



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Desenvolvimento de Competências: o verdadeiro caminho.

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

Patrícia Andreia Santos Cardoso Pais

abril, 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Desenvolvimento de Competências: o verdadeiro caminho.

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

Por Patrícia Andreia Santos Cardoso Pais
Sob orientação de Mestre Irene Oliveira

abril, 2013



Resumo

Este relatório surge no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após a realização de dois módulos de estágio, um no Instituto Nacional de Emergência Médica, no período de 26 de abril a 23 de junho e um no Serviço de Urgência do Hospital de São João, no período de 1 de outubro a 26 de novembro. Está estruturado em quatro Domínios de Competências, utilizando o método descritivo e analítico, através da análise crítica de situações concretas, fundamentada na evidência científica, com sugestões de melhoria e de resolução dos problemas identificados.

No Domínio da Prestação de Cuidados Especializados, a capacidade de análise de situações complexas e reflexão sobre situações concretas, com fundamentação adequada é uma competência essencial do Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo que foi desenvolvido o juízo crítico através da discussão dos temas relevantes com as equipas dos locais de estágio. Foram colocadas à equipa, informalmente, algumas questões da escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”, no sentido de melhor compreender as atitudes destes profissionais com as famílias.

No Domínio da Gestão de Cuidados, realçam-se a realização de planos de cuidados e a participação como formadora em duas ações de sensibilização sobre Suporte Básico de Vida e ativação do número europeu de emergência. Destacam-se, também as formações desenvolvidas sobre Extracorporeal Membrane Oxygenation e sobre Síndrome Compartimental Abdominal.

Neste domínio surgiu, também, a realização de dois estudos de caso baseados na Teoria do Conforto de Kolcaba. Um dos estudos de caso foi apresentado sob a forma de póster com o objetivo de captar a atenção e motivação dos enfermeiros.

Pela consciência da importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem e das respetivas intervenções, foram identificados e enumerados os mesmos, em ambos os módulos de estágio.

No Domínio da Gestão da Qualidade, salienta-se a identificação das oportunidades de melhoria e as estratégias sugeridas, no âmbito do controlo de infeção, da gestão do risco, da formação da população e da melhoria dos registos de enfermagem.

No Domínio de uma Prática Profissional, Ética e Legal destacam-se as reflexões críticas decorrentes de situações concretas, nomeadamente sobre o direito a ser reanimado, a presença dos familiares durante a reanimação, o consentimento informado e o direito de recusa dos cuidados de saúde.

Os estágios, além de permitirem o contacto com situações de urgência e emergência, são momentos privilegiados de contacto com novas realidades, aprofundamento da consciência crítica e desenvolvimento de competências refletindo-se no desempenho da Enfermagem como especialista.





Abstract

This report appears to obtain a master's degree on Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing, after completion of two internship modules, one in the National Institute of Medical Emergencies in the period from April 26th to June 23rd and the other in an Emergency room at the S.João Hospital, in the period from October 1st to November 26th, and it is structured in four Competency Domains using the descriptive and analytical method, through critical analysis of concrete situations, based on scientific evidence, with suggestions for improvement and resolution of identified problems.

In the Provision of Specialist Care Domain, the ability to analyze complex situations and reflect on real situations, with adequate reasoning is an essential skill of Specialist Medical-Surgical Nurse, which was developed by the critical judgment through the discussion of relevant topics with the teams. Were asked the team, informally, some questions of the scale "Importance of Families in Nursing Care - Attitudes of Nurses," in order to better understand the attitudes of these professionals with families.

In the Care Management Domain it is enhanced the performance of care plans and participation as a trainer in two actions to raise awareness of Basic Life Support and activation of the European emergency number. Noteworthy is also the formations developed on Extracorporeal Membrane Oxygenation and on Abdominal Compartment Syndrome.

In this area came also the realization of two case studies based on the Kolkaba's comfort theory. A case study was presented as a poster, aiming to capture the attention and motivation of nurses.

With the awareness of the importance of nursing diagnoses and the respective interventions identification, those were identified and listed in both internship modules.

In the Quality Management Domain, it was highlighted the identification of improvement opportunities and the strategies suggested in the context of infection control, risk management, training of population and improvement of nursing records.

In the Professional, Ethical and Legal Practice Domain it was emphasized the critical reflections arising from concrete situations, including on the right to be revived, the presence of family members during resuscitation, informed consent and the right of refusal of care.

The internship allowed contact with emergency situations, with new realities, deepening of critical awareness and skills development reflecting the performance of nursing as a specialist.





Lista de Abreviaturas e Siglas

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

AC – Antes de Cristo

APH – Assistência Pré-Hospitalar

ARSN – Administração Regional de Saúde Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ENA – Emergency Nurses Association

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation

EE – Enfermeiro Especialista

IFCE-AE – Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HSJ – Hospital de São João

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPE – Profilaxia Pós Exposição



PIA – Pressão Intra-abdominal

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

RMDE – Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem

RIH – Reanimação Intra-hospitalar

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Compartimental Abdominal

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

STM – Sistema de Triagem de Manchester

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TM – Triagem de Manchester

TNCC – Trauma Nursing Core Course

UCIPU – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



“As excelências, então, não se geram em nós nem por natureza, nem contra a natureza, mas por sermos constituídos de tal modo que podemos, através de um processo de habituação, acolhê-las e aperfeiçoá-las”.

Aristóteles, in Ética a Nicómaco





Agradecimentos

Foi um percurso difícil mas construtivo. Peguei em cada pedra do caminho e construí um trilho na consecução dos meus objetivos. Não fiz nada sozinha. Dividi os momentos bons e menos bons com pessoas especiais. Assim não posso deixar de agradecer: à Professora Irene Oliveira, pela adequada e assertiva orientação e apoio; aos meus colegas e tutores, pelos ensinamentos; à Manuela, Sónia e Susana, pela amizade e partilha de saberes; à minha mãe pela ajuda e amor; à Bárbara e à Bianca, pelo sorriso e carinho em todos os momentos; e a ti, Luís, pela paciência e pelo amor ao longo do caminho.

A todos o meu profundo e sincero obrigado.





Índice

<i>Introdução</i>	17
<i>1. Domínio da Prestação de Cuidados Especializados</i>	25
<i>2. Domínio da Prática Profissional, Ética e Legal</i>	43
<i>3. Domínio da Gestão da Qualidade</i>	55
<i>4. Domínio da Gestão de Cuidados</i>	67
<i>Conclusão</i>	81
<i>Referências Bibliográficas</i>	85
<i>Anexos</i>	99
<i>Anexo I – Caracterização da Equipa de Enfermagem</i>	101
<i>Anexo II – Entrevista à Enfermeira Chefe do SU do HSJ</i>	115
<i>Anexo III – Póster Formação “Como ativar o INEM?”</i>	123
<i>Anexo IV – Formação “ECMO e sua interligação com o Pré-Hospitalar”</i> ..	127
<i>Anexo V – Formação “Síndrome Compartimental Abdominal e Avaliação da Pressão Intra-abdominal”</i>	161
<i>Anexo VI – Manual de Integração do SU</i>	173
<i>Anexo VII – Estudos de Caso</i>	195





Índice de gráficos

Gráfico 1. Motivos da ativação na chamada CODU	59
Gráfico 2. Percentagem de ações de educação para a saúde efetuadas nas ativações INEM	60
Gráfico 3. Diagnósticos de Enfermagem identificados nas ativações INEM..	77
Gráfico 4. Intervenções de Enfermagem mais frequentes nas ativações INEM	78
Gráfico 5. Protocolos utilizados nas ativações INEM.....	78





Introdução

A Declaração de Bolonha (1999) encetou uma mudança do paradigma de ensino e aprendizagem, de um modelo baseado na transmissão de conhecimentos para um modelo de desenvolvimento de competências, genéricas ou de natureza específica decorrentes da área de formação, onde as componentes de projeto e experimental assumem um papel preponderante.

Como resposta a esta mudança de paradigma, o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica integra a unidade curricular Estágio. Esta unidade curricular implica a elaboração prévia de um projeto de estágio, com alusão às competências a desenvolver, bem como às estratégias e atividades que permitam o desenvolvimento das mesmas. No final de Estágio, a elaboração do Relatório, surge como resposta ao Projeto elaborado, descrevendo as competências desenvolvidas e as experiências vividas, de forma refletida, fundamentada e crítica. A Unidade Curricular Relatório concretiza-se como resposta ao novo paradigma de ensino preconizado pelo Processo de Bolonha.

Como refere Watson (2002), a teoria e a prática vivem em conjunto, documentando-se mutuamente e, como afirma Benner (2005), a teoria deriva da prática e esta é alterada ou alargada pela primeira. Num mestrado com especialidade integrada, a realização de estágios é uma das etapas do percurso, na qual o formando concretiza, interioriza e consolida, em contexto real e concreto, os conhecimentos, enfatizando a reflexão crítica sobre as situações que presencia. Tal como refere Fernandes (2007), os estágios são períodos importantes para que as aprendizagens teóricas possam ser consolidadas, onde o acumular de experiências variadas na prática reforça a matriz de saberes, transmitindo-lhes uma certa identidade, além de possibilitar a aquisição de conhecimentos para agir e a construção de novas lógicas de pensamento,



básicas à obtenção de competências. Macedo (2003), remetendo-se a Alarcão e Tavares, afirma que o estágio é rico em experiências significativas e concretas, promotoras de competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz.

A Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde – Porto está dividida em três módulos distintos: Serviço de Urgência (SU), Unidades de Cuidados Intensivos e Módulo Opcional.

Tendo em conta o meu percurso profissional como enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) do Hospital de São João (HSJ), há 7 anos, obtive creditação ao Módulo II – Unidades de Cuidados Intensivos. A UCIPU é, sem dúvida, a minha segunda casa onde adquiri e desenvolvi competências na área dos cuidados de Enfermagem ao doente crítico, em situação de urgência e emergência, e às suas famílias. A polivalência desta unidade é uma das suas maiores riquezas mas, também, um desafio constante ao meu desempenho, só colmatado pela dedicação e entrega totais. O desenvolvimento exponencial e contínuo da ciência e as suas implicações nos cuidados ao doente crítico impele à atualização constante de conhecimentos, resultantes de produção científica e das aprendizagens diárias que se realizam em situações concretas. A vertente da comunicação com o doente e as suas famílias, em situações tão graves e emotivas, é um aspeto fulcral muito desenvolvido e amadurecido ao longo destes anos.

O Módulo I – SU decorreu no período de 1 de outubro a 26 de novembro de 2012, no Serviço de Urgência Polivalente do HSJ, no Porto e o Módulo III – Opcional decorreu no âmbito da Assistência Pré-Hospitalar (APH) nos diferentes meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no período de 26 de abril a 23 de junho de 2012.

Dado que a Enfermagem em contexto de urgência/emergência é uma área que desde sempre despertou o meu interesse, essencialmente no âmbito da prática avançada de enfermagem, este estágio surgiu como uma oportunidade de privilegiar a perspetiva da prática da enfermagem avançada em contexto de urgência/emergência. A capacidade de atuação em situações agudas, de acordo com a avaliação rápida e assertiva do doente, de forma refletida, baseada na



interligação dos conhecimentos científicos, das capacidades técnicas e relacionais, em contextos tão específicos e repletos de particularidades, como o SU e a APH, e a forma como estes se articulam foram as razões para a escolha dos locais de realização dos módulos de estágio.

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 (Gomes, 2009). O SU do Centro Hospitalar São João é uma Urgência Polivalente, sendo um serviço de referência em toda a região Norte e na vanguarda dos cuidados de saúde em Portugal. Este serviço foi inaugurado a 31 de outubro de 1964, tendo assistido, nos últimos meses desse ano, 4844 doentes (Gomes, 2009). Criadas de raiz para o efeito, e inauguradas em 2007 (Gomes, 2009), as novas instalações do SU foram projetadas, obedecendo ao objetivo da estrutura física se adaptar ao conceito de funcionalidade e organização baseado 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 necessário. Entrou em funcionamento, também em 2007, o Sistema de Triagem de Manchester, um sistema de atribuição de níveis de prioridade, identificados por cores (Gomes, 2009).

Durante a realização do módulo I do Estágio passei por setores como: a área da Triagem de Manchester, onde são triados os doentes mediante a prioridade e encaminhados para os respetivos setores; a Ortopneumologia onde são assistidos doentes urgentes, pouco urgentes e não urgentes, vítimas de trauma; a Área Amarela onde são observados os doentes classificados como urgentes, identificados pela cor amarela, e, também, aqueles de menor gravidade classificados como pouco urgentes ou não urgentes (verde e azul); a Área Laranja, onde são prestados cuidados a doentes muito urgentes e vias verdes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) sem indicação para trombólise; a Unidade de Curta Permanência, onde os doentes permanecem internados até 24h; e a Sala de Emergência (SE) onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais e que necessitam de tratamento imediato. Estas são áreas muito diferentes entre si mas que se articulam e complementam.



O módulo de estágio opcional na APH foi desenvolvido em vários meios do INEM, como o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) no Porto, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital de São João (HSJ) e do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Gondomar, Santo Tirso e Vila do Conde e a ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV) Porto 2. Optei por meios com diferentes áreas de atuação geográfica para conhecer realidades de ativações em áreas mais urbanas e mais rurais, tendo em conta também o número médio de acionamentos.

Em Portugal, segundo Mateus (2007), o atendimento pré-hospitalar dá os primeiros passos em 1965, com a criação do número nacional de emergência “115”, com o objetivo inicial de socorrer vítimas de acidentes de viação. Em 1974, é convidado para dinamizar o Serviço Nacional de Ambulâncias o médico cardiologista e fundador do INEM, Francisco Filipe Rocha Silva “figura ímpar, de aguçada inteligência, dinamismo frenético e entusiasmo incontrolável” (Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, 2005, p.7). Com a evolução do atendimento pré-hospitalar surge, em 1981, o INEM com o objetivo de coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que consiste no conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita (INEM, 2012).

O CODU é responsável pela triagem das situações relacionadas com saúde que são acionados pelo número europeu de socorro, 112, e posterior acionamento dos meios. As ambulâncias SBV têm como objetivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde. A tripulação é composta por dois técnicos de ambulância de emergência (TAE), permitindo a aplicação de medidas de SBV (INEM, 2012). As ambulâncias SIV têm como objetivo garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro (o líder da equipa) e um TAE e visa a melhoria dos cuidados prestados à população em ambiente pré-hospitalar (INEM, 2012). A sua atuação baseia-se na avaliação da situação e na implementação de protocolos. Atualmente as SIV estão a ser reestruturadas e integradas nos Serviços de Urgência Básica. A VMER é um veículo de intervenção destinado ao transporte rápido de uma equipa



médica até ao local onde se encontra a vítima. A equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). As VMER atuam na dependência direta dos CODU e têm base hospitalar. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento diferenciado até ao centro hospitalar mais próximo ou mais adequado à situação (INEM, 2012). Também as VMER estão a ser reestruturadas e integradas nos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalentes.

Os SU e os meios da APH prestam cuidados a milhões de pessoas por ano em agudização de situações muito diversas. Numa sociedade em constante mudança, o sistema de cuidados de saúde necessita de atualização constante e de adaptação aos utentes, no contexto onde se insere, integrando e acompanhando a evolução científica na prestação de cuidados já que, como refere McBrien (2009), a mudança é uma constante no campo da saúde, e cada vez é mais rápida e mais complexa do que no passado. Neste contexto atual de constante mutação e evolução, num ritmo de evolução, tecnológica e científica, frenético, a enfermagem, como profissão e disciplina, com o imperativo da evolução e adequabilidade aos doentes e aos seus contextos, diferenciou-se através da formação pós-graduada em áreas de atuação específicas com necessidade de desenvolvimento de competências especializadas. Desta necessidade, surgem os enfermeiros especialistas (EE), como sendo aqueles, que além de cuidados de enfermagem gerais, são capacitados para a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito específico de atuação, com uma consciência profissional mais madura, abrangente, adaptativa e proactiva. Surge o conceito de EE como o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, que lhe confere competência científica, técnica e humana para, além de cuidados de enfermagem gerais, prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Portugal, 2009a).

Do EE é expectável o desenvolvimento da capacidade de organização, do pensamento crítico e uma maior autonomia e iniciativa no trabalho, através do desenvolvimento de competências determinantes para a excelência dos cuidados prestados, baseados no conhecimento científico, adequado a cada doente e contexto (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010b). Através do desenvolvimento e



aquisição de competências, o enfermeiro torna-se vetor de mudança, pelo exemplo e pela comunicação sobre a concretização prática realizada, os resultados obtidos e a transmissão de propostas, de forma clara, assertiva e, devidamente fundamentada, para que os elementos da equipa multiprofissional compreendam o que se faz, como se faz e porque se faz, sem lugar a arbitrariedades.

Pelas características do serviço onde desempenho funções como enfermeira é compreensível a valorização da prática avançada de enfermagem, pela necessidade de controlo de sinais e sintomas no doente crítico, num ambiente tão tecnológico. Contudo, sentia que o meu desempenho, como enfermeira, era muito redutor. Perante esta lacuna, e no sentido de incrementar o meu desenvolvimento e maturidade profissionais, optei por inscrever-me no curso de Pós-licenciatura, na esperança de descobrir uma visão diferente da Enfermagem, uma perspetiva próxima da prestação de cuidados, mas validada pela reflexão crítica, pelo questionar construtivo numa atitude de iniciativa e proatividade consciente.

Como refere Sá-Chaves (2000), as reflexões críticas realizam-se em análises geradoras de processos criativos sendo divisíveis dois momentos de reflexão, a reflexão sobre a ação, ou seja, após a concretização das situações, e a reflexão na ação, que acontece durante a experiência (Schön, 1992). Para Alarcão (1996), a prática reflexiva reduz os comportamentos rotineiros e impulsivos. Neste contexto, supervisão revela-se, para a OE (2010a, p.5), como o “processo formal de acompanhamento da prática profissional” que promove a tomada de decisão fundamentada e autónoma, através de processos de análise reflexiva da prática clínica. Reforça Alarcão (1996), que supervisão é um processo interativo, entre o próprio e os outros, que inclui observação, reflexão e ação, potenciando a aprendizagem através do processo reflexivo.

O relatório surge como indispensável na documentação deste estágio, já que é uma ferramenta de carácter flexível que promove evolução e desenvolvimento pessoal e profissional através da contínua avaliação e reflexão crítica (Veiga & Simão, 2007), concretizando-se como uma ferramenta potenciadora de reflexão, assegurando construção de conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos (Ferreira & Bueno, 2005).



Enfatizando que a produção de relatórios reflexivos apresenta-se como uma estratégia de formação numa filosofia reflexiva, humanista e ecológica num modelo de supervisão integrador das dimensões formativa, avaliativa e de supervisão adequadas à promoção do desenvolvimento consciente, global e progressivo (Gonçalves & Ramalho, 2009).

Este documento tem como objetivos:

- Descrever as oportunidades de melhoria identificadas;
- Comunicar as estratégias de resolução sugeridas e implementadas;
- Demonstrar espírito crítico face às experiências em contexto de estágio;
- Ilustrar o percurso efetuado no decurso do estágio.

A metodologia utilizada para a realização deste documento é descritiva e analítica através da reflexão e descrição das atividades desenvolvidas no estágio para a consecução dos objetivos definidos, no sentido de aquisição e desenvolvimento de competências como futura EE.

Nestes contextos específicos de atuação tive necessidade de acrescentar aos objetivos delineados, objetivos relacionados com a necessidade que senti quanto à caracterização das equipas de enfermagem, no que concerne à formação pós-graduada, e no aprofundamento de questões relacionadas com dilemas éticos em contexto de urgência/emergência.

Este documento encontra-se organizado segundo domínios de competências, com base no Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009a).

Para desenvolver a temática das competências adquiridas importa explicar em que consiste o EE, definir competências e integrar as mesmas no domínio do Enfermeiro Especialista.

Cuidados de saúde de qualidade exigem um respeito humano pela unidade funcional do ser humano de acordo com a demonstração de um conjunto de competências. Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras, e sócio afetivas que, em conjunto e de uma forma integrativa, permitem desenvolvimento de funções e atividades. A competência realiza-se na complexidade das situações concretas, com integração dos conhecimentos de um modo responsável, fundamentado e adaptativo. Tornam-se indispensáveis a união de saberes técnicos e científicos aliados às características pessoais do



enfermeiro imprescindíveis para o cuidar. Acrescenta Benner (2005), que no domínio do cuidar podemos considerar vários níveis de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, evidenciando que o enfermeiro perito, na articulação da compreensão da situação à realização do ato assertivo, não necessita de se apoiar em princípios analíticos. Estes têm uma grande capacidade de adaptabilidade, adequando os conhecimentos de experiências concretas do seu passado profissional em situações atuais similares.

A competência, segundo Roach, citado por Rocha (2003, p.107), consiste no "estado de ter o conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais", ou seja possuir conhecimentos complexos e fundamentados que permitem identificar necessidades, planificar atividades, implementá-las e avaliar os seus resultados, como enfatiza a OE quando refere que a competência "refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar" (OE, 2003a, p.16).

Debruçar-me-ei essencialmente nas Competências desenvolvidas: no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados; no Domínio da Prática Profissional, Ética e Legal; no Domínio da Gestão da Qualidade e no Domínio da Gestão de Cuidados. Esta divisão parece-me a mais adequada para a reflexão sobre o meu percurso neste estágio como futura EE, já que me permite organizar as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos, no âmbito de cada competência.



1. Domínio da Prestação de Cuidados Especializados

Uma das competências atribuídas ao EE é a prestação de cuidados especializados como expõe o Estatuto da OE, onde se pode ler: “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Portugal, 2009a, p.6529).

Para Alarcão & Rua (2005), a competência para a prática de cuidados assenta num conjunto de características como uma personalidade equilibrada, humanista e responsável, alicerçada em conhecimentos científicos e técnicos, atuais e consistentes, aliada à capacidade de analisar os acontecimentos, refletidamente, e tomar decisões integrando as equipas multidisciplinares numa atitude de aprendizagem contínua e evolutiva. Conclui Carvalho (2003), definindo competência como sendo a capacidade manifestada na integração de saberes heterogêneos na resolução de problemas e na realização de atividades.

Nos módulos de estágio, com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar competências no âmbito de atuação na APH e no SU, desenvolvi atividades no sentido de atingir os seguintes objetivos:

- Integrar a dinâmica funcional das equipas dos locais de estágio, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar, nas diferentes valências colaborando na prestação de cuidados especializados;
- Estabelecer relações terapêuticas com o doente e família, no contexto da assistência pré-hospitalar e do serviço de urgência, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC, abordando as



questões complexas, de modo sistemático e criativo, e revelando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e permitindo a sua colaboração nos cuidados prestados;

- Aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções características da APH e do SU;
- Executar cuidados de enfermagem eficazes e fundamentados, numa perspetiva da área da EEMC;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa/família, com correta definição de prioridades e avaliação do impacto das intervenções;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC e identificar problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa e a família, de forma crítica e fundamentada.

