigma de enfermagem transformados, distanciando-se das praticas medicas de predomínio institucional e centradas na cura, para uma verdadeira perspetiva avançada da pratica de “caring”, como refere Watson (1995).

O Exercício da profissão por um enfermeiro perito, que desenvolveu competências numa área de enfermagem avançada – independentemente do contexto da prestação de cuidados – gerando ganhos em saúde pela conceção e produção de cuidados de elevada qualidade; este Enfermeiro, pela sua elevada perícia profissional e desenvolvimento do pensamento de enfermagem, tem competências que lhe permitem gerir cuidados de particular complexidade; para além disso, tem competências no domínio da supervisão de cuidados e da investigação em enfermagem. aponta-nos Silva, (2006).

Na tabela seguinte, baseado em ALMEIDA, Armando; COELHO, Patrícia (2011) encontra-se sistematizada a diferença entre a prática avançada de enfermagem e a enfermagem avançada, com referências de diferentes autores que definem uma ou outra, como sendo a melhor prática. Devemos atentar na evidência do momento e da nossa prática diária, e partir daí para a reflexão, consolidando conhecimentos e melhorando a prática.



Nurse Practitioner's	Clinical Nurse Specialists
<p>Enfermeiros que usam predominantemente um conhecimento centrado no exame físico e no diagnóstico de patologias, de forma a gerir autonomamente os clientes e a expandir e conduzir a profissão. (Paniagua, 2010)</p> <p>Enfermeiro experiente que utiliza conhecimento avançado e competências clínicas de enfermagem, juntamente com conhecimento e competências médicas (avaliação clínica, prescrição interpretação de exames auxiliares de diagnóstico, capacidade de decisão diagnóstica, prescrição farmacológica. (Barton, 2006)</p> <p>Complementa outros profissionais de saúde, criando pontes para a distribuição dos cuidados de saúde aos clientes, expandindo as opções terapêuticas e dando suporte a uma cultura de bem-estar. (Gardner, Chang & Duffield, 2006)</p> <p>Preparação educacional e experiência adicional que lhes permite agir autonomamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar doenças Prescrever/interpretar exames diagnósticos Prescrever fármacos Realizar determinados procedimentos legislados 	<p>Enfermeiro que realiza julgamentos clínicos de elevada complexidade e que desempenha em contexto clínico os papéis de líder, investigador, inovador e clínico. (United Kingdom Central Council, 1996)</p> <p>Enfermeiro que através do estudo e prática supervisionada ao nível de um mestrado ou doutoramento, adquiriu mestria em determinada área do conhecimento e <i>práxis</i>, numa área clínica de enfermagem. (American Nurses Association, 1998)</p> <p>Assume o papel de pivô na obtenção de cuidados seguros, efetivos, baseados em evidência, para suportar os enfermeiros, maximizando as suas competências e capacidades. (Gardner, Chang & Duffield, 2006)</p> <p>Contribuem profissionalmente para estabelecer padrões, iniciativas de qualidade, desenvolvimento de políticas, guidelines, que otimizem a resposta terapêutica dos enfermeiros e das instituições</p> <p>Contribuem para a preparação de clientes e cuidadores, estudantes e cidadãos em geral, facilitando processos de aprendizagem relacionados com as Respostas humanas relativas à saúde</p> <p>Promovem e disseminam o conhecimento de enfermagem e de saúde para além do âmbito da sua prática diária.</p>



Existem duas vias possíveis para o desenvolvimento da profissão a prática avançada e a enfermagem avançada. A preocupação com os custos tem vindo a preencher uma parte substancial dos debates sobre políticas de saúde. (...) Têm levado alguns países a repensar as funções dos profissionais nos sistemas de saúde na tentativa de produzir os cuidados a um menor custo (...), surgiu o conceito de Advanced nursing practice. (...) A Enfermagem (definida pela teoria de enfermagem) Ou a atual “ prática de enfermagem (nursing practice) baseada no modelo biomédico evoluindo para a prescrição de medicamentos e exames auxiliares de diagnóstico-vindo, a prazo, a substituir cuidados atualmente prestados pelos médicos? assim apela-nos ao pensamento crítico Silva, (2007).