No sentido da consecução dos objetivos descritos, colaborei com as equipas dos locais de estágio na identificação de diagnósticos de enfermagem, implementação e avaliação dos cuidados prestados em situações de trauma, doença súbita e agudização de doenças crónicas. As situações de trauma englobaram acidentes de viação, atropelamentos, quedas, agressões e acidentes de trabalho. As situações de doença súbita e agudização de doença crónica englobaram situações de descompensação de dor crónica, hipoglicemias, paragem cardiorrespiratória (PCR), crises convulsivas, dor torácica, insuficiência respiratória, alterações do estado de consciência, hemorragia, dor abdominal, entre outras.

Uma das estratégias para facilitar a integração nas equipas dos locais de estágio foi a caracterização das equipas de enfermagem através da colheita de dados, com a construção de um formulário eletrónico e de uma tabela. Os dados colhidos tinham como objetivo, essencialmente, a caracterização da população no que concerne à formação pós-graduada. Estes dados foram posteriormente tratados e apresentados em forma de gráfico (Anexo I).

Quanto à APH, esta colheita de dados foi possível em 37% da população total dos meios onde fiz estágio (46 enfermeiros). Cerca de 47% da amostra



corresponde a enfermeiros especialistas, 87,5% com especialidade em EEMC e 14,5% com especialização em Enfermagem de Reabilitação. Há um claro domínio da EEMC, nesta amostra limitada. Cerca de 65% da amostra é masculina com 71% na faixa etária dos 30 aos 40 anos. A maioria, (59%), são casados. Cerca de 82% são licenciados e os restantes 18% mestres em feridas e viabilidade tecidual (1 elemento), enfermagem médico-cirúrgica (1 elemento) e sexologia (1 elemento). O tempo de experiência profissional distribui-se em 35% com 16 a 20 anos, 23% com 11 a 15 anos, 18% com 21 a 25 anos, 18% com 6 a 10 anos e 6% com 1 a 5 anos. A maioria (75%) é EE com 1 a 5 anos de experiência.

A equipa de Enfermagem do SU do HSJ tem 93 elementos, distribuídos por 5 equipas de cerca de 18 elementos, com dotação semelhante no que concerne às formações em SAV, Suporte Imediato de Vida (SIV) e de Triagem de Manchester (TM). A colheita de dados foi efetuada na equipa onde desenvolvi o módulo de estágio, sendo possível em 89% da população, 16 de 18 enfermeiros. Quanto ao género, 69% é feminino e 31% masculino. Cerca de 56% (9 elementos) da amostra encontra-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos, 38% (6 elementos) na faixa etária dos 31 aos 40 anos e 6% (1 elemento) na faixa etária dos 41 aos 50 anos. Cerca de 50% são solteiros, 37% casados e 13% vivem em união de facto. No que concerne ao título profissional 62% são enfermeiros, 19% enfermeiros graduados e, também, 19% enfermeiros especialistas. Os três elementos especialistas, nesta equipa, são enfermeiros especialistas em EMC. Quanto ao título académico a maioria, (94%), são enfermeiros licenciados, existindo apenas um elemento Mestre em Ciências de Enfermagem. Existem cerca de 10 elementos com pós-graduações, a maioria (9 elementos) com pós-graduação em Emergência e Catástrofe e 1 elemento com pós-graduação em Supervisão Clínica. O tempo de experiência profissional distribui-se em 63% com 6 a 10 anos, 25% com 11 a 15 anos, 6% com 1 a 5 anos e 6% com 21 a 25 anos de experiência profissional.

A caracterização das equipas de enfermagem permitiu-me conhecer melhor os enfermeiros dos locais onde desenvolvi estágio, familiarizando-me com a colheita de dados e o tratamento estatístico dos mesmos para no futuro enveredar pela investigação em enfermagem.



No sentido de basear a minha atuação em decisões assertivas, eficazes e fundamentadas, pesquisei e refleti sobre conhecimentos disponíveis nos protocolos de atuação dos meios INEM e do SU do HSJ (nomeadamente nos protocolos de atuação das vias verdes de Trauma, Sépsis, Coronária e Acidente Vascular Cerebral), nos algoritmos de SBV e Suporte Avançado de Vida (SAV) do Conselho Português de Ressuscitação (2010), no Manual de Trauma (Emergency Nurses Association - ENA, 2007), no Manual do Curso de Evidência na Emergência (Carneiro & Neutel, 2011), no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2012), no Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem – RMDE (OE, 2007b), artigos científicos, apontamentos e bibliografia sugerida nas aulas do 1º e 2º semestres.

Aprofundei e relembrei conhecimentos sobre abordagem do doente vítima de trauma, mecanismos de lesão e classificação das mesmas, cinemática do trauma, conteúdos relacionados com eletrocardiografia e despiste de arritmias, classificação dos traumatismos crânio-encefálico (TCE) e acidentes vasculares cerebrais, síndrome coronário agudo, avaliação neurológica, classificação de crises convulsivas, ventilação mecânica não invasiva, síndrome compartimental abdominal, classificação e tratamento de feridas e prevenção e controlo de infeção hospitalar. Os resultados desta e outras pesquisas permitiram-me, não só adquirir conhecimento, como também divulgá-lo e discuti-lo, com os profissionais com quem contactei, com contributos a nível da formação informal e incentivo à investigação, através da benéfica e enriquecedora troca de experiências.

A importância da avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) como guias orientadores da definição de prioridades é algo que efetivamente funciona, já que prioriza por importância de manutenção, a avaliação e intervenções, assumindo-se de extrema importância na abordagem do doente emergente/urgente, tanto na APH quanto no SU.

Na APH, tive oportunidade de, em algumas ativações, tomar a liderança da avaliação, com supervisão do enfermeiro tutor, receber a transmissão dos dados pelo CODU, proceder à avaliação inicial, à implementação e avaliação das intervenções e à transmissão de dados para o médico do CODU no sentido de proceder ao encaminhamento da vítima para o centro hospitalar mais adequado.



Estas situações, permitiram-se desenvolver a capacidade de avaliação e atuação em situações novas e complexas exigindo alguma criatividade, essencialmente, relacionada com a comunicação e a colheita de dados que permitem a adequada atuação e desenvolvimento da capacidade de liderança (temporária) das equipas de cuidados. Como foi o caso da situação de uma doente de 75 anos com dispneia acentuada cuja colheita de dados da situação não estava a ser muito proveitosa, pelo que me exigiu alguma criatividade para conseguir determinar qual a medicação que tinha efetivamente tomado e à qual não teria aderido.

Nas situações de trauma nas quais colaborei, as vítimas encontravam-se já imobilizadas, mantendo-se a lacuna de contactar, na prática, com esta técnica tão específica do pré-hospitalar, pelo que aprofundei conhecimentos neste âmbito, através da pesquisa na literatura e da demonstração prática dos tutores de algumas destas técnicas, como a colocação de plano duro em vítimas na posição vertical, correta medição e colocação do colar cervical, adequada fixação das cintas ao plano duro e utilização da chamada maca de vácuo (coquille), indispensável para imobilização em situações de fratura do fémur ou da bacia.

No SU colaborei, em vários turnos, na avaliação inicial dos doentes através do Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a consequente articulação com os diferentes setores do SU, com a consciência da importância da experiência e do juízo crítico do enfermeiro na determinação de prioridades e encaminhamento do doente. No sentido de melhor compreender este sistema de triagem, almejando tornar mais frutífera a minha passagem por esta área, desenvolvi uma pesquisa bibliográfica sobre STM, sua origem e evolução e a sua introdução no nosso país.

O atendimento de urgência deve realizar-se de acordo com um plano bem estruturado, baseado nas necessidades concretas da comunidade e de acordo com os recursos de cada unidade hospitalar. O processo de triagem surge neste contexto como garantia de adequada gestão do serviço de urgência, com respeito pelos direitos dos doentes. Como referem Göransson et al (2008), nos serviços de urgência, a triagem é ponto inaugural do processo de prestação de cuidados. Este sistema é um processo sistemático e dinâmico de tomada de decisão, priorizando os cuidados de saúde a implementar (Cronin, 2003), utilizado na abordagem a todos os doentes que recorrem ao serviço de urgência, definindo prioridades de atuação, de acordo com a gravidade da doença ou lesão. Como enfatiza Pardey



(2007), são componentes de uma triagem eficiente a existência de um espaço adequado, recursos materiais, sistema de comunicação de informação, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar.

Segundo Funderburke (2008), triagem tem origem na língua francesa derivando de *trier*, que significa escolher ou selecionar. Na atualidade, a palavra triagem é usada, quase exclusivamente, em contexto de saúde e implica a utilização, pelo profissional de saúde, de um sistema padronizado, para determinar uma prioridade específica ou um tratamento específico para cada paciente, de acordo com as necessidades identificadas e com os recursos disponíveis (Iserson & Moskop, 2007).

A triagem em situações de urgência/emergência é imprescindível, na identificação dos casos mais urgentes, para uma intervenção prioritária, em detrimento das situações menos urgentes, assegurando-se o atendimento de todos os utentes mas de acordo com a prioridade estabelecida e não por ordem de chegada. Além de ser um sistema padronizado de avaliação inicial, de acordo com a queixa do utente, tem em conta princípios éticos, deontológicos e morais como o respeito pela preservação e proteção da vida e da saúde humanas, com gestão adequada de recursos, de forma mais justa, num princípio de justiça distributiva (Iserson & Moskop, 2007).

A utilização dos sistemas de triagem nos serviços de urgência surgiu na década de 1960, como racionalização dos recursos em relação à procura, tendo evoluído para o sistema que temos hoje de priorização de atendimento, separando os doentes que necessitam de uma intervenção imediata daqueles que podem esperar (Sheehy, 2001).

Baumann & Strout (2007) enfatizam que quem efetua a triagem deve demonstrar competências para exercer a função. A triagem efetuada por enfermeiros nos serviços de urgência implica a aquisição de um conjunto de competências na identificação, interpretação e intervenção perante alterações fisiológicas, em detrimento da efetivação de um diagnóstico, o que implicaria maior informação e um dispêndio de tempo muito superior.

Um aspeto importante a considerar é a experiência dos profissionais, quer médicos quer enfermeiros, no processo de triagem. Alguns estudos, referidos por



Funderburke (2008), documentam que este sistema, devidamente utilizado por um profissional competente e bem treinado, diminui o tempo de espera e o tempo de permanência no serviço. Segundo Gerdtz & Bucknall (2000), o profissional que efetua a triagem tem que respeitar o sistema de triagem instituído na instituição, com a consciência que esta espelha uma necessidade clínica e não um diagnóstico, diminuindo o tempo de espera e otimizando a abordagem ao doente.

A implementação desta avaliação primordial tem implicações marcantes na saúde do doente (Gerdtz & Bucknall, 2000), com contributos significativos na redução da morbilidade e mortalidade pelo tratamento precoce e prevenção de eventos adversos (Considine, Potter & Jenkins, 2006), influenciando a imagem que o utente constrói da instituição e dos cuidados de saúde (Tracy, 2007).

O STM surgiu em Inglaterra, quando em 1994, um grupo pertencente à British Accident and Emergency Physicians desenvolveu um novo sistema de triagem (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006). A necessidade de um sistema de triagem surgiu para dar resposta às dificuldades de gestão do fluxo de doentes que eram atendidos, não por necessidades, mas por ordem de chegada, não priorizando níveis de atendimento. Mostrou-se, então, prioritário um sistema de triagem que assegurasse o atendimento por prioridades e não por ordem de chegada, já que o sistema anterior, efetuado por porteiros ou sem protocolos levava a implicações graves na saúde dos utentes pelos atrasos nos cuidados de saúde (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006). Segundo estes autores, a priorização dos doentes, alocando-os a setores específicos mostrou-se uma forma eficaz de gestão do fluxo de doentes e dos recursos disponíveis.

Segundo Mackway-Jones (1997), esta escala preconiza cinco níveis de prioridades, aos quais correspondem um número, uma cor e um nome, estando definida em cada uma o tempo aceitável até à primeira avaliação pelo médico.

O STM entrou em vigor em 1997, primariamente implementado em Manchester, expandindo-se por vários hospitais no Reino Unido. Foi, também, divulgado e implementado em vários países, sendo um deles Portugal.

Como já foi mencionado, este método de triagem pretende estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico, já que a prioridade não tem de estar, obrigatoriamente, relacionada com o diagnóstico, devendo refletir os aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente (Mackway-Jones, Marsden &



Windle, 2006). O profissional da triagem seleciona uma das condições apresentadas e associa-lhe um conjunto de sinais e sintomas, os discriminadores, que se realizam em fluxogramas. A primeira fase é a identificação do fluxograma correto, tendo em consideração a queixa do doente, complementando-a com informação obtida pelas respostas às questões colocadas, com o objetivo de definição de prioridades, através da identificação de critérios de gravidade, de forma objetiva. Este sistema pode ser implementado por médicos e enfermeiros, sendo estes últimos quem mais a pratica como forma de gestão e racionalização de recursos (Mackway-Jones, 1997).

Em Portugal, o Grupo Português de Triagem, formado pelo grupo de Triagem de Manchester, foi o responsável pela implementação, avaliação, auditoria e reformulação deste sistema (Moreira, 2010). No sistema de saúde português, o STM foi introduzido pela primeira vez no Hospital Geral de Santo António e no Hospital Fernando da Fonseca, no ano de 2000, sendo estes os pioneiros a nível nacional, estendendo-se a quase todo o território nacional (Moreira, 2010). No Hospital de São João surgiu em 2003 (Gomes, 2009).

Durante os turnos que realizei na área da Triagem, apercebi-me das dificuldades sentidas pelos profissionais, na colheita de dados de uma forma rápida e eficaz, sem prejuízo do tempo e da assertividade da identificação de prioridades. De enfatizar a experiência do enfermeiro na identificação de situações urgentes e emergentes, pela avaliação rápida do doente, de acordo com a sintomatologia e o estado geral. Os fluxogramas surgem como adjuvantes à avaliação e juízo crítico do enfermeiro, complementando e direcionando as questões, sem substituir o conhecimento do profissional.

Além de colaborar na implementação da Triagem de Manchester, tive oportunidade de colaborar com as equipas dos locais de estágio em situações de:

- PCR, durante as manobras de SAV e abordagem a doentes politraumatizados, de acordo com a abordagem ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure), como guias orientadores da definição de prioridades.
- Tratamento de feridas, de várias etiologias, proporcionando momentos de reflexão e partilha da importância da identificação das características da



ferida para definir o tratamento a implementar de acordo com os produtos disponíveis no serviço.

- Ativação da equipa de Reanimação Intra-hospitalar (RIH), em situações de PCR e peri-paragem. Estas foram experiências enriquecedoras que me permitiram constatar a forma minuciosa e articulada como atuam com as equipas dos serviços que fazem a ativação e participar, ativamente, na avaliação e abordagem ao doente.

Particpei na ativação das chamadas vias verdes, Coronária, Sépsis, Trauma e AVC e nos cuidados aos doentes de acordo com os protocolos definidos. Encontra-se no início de implementação no HSJ, a Via Verde de Profilaxia Pós Exposição (PPE), que engloba o potencial risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis ou as situações de exposição por acidente profissional de picada ou contato das mucosas com fluidos, potencialmente contagiosos, aumentando para cinco as Vias Verdes implementadas neste hospital.

As vias verdes surgem como uma estratégia organizada que almeja a melhoria da acessibilidade dos doentes, na fase aguda da doença aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica mais eficaz (Barbosa, 2008). Segundo este autor, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, surgindo as Vias Verdes com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade e de melhorar a recuperação funcional o que, segundo Seabra-Gomes (2007), requer organização dos serviços de saúde e campanhas de sensibilização da população. Segundo a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) (ARSN, 2009), dados portugueses indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sépsis adquirida na comunidade, acarretando uma mortalidade hospitalar global de 38%, quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC internados no ano de 2007 na área da ARSN (13%). Referem, ainda, que a mortalidade do choque séptico, atinge 51%, constituindo um grave problema de saúde pública, aumentando, pelo menos, 1,5% ao ano, devido ao envelhecimento da população, à maior longevidade dos doentes crónicos, à crescente imunossupressão por várias doenças ou à iatrogenia pelo maior recurso a técnicas invasivas.



Similar às situações como o AVC e o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) existe para a Sépsis um conjunto de atitudes, que instituídos de uma forma precoce reduzem a morbilidade e mortalidade associadas. Este conjunto de atitudes inclui a identificação rápida de doentes, a adequação de antibioterapia e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica. A implementação de um protocolo terapêutico na abordagem ao doente com Sépsis diminui a mortalidade e reduz, substancialmente, os custos para as instituições de saúde (ARSN, 2009).

A complexidade da comunicação é, em contexto de urgência/emergência com os doentes e seus familiares, uma das pedras basilares dos cuidados de enfermagem e algo em me empenhei no decorrer deste estágio, numa vertente de proatividade na interação com os utentes.

Tanto as situações de doença súbita, de agudização de doença crónica ou de trauma são geradoras de nervosismo e ansiedade, o que se pode transformar num entrave à comunicação efetiva (Phaneuf, 2005). Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 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. Mas nem sempre este é um dever fácil de cumprir. Esta dificuldade prende-se com uma panóplia de fatores, que são um entrave à comunicação efetiva, pelo que tentei desenvolver estratégias de comunicação adaptadas a cada situação específica, especialmente em situações de comunicação de más notícias, como a irreversibilidade da situação ou a morte. Foram de inegável contributo os mecanismos de comunicação e de coping que fui desenvolvendo ao longo dos anos como enfermeira em cuidados intensivos e os conteúdos abordados sobre comunicação durante este curso.

No contexto tão específico de atuação como a APH, o facto de estarmos junto dos doentes e das suas famílias, muitas vezes no seu lar, rodeados dos objetos e das pessoas significativas, pode ser dificultador da gestão das situações, das emoções e das intervenções. Em contexto hospitalar, pela descaracterização que os nossos doentes sofrem, torna-se mais fácil o distanciamento terapêutico, mas na APH com as situações a acontecerem no imediato, junto dos familiares, em contextos não “protegidos” como as instituições de saúde, torna-se mais complicado gerir este distanciamento.



Segundo Briga (2010), o hospital é um lugar onde o doente se vê, habitualmente, confrontado com relações diferentes das familiares e sociais às quais está habituado, surgindo como um enredo de interações, constituindo um lugar privilegiado de comunicação pela riqueza das relações que aí se estabelecem. Segundo a mesma autora, a comunicação na relação enfermeiro/doente adquire valor fundamental e é um dos objetivos mais marcantes na gestão dos problemas de enfermagem, pela importância central na relação de cuidar e como indicador da qualidade dos cuidados. A comunicação constitui um instrumento básico da profissão como suporte de todas as ações, já que através da mesma compreendemos a pessoa como um todo, recolhendo informações que nos permitem identificar os problemas. Já no século III AC, Aristóteles estudava a comunicação interpessoal dirigida para determinada audiência (Pereira, 2008).

Para Goleman, citado por Pereira (2008), quando a admissão hospitalar representa para o utente um acontecimento traumático, repleto de emoções fortes, estas interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. De acordo com este autor, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e apreender a informação de forma clara, advindo a necessidade de transmissão de informações, de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário.

Contudo, tanto na APH quanto no SU, a comunicação é dificultada por falta de tempo, abertura ou maturidade para o efeito. Pude constatar, em situações concretas, que um enfermeiro com maturidade profissional, fundamentação teórica e técnica, consegue comunicar de forma adequada e assertiva, em contraposição com quem não possui estas características. No SU, fatores como o domínio do modelo biomédico, a pouca formação na comunicação e a dificuldade de gestão da carga de trabalho e do tempo, favorecem o surgimento de comportamentos estereotipados e impessoais, condicionantes de toda a relação enfermeiro/doente e família (Magalhães, 2009). O estudo de Pereira (2008) revela a extrema importância, nos cuidados de enfermagem, da utilização de uma comunicação mista, verbal e não-verbal, como facilitadora do processo terapêutico e da relação de ajuda.



Comunicar nunca é fácil, e mais difícil se torna quando as notícias são as menos desejadas e as mais temidas. Lannbere, citado por Briga (2010), refere que quando as palavras não têm mais significado e somos confrontados com uma sensação de impotência, é ainda possível embarcar numa viagem onde o contacto, o olhar e a expressão corporal, se tornam os únicos mensageiros de uma comunicação profunda e verdadeira com o doente. Simmel, citado por Mercadier (2004), refere que através do olhar recebemos e damos em troca, já que a alma do próprio observador é descoberta por quem olha, como sinal evidente da reciprocidade das relações humanas.

Passo a descrever a situação de uma ativação na APH, na qual assistimos uma idosa de 75 anos, previamente independente, com alterações do estado de consciência (provável AVC que posteriormente se confirmou). Foi uma avaliação assertiva que não suscitou dúvidas quanto ao encaminhamento da senhora. Contudo, o que me marcou nesta experiência foi o olhar desolado da senhora, também idosa, que partilhava a mesma casa. Aquela senhora precisava de conforto, de uma palavra que eu não fui capaz de dar, dada a rapidez com que iniciamos a transferência e transporte da vítima em estado crítico.

Pelo carácter de atuação da enfermagem em situações de urgência/emergência, algumas das situações não são fáceis de resolver ou de gerir e, como em todas as situações, olhamos, recebemos e damos em troca, mesmo sem intenção, tornando-se essencial desenvolver mecanismos de adaptação às situações, das quais surgem questões de gestão mais complexa.

Foram muitas as situações de doentes em final de vida que encontrei durante os módulos de estágio e é muito difícil sair da nossa zona de conforto, contactar com o outro numa situação tão extrema como a proximidade da morte. O que dizer? Como disfarçar a nossa própria insegurança, o sentimento de impotência? Como evitar as frases vazias de significado que só agravam mais a solidão que o outro sente?

Na minha perspetiva não há formas mais fáceis de lidar com o sofrimento dos outros, especialmente, porque isso nos coloca cara a cara com a inevitabilidade da nossa própria morte e a dor de não conseguirmos ajudar o próximo. Por vezes, escondemo-nos em tarefas mecanicistas, desculpamo-nos com a falta de tempo ou o excesso de trabalho. Mas a verdade é que nos causa



dor. Causa-nos dor lidar com a dor dos outros e pouco conseguir fazer para a aliviar o sofrimento que esta acarreta.

As estratégias que desenvolvi para lidar com estas situações principiam no contrariar a vontade de me manter na minha zona de conforto e acredito que uma escuta empática, uma comunicação verdadeira e honesta são os passos a encetar na comunicação efetiva e no alívio do sofrimento, pela escuta e presença ativas.

Pelas características da APH e do SU, a comunicação de más notícias em contexto inesperado é muito frequente. Compreender a dor de perder alguém que se ama, de forma inesperada, sem possibilidade de despedida, como nos descreve Hennezel (2000), é um imperativo para facilitar o início do processo de luto. A formação e o conhecimento que a experiência, pessoal e profissional, constrói são caminhos para comunicar com quem sofre. Permitir a exteriorização das emoções, dos desabafos, sem julgar e sem pressas ou frases feitas é um dos princípios na relação com o outro que cuidamos.

E foi esta comunicação assertiva, adequada e honesta que presenciei por várias ocasiões, tendo sido um dos assuntos mais debatidos com as equipas.

No SU, a criação de uma sala de família, um local calmo, com algum conforto e silêncio foi, também, uma boa estratégia para humanizar a comunicação com as famílias.

Também a gestão das emoções dos próprios elementos foi um assunto alvo de reflexão neste estágio. Claro que abordar, subtilmente, o assunto é uma estratégia que estimula a reflexão e a mudança de comportamentos. Foram abordados os mecanismos de adaptação que cada enfermeiro utilizava na gestão das situações mais problemáticas, do ponto de vista emocional e profissional, pela discussão e partilha de experiências, para uma assimilação menos traumática dos acontecimentos.

Passo a descrever a situação de uma senhora de 52 anos, com enfarte agudo do miocárdio que deu entrada, trazida pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, consciente, tendo seguido (de acordo com o protocolo de Via Verde Coronária) para o Laboratório de Hemodinâmica para efetuar cateterismo cardíaco. No decorrer do procedimento esta senhora sofreu uma PCR que não foi possível reverter, apesar de todos os esforços envidados.



Esta senhora, como familiares diretos tinha duas filhas, jovens, a quem foi comunicado o óbito. Foi uma situação desesperante, de uma dor imensa e de difícil gestão para a família e para a equipa de saúde.

É verdade que todas as vezes que perdemos um doente, ficamos, de alguma forma diferentes, mesmo que não nos apercebamos de imediato, e torna-se fundamental aprender a lidar com isso, com a distância adequada mas sem nos distanciarmos demasiado, tanto que deixemos de compreender a dor da perda.

Os problemas de saúde influenciam as perceções e o comportamento das famílias, tal como as perceções e comportamentos destas influenciam a saúde dos seus membros. A participação dos familiares nos cuidados ao doente assume extrema importância na vigilância, apoio, acompanhamento e redução da ansiedade e do medo. Pela identificação de alguma resistência de alguns profissionais à participação dos familiares nos cuidados ao doente, coloquei à equipa, de forma informal, algumas questões constantes da escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE)” (Oliveira et al, 2011), no sentido de melhor compreender as atitudes destes profissionais com as famílias. As questões que abordei foram:

- A presença dos familiares dificulta o trabalho?
- Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente?
- A presença de membros da família alivia a carga de trabalho?
- A presença da família acarreta stress?

Na generalidade das respostas a equipa mostrou receptividade à presença dos familiares junto dos utentes, apresentando-os como uma mais-valia na comunicação com os utentes e na vigilância dos mesmos. A receptividade demonstrada quanto à participação dos familiares nos cuidados de enfermagem foi menor, existindo a referência à ingerência nos cuidados e ao dispêndio de tempo associados. No global, as respostas não apontavam a família como fator de alívio da carga de trabalho, sendo, por vezes, apontada como fator dificultador e gerador de stress nas situações de conflito. Os elementos com mais tempo de experiência profissional mostraram-se mais receptivos à presença dos familiares e



à participação ativa nos cuidados, referindo-os como momentos propícios à educação para a saúde e à identificação de necessidades.

Deixei a sugestão aos elementos da equipa de desenvolverem um estudo de investigação, com a utilização desta escala, alargado a toda a equipa de enfermagem do SU, com o objetivo de identificar as atitudes dos mesmos perante os familiares, com a finalidade de apresentação de sugestões e estratégias, neste âmbito, contributivas para a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes e suas famílias. Como refere Figueiredo (2011), em todos os contextos de cuidados de saúde, as famílias podem e devem ser integradas como parceiras nos cuidados, perspetivando a articulação e continuidade entre todos os atores do processo de cuidar, podendo revelar-se, como refere Varela (2011), fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação intrínsecos ao seu desenvolvimento.

Parece-me que estas questões, colocadas de forma informal, propiciaram a reflexão sobre as atitudes dos enfermeiros do SU perante as famílias, podendo ser propulsores de mudança de comportamentos, essencialmente, dos elementos com maior dificuldade em encarar os familiares como parceiros nos cuidados de enfermagem, na responsabilidade do cuidar e na reciprocidade de partilha e tomada de decisão.

Num local como o SU, a prática de enfermagem avançada é uma das vertentes privilegiadas, contudo, apesar de ainda ser pouco valorizado, os enfermeiros do SU identificam focos da prática de enfermagem, elaboram diagnósticos de enfermagem, implementam intervenções autónomas e avaliam as suas intervenções, refletindo sobre a sua prática, de uma forma crítica, tendo em consideração o doente/família que se lhes apresenta e não o diagnóstico como soma de sinais e sintomas, isoladamente, e separados do seu contexto. E é isto que é importante valorizar na enfermagem como profissão e como ciência produtora de conhecimento.

O constrangimento de tempo e de recursos humanos influencia a atitude do enfermeiro, o seu desenvolvimento e desempenho. Claramente, que a enfermagem avançada implica muito conhecimento do domínio da prática avançada relacionada com o local de desempenho, a evolução tecnológica e



farmacológica. Todavia, trata-se de ser isso e muito mais, de saber fazer bem, de desempenhar intervenções interdependentes e independentes de forma assertiva, correta e fluida, mas também de avaliar os resultados dessas intervenções e de as adaptar ao doente num determinado contexto, de uma forma global e ponderada.

Um enfermeiro é muito mais que um bom executor. Debruça-se sobre focos da prática de enfermagem tendo como objeto de estudo as respostas humanas quanto aos processos de saúde e doença e às transições, em interação com quem cuida (Silva, 2007).

Cada vez mais, a prática baseia-se na evidência e sendo os enfermeiros produtores e consumidores do conhecimento proveniente da investigação, têm um papel preponderante na evolução da mesma como profissão e ciência. Como nos refere, Stotts, citado por Galvão, Sawada & Trevizan (2004), a prática baseada na evidência (PBE) é fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência, envolvendo a definição do problema clínico, com a recolha das informações necessárias, pesquisa e avaliação crítica da literatura e aplicabilidade da informação recolhida nas situações concretas dos doentes. Referindo Estabrooks e Ingersoll, as mesmas autoras afirmam, a PBE, como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações provenientes de teorias e pesquisas, relevantes para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos, levando em consideração as necessidades individuais e as preferências.

É através da melhoria do nosso desempenho, acompanhando o evoluir da sociedade e a modernidade, que nos podemos impor na sociedade atual como marcos fundamentais nos cuidados de saúde, globais, totais e apropriados.

Refletir sobre a prática, integrando os conhecimentos teóricos e adequando-os a cada contexto, é algo que se revela difícil mas fundamental e inerente ao avançar da Enfermagem.

A qualidade dos cuidados está intimamente ligada à integração dos conhecimentos que produzimos. A investigação em enfermagem é ainda vista como difícil e pouco útil mas no dia-a-dia de uma urgência polivalente de um grande centro urbano e nos diferentes meios INEM, é notória a integração dos conhecimentos desenvolvidos e aprofundados.



Apesar de não pensarmos muito nisso, todos os dias colhemos dados quanto ao nosso doente/família, efetuamos diagnósticos (mesmo sem ser numa linguagem padronizada), implementamos intervenções e avaliamos resultados. Falta uniformizar a forma como o fazemos e valorizá-lo, já que estamos numa posição privilegiada de contacto com a sociedade.

Conhecimento é crucial para a tomada de decisão de forma competente e refletida e adequada a cada situação concreta.

Em suma, atualmente, o relevo dado ao paradigma biomédico numa lógica executiva perde relevo para uma lógica mais conceptual apoiada nos conhecimentos produzidos pela investigação e com a integração das teorias de enfermagem.

É uma das competências do EE a reflexão crítica e fundamentada sobre situações complexas e reais, pelo que as situações mais problemáticas foram discutidas com a tutora e com a restante equipa e objeto de reflexão ponderada no que concerne ao que foi efetuado, ao que sugerem os protocolos e àquilo que a evidência demonstra, adequada a cada contexto e situação específicas. De salientar, que alguns elementos das equipas revelaram consciência crítica e fundamentada sobre os pontos fortes e fracos da sua atuação, o que revela a sua maturidade pessoal e profissional, complementada pela qualidade da partilha de reflexão sobre a prática.

Nas atividades desenvolvidas, de acordo com os objetivos delineados, perspetivei interligar o saber académico e a sua componente prática, procurando de uma forma reflexiva, fundamentada e adequada, melhorar as minhas práticas, como futura EE no desenvolvimento de competências no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados.





2. Domínio da Prática Profissional, Ética e Legal

Como nos informa a OE (2009a) este domínio, assenta numa prática que sustenta a sua ação, com base num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, através da avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade e liberdade de escolha do cliente. Simultaneamente, realiza-se na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A prática profissional que respeita os campos, ético e deontológico, é uma competência comum a todos os enfermeiros, pelo que procurei, nos dois módulos de estágio, desenvolver estes domínios a um nível compatível com o do EE.

No decurso deste dois módulos, analisei e refleti, criticamente, sobre a correção da minha prática, e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, baseadas na legislação existente sobre o assunto. Tentei ser um apoio para os colegas no que concerne a questões éticas e deontológicas que foram, amplamente discutidas em contexto de estágio, em situações concretas, e com recurso a pesquisa bibliográfica em documentos como a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Bases da Saúde, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), o Código Civil e o Código Penal, assim como a literatura e conhecimentos debatidos na Disciplina do 1º semestre Direito da Saúde e o debate sobre Ética na Emergência inserido na Disciplina de EMC.

Com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar competências neste âmbito de atuação desenvolvi atividades no sentido da consecução dos seguintes objetivos:



- Refletir sobre questões e dilemas éticos, no âmbito da APH e em contexto de SU;
- Proporcionar momentos de reflexão e discussão com a equipa as situações mais complexas do ponto de vista ético, deontológico ou jurídico, decorrentes do contexto prático;
- Desenvolver e promover a prática profissional, com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

As normas de atuação dos enfermeiros no que concerne a uma prática com respeito pelas normas de conduta deontológica estão amplamente consagradas no CDE. Este imprescindível documento refere que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.” (OE, 2003b, p.21) tendo como princípio orientador o “respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (OE, 2003b, p.29) e que o enfermeiro ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (OE, 2003b, p.39) assegurando a defesa e proteção da pessoa de práticas contrárias à lei, à ética ou ao bem comum.

Em contexto da APH, segundo o Código Deontológico, o enfermeiro assume um papel fundamental de acrescida responsabilidade “no atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2003b, p.65), e na valorização da qualidade de vida através de todos os esforços profissionais pelo que, por vezes, surgem alguns dilemas éticos como a decisão de reanimar ou não reanimar.

Relatando o caso de uma ativação por alteração do estado de consciência de um senhor de 81 anos, com vários antecedentes que lhe condicionavam a qualidade de vida, dependente nas atividades de vida diária (AVD), com pouca vida de relação por demência, que se encontrava em PCR, à nossa chegada, em manobras de reanimação há cerca de 10 minutos. Procedemos à monitorização e como estava em ritmo desfibrilhável foi decidido pela equipa proceder de acordo com o algoritmo de SAV. As técnicas invasivas e agressivas sucederam-se a uma grande velocidade na presença dos familiares. A recuperação da circulação espontânea acabou por acontecer e procedemos ao transporte da vítima para a SE do hospital de referência, onde acabou por falecer.



Na atuação em contexto de emergência, seja na APH ou no SU, apresenta-se o dilema de reanimar ou não. Com informações limitadas e inconclusivas torna-se muito difícil a decisão de não reanimar, razão pela qual se reanimam pessoas que, provavelmente, não teriam indicação para isso. A decisão de não reanimar em contexto hospitalar decorre de um conjunto de informações bem fundamentadas enquanto, num contexto de atuação inesperado, com escassa informação, em situações que implicam atuação imediata, a tomada de decisão por parte da equipa de saúde de não avançar com as manobras de reanimação advém da crença de que estas intervenções poderão não trazer qualquer benefício quanto à qualidade de vida do doente.

No caso relatado, o doente, tinha uma causa reversível de PCR, uma situação de insuficiência ventilatória por pneumonia, com critérios para ser reanimado. Contudo, por todas as questões envolventes, quanto ao grau de dependência, à qualidade de vida prévia, no sentido de não prolongar o sofrimento indevido do doente, a decisão de não reanimar poderia ter sido tomada. As situações de reanimação são de grande aparato, onde se sucedem técnicas altamente invasivas, que podem ser vistas como agressivas e violentas pelos familiares. Por outro lado, também, pode ser facilitador do processo de luto já que presenciam todos os esforços envidados no sentido de recuperar o familiar.

Relativamente à presença dos familiares durante as manobras de reanimação, tendo em consideração as experiências na APH, nas quais os familiares presenciaram a atuação da equipa do INEM e as situações no SU, nas quais os familiares não presenciam estas intervenções, pesquisei sobre o assunto e discuti esta temática com as equipas que contactei. Segundo a pesquisa bibliográfica que efetuei, concernente às vantagens e desvantagens da presença dos familiares aquando das manobras de reanimação, para McClement, Fallis & Pereira (2009), a experiência de ter um ente querido em situação de PCR é uma situação muito emotiva para a família, sendo esta “isolada”, longe das manobras de reanimação. As mesmas autoras veiculam a ideia de que esta prática está em alteração, de acordo com o crescente enfoque nos cuidados centrados na família e às vantagens, descritas na literatura.

A presença da família durante as manobras de reanimação está contemplada nas guidelines do Conselho Europeu de Ressuscitação, todavia nem



todos os países europeus aceitam esta recomendação. Os países anglo-saxónicos, como a Irlanda e o Reino Unido manifestaram maior abertura quanto a este assunto, do que os restantes países europeus (McClement, Fallis e Pereira, 2009). Os estudos de McClement, Fallis & Pereira (2009), Cottle & James (2008), e Fell (2009) apresentam resultados similares no que concerne às vantagens da presença da família durante a reanimação, sendo estes: uma melhor aceitação da morte por parte da família, que tem possibilidade de verificar os esforços feitos pela equipa; o facto de a equipa encarar o doente contextualizando-o na família e não como mais um doente; a possibilidade do familiar proporcionar apoio e conforto ao ente querido naquelas que poderão ser as suas últimas horas, despedindo-se do mesmo. Para além destas vantagens, Agard (2008) reporta uma menor incidência de stress pós-traumático, nos familiares que assistiram a manobras de reanimação, e uma menor incidência de processos judiciais contra os profissionais, já que, são presenciados pelos familiares os esforços efetuados pela equipa de reanimação.

A presença da família durante medidas de SAV traduz, contudo, desvantagens, tanto para os profissionais como para a família. Como desvantagens para os profissionais de saúde apontam-se: os sentimentos de ansiedade e desconforto pela sensação de avaliação pela família; o receio de processos judiciais; restrições de mecanismos de *coping*, como o humor, e as interrupções que poderão ser originadas pela família (McClement, Fallis & Pereira, 2009; Cottle & James, 2008 e Fell, 2009). Quanto aos familiares as desvantagens associam-se aos riscos físicos, como acidentes durante a desfibrilhação, e psicológicos resultantes da vivência de procedimentos invasivos, considerados agressivos e chocantes (McClement, Fallis & Pereira, 2009; Agard, 2008; Cottle & James, 2008 e Fell, 2009).

De acordo com estes autores, revela-se necessário, no cuidado à família, um elemento que não participe nas manobras de reanimação preparando, dentro do possível, a pessoa para o que irá presenciar, estabelecendo normas de conduta, esclarecendo todos os procedimentos efetuados, complementando com a informação considerada relevante. Vários estudos apontam o enfermeiro como o profissional ideal para desempenhar este papel de elemento facilitador, não só pelas suas competências a nível de SAV, como também a nível de suporte



familiar (Cottle & James, 2008). Ellison, citado por Cottle & James, (2008) refere que 70% dos enfermeiros não sentem capacidades para lidar com as necessidades das famílias que testemunham manobras de SAV. Um estudo de Mian, citado por Fell (2009), relata o caso de enfermeiros que, inicialmente, se apresentavam relutantes à presença da família nas manobras de reanimação mas que, quando confrontados com a situação, a aceitaram. York, citado por Agard (2008), remete-nos para a relevância de uma equipa multidisciplinar com complementaridade de atuação no que respeita ao suporte familiar. Em suma, existem vantagens e condicionantes menos vantajosas à presença da família durante manobras de reanimação, pelo que o profissional deverá, com uma atitude crítica, avaliar cada situação concreta e atuar em conformidade. Na realidade portuguesa, a prática continua a ser a de afastar os familiares, não permitindo a sua presença durante as manobras de reanimação. Cabe aos profissionais de enfermagem, fundamentadamente, divulgar a informação e promover a reflexão sobre este assunto, envolvendo as chefias da instituição na mudança e implementação de normas sobre esta temática.

Aproveitando para referir o assunto do morrer em casa, apercebi-me que cada vez mais, seja por desconhecimento ou por deliberada vontade, os familiares de doentes agónicos, ativam os meios da APH e recorrem ao SU. Na nossa sociedade contemporânea, apesar da “morte estar presente na vida de cada ser humano, atualmente representa a conspiração do silêncio” (Araújo & Vieira, 2004, p.361), onde não se fala da morte e da finitude da vida. Quanto ao tema do morrer em casa, Starzewski, Rolim & Morrone (2005), referem que as pessoas que morriam nos seus domicílios rodeadas de familiares e amigos, viviam o final da vida com mais qualidade, humanamente, socialmente, não tecnicamente pois o “ que horroriza é a morte vil, que retira toda a dignidade da pessoa e mostra toda a sua vida como insignificante” (Starzewski, Rolim & Morrone, 2005, p.11).

Um doente em estado terminal que se encontra no domicílio com os seus familiares, rodeado das pessoas e das memórias que lhe são queridas, em estado de agonia, é arrancado ao seio do seu lar porque os familiares, sem saberem o que fazer para aliviar a dor e o sofrimento de quem está para partir, ativam os meios de emergência pré-hospitalar, que atuam em conformidade. Não raras



vezes estes doentes acabam na urgência de um hospital, submetidos a exames e técnicas invasivas e dolorosas. Relativamente a este assunto a OE revela que a “formação ética, deontológica e jurídica é indispensável para, primeiro problematizar as situações que surgem em cada dia e depois, procurar, incluindo a necessária discussão em equipa, as melhores soluções para cada caso concreto.” (OE, 2010c, p.7).

A justiça na atuação está em prestar os cuidados de acordo com cada situação, porque esta é única e preciosa, enfatizando o facto que a formação ética, deontológica e jurídica constitui o alicerce para a necessidade de decidir de forma diferente, adequada a cada circunstância, no sentido de evitar situações de tratamentos inúteis e fúteis, que prolongam o sofrimento para o doente ou a sua família.

Outro momento marcante de reflexão prende-se com os doentes em situação de fim de vida, cujo objetivo de atuação deveria ser a redução dos estímulos desagradáveis, o controlo da dor e a diminuição do sofrimento. O caso de um senhor idoso, em fase agónica, no qual a família exigiu o transporte porque referia não conseguir lidar com a situação deste doente morrer em casa. Foi explicada a irreversibilidade da situação e o desfecho provável em pouco tempo e questionada a família sobre a vontade do idoso falecer em casa ou no hospital. Como este senhor não estava consciente para exercer o seu direito de escolha, quando confrontados com a inevitabilidade da situação e as questões da equipa, a família optou por recusar o transporte e manter o seu familiar no seu quarto e na sua cama.

Apesar de alguns esforços encetados nesse sentido, por diversas vezes, doentes nestas circunstâncias foram sujeitos a procedimentos invasivos e geradores de dor e desconforto, fruto da inexperiência da equipa multidisciplinar e da falta de formação nestas áreas tão particulares. Como na APH, e sendo o SU um recurso disponível para todos, assiste-se, claramente, a uma incapacidade das famílias de identificar e lidar com o doente agónico, recorrendo, frequentemente a este serviço pela incapacidade de encarar a morte como etapa natural do ciclo vital, pela dificuldade de controlar a dor e o sofrimento do doente moribundo ou, simplesmente, porque não têm condições para tal. Das discussões com os elementos das equipas nos locais de estágio, a estratégia para minimizar



a ocorrência desta situação passaria pela adequada resposta a nível dos cuidados de saúde primários com formação de equipas vocacionadas com o objetivo de proporcionar conforto e cuidados adaptados, tanto ao doente terminal, quanto ao seu cuidador e família, constituindo esta uma estratégia de redução da afluência à APH e ao SU e de redução do sofrimento e desconforto para os intervenientes.

Margaret Somerville, citada por Brennan (2007) aponta o alívio da dor e do sofrimento do doente terminal como um direito humano. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013a), preconiza que todos os países devem desenvolver e implementar uma política nacional de cuidados paliativos, assegurando a formação e dotação dos profissionais de saúde e a sensibilização da população. Para a OMS (2013b) os cuidados paliativos procuram o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida, tanto para o doente terminal como para os seus familiares. Segundo Capelas (2009) a implementação dos cuidados paliativos deve respeitar uma estratégia ordenada de gestão de recursos. Para Stjernswärd, Foley & Ferris (2007) a efetiva implementação de um programa nacional de cuidados paliativos de qualidade deverá assentar em quatro conceitos fundamentais: adequação, disponibilização de fármacos, formação dos profissionais e da população e, implementação diversificada e equitativa dos recursos. Capelas (2009), no seu estudo, refere que em Portugal estamos muito aquém do que é recomendado. O mesmo autor revela-nos que as equipas de cuidados paliativos domiciliários, alicerce de todo o sistema estão muito abaixo do desejável. Quanto às unidades de internamento, que são as mais desenvolvidas, aponta-as como não prioritárias já que estas estão dirigidas a situações específicas como exaustão de cuidadores e descontrolo sintomático que não consiga ser colmatado no domicílio ou pelas equipas de suporte intra-hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) com o aumento progressivo do número de idosos estima-se que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. No sentido de colmatar as necessidades desta população o Ministério da Saúde continua a desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Ministério da Saúde, 2010).



Nas situações urgentes e emergentes surgem algumas questões éticas relacionadas com o consentimento informado que, segundo Mariz (2005), consiste num processo que impele os enfermeiros a conhecer o conceito e os destinatários e a informar comunicando. O consentimento informado nas situações de emergência transforma-se em consentimento presumido, que é equiparado ao consentimento efetivo e, segundo o Código Penal Português (Portugal, 1995), atua na presunção de que a pessoa consentiria nesse facto, se conhecesse as circunstâncias do mesmo. A maior parte das situações onde participei tinham carácter urgente mas não emergente. Pelo que as vítimas foram informadas de tudo o que se fazia e qual o encaminhamento previsto, tendo a liberdade de recusar ou aceitar de forma esclarecida e informada como exposto na Base XIV da Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990, p.3454) que define o estatuto dos utentes, definindo que os mesmos têm direito de “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta”, e o direito de serem informados “sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado”.