Esta reflexão assume especial relevância tendo em conta o meu percurso como futura enfermeira especialista, atenta e crítica face ao que me rodeia e face às intervenções perante o outro. Este caso contém uma dimensão extraordinária de intervenções no campo da prática avançada de enfermagem, mas sem dúvida alguma uma dimensão transcendente na vertente da enfermagem avançada. É com apreço que saliento o caso desta senhora e da sua família que numa fase de transição e dor num momento de perda, tiveram a possibilidade de iniciar o seu processo de luto de uma forma tranquila e pacífica.

O acompanhamento dos familiares de uma forma presente e ativa, dando espaço para uma escuta ativa e a disponibilidade para estar com, exemplifica de forma evidente a enfermagem avançada e como devemos caminhar no caminho da enfermagem de excelência. Neste caso é fundamental referir que estar com aquela família, naquela sala de emergência, com toda a panóplia de equipamentos, com toda a tecnologia disponível, o que de mais importante ali se passou foi a vivência daqueles últimos minutos de vida daquela mãe, daquela avó, junto de quem mais amava e tudo isto porque o enfermeiro do extra-hospitalar, foi além do que se esperava, do que talvez eles esperavam e utilizando o seu saber, as suas competências deu visibilidade à sua profissão e sem dúvida esta Família olhará para os enfermeiros, agradecendo, mas também reconhecendo a sua especificidade e foi nas suas palavras que fica a certeza “ sr^a



enfermeira como lhe poderei agradecer? O maior desejo da minha mãe era morrer junto a nós!”

E assim, o desejo da desta senhora estava cumprido, e aquela família com a confrontação com a morte do seu ente querido viverá um processo de luto mais ajustado havendo assim ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Isto porque assumir a autonomia implica confrontações diárias, capacidade crítica, afirmação e aperfeiçoamento de estratégias. Implica que se faça uso das diferentes aptidões no sentido de assegurar a qualidade das intervenções, garantindo maior visibilidade e autonomia profissionais. De facto, a componente visibilidade ocupa um lugar importante no que concerne ao desenvolvimento da profissão. Assim, é afirmado por Nunes, (2003) que é necessário receber o reconhecimento social que merecemos, para assim fortalecermos a nossa ação e prosseguirmos a nossa caminhada exigente, rumo à excelência no cuidar. A enfermagem tem evoluído, redefinindo o seu papel continuamente e adaptando-se as exigências permanentes da evolução da ciência. Face a estas previsões, o enfermeiro tanto no seu papel de profissional, não se deve alienar destas mudanças. Para evitar que isso aconteça, deve possuir os saberes necessários e desenvolver as suas próprias competências, tudo isto requer o desenvolvimento de capacidades pessoais, saberes fazer e saber ser e estar na profissão.

Nesta situação particular, foi evidente que o papel do enfermeiro especialista no pré-hospitalar ao estar próximo da população deverá ser o de satisfazer as suas necessidades fisiológicas, primordiais na abordagem ao doente crítico, mas também a satisfação das suas necessidades psicológicas. O enfermeiro especialista deverá utilizar o seu vasto campo de conhecimentos baseado na evidência do momento e das suas ações diárias, para potenciar a mudança dos paradigmas e desse modo ser um agente dinâmico na sociedade, indo de encontro a uma sociedade que cada vez mais procura cuidados de saúde holísticos com qualidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman (1996) Development of a model of advanced practice *American Journal of Critical Care* 5, 68-73

Almeida, A. Coelho, P. (2010). Comunicação Livre: *Enfermagem Avançada: conhecer a história para planear o futuro*: In Encontro Ibérico de História da Enfermagem, I, Porto, Portugal, 15 de Outubro, , acessado a 17 de junho de 2012, consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4646>