Por algumas vezes foram recusados os nossos cuidados e o transporte para o hospital. Foi o caso de um senhor diabético de 75 anos, insulínodépendente com alteração do estado de consciência por hipoglicemia, que após reversão do quadro, recusou ser transportado ao hospital por ser algo que estaria resolvido sem necessitar de outro encaminhamento, na opinião do próprio. Efetuamos o ensino sobre sinais e sintomas de hipoglicemia, cuidados a ter com a alimentação e administração de insulina e deixamos o domicílio do senhor respeitando o direito à liberdade de recusar a prestação de cuidados. Assim como numa outra situação de um senhor de 60 anos, doente em estado terminal por adenocarcinoma peritoneal disseminado, com dispneia acentuada em repouso que recusou os nossos cuidados. Acatamos a decisão do senhor, apesar dos pedidos insistentes dos familiares a quem explicamos que não podemos obrigar ninguém a aceitar as nossas intervenções. Mesmo assim, foram feitas algumas sugestões aos familiares, quanto ao posicionamento em fowler ou semi-fowler, o que poderia atenuar aquele quadro tão marcado de dispneia. Compreensível a atitude deste senhor farto de procedimentos invasivos, dolorosos e inúteis mas, para mim, como enfermeira, é difícil deixar alguém que está tão desconfortável e



em sofrimento. Pelo menos quanto ao sofrimento físico poderíamos ter aliviado um pouco a dispneia no sentido de proporcionar mais conforto, para este senhor e para os familiares. Esta situação, também é difícil de gerir para os profissionais de saúde, acomete-nos uma sensação de impotência, de frustração e insucesso. Será que a comunicação foi pouca assertiva? Não envidei os esforços necessários? Mas a verdade é que não podemos ultrapassar a vontade do doente, é um direito que lhe assiste e um dever que se impõe.

Relativamente a este assunto gostaria de partilhar o caso de um doente de 80 anos, insuficiente renal, em programa de diálise 3 vezes por semana, que decidiu não efetuar a última sessão de diálise, dito pela família, plenamente consciente dos riscos e consequências do seu ato. Com previsível agravamento do estado geral, é trazido ao SU pela família num quadro de alteração do estado de consciência, em contexto de hipercaliemia. Apesar da vontade manifestada pelo doente, anteriormente, de recusar conscientemente o tratamento, este foi encarado como incapaz, pela confusão, de decidir sobre a efetivação, ou não, do tratamento. Foi encaminhado para a sessão de Hemodiálise. No decorrer do tratamento sofreu uma PCR, sem sucesso nas manobras de reanimação. Esta experiência fez-me refletir sobre a ingerência das crenças, valores e desejos dos profissionais de saúde na avaliação dos doentes resguardando-se do incumprimento do respeito do princípio de autonomia, na confusão do doente, quando este sabe, perfeitamente, o que quer e não quer. Exemplificando, quantas vezes um doente nos diz que não quer que sejam envidados mais esforços no tratamento ou recusa o mesmo e temos tendência, quase imediatamente, de rotulá-lo como desorientado e confuso, incapaz de decidir de forma consciente. É verdade que alguns doentes estão mesmo confusos ou pouco informados das consequências da recusa do tratamento e cabe à equipa de saúde proceder a uma avaliação cuidada do estado de consciência e de informar o doente das consequências concretas da sua recusa, no respeito pelo dever de informação e pelo princípio de autonomia.

No módulo de estágio no SU, tendo em conta as condicionantes de espaço, apercebi-me que, aquando da comunicação com os doentes e a sua família, das passagens de turno, de enfermagem e médicas, o sigilo profissional ficava comprometido pois, apesar de ser num tom de voz baixo, os



acompanhantes e utentes mais próximos também escutavam a informação respeitante ao doente. A sugestão seria a transmissão da informação num ambiente mais protegido, o que por sua vez dificulta a identificação dos doentes, dada a característica de distribuição física em setores como a área amarela, que não permite a visualização de todos os doentes.

O utente tem o direito de acompanhamento integral no SU, como exposto na Lei n.º33/2009 de 14 de Julho (Portugal, 2009b). Neste SU 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, limita este direito, havendo a necessidade de limitação do tempo de permanência dos acompanhantes de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde. Efetivamente o acompanhamento integral acaba por ser periódico, apesar do esforço envidado pela equipa de saúde. O espaço físico é, também, uma condicionante quanto a este assunto e quanto à preservação da privacidade, pois os gabinetes são poucos, divididos por cortinas e muitas vezes partilhados por dois doentes.

As pesquisas que efetuei, neste âmbito, permitiram-me adquirir conhecimento e divulgá-lo aos profissionais com quem contactei, através do diálogo e reflexão com contributos a nível da formação informal e do incentivo à investigação, proporcionando momentos enriquecedores de partilha de experiências e opiniões.

No decurso destes dois módulos de estágio, várias foram as situações onde foi necessário pautar a minha atuação salvaguardando o direito do doente à sua intimidade, tanto protegendo-o da exposição excessiva, respeitando o pudor e interioridade inerentes à pessoa, quanto limitando a ingerência na sua vida privada pelos outros doentes, familiares, ou pelos próprios profissionais de saúde.

Tanto o contexto da APH como o contexto de atuação no SU são contextos específicos e desafiantes, impondo-se aos enfermeiros uma assertiva e adequada postura, com responsabilidade ética, deontológica e jurídica na tomada de



decisão, como parte integrante de um processo contínuo, avaliado pela sociedade e pelos pares em situações, cada vez mais complexas e desafiantes.

De acordo com o exposto, as atividades, reflexivamente, desenvolvidas em consonância com os objetivos delineados permitiram-me desenvolver competências no Domínio de uma Prática Responsável, do ponto de vista Legal, Deontológico e Ético.





3. Domínio da Gestão da Qualidade

O atendimento Urgente/Emergente assume-se como um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, que deve aliar um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, através da rentabilização dos recursos disponíveis.

Cuidados de qualidade são bons cuidados mas “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.10). Como explícito na Constituição Portuguesa, os consumidores “têm direito à qualidade dos bens e serviços consumidos” (Portugal, 1976).

A OE (OE, 2001) enfatiza a necessidade de reflexão sobre a prática, no sentido de definir objetivos e delinear estratégias para a sua consecução, como indispensável para a qualidade dos cuidados de saúde.

Com a finalidade de adquirir e aperfeiçoar esta competência, desenvolvem-se atividades no sentido da consecução dos objetivos seguintes:

- Promover formação em serviço na área de EEMC, identificando necessidades formativas, e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC;
- Formular e analisar questões passíveis de serem intervencionadas no âmbito da EEMC, de forma autónoma e em conjunto com a equipa de trabalho, no âmbito da gestão de qualidade;



- Participar em programas de melhoria contínua da qualidade.

No decorrer dos estágios identifiquei situações problema, para as quais propus e discuti com os tutores oportunidades de melhoria, a que me remeterei de seguida.

Formação dos profissionais

Sendo a formação profissional uma componente fulcral da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, procurei definir os moldes da mesma nos locais onde efetuei estágio, através dos tutores, dos restantes elementos da equipa e em entrevista com a enfermeira chefe do SU do HSJ (Anexo II).

Tanto no INEM quanto no HSJ existem planos de formação anual definidos pelo Departamento de Educação Permanente de cada instituição. Relativamente às ambulâncias SIV do INEM, além do plano anual referido acresce um plano de formação próprio, definido e sugerido pelos próprios elementos dos meios, sendo os próprios elementos ou convidados a efetuar as formações nas instalações das bases. Os planos de formação nestes meios são mensais, contudo, devido às mudanças na organização funcional e estrutural do INEM, resultando num clima de insegurança e desmotivação, as formações, durante o período de estágio, não aconteceram. No SU, para além do plano anual crescem as formações, sugeridas ou solicitadas, pelos elementos do serviço, sendo estas agendadas com cada equipa ou grupo profissional em particular.

Sendo este um método de formação complementar, definido anualmente, assume-se como uma mais-valia, já que, permite a transmissão de conhecimentos teóricos e a consolidação dos conhecimentos práticos, de acordo com as necessidades identificadas pelos elementos, em situações concretas da sua atuação.

No SU do HSJ, com o objetivo da dotação adequada das equipas, são identificados os profissionais, que pelas competências demonstradas no seu percurso, possam tirar maior proveito das formações de SAV, SIV e STM, funcionando estas como motivação para a melhoria contínua do desempenho.

Ao longo dos períodos de estágio foram diversos os períodos formativos, potenciados pela discussão de temáticas decorrentes de casos concretos, como as reflexões: com os profissionais sobre a presença da família nas manobras de reanimação, o respeito pela intimidade e sigilo profissional; abordagem ao doente



politraumatizado; competências do EE; adesão ao regime terapêutico; educação para a saúde, parceria de cuidados de enfermagem com as famílias; processo de enfermagem; RMDE como fio condutor e estratégia de melhoria dos registos de enfermagem; síndrome compartimental abdominal (SCA) e avaliação da pressão intra-abdominal (PIA); medidas para controlo de infeção; estratégias de comunicação com os familiares em contexto de urgência e na comunicação de más notícias; a importância do juízo crítico e experiência do enfermeiro no STM; adequação da Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba aos cuidados de enfermagem no SU, na perspetiva da prática de enfermagem avançada. Estes momentos de partilha, com os elementos da equipa, permitiram-me, não só divulgar informação resultante das pesquisas que efetuei, como também beneficiar com a troca de conhecimento e experiência dos profissionais do terreno, numa interativa reflexão prática.

Falta de formação da população

Foram identificadas necessidades formativas da população no âmbito do funcionamento dos Sistemas de Emergência Médica e da Cadeia de Sobrevivência, pelo que participei na formação “Como ativar o INEM” (Anexo III) dirigida a crianças e participei no Mass Training do INEM no papel de formadora quanto ao SBV, com adolescentes, que abordarei no capítulo seguinte. Este público-alvo com faixas etárias mais jovens tem a capacidade de abranger uma maior população, transmitindo a informação recebida aos seus familiares e vizinhos.

Foi, também identificada a necessidade de formação da população concernente ao funcionamento do STM, da definição das prioridades de atendimento e dos tempos previstos para o atendimento, havendo lugar a esclarecimento de dúvidas sobre a mesma, como forma de divulgação de informação e gestão de conflitos com os doentes e os acompanhantes.

Necessidade de educação para a saúde.

O recurso aos meios da APH e do SU em situações de agudização de condições crónicas, por não adesão ou má gestão do regime terapêutico são situações muito frequentes, nas quais assume extrema relevância a educação para a saúde.



Com o envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas, como a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou o cancro, a diminuição de recursos financeiros e a insuficiente rede de apoio social, o profissional da APH e do SU, com a missão de prestar cuidados a pessoas em situação aguda urgente/emergente, é confrontado com o crescente número de situações de agudização de doenças crónicas. Estas agudizações são, muitas vezes, evitáveis através da adoção de comportamentos recomendados e de adequados apoios sociais. Como referido, assiste-se à crescente intervenção do profissional da APH e do SU, em situações de agudização de condições crónicas, na maioria, por uma má gestão do regime terapêutico.

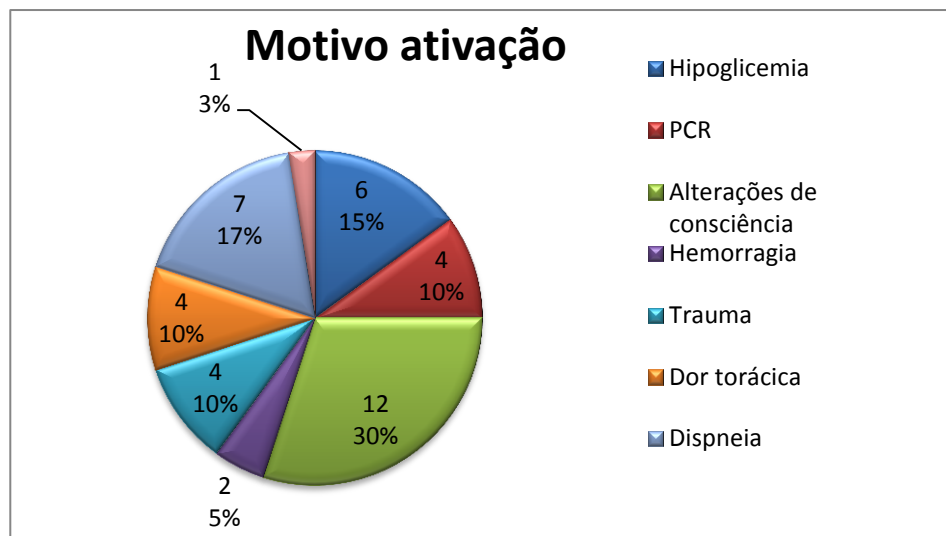
A colaboração com os cuidados de saúde primários pode apresentar-se como uma solução eficaz, através da identificação de situações problema pelo enfermeiro e do seu encaminhamento para a unidade de saúde. Na maioria destas situações um acompanhamento mais próximo dos doentes crónicos, com redes de apoio, que poderiam ser de consulta telefónica, educação para a saúde e avaliação da efetividade da mesma no contexto domiciliário, numa política de maior proximidade, traduziriam ganhos em saúde. Claro que a falta de recursos dos cuidados de saúde primários são o principal entrave a esta política de maior proximidade mas, com certeza que investir em equipas vocacionadas para a avaliação dos doentes crónicos, numa política de maior proximidade e interatividade, é menos dispendioso que os custos inerentes à agudização destas situações. Os custos financeiros são importantes na utilização dos recursos hospitalares, acrescentando a estes os custos humanos e emocionais de descompensações de situações crónicas com as quais o doente vai aprendendo a viver.

A articulação entre os meios INEM e os cuidados de saúde primários realiza-se no projeto que a SIV Gondomar se encontra a desenvolver, em parceria com o centro de saúde onde estão, temporariamente alojados, no qual foram estabelecidos critérios de referenciação de doentes, que necessitam de apoio social ou cuidados de saúde, com o objetivo de ser efetuada uma visita domiciliária por um enfermeiro da unidade de saúde. Este projeto encontra-se em desenvolvimento e a aguardar uma provável extensão a outras SIV.

Dada a conjuntura atual, de dificuldades financeiras, além da falta de formação e informação quanto à adesão ao regime terapêutico nos doentes crónicos, assisti a situações nas quais a não adesão ao regime terapêutico devia-se à dificuldade económica de compra de medicamentos ou de ter uma alimentação variada e cuidada. As situações mais problemáticas, no contexto de necessidade de apoio social, no contexto do SU, foram encaminhadas para o Gabinete de Apoio Social para que os doentes fossem encaminhados de acordo com as necessidades manifestadas a este nível.

Tendo em conta as necessidades de educação para a saúde identificadas nas ativações por não adesão e má gestão do regime terapêutico, resolvi colher dados sobre o número das ativações nas quais foram efetuadas educações para a saúde. Esta recolha de dados foi efetuada tendo por base um formulário eletrónico de caracterização das ativações de forma a melhor organizar e tratar os dados.

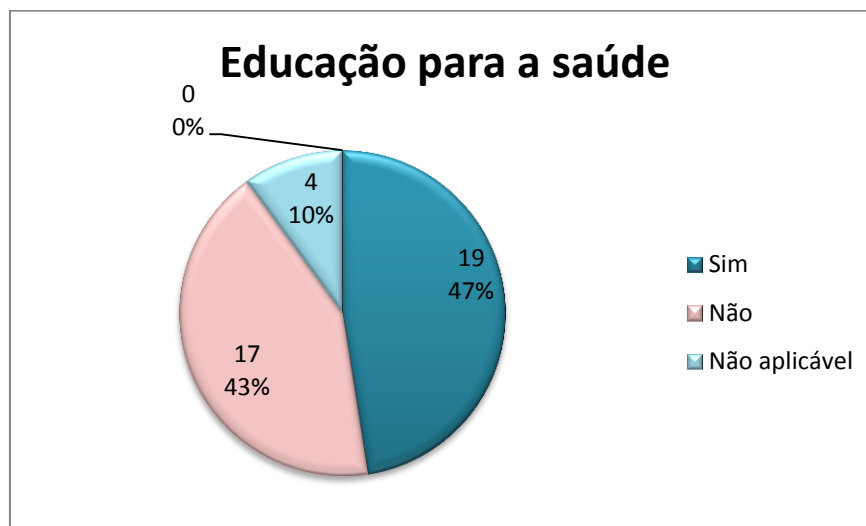
Gráfico 1. Motivos da ativação na chamada CODU.



A maior parte das ativações dos meios INEM durante os turnos de estágio foram alterações do estado de consciência com 30% das ativações, dispneia com 17% das ativações e hipoglicemia com 15% das ativações. Algumas das alterações do estado de consciência eram por hipoglicemia. Na grande maioria das ativações por hipoglicemia, esta devia-se a uma inadequada gestão do regime terapêutico com erros de administração de medicação ou má gestão da alimentação. Nas situações de dispneia as causas eram uma descompensação

da doença de base, da DPOC, por vezes por incumprimento da terapêutica mas na maioria das vezes por provável infeção.

Gráfico 2. Percentagem de ações de educação para a saúde efetuadas nas ativações INEM.



Efetuuou-se educação para saúde em 47% das ativações, na maioria sobre gestão do regime terapêutico, alimentação e gestão do stress do cuidador. Em 17 das ativações não foi identificada essa necessidade e em 10% não aplicável por situações de PCR ou trauma.

Em ambos os módulos de estágio, foram, também, efetuadas diversas educações para a saúde no que concerne: aos cuidados com o doente com dispositivos como sonda nasogástrica e algália; posicionamentos no leito e prevenção de úlceras de pressão; alimentação e hidratação em doentes com disfagia ou recusa alimentar e prevenção da exaustão do cuidador. Apesar do limitado tempo de contato, com a maior parte destes doentes e as suas famílias, foi possível efetuar educações para a saúde e avaliar a integração de conhecimentos sobre os assuntos abordados. Assume-se, também, de maior relevância, a articulação com os centros de saúde, no sentido da avaliação contínua das necessidades de educação para a saúde identificadas nestes doentes, tornando-se fundamental a carta de transferência de enfermagem, no sentido de os encaminhar no que concerne a cuidados de enfermagem. Este tipo de intervenções deveriam ser implementadas pelos cuidados de saúde primários e não pelos serviços vocacionados para intervenções em situações urgentes e emergentes. Como já foi referido, uma maior proximidade dos cuidados de saúde



primários das populações, nomeadamente dos doentes crónicos, no sentido de identificar necessidades de educação para a saúde poderá ser uma estratégia eficaz para reduzir a utilização dos recursos da APH e dos SU.

Localização das balas de oxigénio e detergentes

Em alguns meios INEM onde estive, as balas de oxigénio e os detergentes eram guardados com o restante material, não existindo um local adequado e seguro para as guardar. Após discussão com o tutor sobre este risco para os elementos da equipa referiu-me que era algo já mencionado às chefias e que estavam no momento a tomar providências nesse sentido;

Controlo de infeção.

Foram detetadas situações passíveis de melhoria relacionadas com a **higienização das mãos**, essencialmente, antes da abordagem do doente. Identifiquei uma grande adesão à higienização das mãos pela utilização da solução alcoólica, estando estas, estrategicamente, colocadas nos setores no SU e nos meios INEM de forma a otimizar esta situação, sobretudo após o contacto com o doente e o ambiente circundante.

A higienização das mãos é um projeto em contínuo desenvolvimento no HSJ, sendo auditado e alvo de formações frequentemente. Na entrevista com a enfermeira chefe do SU, este foi um dos pontos, na área de controlo de infeção, que esta considerou mais difíceis de concretizar. Durante o meu estágio, este ponto foi, também, muito debatido com os elementos da equipa, denotando-se uma maior adesão à higienização das mãos, prévia ao contato com os doentes.

Outro ponto encarado como oportunidade de melhoria, neste âmbito, foi a utilização de sistemas de **humificação de oxigénio**. Constatei a utilização do mesmo sistema de humidificação Aquapak® em vários doentes. Esta situação proporcionou vários momentos de discussão com a tutora, os elementos da equipa e a chefia de enfermagem. Pela pesquisa que desenvolvi sobre este assunto encontrei dados que revelam a utilização segura destes sistemas, em vários doentes, durante 4 semanas, reduzindo, substancialmente, os custos quando comparados com sistemas reutilizáveis (Golar, Sutherland & Ford, 1993), apresentando-se como uma forma segura, eficaz e económica de humidificação (Pilkington, 2004). O resultado desta pesquisa foi muito surpreendente, já que



acreditava que este sistema seria de utilização única para cada doente, sendo um dos assuntos mais debatidos durante o estágio.

Ainda sobre a temática do controlo de infeção, foi abordada a utilização da iodopovidona na desinfeção do meato urinário, aquando da **cateterização vesical**, não respeitando a recomendação de nível de evidência IA, emanada pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004) que a refere como não necessária. Este organismo recomenda a lavagem com água e sabão (o que é cumprido, escrupulosamente, pela equipa) e posterior lavagem com soro fisiológico. Confrontei-me com a persistência, no Manual de Controlo de Infeção do HSJ, reformulado em 2010, da recomendação da desinfeção com iodopovidona, pelo que, falei com dois dos enfermeiros integrantes da comissão de controlo de infeção que me referiram que a indicação estava correta e que não iria ser reformulada, apesar das minhas interpelações sobre as recomendações do Ministério da Saúde. Contudo, fruto de alguma insistência, esta norma está a ser alvo de reformulação, pelo que espero que os esforços envidados neste sentido deem frutos. Quanto à equipa, esta mostrou-se dividida, de acordo com a bibliografia que apresentei e as indicações constantes do Manual de Controlo de Infeção.

Outro ponto passível de ser melhorado, na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, remete-se à utilização dos sistemas de **colheita de sangue** e à sua desinfeção. Situação que foi otimizada em conjunto com a equipa de enfermagem e com a equipa de assistentes operacionais do SU.

Necessidade de melhoria dos registos de enfermagem

Apesar da crescente qualidade dos registos de enfermagem, detetei algumas lacunas, no SU, como o não registo das educações para a saúde efetuadas e a sua avaliação, a eliminação vesical e a eliminação intestinal e a adesão ao regime terapêutico.

Já nos inícios da profissão, o enfermeiro era instruído a registar dados relativos à vigilância, medicação e tratamentos executados conforme as prescrições, como podemos ler na *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, o primeiro manual encontrado de formação em enfermagem, em Portugal onde, apesar da visão redutora da profissão, de acordo com a época em questão, o ênfase nos registos de enfermagem é expresso pela afirmação “não é razão para



que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo” (Graça, 2005, p.75), referindo a utilização da tábua da visita como o local onde estes eram efetuados.

Atualmente, os registos são uma imposição legal constituindo um documento através do qual se pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Silva, 1995).

Surge neste contexto a discussão sobre o RMDE. Este define-se, segundo Werley et al, (1991, p.421) como “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”. Reforçando este assunto, a OE (2007b) refere que corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, orientados para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos por este organismo. A OE assume como prioritária uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, focando os resultados das intervenções, e a informação daí proveniente, como influência direta na qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2007b). Pereira (2009) refere como benefícios associados à utilização do RMDE, a promoção e melhoria da qualidade, com base na informação dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem, na identificação de padrões de necessidades e de intervenções de enfermagem, no desenvolvimento da Enfermagem como ciência. Afirma Pereira (2009), que dadas as especificidades de cada contexto de ação, não podemos falar num único RMDE, considerando a existência de vários, já que há aspetos que são característicos e adequados a um determinado contexto mas não se aplicam noutros contextos.

Apesar do meu interesse em desenvolver esta temática no estágio do SU, continuando o trabalho desenvolvido por colegas em estágios anteriores, isso não me foi possibilitado, já que, referido pela chefia do serviço, se encontrava em desenvolvimento com os responsáveis do software Alert®, em conjunto com elementos específicos das equipas de enfermagem, não sendo passível da minha intervenção. Apesar da impossibilidade de desenvolvimento deste projeto, a pesquisa efetuada neste âmbito, permitiu-me a perceção clara da necessidade de



integração do RMDE no sistema de informação disponível no serviço, no sentido de melhorar a qualidade dos registos de enfermagem e de aumentar a visibilidade das intervenções autónomas e dos resultados das mesmas.

A gestão da qualidade engloba também a gestão dos riscos sendo apanágio do INEM, antes de qualquer atuação, verificar e promover condições de segurança para possibilitar a atuação sem o risco de nos tornarmos mais uma vítima. São vários os riscos que decorrem da APH, o de sofrer um acidente de viação, atropelamento, agressão, explosão, entre outros. Claro que os acidentes acontecem mas uma boa gestão da qualidade pode ajudar através da formação e da otimização dos recursos. Como tal é um organismo que se preocupa com a segurança da sua equipa através da formação e de uma política de proximidade com os seus elementos. Tive oportunidade de discutir com os tutores os riscos a que estavam sujeitos no desempenho das suas funções, assim como foram discutidas as estratégias utilizadas para despiste e prevenção de situações de risco.

Também no SU as situações de risco decorrentes do trabalho foram debatidas com os elementos da equipa. Essencialmente, as situações de risco de agressão e de contato com fluido orgânico, por picada ou salpico, são as situações mais frequentes. Como estratégias que objetivam a redução destes riscos apresentam-se as formações do plano anual de formação sobre atendimento ao público e gestão de conflitos, utilização de medidas de proteção padrão, além da utilização dos dispositivos anti picada.

Outra atividade desenvolvida no âmbito desta competência, no SU, foi a colaboração no registo de ativação das vias verdes para tratamento estatístico com a finalidade de avaliar o cumprimento das normas preconizadas, com o objetivo de introdução de alterações que permitam melhorar ou agilizar as mesmas na instituição.

Colaborei, também, no registo das ativações dos meios INEM no que concerne ao motivo, intervenções desenvolvidas, protocolos utilizados, localização geográfica e tempos de atuação. Estes registos, em formulário eletrónico, destinam-se ao tratamento estatístico dos dados para melhor compreensão dos pontos fortes e fracos do meio. Desta forma, consegue-se contabilizar, mais eficazmente, o número de ativações e as suas causas, a



adequação dos tempos de atuação e dos protocolos e a quantidade de saídas dentro e fora da área geográfica de atuação, podendo servir de base para argumentar quanto à justificação de manutenção dos meios, ou não, nos mesmos locais de intervenção, principalmente numa altura tão conturbada, repleta de mudanças na organização estrutural e funcional dos meios. Mas, como refere Minuchin citado por Relvas (2003) todas as situações de crise são oportunidades de mudança e de crescimento.

A OE refere que a “inovação é um fator central para manter e melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 2009b, p.4), pelo que os enfermeiros inovam no que concerne a novas informações e a melhores formas de promover a saúde, prevenir a doença e encontrar melhores e mais adequadas formas de cuidar (OE, 2009a) em todos os contextos de atuação. E uma das melhores formas de inovação é a integração de estagiários no seio das equipas de saúde. O INEM e o HSJ abrem as suas portas a pessoas que vão avaliar as suas falhas e sugerir intervenções, potenciando a partilha de experiências com os elementos das equipas, assumindo um papel dinamizador na evolução profissional.

Pelo exposto, anteriormente, julgo ter desenvolvido competências no Domínio da Gestão da Qualidade.





4. Domínio da Gestão de Cuidados

Reconhecendo as múltiplas dimensões da Enfermagem definidas no REPE, a OE no Caderno Temático acerca do Modelo de Desenvolvimento Profissional, enuncia outras dimensões que se apresentam fundamentais para a profissão, nomeadamente a gestão, a investigação, a formação e a assessoria. A gestão de cuidados revela-se, aqui, como um domínio comum a todos os EE, nas seguintes competências: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2009a, p.17).

De forma a desenvolver a competência na gestão de cuidados, estabeleci como objetivos liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC e compreender a metodologia adotada na gestão do serviço, a nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, pelo que desenvolvi as atividades que passo a descrever:

- Aprofundei conhecimento sobre as competências de gestão do EE na área de EMC com o objetivo de melhor compreender a metodologia de gestão e a sua adequação ao contexto de atuação do SU e da APH;
- Observei e colaborei nos processos de gestão de recursos, refletindo sobre a sua exequibilidade e adequação às características do serviço;
- Adquiri conhecimentos relacionados com a gestão do serviço através do diálogo com os tutores, os coordenadores de equipa e de uma entrevista à enfermeira chefe do SU (anexo II);
- Colaborei com os EE de EMC no exercício de funções de gestão de cuidados, de elaboração de planos de cuidados e discussão dos mesmos com os tutores.



No SU do HSJ, a enfermeira chefe é a responsável máxima pela gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, contando com o apoio de duas EE. Uma das enfermeiras especialistas coordena os estágios e substitui a chefe na ausência desta. A outra especialista é responsável pela gestão do stock de farmácia do serviço, incluindo a adequação dos níveis e de prazos de validade. Estas duas enfermeiras asseguram sempre setores colaborando, dentro do possível, pelas condicionantes de tempo, na gestão do serviço.

Cada equipa tem um coordenador e um subcoordenador, responsáveis pela gestão dos cuidados e elaboração do plano de trabalho, assegurando o correto funcionamento do serviço na ausência da chefe, nomeadamente, na gestão de materiais de consumo clínico, equipamentos e medicamentos. Além da coordenação, estes elementos assumem setores e mobilizam elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra hospitalar. O plano de trabalho elaborado pelos coordenadores de equipa (plano de trabalho de enfermeiros e de assistentes operacionais) é dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a SAV e SIV, experiência profissional, capacidade de liderança e de antecipação e resolução de problemas.

O coordenador também colabora com a chefe na análise de trocas de horário, de acordo com as regras estabelecidas, estabelece objetivos para a equipa e define estratégias de consecução dos mesmos. Os subcoordenadores assumem a coordenação na ausência do coordenador assumindo todas as funções descritas.

Relativamente à APH, todos os meios possuem uma lista do material que compõe a mala de trauma ou da via aérea (designadas de acordo com o material que as compõe), na viatura e na arrecadação de materiais. Em cada ativação, o material utilizado é repostado com o material de reserva existente na ambulância para que, se houver outra ativação, os recursos materiais sejam suficientes. Quando de regresso à base repõe-se o material da ambulância de acordo com os níveis estabelecidos. Desta forma consegue-se uma boa gestão dos materiais para que estes sejam suficientes e adequados no contexto da APH. O material gasto em cada saída é debitado através do programa informático de débito de consumo direto procedendo-se, dessa forma, à sua reposição pelo departamento



da logística. Relativamente aos prazos de validade existe uma lista com o material e os prazos do término de validade e quando se aproxima o prazo, e não é previsível o seu consumo, contacta-se a logística e procede-se à sua substituição, no sentido de otimizar a gestão dos materiais e dos custos.

Nos meios idênticos as listas de verificação do material e equipamento são semelhantes na qualidade e quantidade, com o objetivo de facilitar e otimizar a gestão do tempo e dos cuidados. Por exemplo, nas situações em que é necessária a substituição de viatura, no caso da ambulância de reserva, esta tem o material e equipamentos semelhantes à principal. Quanto aos meios VMER, pela facilidade com que se transfere o material e tendo em conta a quantidade mais reduzida do mesmo, na altura da substituição procede-se à transferência do material.

Os esquemas semanais e mensais de verificação dos materiais e equipamentos, seja da viatura, da medicação e materiais e de toda a logística necessária para um fluxo de cuidados sem entraves, são criteriosamente cumpridos pelos elementos. Estas listas de verificação são pequenas e de fácil cumprimento encontrando-se repartidas pelos dias da semana ou do mês, no sentido de não sobrecarregar os elementos e limitar as não conformidades. Diariamente são verificados os materiais das malas mais utilizadas e da ambulância pelo que tive oportunidade de colaborar na sua verificação, por diversas vezes, o que me facilitou o conhecimento dos materiais, do seu funcionamento e da sua localização, agilizando a minha atuação aquando das ativações. De referir, que o departamento de logística tem uma relação muito próxima com os meios, através de telefone e pela internet, o que proporciona a celeridade de resolução de questões logísticas, limitando os períodos de inoperacionalidade dos meios.

No que concerne aos recursos humanos, os horários são elaborados pelos coordenadores de cada meio que tentam respeitar as preferências dos elementos, limitando as situações de inoperacionalidade por falta de elementos. Relativamente a esta problemática, que é um dos argumentos para a integração dos meios nos serviços de urgência dos hospitais, os coordenadores demonstram grande preocupação em reduzir e eliminar esta situação. Quanto à inoperacionalidade dos meios por falta de enfermeiros, nos locais onde fiz



estágio, não se verificou pois as faltas são colmatadas com elementos de outros meios, de forma bem integrada e célere.

A questão da motivação dos elementos como agente da gestão de cuidados foi também discutida com os tutores e alvo de reflexão. No clima de incerteza de encerramento e realocização dos meios, a desmotivação é um problema. Diversos estudos referem que o grau de satisfação e motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e estabilidade psicológica dentro do local de trabalho (Batista et al. 2005). As mesmas autoras, como conclusões do seu estudo sobre os fatores de motivação e insatisfação do trabalho do enfermeiro, referem que a remuneração se apresenta como um fator de motivação no trabalho, mas não o de maior peso. São referidos outros fatores motivacionais como o gostar do que se faz, o relacionamento satisfatório da equipa multidisciplinar e a possibilidade de evolução profissional (Batista et al., 2005). Das reflexões com as equipas dos locais de estágio, as conclusões são semelhantes a este estudo já que, apesar, da vertente económica ser mencionada, o relacionamento saudável da equipa, o desenvolvimento profissional e a satisfação com o trabalho desempenhado foram dos fatores motivacionais mais referidos.

Uma das formas de contrariar a desmotivação são as ações de sensibilização junto das populações que é uma das vertentes desenvolvidas pelo departamento de formação, nas quais a maioria dos formadores é voluntária. Tive oportunidade de participar como formadora em duas destas ações de sensibilização. Uma na Escola de Ensino Básico de Lordelo, em Paredes, como formadora de SBV e outra no Jardim de Infância Elvira Valente, em Custóias onde participei como formadora sobre o modo de ativação do INEM.

Estas formações advêm da necessidade de formar as populações enquanto agentes principais do sistema de cuidados. As camadas mais jovens das populações, além de ávidas de conhecimento, são grandes impulsionadoras da mudança a nível das famílias e dos seus pares. Como refere Matos (2008), diversos fatores ligados à proteção e ao risco, na área da saúde, tiveram a sua origem na infância e na adolescência, como consequência de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, o



que, na perspectiva da saúde, os transforma num importante alvo para ações específicas, tendo em conta a idade e o contexto.

Foram duas experiências extremamente gratificantes pela receptividade do público-alvo e pela interiorização dos conteúdos abordados. Na formação em Custódias, para crianças dos 3 aos 5 anos, elaborei um póster alusivo ao tema da formação com o desenho animado Ruca (Anexo III), muito conhecido desta população. O póster foi muito bem recebido e integrou a restante formação, dando nome à personagem da história apresentada, dramatizada por um pequeno teatro.

Quanto à formação contínua dos elementos das equipas, como algo a ser desenvolvida no sentido de contribuir para a qualidade e uma melhor gestão dos cuidados, optei por efetuar a formação sobre ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation e a sua interligação com a APH (Anexo IV).

A escolha deste tema prendeu-se com a possibilidade de intervenção dos meios INEM, como sistema de apoio, aquando dos transportes secundários denominados Resgate ECMO, consistindo no transporte secundário dos doentes com esta técnica, do hospital de origem para o centro de referência em ECMO, o HSJ. No decorrer da elaboração e preparação da formação, em colaboração com o Coordenador deste projeto no HSJ e com o Presidente da Delegação do INEM Norte (também elemento integrante desta equipa diferenciada), pesquisei diversos estudos para fundamentar, na evidência, a minha sessão formativa.

Os objetivos iniciais consistiam em apresentar esta técnica e as especificidades quanto à atuação. Contudo, aquando da pesquisa bibliográfica e da discussão do tema com os elementos da equipa ECMO mencionados, tomei conhecimento do início de um projeto de referência precoce por parte dos meios INEM, segundo critérios definidos, em situações de PCR refratária, PCR por hipotermia ou choque cardiogénico, para o centro de referência em ECMO do Norte, o HSJ, pelo que acrescentei a abordagem à referência precoce pelos meios INEM como objetivo.

A técnica de ECMO consiste numa forma artificial de suporte na falência ventilatória e/ou cardíaca. Concretiza-se na utilização de um circuito extracorporeal que permite a oxigenação e remoção de dióxido de carbono do sangue, através de uma membrana. Segundo a Extracorporeal life support organization (2009),



são critérios de inclusão para esta técnica a falência respiratória grave, a falência cardíaca e a idade entre os 18 e os 65 anos de idade e como contraindicações relativas: a ventilação agressiva, num período superior a 7 dias, hipoxia prolongada, comorbidades ou doença aguda condicionando, previsivelmente, deterioração cognitiva e/ou dependência permanentes, hemorragia cerebral e hemorragia ativa.

Existem dois tipos de modalidade na ECMO, veno-venosa e veno-arterial, de acordo com o local de introdução das cânulas e de acordo com a falência subjacente. Na falência, exclusivamente respiratória, utiliza-se a veno-venosa e na falência cardíaca, ou cardíaca e respiratória, a veno-arterial.

O equipamento é constituído por uma consola eletrónica, o computador do circuito onde são efetuadas as programações da técnica, e o circuito de aquecimento (facultativo) que ajuda na termorregulação.

Como técnica invasiva de circulação extracorporeal apresenta também vários riscos e particularidades. As complicações mais comuns associadas a esta técnica traduzem-se na hemorragia, associada à hipocoagulação e à coagulopatia de consumo, a trombose do circuito e a infeção.

Segundo Roncon-Albuquerque (2010), nos doentes em ECMO, a hematose extracorporeal permite reduzir significativamente os parâmetros ventilatórios e potenciar a recuperação da lesão pulmonar. Segundo Bartlett & Gattinoni (2010), esta técnica apresenta taxas de sucesso na ordem dos 30% na reanimação cardiopulmonar extracorporeal, de 50% na síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) e de 95% na síndrome neonatal de aspiração de mecónio.

No estudo de Roncon-Albuquerque et al (2012), relativamente ao HSJ, é relatada a sobrevivência de 6 doentes com ARDS grave, num total de 10, até à alta hospitalar após utilização desta técnica.

O estudo de Peek et al (2009), denominado CESAR (Conventional Ventilation or ECMO for Severe Adult Respiratory Failure) é um marco no desenvolvimento desta técnica, já que foi comprovada uma taxa de sobrevivência maior (63%) do que os doentes com ARDS tratados com suporte ventilatório convencional.



Diversos estudos (Chen et al, 2003, Mégarbane et al, 2007, Ruttman et al, 2007, Wanscher et al, 2012, Nolan et al, 2010) demonstram vantagens da utilização deste mecanismo na PCR refratária e na PCR por hipotermia.

O denominado Resgate ECMO consiste na deslocação de uma equipa diferenciada até ao local onde se encontra o doente candidato a ECMO, a canulação no local de origem e o posterior transporte para um centro de referência em ECMO. Este tipo de abordagem apresenta vantagens como nos expõem Haneya et al (2009) e Javidfar et al, (2011) e é nestas fases de transporte extra hospitalar que os meios da APH podem ser uma mais-valia podendo ser, também, equipas de referência precoce nas situações de PCR refratária e PCR por hipotermia.

A utilização desta técnica na APH foi descrita em França por Lebreton et al (2011) e na Alemanha por Arlt et al (2011), em situações presenciadas e por equipas altamente diferenciadas, mas sem sucesso quanto à mortalidade das vítimas em causa. Neste momento, em Portugal, a canulação no local de ocorrência não é exequível, tendo em conta a escassez de recursos humanos e materiais nesta área.

A formação foi muito bem aceite e debatida. A avaliação foi extremamente positiva e a interiorização dos conhecimentos sobejamente conseguida, como avaliado pelas classificações do teste de avaliação de conteúdos. Os temas foram muito discutidos levando à reflexão e partilha de experiências.

A abordagem desta temática surgiu também, de uma forma espontânea, durante o módulo de estágio no SU, em diálogo com a tutora e alguns elementos da equipa sobre a abordagem ao doente crítico. Dado o interesse da equipa sobre este assunto apresentei a formação, que fiz no âmbito do módulo anterior, fazendo a interligação para o SU, com a criação de uma equipa altamente diferenciada nesta técnica, sempre disponível para atuar. Este momento formativo teve uma adesão inacreditável, levando a que os elementos da equipa se mobilizassem e substituíssem nos setores para assistir à mesma. Foram momentos muito participados e gratificantes pelo interesse e entusiasmo manifestados pela equipa.

Também no SU optei por efetuar a formação sobre SCA e avaliação de PIA (Anexo V). A escolha deste tema surgiu da identificação de dúvidas sobre esta



técnica, da não uniformização de procedimentos e da reduzida informação da equipa sobre a importância desta avaliação nos doentes com suspeita de hipoperfusão abdominal. Segundo Fernandes (2010), Japiassú et al (2007), Machado (2009) e Prado et al (2005), a avaliação da PIA, na suspeita de SCA, reveste-se de extrema importância na decisão de efetuar descompressão cirúrgica por laparotomia, sendo um dos aspetos a monitorizar nos doentes com suspeita de hipoperfusão abdominal. Esta formação foi muito debatida e bem recebida pela equipa que manifestou ser uma das necessidades de formação no âmbito da prática avançada.

As formações que desenvolvi nos módulos de estágio contribuíram para o meu desenvolvimento como formadora, em contextos tão específicos e tão variados, e promoveram a reflexão e formação contínua da equipa de enfermagem.

De acordo com a sugestão realizada pela enfermeira chefe sobre a lacuna existente no SU, pela inexistência de um manual de integração dos enfermeiros, em conjunto com as outras colegas que se encontravam a realizar o estágio no mesmo local, foi desenvolvido o Manual de Integração do SU (Anexo VI). O manual de integração é um instrumento facilitador da integração dos profissionais recém-admitidos, funcionando como uma mais-valia e uma base de suporte num momento tão importante quanto a integração num novo local de trabalho. O documento elaborado contém informação respeitante: à composição e estrutura física do serviço, dotação de recursos humanos, elaboração de horários e trocas; método de trabalho; fardamento; sistema Alert®; Triagem de Manchester; procedimentos de atuação aquando da admissão, alta e falecimento dos doentes; comunicação com os acompanhantes; elaboração do espólio; articulação do HSJ com outras instituições; normas de transporte de doentes segundo a Ordem dos Médicos (2008); protocolos de atuação; Vias Verdes implementadas; formação em serviço, avaliação de desempenho e acidentes em serviço, contendo também indicação sobre horário de funcionamento e extensão telefónica de alguns serviços como os Recursos Humanos ou o Departamento de Educação Permanente.

No sentido de melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem, tendo presente que o estudo de caso para Bocchi et al. (1996) é uma estratégia de



ensino humanista e reflexiva que contribui para a formação do aluno, no que concerne aos conhecimentos sobre a assistência, fundamenta a autonomia na tomada de decisões capacitando quanto à resolução de problemas segundo uma metodologia científica, elaborei dois estudos de caso de enfermagem (Anexo VI), um no contexto do SU e outro na APH, baseados na teoria de conforto de Katharine Kolcaba, dado que é uma teoria de médio alcance que se adequa a ambas as realidades de atuação.

A decisão da abordagem desta teoria na APH teve como objetivo testar a sua adequação a um contexto tão particular, mais vocacionado para a prática avançada de enfermagem do que para a Enfermagem Avançada. A Enfermagem Avançada traduz-se numa “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem que têm por Core o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas” (Silva, 2007, p. 18), o que desenvolve a competência na tomada de decisão.

No SU optei por efetuar o estudo de caso e apresentá-lo sob forma de póster, dada a identificação de desconhecimento da referida teoria por todos os elementos da equipa e de acordo com as manifestações de desagrado no que concerne às teorias de enfermagem, referindo-se às mesmas como abstratas e distanciadas da prática. A decisão por esta forma de apresentação prende-se com o objetivo de torná-la mais apelativa à leitura e captação da atenção dos elementos, de uma forma simples e eficaz, oferecendo uma perceção dos cuidados de enfermagem mais distanciados do domínio do modelo biomédico, dominante no contexto de controlo de sinais e sintomas tão característicos da prática avançada de enfermagem. Consciente que a Enfermagem Avançada, como já foi mencionado, desenvolve a competência na tomada de decisão, pelo enfoque no diagnóstico e a assistência de acordo com as respostas humanas às transições vividas com os contributos das teorias de enfermagem (Silva, 2007), a abordagem desta teoria faz-me todo o sentido.

Florence Nightingale (1859) define o conforto como objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) o conforto consiste na sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Segundo



Kolcaba (1991 e 1994), Conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos da experiência: físico, ambiental, psicoespiritual e social.

Com estes estudos de caso confirmei a adequação desta teoria ao contexto da atuação do enfermeiro, na APH e no SU, identifiquei diagnósticos, planeei e implementei intervenções de acordo com os 4 domínios de intervenção, analisando os resultados obtidos. Escolhi estes casos pela clara perceção do impacto das minhas intervenções na promoção do conforto, como um conceito abrangente.

No SU, a adesão à apresentação deste caso surpreendeu-me pela positiva, já que nenhum dos elementos da equipa conhecia esta teoria e revelaram-se muito intervenientes e críticos na abordagem à identificação dos diagnósticos e intervenções numa partilha muito enriquecedora, de parte a parte.

Esta interligação dos conceitos da teoria com o processo de enfermagem, em contexto concreto e real, revelou-se uma vantagem na perceção dos conteúdos que quis abordar. Penso que promovi a reflexão sobre a atuação, valorizando as intervenções de enfermagem como promotoras de ganhos em saúde.

O Processo de Enfermagem no contexto de emergência e urgência surge como um desafio pela rapidez com que tudo acontece, sendo indispensável uma atuação rápida e assertiva, focalizada na resolução das situações que comprometem as funções vitais. Deste modo, são definidas prioridades de atuação, que pelo tempo limitado de contacto com o doente não permitem a sua avaliação global. Doenges e Moorhouse, citados por Silva (1995) definem este processo como método de organização do pensamento que capacita para a resolução de problemas e para a tomada de decisões, através do qual se obtém um padrão de qualidade de cuidados reconhecido como corpo de conhecimentos da profissão potenciando a partilha com outros profissionais de saúde.