Almeida, A., Coelho, P. (2011). *Supervisão clínica e enfermagem avançada: aposta na qualidade do exercício profissional*. In I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências. Porto, Portugal. 13-14 Janeiro, acessado a 17 de junho de 2012, disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/7360>

Barton, T. (2006) Nurse practitioners—or advanced clinical nurses *British Journal of Nursing* 15:7, 370-376

Collière, M. (1999) – *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Tradução do Francês Maria Abecasis. 5ª ed. Lisboa: Lidel.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011): – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Fabião, A. (2005). Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde. Vol.53, nº5 (Set. / Out.).4.

Gardner, G., Chang, A., Duffield, C. (2007). Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 57(4), 382-39

Ferreira, A. (2005) – Pensar Saúde. *Revista Aprender ao Longo da Vida*. Nº 7.



Kérouac, S. (1996). *El Pensamiento Enfermero. Ciências Psicosociales. Aplicadas*. Barcelona, Editorial Síntesis, acessado a 20 de junho de 2012, consultado em:

http://ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf

Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort *Journal of Advanced Nursing* Vol.16 nº11, p1301-1310;

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing *Journal of Advanced Nursing* Vol. 19, nº6, p 1178-1184;

Kolcaba, K. (2010) - *Comfort Theory*. acessado a 16 de junho de 2012, consultado em: <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>

Meleis, A; Dracup, K. (2005) The case against the DNP: history, timing, substance and marginalization. *Online Journal of Issues in Nursing*. 10:3

Meneses, M. (2004) Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia? *Pensar Enfermagem*. Lisboa: Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem. Vol. 8, nº2, (2ºSemestre), pp. 38-41.9.

Nunes, I. (2003) Ser enfermeiro nos dias de hoje – um desafio exigente. *Nursing*. Lisboa: Edirevistas. Nº 178 (Jun.), p.42.

Oliveira, T., Lopes, M., Araújo, T. (2005). *Modo Fisiológico da Teoria de Roy: Análise Reflexiva Segundo Meleis*. 57º Congresso de Enfermagem. Nov. Brasil. . acessado a 16 de junho de 2012, disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/380.htm>.

Ordem dos enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos enfermeiros (1996) -*Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro. D.R. I Série. 205 (96-9-4) 2959-2962.13.*

Ordem dos Enfermeiros (2006) – Tempo de Mudança. *Revista da ordem dos Enfermeiros*. Nº 22. Julho. (p. 29 a 31)



Ordem dos Enfermeiros (2007) – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. *Suplemento de Revista*. Nº26. Junho (p. 9 a 20)

Paniagua, H. (2010). Reviewing the concept of advanced nurse practice *Practice Nursing* 21:7, 371-375

Santos, L. (2005) O doente terminal é pessoa com direitos e deveres: a defesa e a promoção da vida- *Acção Médica*, setembro 69 (3):5- acedido a 20 de junho de 2012, disponível em: <http://csgois.web.interacesso.pt/revista/setembro2005.pdf>

Silva, A. (2007). -“Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 11-20

Silva, A. (2006). - Sentido de direção para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de Enfermagem, *Servir*, Lisboa. Nº 55 Jan./Fev. 2007 (p. 11 a 19).

Silveira, R. (2004) – Enfermeira ou tarefeira? *Nursing*. Lisboa: Edirevistas. Nº184 (Jan), pp.24-26.14

Sousa, C. (2006) – Enfermagem: Contextos e Perceções. *Nursing*. Lisboa: Serra Pinto – Edições e Publicações. Nº209 (Abril), pp.7-9.

Tomey, A., Alligood, M. (2002), -*Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, p.481-493

Vieira, M. (2007) - *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: ed. Universidade Católica Portuguesa, Lda. (pág. 11,12)