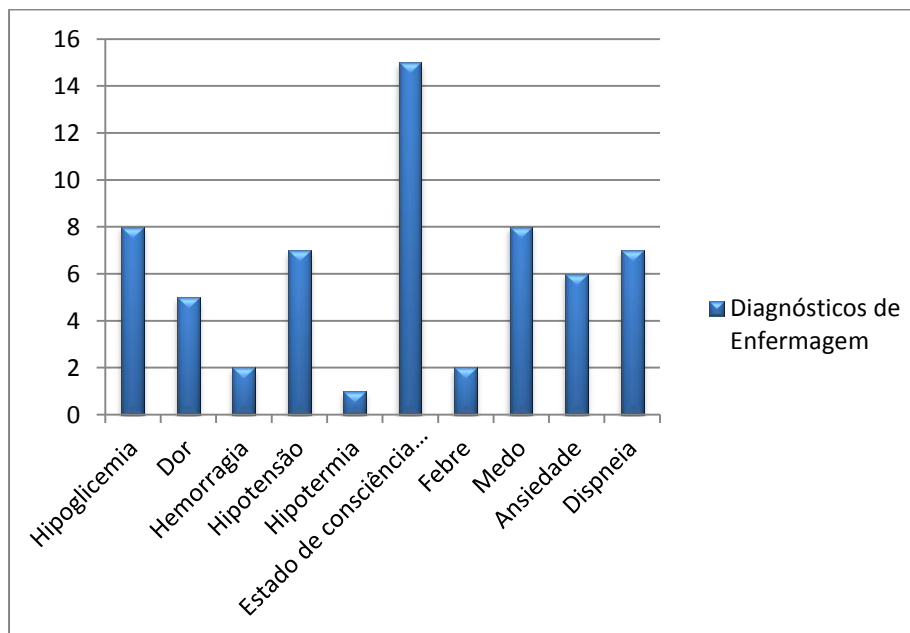
Durante o módulo de estágio no SU os Diagnósticos de Enfermagem mais identificados, tendo em conta o tempo limitado de contacto e avaliação dos utentes, foram: Estado de consciência comprometido, Adesão ao regime terapêutico comprometido, Medo, Ansiedade, Dispneia, Hipotensão, Dor, Febre,

Hipoglicemia, Hemorragia, Hipotermia, Risco de Úlcera de Pressão e Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz.

As Intervenções de Enfermagem implementadas foram muito variadas, contudo, em consonância com a maioria dos Diagnósticos de Enfermagem identificados, estas foram, em maior número: monitorizar, vigiar, avaliar atitude face à gestão da terapêutica, avaliar barreiras à adesão, avaliar e controlar dor, administrar medicação, avaliar resposta à medicação, ensinar, posicionar e aspirar secreções.

Durante o módulo de estágio no INEM, a caracterização de cada ativação, no que concerne aos diagnósticos de enfermagem identificados, as intervenções de enfermagem implementadas e os protocolos utilizados, foi a estratégia instituída para evitar a dispersão da informação. Esta recolha de dados foi efetuada tendo por base um formulário eletrónico de caracterização das ativações de forma a melhor organizar e tratar os dados. Os diagnósticos de enfermagem identificados, as intervenções de enfermagem implementadas e os protocolos utilizados encontram-se expostos nos gráficos seguintes.

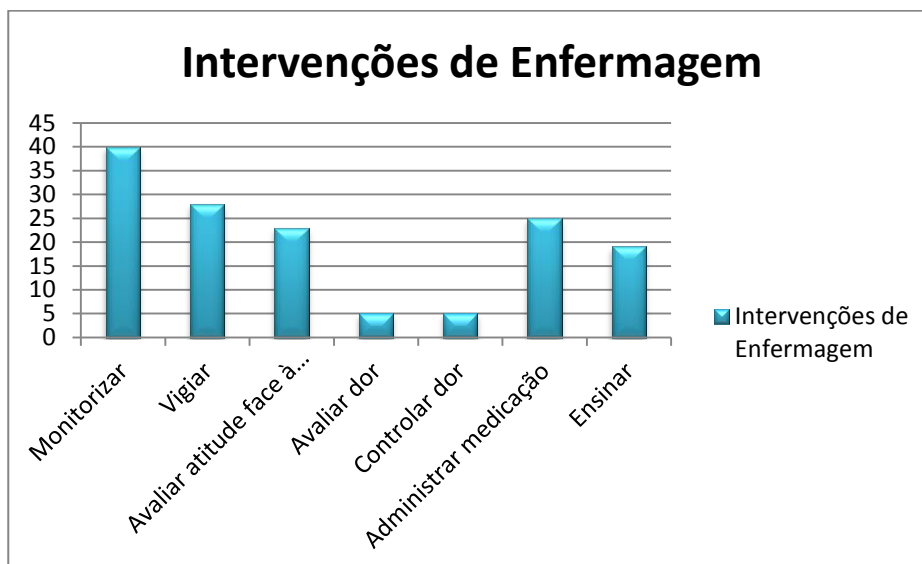
Gráfico 3. Diagnósticos de Enfermagem identificados nas ativações INEM.



Os diagnósticos de Enfermagem identificados foram Estado de consciência comprometido, Hipoglicemia, Medo, Dispneia, Hipotensão, Ansiedade, Dor, Febre, Hemorragia e Hipotermia.

As Intervenções de Enfermagem de acordo com as necessidades identificadas foram as seguintes.

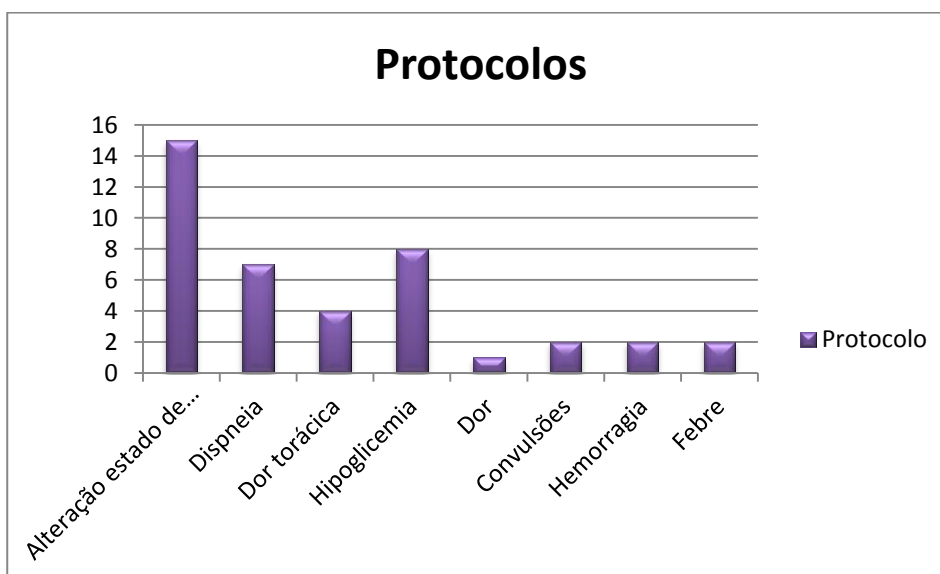
Gráfico 4. Intervenções de enfermagem mais frequentes nas ativações INEM.



De acordo com a análise do gráfico, as intervenções de Enfermagem identificadas foram Monitorizar, Vigiar, Avaliar atitude face à gestão da terapêutica, Avaliar e Controlar dor, Administrar medicação e Ensinar.

Tendo em conta a relevância dos protocolos nos meios da APH, como forma de uniformizar os cuidados e evitar falhas e omissões, o gráfico seguinte revela os protocolos acionados aquando das ativações.

Gráfico 5. Protocolos utilizados nas ativações INEM.





Os protocolos acionados, de acordo com a avaliação do enfermeiro, tendo em conta que por vezes são acionados vários na mesma situação, foram Alteração do estado de consciência, Dispneia, Dor Torácica com suspeita de síndrome coronário agudo, Hipoglicemia, Dor, Convulsões, Hemorragia e Febre.

Apesar do cumprimento dos protocolos ser uma das características da APH, a avaliação do profissional de saúde é essencial. Reportando-me ao meio SIV, onde o enfermeiro assume a liderança da equipa, a avaliação inicial do doente e a consequente implementação dos protocolos é de extrema relevância. Apesar das formas de atuação protocolados, observei uma adequação a cada contexto e cada caso concreto, assumindo lugar de destaque o juízo crítico dos enfermeiros. Apesar do grande peso das intervenções interdependentes na APH, o EE pode trazer grandes contributos na potenciação das intervenções independentes, focadas numa perspetiva da enfermagem avançada, centrada nas respostas humanas às transições vividas, dada a sua posição privilegiada no contacto com a população no seu ambiente.

Pela consecução dos objetivos propostos através das atividades descritas, no SU e na APH, desenvolvi competências no Domínio da Gestão de Cuidados.





Conclusão

A prática dos cuidados é tão antiga quanto a própria humanidade (Colliére, 1999) sendo a “história dos cuidados aos que padecem a história da enfermagem” (Vieira, 2009, p. 12). Cada vez mais a Enfermagem tem vindo a desenvolver-se como profissão e como ciência, fruto do empenho, investimento e envolvimento dos Enfermeiros.

A caracterização dos locais de estágio e das equipas de enfermagem, essencialmente no que concerne à formação pós-graduada, traduziu-se numa estratégia para conhecer os locais de estágio e as equipas de enfermagem com que contactei, como forma de facilitar a minha integração e o desenvolvimento de competências.

Ao longo deste estágio desenvolvi competências no Domínio da Prestação de Cuidados Especializados, da Responsabilidade Ética e Legal, da Gestão da Qualidade e da Gestão de Cuidados.

No Domínio da Prestação de Cuidados Especializados, procurei a consecução dos objetivos através da colaboração com os profissionais em práticas de planeamento e prestação de cuidados diferenciados, baseando em decisões fundamentadas e refletidas a minha atuação. Revi e aprofundei conhecimentos, neste âmbito, discutindo-os com os profissionais e analisando a sua adequação no contexto prático.

No que concerne ao Domínio da Responsabilidade Ética e Legal, no decurso do estágio, analisei e refleti, criticamente, sobre a adequação da minha prática e daquilo que observava quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas tendo por base a legislação existente sobre o assunto.



No desenvolvimento de competências no Domínio da Gestão da Qualidade, na busca da promoção e garantia de cuidados de qualidade, desenvolvi atividades de formação e identifiquei situações passíveis de serem objeto de intervenção e melhoria, tendo discutido as mesmas com os tutores, numa atitude potenciadora da reflexão. Na APH, caracterizei as ativações e identifiquei a educação para a saúde, em situações de não adesão ou má gestão do regime terapêutico, como uma das intervenções promotoras de qualidade dos cuidados, analisando o número de ativações onde esta intervenção teve lugar.

Quanto às competências adquiridas no que respeita ao domínio da Gestão de Cuidados, aprofundi a temática pela pesquisa em literatura pertinente, pela colaboração e debate com os enfermeiros em funções de coordenação e gestão de cuidados. Pelo importante papel que os estudos de caso têm na gestão dos cuidados, desenvolvi dois estudos de caso, baseados na Teoria de Conforto de Kolcaba, enfatizando a promoção do conforto, nos domínios físico, psicoespiritual, ambiental e social, pelo planeamento, implementação e avaliação de intervenções nos domínios de intervenção, segundo a mesma autora. No SU, apresentei o estudo de caso sob a forma de póster no sentido de melhor captar a atenção dos elementos da equipa, apresentando-lhes uma teoria atual e aplicável neste contexto da prática.

Pela identificação de falta de informação na população quanto à forma de ativação do INEM colaborei numa formação no Jardim de Infância Elvira Valente e colaborei como formadora de SBV, na formação do INEM, na Escola Básica de Lordelo. Estas formações advêm da necessidade de formar as populações enquanto agentes principais do sistema de cuidados, enfatizando as camadas mais jovens das populações como grandes impulsionadoras da mudança a nível das famílias e dos seus pares. No sentido de promover a formação contínua dos enfermeiros efetuei as formações sobre SCA e a importância da avaliação da PIA, ECMO e sua interligação com a APH e o SU. Procurei, também, caracterizar as ativações da APH, quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes e quanto ao tipo de protocolos ativados. No SU identifiquei os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes.

Quanto aos objetivos definidos para este relatório, pelo exposto por esta reflexão do meu percurso, foram atingidos de forma satisfatória.



Durante os módulos de estágio foram diversas as dificuldades que senti, desde a necessidade de uma correta e adequada gestão do tempo na consecução das tarefas a que me propus, ao desempenho profissional em contextos nos quais não tinha experiência adotando uma postura adequada ao nível do EE.

A realização dos módulos de estágio permitiram-me conhecer as realidades da atuação de enfermagem em contextos de emergência e assistência pré-hospitalar, em ambientes pouco controlados, com recursos limitados e exigindo uma avaliação inicial rápida e assertiva. Contactar com os doentes em suas casas, no seu contexto, rodeados das pessoas e bens significativos transporta-nos para uma realidade muito diferente da que se encontra em unidades de cuidados intensivos, onde os doentes estão como que despersonalizados, descontextualizados e isolados.

Apesar do ambiente frenético, intenso e cheio de gente de um hospital, este consegue ser um local muito solitário para os doentes e as suas famílias. Profissionais de saúde atentos e conscientes das suas responsabilidades são peças fundamentais da prestação de cuidados de enfermagem adequados, personalizados e de qualidade. Como refere Hesbeen (2001), os enfermeiros prestam cuidados à pessoa em toda a sua globalidade e complexidade, o que exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar na sua singularidade, manifestada, não só pelos atos praticados mas, também, na capacidade de ir de encontro aos outros caminhando com eles na procura de uma saúde melhor.

Sem dúvida que as experiências que vivi durante os módulos de estágio, as pessoas que conheci e as intervenções que desempenhei me alargaram os horizontes. Amadureci uma noção mais global e elevada da enfermagem, consciente da responsabilidade que isso acarreta.

De salientar que a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional não se alicerçam na acumulação de conhecimento teórico mas sim na análise crítica e reflexiva de situações concretas. Estas reflexões acrescentam e moldam a nossa identidade pessoal e profissional.

Refletir, criticamente sobre a minha prática, é um imperativo e um prazer que desenvolvi muito durante este percurso. A reflexão crítica sobre algo é



valorizar a aprendizagem no contexto real, é permitir que a experiência acarrete conhecimento e amadurecimento.

Como afirma Lavoisier nada se perde, tudo se transforma¹ (Lavoisier, 1789). E é mesmo verdade tudo nos transforma, por mais pequeno que seja o grão de areia desde que estejamos de mente aberta, refletindo e analisando as situações que enriquecem os nossos dias, como futuros Enfermeiros Especialistas.

Citando Florence Nightingale “Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados” (Nightingale, 1930, p20). E os resultados das reflexões críticas são as aprendizagens e a maturidade profissional que enriquecem a nossa atuação. Terminando com a afirmação de Aristóteles, citado por Pizzinga (2008, p.26) “O ignorante afirma, o sábio duvida, o sensato reflete”.

¹ Antoine Lavoisier, químico francês do século XVIII, considerado o pai da química moderna tendo sido o primeiro a enunciar o princípio da conservação da matéria, ficando imortalizada a sua célebre frase “Na natureza, nada se cria, nada se perde, tudo se transforma.”



Referências Bibliográficas

Administração Regional de Saúde do Norte. 2009. Um ano de reflexão e mudança. [Online] 2009. [Citação: 20 de novembro de 2012.] www.arsnorte.min-saude.pt

Agard, Marcia. 2008. Creating Advocates for Family Presence during Resuscitation. *MedSurg Nursing*. Junho, vol. 17, n.º3, pp. 155-160.

Alarcão, Isabel e Rua, Marília. 2005. Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto e Contexto Enferm*. Julho-setembro, vol.14, n.º3, pp. 373-382.

Alarcão, Isabel. 1996. *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.

Araújo, Paula, e Vieira, Maria Jésia. 2004. A questão da morte e do morrer. *Rev Bras Enferm*. Maio-junho, vol. 57, n.º3 pp. 361-363.

Arlt, M.; Philipp, A.; Voelkel S.; Graf, B.M.; Schmid C. & Hilker M. 2011. Out-of-hospital extracorporeal life support for cardiac arrest - A case report. *Resuscitation*. Setembro, vol. 82, n.º9, pp. 1243-1245.

Barbosa, Alcindo. 2008. Implementação das Vias Verdes Coronária e de AVC na Região Norte. Administração Regional de Saúde do Norte. [Online] 2008 [Citação de 20 de Novembro de 2012] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Vias_Verdes.pdf



Batista, Anne; Vieira, Maria Jésia; Cardoso, Normaclei; & Carvalho, Gysella. 2005. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. Janeiro, vol. 39, n.º1, pp. 85-91.

Bartlett, R. & Gattinoni, L. 2010. Current status of extracorporeal life support for cardiopulmonary failure. *Minerva Anesthesiol*. Julho, vol. 76, n.º7, pp. 534-540.

Baumann, M. & Strout, T. 2007. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med*. Fevereiro, vol. 49, n.º2, pp. 234-240.

Benner, Patricia. 2005. *De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto, 2005.

Bocchi,S.; Pessuto, J. & Dell’Aqua, M. 1996. Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação dos alunos. *Rev. latino-am. enfermagem*. Dezembro, vol. 4, n.º3, pp.99-116.

Brennan, F. 2007. Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*. Maio, vol. 33, n.º5, pp. 494-499.

Briga, Sónia. 2010. *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Capelas, M. 2009. Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. Janeiro, vol.2, n.º1, pp. 51-57.

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

Carvalho, Rosa. 2003. *Parcerias na formação: Papel dos orientadores clínicos: perspectiva dos actores*.Loures: Lusociência.

Chen, Y.; Chao, A.; Yu, H.; Ko W., Wu, I.; Chen, R.; Huang, S.; Lin, F. & Wang, S. 2003. Analysis and Results of Prolonged Resuscitation in Cardiac



Arrest Patients Rescued by Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Journal of the American College of Cardiology*. Janeiro, vol. 41, n.º2, pp. 197-203.

Collière, M.F. 1999. *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª edição. Lisboa : Lidel.

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

Conselho Português de Ressuscitação. 2010. *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*.

Considine, J.; Potter, R. & Jenkins, J. 2006. Can written nursing practice standards improve documentation of initial assessment of ED patients? *Australasian Emergency Nursing Journal*. Abril, vol. 9, n.º1, pp. 11-18.

Cottle, E. & James J. 2008. Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard*. Novembro, vol.23, n.º9, pp. 43-47.

Cronin, J. 2003. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs*. Abril, vol.11, n.º2, pp. 121-125.

Declaração de Bolonha. 1999. [Online] [Citação de 5 de janeiro de 2012] <http://www.aauab.pt/bolonha/declaracaobolonha.pdf>

Direção Geral de Saúde. 2012. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. [Online] 2012 [Citação de 10 de novembro de 2012] <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

Emergency Nurses Association. 2007. *TNCC Trauma Nursing Core Course Provider Manual 2007*. Des Plaines: ENA.

Extracorporeal Life Support Organization. 2009. *Patient Specific Supplements to the ELSO General Guidelines*. [Online] 2009 [Citação 12 maio 2012] <http://www.elsonet.org/index.php/resources/guidelines.html>



Fell, O. 2009. Family Presence During Resuscitation Efforts. *Nursing Forum*. Abril, vol. 44, n.º2, pp. 144-150.

Fernandes, M. 2010. *Síndrome do Compartimento Abdominal: um síndrome antigo, uma preocupação sempre atual*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Mestrado.

Fernandes, O. 2007. *Entre a Teoria e a Experiência – Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no Hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

Ferreira, M. & Bueno, A. 2005. *O portfólio como avaliação na educação superior: Uma experiência de sucesso em um curso de pedagogia*. São Paulo: Avercamp.

Figueiredo, M. 2011. *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.

Funderburke, P. 2008. Exploring best practice for triage. *J Emerg Nurs*. Abril, vol. 34, n.º2, pp. 180-182.

Galvão, C.; Sawada, N. & Trevizan, M. 2004. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am. Enfermagem*. Maio-junho, vol. 12, n.º3, pp. 549-556.

Gerdtz, M. & Bucknall, T. 2000. *Australian triage nurses' decision-making and scope of practice*. *Aust J Adv Nurs*. Setembro-novembro, vol. 18, n.º1, pp. 24-33.

Golar, S.; Sutherland, L. & Ford, G. 1993. Multipatient Use of Prefilled Disposable Oxygen Humidifiers For Up to 30 Days: Patient Safety and Cost Analysis. *Respir Care*. Abril, vol. 38, n.º4, pp. 343-347.

Gomes, Ricardo. 2009. *Hospital de S. João – 50 anos de Sonho e Resistência*. Porto: Hospital São João, 2009.

Gonçalves, D. & Ramalho, R. 2009. *O (e)portfólio reflexivo como estratégia de formação*. [Online] 2009 [Citação 20 de novembro de 2012]



http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/385/artigo%20Goncalves_e_Ramalho_2009.pdf?sequence=1

Göransson, K.; Ehnfors, M.; Fonteyn, M.; Ehrenberg, A. 2008. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *J Adv Nurs*. Janeiro, vol. 61, n.º2, pp. 163 –172.

Graça, L. 2005. *A arte da enfermagem no Séc. XVIII – Textos sobre saúde e trabalho / Papers on health and work*. [Online] 2005. [Citação: 11 de junho de 2010.] <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos173.html>.

Haneya, A.; Philipp, A.; Foltan, M.; Mueller, T.; Camboni, D.; Rupprecht, L.; Puehler, T.; Hirt, S.; Hilker, M.; Kobuch, R.; Schmid, C. & Arlt, M. 2009. Extracorporeal systems in the interhospital transfer of critically ill patients: experience of a single institution. *Ann Saud Med*. Março-abril, vol. 29, n.º2, pp. 110-114.

Hennezel, M. 2000. *Nós não nos despedimos*. 2ª edição. Lisboa: Editorial Notícias.

Hesbeen, W. 2001. *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). 2005. Rocha da Silva: o pioneiro da emergência médica em Portugal. *Via Verde para a Vida – Newsletter do INEM*. Março, n.º12, pp. 1-8.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). 2012. Instituto Nacional de Emergência Médica. [Online] 2012 [Citação de 2 de abril de 2012] <http://www.inem.pt>

Iseron, K. & Moskop, J. 2007. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. Março, vol. 49, n.º3, pp. 275-281.

Japiassú, A.; Falcão, H.; Freitas, F.; Freitas, S.; Sousa, P.; Lannes, R.; Sato, R.; Dias, A.; Almeida, G.; Soares, M. & Salluh, J. 2007. Mensuração da Pressão Intra-Abdominal nas Unidades de Tratamento Intensivo. A Opinião dos



Médicos Intensivistas. *Rev. brasileira de terapia intensiva*. Abril-junho, vol. 19, n.º2, pp. 186-191.

Javidfar, J.; Brodie, D.; Takayama, H.; Mongero, L.; Zwischenberger, J.; Sonett, J. & Bacchetta, M. 2011. Safe Transport of Critically Ill Adult Patients on Extracorporeal Membrane Oxygenation Support to a Regional Extracorporeal Oxygenation Center. *ASAIO Journal*. Setembro-outubro, vol. 57, n.º5, pp. 421-425.

Kolcaba, K. 1994. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Junho, vol. 19, n.º6, pp. 1178-1184.

Kolcaba, K. & Kolcaba, R. 1991. An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. Novembro, vol. 16, n.º11, pp.1301-1310.

Lavoisier, A. 1801. *Traité Élémentaire de Chimie: Tome Premier*. 3ª edição. Paris: Deterville.

Lebreton, G.; Pozzi, M.; Luyt, C.; Chastre, J.; Carli, P.; Pavie, A.; Leprince, P. & Vivien, B. 2011. Out-of-hospital extra-corporeal life support implantation during refractory cardiac arrest in a half-marathon runner. *Resuscitation*. Setembro, vol. 82, n.º9, pp. 1239-1242.

Macedo, A. 2003. *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. [Online] 2003 [Citação 20 de Novembro de 2012] http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf

Machado, Ariane. 2009. *Mensuração da Pressão Intra-Abdominal*. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

Mackway-Jones, K. 1997. *Emergency Triage - Manchester Triage Group*. Plymouth: BMJ Publishing.

Mackway-Jones, K.; Marsden, J. & Windle, J. 2006. *Emergency Triage - Manchester Triage Group*. Oxford: BMJ Publishing.

Magalhães, J. 2009. *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.



Mariz, M. 2005. *Sentimentos e Significados no Consentimento Informado. Um contributo para a intervenção de enfermagem.* Coimbra: Formasau.

Mateus, B. 2007. *Emergência Médica Pré-Hospitalar – Que Realidade?* Loures: Lusociência.

Matos, M. 2008. *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola.* Lisboa: Faculdade de Motridade Humana.

McBrien, B. 2009. Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurse. *Int Emerg Nurs.* Janeiro, vol. 17, n.º1, pp 31-37.

McClement, S.; Fallis, W. & Pereira, A. 2009. Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship.* Setembro, vol. 41, n.º3, pp. 233-240.

Mercadier, C. 2004. *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar.* Loures: Lusociência.

Mégarbane, B. Leprince, P.; Deye, N.; Résière, D.; Guerrier, G.; Rettab, S.; Théodore, J.; Karyo, S.; Gandjbakhch, I. & Baud, F. 2007. Emergency feasibility in medical intensive care unit of extracorporeal life support of refractory cardiac arrest. *Intensive Care Med.* Maio, vol. 33, n.º5, pp. 758-764.

Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2004. *Programa Nacional de Controlo de Infeção. Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração.* [Online] 2004 [Citação de 20 maio 2012] <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RecPrevInfTratoUrinario.pdf>

Ministério da Saúde. 2010. *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013.* Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.



Moreira, Cátia. 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.

Nightingale, Florence. 1859. *Notes on Nursing.* London: Harrison.

Nightingale, Florence. 1930. *The "Prisonhouse of Home"* In Strachey, Ray. *Struggle: the stirring story of woman's advance in England.* London: Duffield and Company.

Nolan, J.; Jasmeet, S.; Zideman, D.; Biarent, D.; Bossaert, L.; Deakin, C.; Koster, R.; Wyllie, J & Böttiger, B. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010- Section 1. Executive summary. Outubro, vol. 81, n.º 1, pp. 1219-1276.

Oliveira, P.; Fernandes, H.; Vilar, A.; Figueiredo, M.; Ferreira, M.; Martinho, M.; Figueiredo, M.; Andrade, L.; Carvalho, J. & Martins M. 2011. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. *Rev Esc Enfermagem USP.* Abril, vol. 45, n.º6, pp. 1331-1337.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2001. *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2003a. *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2003b. *Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2007a. *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Tomada de posição.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



Ordem dos Enfermeiros (OE). 2007b. *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2009a. *Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. Caderno Temático.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2009b. *Servir a comunidade e garantir qualidade.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010a. *Modelo de Desenvolvimento Profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010b. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010c. *Vontade anteriormente manifestada para decisões de fim de vida. Tomada de Posição.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos: Comissão da Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2008. *Transportes de Doentes Críticos – Recomendações 2008.* Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013a. *Palliative definition.* [Online] 2013 [Citação 20 de fevereiro de 2013] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013b. *Palliative care.* [Online] 2013 [Citação 20 de fevereiro de 2013] <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Pardey, Toni. 2007. Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal.* Maio, n.º2, pp. 43-45.



Peek, G. Mugford, M.; Tiruvoipati R.; Wilson, A.; Allen E.; Thalanany M.; Hibbert C.; Truesdale, A.; Clemens, F.; Cooper, N.; Firmin, R. & Elbourne, D. 2009. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre normalized controlled trial. *Lancet*. Outubro, vol.374, n.º 9698, pp. 1351-1363.

Pereira, Filipe. 2009. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.

Pereira, Natália. 2008. *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado em Comunicação.

Phaneuf, Margot. 2005. *Comunicação. Entrevista. Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pilkington, F. 2004. Humidification for oxygen therapy in non-ventilated patients. *British Journal of Nursing*. Janeiro, vol. 13, n.º2, pp. 111-115.

Pizzinga, R. (2008). *Aristóteles: Ética a Nicômaco e Outros Pensamentos*. [Online] 2008 [Citação 20 de novembro de 2012] <http://svmmvmbonvm.org/aristopens.pdf>

Portugal. Assembleia Constituinte. 1976. Constituição da República Portuguesa.

Portugal. Ministério da Saúde. 1990. Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

Portugal. Ministério da Justiça. 1995. Decreto-Lei n.º 45/95, de 15 de março. Código Penal.

Portugal. Ministério da Saúde. 2009a. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril.



Portugal. Ministério da Saúde. 2009b. Lei n.º33/2009 de 14 de Julho. Direito de Acompanhamento dos Utentes dos Serviços de Urgência do Sistema Nacional de Saúde.

Prado, L.; Alves, A.; Cardoso, E.; Andrade, R. Andrade, R.S. & Fernandes, M. 2005. Pressão Intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal. *Rev Col. Bras. Cir.* Março-abril, vol. 32, n.º2, pp. 83-89.

Relvas, A. 2003. *Por detrás do Espelho - da Teoria à Terapia com a Família.* Coimbra: Quarteto.

Rocha, M. L. 2003. *Repensar a Enfermagem.* Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.

Roncon-Albuquerque, R. Jr. 2010. ECMO extracorporeal membrane oxygenation como opção terapêutica no ARDS grave. *Rev Port Med Int.* Março, vol. 17, n.º 1, pp.43-46.

Roncon-Albuquerque, R. Jr.; Basílio C.; Figueiredo, P.; Silva, S.; Mergulhão, P.; Alves, C.; Veiga, R.; Castelo-Branco, S.; Paiva, L.; Santos L.;; Honrado, T.; Dias, C.; Oliveira, T.; Sarmiento, A.; Mota, A. & Paiva, J.A. 2012. Portable miniaturized extra corporeal membrane oxygenation systems for H1N1 related severe acute respiratory distress syndrome: a case series. *J Crit Care.* Outubro, vol.25, n.º5, pp. 454-463.

Ruttman, E.; Weissenbacher, A.; Ulmer, H.; Müller, L.; Höfer, D.; Kilo, J.; Rabl, W.; Schwarz, B.; Laufer, G.; Antretter, H. & Mair, P. 2007. Prolonged extracorporeal membrane oxygenation-assisted support provides improved survival in hypothermic patients with cardiocirculatory arrest. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Setembro, Vol. 134, n.º3, pp.594-600.

Sá-Chaves, I. 2000. *Portfolios reflexivos – Estratégia de Formação e de Supervisão. Cadernos Didácticos.* Aveiro: Unidade de Supervisão Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores na Universidade de Aveiro.

Schön, D. 1992. Formar Professores como Profissionais Reflexivos. In A. Nóvoa, *Os professores e a sua formação.* Lisboa: Dom Quixote.



Seabra-Gomes, R. 2007. *Vias Verdes EAM e AVC.* [Online] 2007 [Citação 20 de novembro de 2012] <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/BACF5EFC-DEC3-4F64-AF3D-43C287A10FDE/0/viasverdesseabragomes.pdf>

Sheehy, S. 2001. *Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática.* Loures: Lusociência.

Silva, A. 1995. *Registos de Enfermagem: da tradição SCRIPTO ao discurso INFORMO.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Silva, A. 2007. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Servir.* Janeiro-abril, vol. 55, n.º 1-2, pp.11-20.

Starzewski A. Jr.; Rolim, L. & Morrone, L. 2005. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Assoc Med Bras.* Fevereiro, vol.51, n.º1, pp. 11-16.

Stjernswärd, J.; Foley, K. & Ferris, F. 2007. The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management.* Maio, vol. 33, n.º5, pp.486-493.

Tracy, M. 2007. Triage successes: a hospital's journey of change and growth. *J Emerg Nurs.* Junho, vol.33, n.º3, pp.297-299.

Varela, H. 2011. *Construir e Reconstruir para Intervir.* Porto. Universidade Católica. Relatório para obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Veiga, M.; Simão A. 2007. O portfolio na educação de infância: estratégia de reflexão dos educadores e das crianças. In A. Simão., A.L. Silva, & I. Sá, *Auto-regulação da aprendizagem: Das concepções às práticas.* Lisboa: Educa.

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

Wanscher, M.; Agersnap, L.; Ravn, J.; Yndgaard, S.; Nielsen, J.; Danielsen, E.; Hassager, C.; Romner, B.; Thomsen, C.; Barnung, S.; Lorentzen, A.; Høgenhaven, H.; Davis, M. & Møller, J. 2012. Outcome of



accidental hypothermia with or without circulatory arrest: Experience from the Danish Præstø Fjord boating accident. *Resuscitation*. Setembro, vol. 83, n.º 9, pp.1078-1084.

Watson, J. 2002. *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Werley, H.; Devine, E.; Zorn C.; Ryan, P. & Westra, B. 1991. The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*. Abril, vol. 81, n.º4, pp. 421-426.





Anexos





Anexo 1 – Caracterização da Equipa de Enfermagem

- Equipas dos meios INEM
- Equipa D do SU do HSJ





Caracterização das equipas de enfermeiros dos meios INEM

População → 46 enfermeiros

Objetivo: Caracterizar a população

Formulário

disponível

em

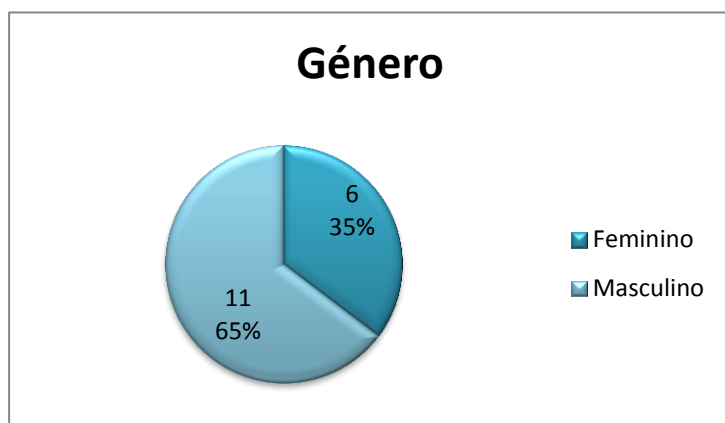
<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dEUycFRjT2JMLUIHOV80N1dFMzhOc1E6MQ>

Tabela 1. Número de enfermeiros por meio INEM.

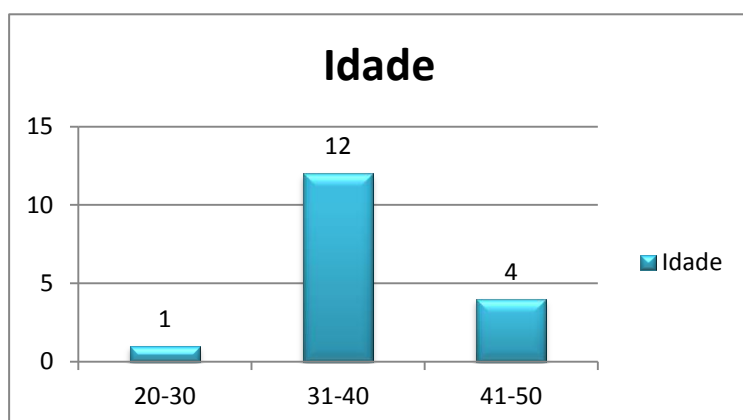
Meio INEM	Número de Enfermeiros
VMER Gaia	19
VMER S.João	13
SIV Gondomar	5
SIV Santo Tirso	5
SIV Vila do Conde	4
TOTAL	46 Enfermeiros

Tabela 2. Relação de respostas obtidas com a população total por meio INEM.

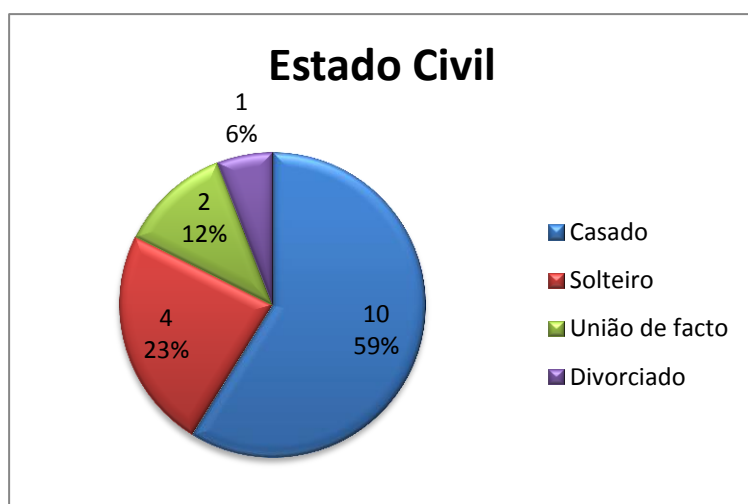
Meio INEM	Respostas obtidas/População Total	Percentagem (%)
VMER Gaia	6/19	31%
VMER São João	4/13	31%
SIV Gondomar	2/5	40%
SIV Santo Tirso	1/5	20%
SIV Vila do Conde	4/4	100%
Total dos Meios	17/46	37%

Gráfico 1. Caracterização dos enfermeiros quanto ao género.

Género	
Feminino	6
Masculino	11
Total	17

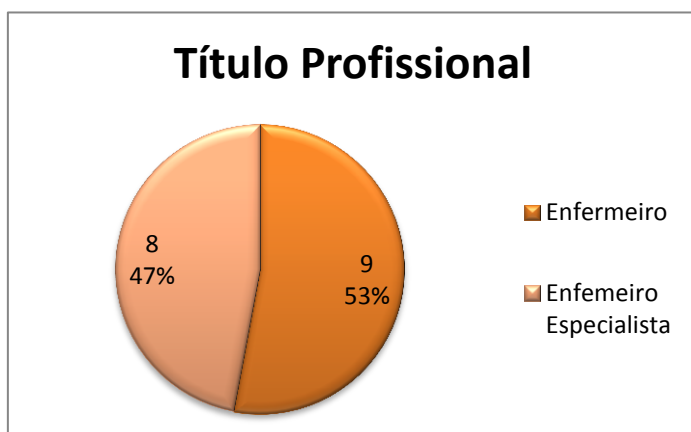
Gráfico 2. Caracterização dos enfermeiros relativamente à idade.

Idade	
20-30	1
31-40	12
41-50	4
Total	17

Gráfico 3. Caracterização dos enfermeiros quanto ao estado civil.

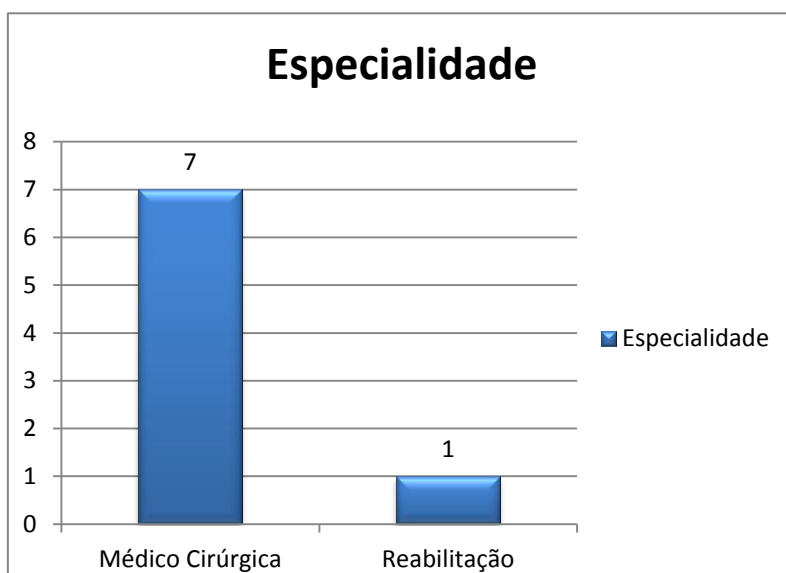
Estado Civil	
Casado	10
Solteiro	4
União de facto	2
Divorciado	1
Total	17

Gráfico 4. Caracterização dos enfermeiros quanto ao título profissional.



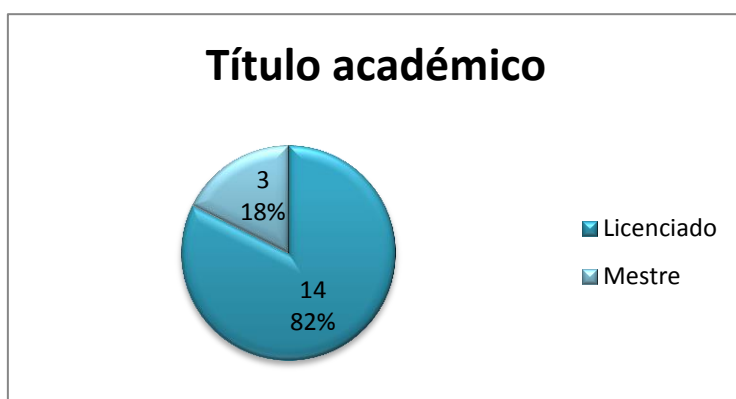
Título Profissional	
Enfermeiro	9
Enfermeiro Especialista	8
Total	17

Gráfico 5. Distribuição das Especialidades por tipo.



Especialidade	
Médico-Cirúrgica	7
Reabilitação	1
Total	8

Gráfico 6. Caracterização quanto ao título acadêmico.



Título acadêmico	
Licenciado	14
Mestre	4
Total	18



Mestrado		Ano conclusão	
Feridas e viabilidade tecidual	1	2010	
Sexologia	1	2008	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	2011	

Gráfico 7. Tempo de experiência profissional.



Tempo experiência profissional	
1- 5 anos	1
6-10 anos	3
11-15 anos	4
16-20 anos	6
21-25 anos	3
Total	17

Gráfico 8. Tempo de experiência como enfermeiro especialista



Tempo de experiência como especialista	
1-5 anos	6
6-10 anos	1
16-20 anos	1
Total	8

Gráfico 9. Experiência Profissional por âmbitos de atuação



Experiência Profissional	
Internamento	7
SU	9
UCI	4
BO	3
Centro de saúde	1
Outros	4

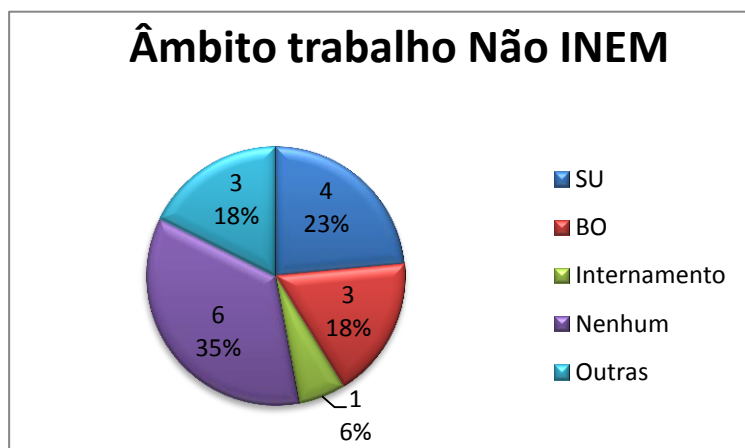
Outros: transporte medicalizado de doentes para companhias de seguros (1); Domicílios (1); Lar Idosos (2); Centro de Saúde (1)

Gráfico 10. Experiência profissional por número de âmbitos de atuação



Experiência Profissional	
1 âmbito	11
2 âmbitos	3
> 2 âmbitos	3
Total	17

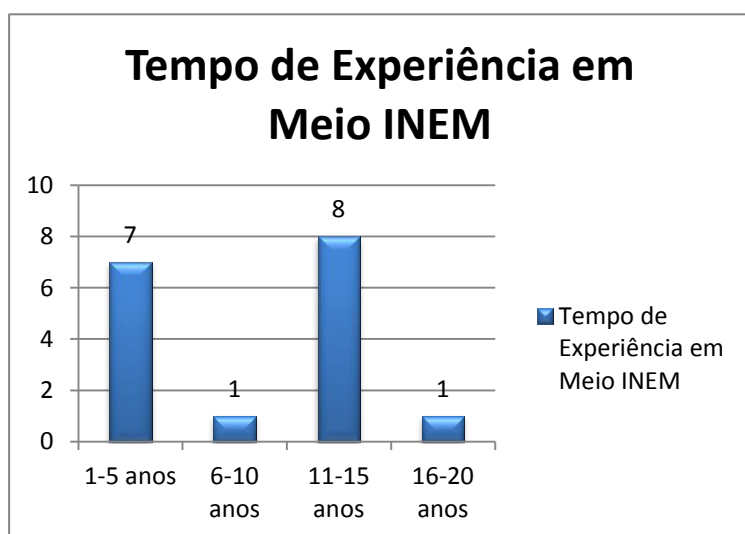
Gráfico 11. Âmbito de trabalho em local Não INEM



SU	4
BO	3
Internamento	1
Nenhum	6
Outras	3
Total	17

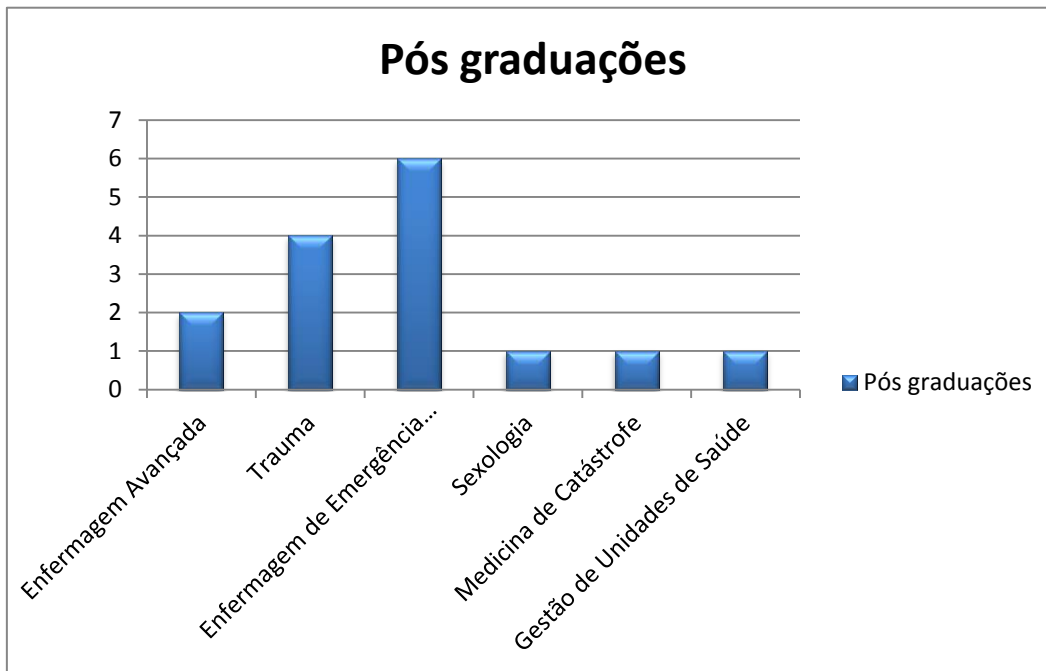
Outros: Empresas formação profissional (1), Escolas e Comunidade (1), Intelligent Life Solutions® (1).

Gráfico 12. Tempo de experiência em Meio INEM

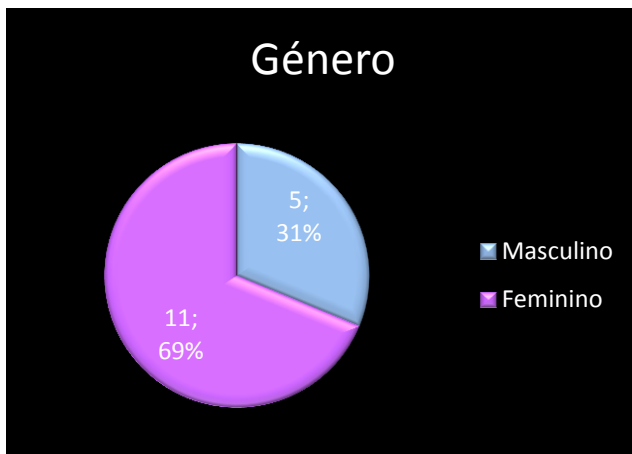


1-5 anos	7
6-10 anos	1
11-15 anos	8
16-20 anos	1
Total	17

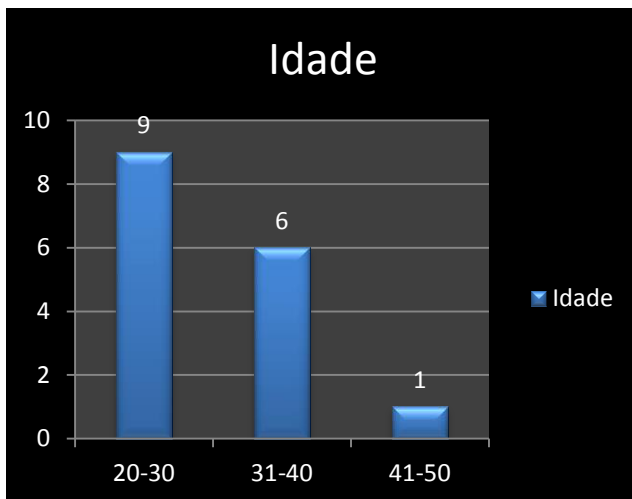
Gráfico 13. Distribuição das Pós graduações por tipos.





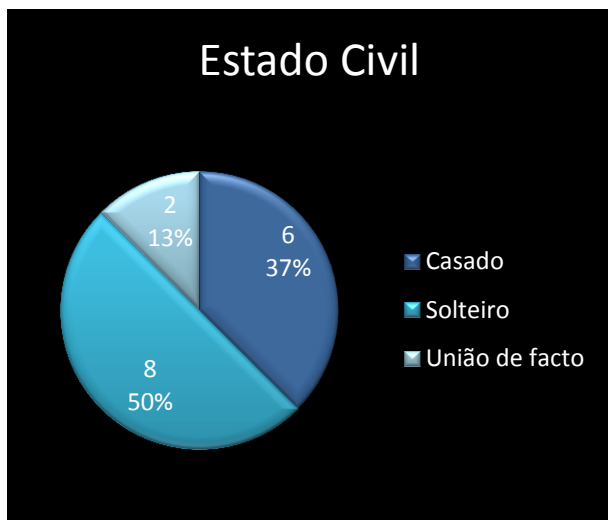
Caracterização da equipa de enfermagem D, do SU do HSJ.**População** → 18 enfermeiros**Repostas obtidas/população total** → 16/18 enfermeiros → 89%**Objetivo:** Caracterizar a população**Gráfico 1: Caracterização dos enfermeiros quanto ao género.**

Género	
Feminino	11
Masculino	5
Total	16

Gráfico 2. Caracterização dos enfermeiros relativamente à idade

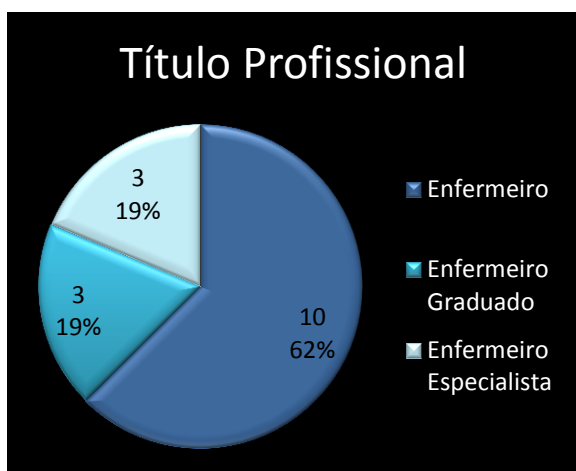
Idade	
20-30	9
31-40	6
41-50	1
Total	16

Gráfico 3. Caracterização dos enfermeiros quanto ao estado civil.



Estado Civil	
Casado	6
Solteiro	8
União de facto	2
Total	16

Gráfico 4. Caracterização dos enfermeiros quanto ao título profissional



Título Profissional	
Enfermeiro	10
Enfermeiro Graduado	3
Enfermeiro Especialista	3
Total	16

Gráfico 5. Distribuição das Especialidades por tipo



Especialidade	
Médico-Cirúrgica	3
Outras	0
Total	3

Gráfico 6. Caracterização quanto ao título acadêmico.

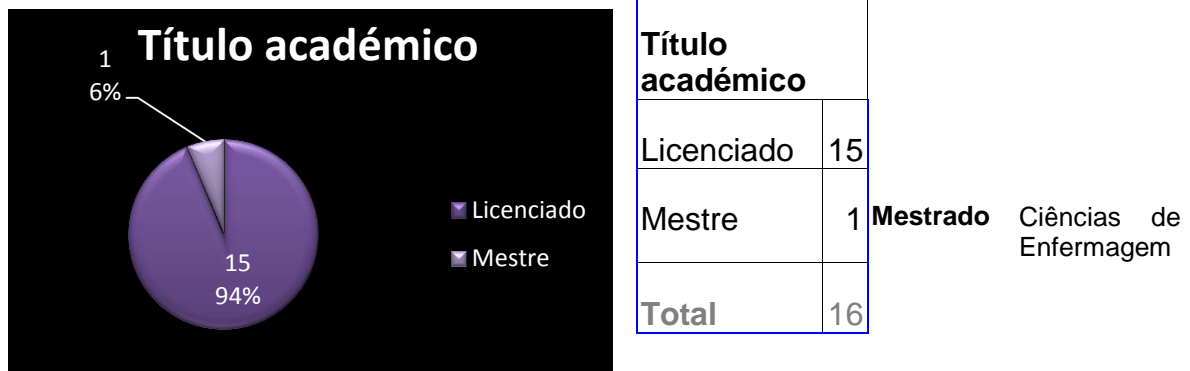


Gráfico 7. Tempo de experiência profissional

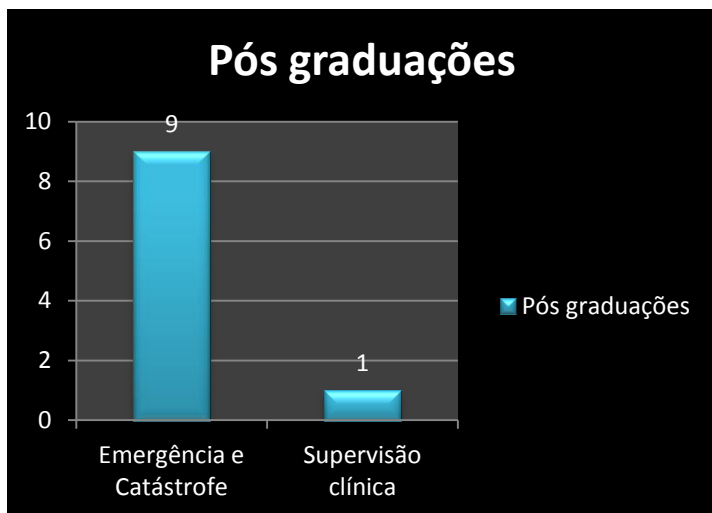


Gráfico 8. Experiência Profissional por âmbitos de atuação.





Gráfico 9. Distribuição das Pós-graduações por tipos.



Pós Graduações		
Emergência e Catástrofe	e	9
Supervisão Clínica		1
Total		10



Anexo II – Entrevista à Enfermeira Chefe do SU do HSJ





1. Qual o organigrama da Equipa de Enfermagem no SU?

A equipa é constituída por 93 enfermeiros. Cinco equipas com cerca de 17 a 18 elementos, 2 enfermeiros especialistas (a assegurar setores) e a enfermeira chefe.

A enfermeira chefe gere recursos humanos, materiais e equipamento. Uma das enfermeiras especialistas coordena os estágios e substitui a chefe na ausência desta. A outra enfermeira especialista é responsável pela gestão do stock de farmácia do serviço. Estas duas enfermeiras asseguram sempre setores colaborando, dentro do possível, pelas condicionantes de tempo, na gestão do serviço. Cada equipa tem um coordenador e um subcoordenador, responsáveis pela gestão dos cuidados e elaboração do plano de trabalho, assegurando o correto funcionamento do serviço na ausência da chefe, nomeadamente, na gestão de materiais de consumo clínico, equipamentos e medicamentos. Além da coordenação, estes elementos assumem setores e mobilizam elementos de acordo com o fluxo de doentes, o tempo de espera ou a necessidade de transporte extra hospitalar. O plano de trabalho elaborado pelos coordenadores de equipa (plano de trabalho de enfermeiros e de assistentes operacionais) é dividido por setores de acordo com as competências dos elementos, no que respeita a Suporte Avançado e Suporte Imediato de Vida, experiência profissional, capacidade de liderança e de antecipação e resolução de problemas.

O coordenador também colabora com a chefe na análise de trocas de horário, de acordo com as regras estabelecidas. Estabelece objetivos para a equipa e define estratégias de consecução dos mesmos. Os subcoordenadores assumem a coordenação na ausência do coordenador assumindo todas as funções descritas.

2. Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) existem no Serviço?

O serviço conta com cinco elementos com EEMC. O Enfermeiro especialista comporta competências ao nível da prática reflexiva, do conhecimento e da sua interligação com a prática. O Especialista é uma pessoa de referência no que concerne os cuidados, com capacidade de



liderança, de proatividade, de antecipação e resolução de problemas. Foi, também, referido o enfermeiro perito, que não sendo especialista, é um enfermeiro com maturidade, conhecimentos e todo um rol de competências que o capacitam para papéis de liderança e relevância nas equipas.

3. Quais as estratégias privilegiadas quanto à seleção e dotação dos enfermeiros?

Os enfermeiros que trabalham na urgência têm formação formal e informal, sendo a própria equipa na qual o elemento se integra responsável pela dotação do profissional. É claro que a evolução de cada um depende das suas capacidades, da sua motivação e do seu empenho, existindo sempre uma relação de interajuda e proximidade como pedra fundamental da integração dos profissionais, sendo o profissional a prioridade, sem prejuízo para a instituição. Os profissionais têm um acompanhamento muito próximo e com vários momentos de discussão de ideias para limar arestas do que ainda está menos bem.

Todas as equipas têm que ter elementos com Suporte Avançado de Vida, Suporte Imediato de Vida e formação em Triagem de Manchester. Aquando das trocas de horários, as competências dos elementos em causa são tidas em conta, no sentido de manter a dotação das equipas, sem prejuízo da qualidade dos cuidados.

4. Como é definido e implementado o plano de formação? No geral e em particular para cada elemento?

Existe um plano elaborado pelo Departamento de Educação Permanente com algumas formações anuais. Também existem formações, que são proporcionadas aos profissionais quando estes revelam competências para tal e quando seja necessário para dotar as equipas., como é o caso do Suporte Avançado e Imediato de Vida e da Escala de Triagem de Manchester. Quanto às formações mais específicas, e sugeridas pelos profissionais, como é o caso da formação para assistentes operacionais sobre transferências de doentes cama-cadeira com respeito pela mecânica corporal, serão desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço.

5. Qual o processo de avaliação dos profissionais de enfermagem?

A avaliação processa-se de forma contínua durante a prestação de cuidados, tanto pelo enfermeiro chefe quanto pelo enfermeiro coordenador.



Transmitindo-se o feedback ao profissional no sentido de melhorar alguns pontos ou de incentivar atitudes positivas. Há lugar, também, a um momento formal de avaliação, realizado anualmente, com a presença do Enfermeiro Chefe e Coordenador de equipa e do elemento a ser avaliado.

É também da responsabilidade do Enfermeiro Chefe a avaliação dos Assistentes Operacionais. O processo é idêntico ao da equipa de enfermagem, contudo ao grupo de avaliadores acresce o Encarregado do sector.

Atualmente, na instituição ainda se estão a processar as avaliações por triénio com entrega de um relatório crítico de atividades. No próximo ano entrará em vigor a avaliação, com entrega de relatório crítico de atividades anual de acordo com o SIADAP (sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública).

6. Quais as estratégias definidas no que concerne à motivação e satisfação dos profissionais?

Neste serviço é preconizada uma política de proximidade, de interajuda. As estratégias no sentido de contribuir para a motivação e satisfação dos profissionais de saúde são a facilidade de trocas (desde que a equipa não fique desfalcada), permitindo-se até cinco dias de folgas seguidas, sem prejuízo para a instituição.

Sempre que possível a resolução de problemas e gestão dos conflitos são uma prioridade.

7. Quais os critérios tidos em atenção aquando da elaboração dos planos de trabalho?

Como já foi referido, os planos de trabalho são otimizados, pelos coordenadores, de acordo com as necessidades dos setores, sendo estas imprevisíveis. A distribuição por setores baseia-se nas competências que os elementos revelam. Esta distribuição é flexível de acordo com as necessidades, ajustando-se os elementos no sentido de apoiar áreas mais trabalhosas sem prejuízo na qualidade dos cuidados desenvolvidos.

8. No que concerne à gestão de recursos materiais e de equipamentos de saúde, nomeadamente produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, materiais de consumo hoteleiro, material de



consumo administrativo, manutenção e conservação de produtos e equipamentos, quais são as estratégias instituídas?

Em termos de material de consumo clínico o SU funciona com armazém avançado com níveis de stock adaptados, sendo repostos 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. Quanto aos equipamentos, todos são revistos periodicamente e sempre que é necessário um conserto mais demorado é substituído por um extra do serviço de instalações e equipamentos.

Todos os produtos utilizados nos serviços são escolhidos por uma comissão, também composta por enfermeiros, que pondera os custos e benefícios de determinado material.

9. Quais são as estratégias implementadas quanto ao controlo de custos?

Por exemplo, colocar os preços juntos ao material de consumo clínico e de farmácia, obriga a uma prática mais reflexiva e ponderada quanto aos custos do que é utilizado. Existe a preocupação na racionalização de stocks para não haver acumulação de material nem défice. Dar a conhecer os preços individuais e coletivos dos materiais que são consumidos em maior quantidade são também geradores de mudança, implicando os elementos nas equipas na gestão do serviço.

10. No que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, quais são, na sua opinião as maiores dificuldades, no SU?

Sem dúvida, que o maior problema de controlo de infeção se prende com a higienização das mãos, particularmente antes do contato com o doente. Apesar de existir uma maior adesão à utilização da solução alcoólica para higienização das mãos ainda existem lacunas neste ponto.

Também os procedimentos invasivos são um problema, nomeadamente em situações de emergência, onde não se consegue respeitar as normas da assepsia.



Contudo, são utilizadas algumas estratégias como a limpeza geral e profunda, todos os dias de manhã, de macas e cadeiras de rodas. Todas as cortinas, monitores e secretárias são desinfetados diariamente.

11. Quais são os projetos ou atividades planeados ou em desenvolvimento na área da educação para a saúde e investigação?

Nesses âmbitos estão a ser desenvolvidos alguns projetos. Em relação à via verde coronária está a ser implementado uma escala em papel, que mediante a pontuação, implica o pedido de eletrocardiograma no momento da triagem. Estes protocolos são avaliados de acordo com os tempos de espera, tempo até à angioplastia (se for o caso) para melhoria contínua da qualidade.

Está em curso uma avaliação da satisfação dos clientes cujos resultados poderão ser percursos de mudança.

Relativamente aos registos da prática dos cuidados de enfermagem encontra-se em desenvolvimento, em articulação com a empresa responsável pelo software Alert®, a integração de linguagem padronizada de enfermagem como forma de registo das intervenções. Este projeto está a ser desenvolvido com um elemento de cada equipa, em contato com elementos responsáveis por esta área de intervenção no hospital.

12. Em contexto de estágio, que necessidades identifica passíveis da nossa intervenção?

No serviço existe uma lacuna em termos de manual de integração de novos profissionais pelo que seria um projeto extremamente útil para este serviço. Já que a existência de um manual de integração é um elemento facilitador da integração de novos elementos num ambiente já de si tão caótico e exigente como o serviço de urgência.

13. Quanto à melhoria contínua da qualidade, que aspetos enfatiza? Quais os indicadores de qualidade mais difíceis de concretizar?

A comunicação com o doente e a sua família, em contexto de urgência, continua a ser um dos indicadores mais difíceis de concretizar. Está a ser planeada uma nova estratégia de formação com formadores da Ascendi® no que concerne à abordagem dos clientes.



14. Quanto ao direito de acompanhamento integral dos utentes nos SU, descrito na Lei n.º33/2009 de 14 de Julho, quais são as medidas instituídas/planeadas para dar resposta ao legislado?

Dentro do possível, tenta-se respeitar ao máximo o exposto na lei, contudo, pelas condicionantes de espaço e de recursos torna-se incomportável ter todos os familiares, a tempo integral, junto do seu familiar, acabando por ser um acompanhamento periódico.

15. No que concerne à comunicação com os familiares, mais concretamente, na transmissão de más notícias, quais são as medidas adotadas?

Existe uma preocupação crescente na abordagem do doente e da sua família em contextos tão intensos como a comunicação de más notícias em contexto de urgência. Existe uma sala de família onde, médico e enfermeiro, podem falar, calmamente, e com alguma privacidade com os familiares, permitindo as manifestações de dor e pesar. É realidade, também, uma estreita articulação com a assistência social quando a situação assim o exige.

16. Sendo o SU um serviço tão abrangente, complexo e com enorme afluência de doentes, quais são as maiores dificuldades de gestão que aponta?

As maiores dificuldades prendem-se com o número crescente de solicitações num serviço tão grande e tão variado. A possibilidade de ter um profissional a colaborar na gestão do serviço a tempo inteiro seria muito benéfico, permitindo uma maior proximidade com os elementos da equipa pela melhor gestão do tempo.



Anexo III – Póster da Formação “Como ativar o INEM?”







Anexo IV – Formação “ECMO e sua interligação com o Pré-Hospitalar”

- Folheto de divulgação
- Plano da formação
- Diapositivos



Folheto de Divulgação

The poster features a purple background with the acronym 'ECMO' in large, bold, black letters. To the left of the letters, the words 'Oxygenation', 'membrane', and 'Extracorporeal' are written in white, with dashed lines indicating they are part of the acronym. Below the text are three images: a diagram of a human torso showing the ECMO circuit, a close-up of a red and white membrane oxygenator, and a photograph of the ECMO machine in a clinical setting.

Formação: 22.06.2012 14h
Formadora: Patrícia Pais
(aluna da Pós licenciatura em Enfermagem na área de especialização Médico Cirúrgica da U. Católica Portuguesa - Porto)
Destinatários: Profissionais do INEM
Local: Delegação Regional do Norte
Objetivos: Dar a conhecer ECMO e sua interligação com a Assistência Pré Hospitalar





Plano da sessão

<u>Local:</u> Delegação Regional Norte do INEM <u>Data:</u> 22.6.2012 <u>Hora:</u> 14h <u>Duração:</u> 40 min.
<u>Formadora:</u> Patrícia Cardoso Pais
<u>Tema:</u> ECMO –Extracorporeal Membrane Oxygenation. Interligação com o Pré-Hospitalar
<u>Grupo destinatário:</u> Profissionais do INEM

Objetivos:

Pretende-se que público-alvo, no final da sessão, seja capaz de:

- ✓ Descrever técnica ECMO;
- ✓ Enumerar indicações desta técnica;
- ✓ Distinguir ECMO Venovenoso de venoarterial;
- ✓ Identificar as especificidades associadas a esta técnica quanto à hipocoagulação e ajustes de medicação;
- ✓ Conhecer alguns estudos científicos sobre esta técnica e a sua evolução;
- ✓ Enumerar as complicações mais frequentes decorrentes desta técnica;
- ✓ Descrever as Urgências/Emergências (Mnemónica EKMO);
- ✓ Relacionar esta técnica com a Assistência Pré-Hospitalar;
- ✓ Conhecer o transporte inter-hospitalar designado de Resgate ECMO.



Fases	Tempo	Metodologia	Conteúdo	Avaliação
I – Intr.	3 min	Exposição oral	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora, do tema, da orientadora e tutora• Objetivos e Sumário	
II – Desenv.	30min	Exposição oral com apresentação de diapositivos	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da técnica ECMO;• Indicações e contraindicações• ECMO Venovenoso (cânula única e dupla) e Venoarterial;• Especificidades: hipocoagulação e medicação;• A evidência na PCR refratária, na hipotermia, como ponte para transplante e o caso do Hospital de São João.• Evidência no Pré-hospitalar;• Transporte inter-hospitalar e o caso específico do Resgate ECMO;• Complicações associadas e intervenções• Urgências e Emergências e intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a motivação e a atenção do grupo;• Verificar o interesse e a participação do grupo durante a exposição oral;
III – Concl.	7 min	Exposição oral	<ul style="list-style-type: none">• Conclusão do trabalho• Distribuição de teste de avaliação e de avaliação da formação;• Apresentação de diapositivo com correção do teste	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas que possam surgir.• Teste de avaliação e posterior correção

Diapositivos da Formação

Extra Corporeal Membrane Oxygenation

Extra
E
C
M
O
embrane
orporeal
xygenation

Patricia Cardoso Pais Junho 2015

This slide features three images on the left: a top image of a mannequin with ECMO cannulas in the chest; a middle image of a patient in a hospital bed with ECMO lines; and a bottom image of a patient with a detailed diagram of the ECMO circuit overlaid on their body. The background is purple with the acronym 'ECMO' in large letters, where 'E' is 'Extra', 'C' is 'Corporeal', 'M' is 'Membrane', and 'O' is 'Oxygenation'.

Extra Corporeal Membrane Oxygenation

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

INEM

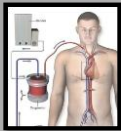
ECMO
Interligação como Pré Hospitalar

Formadora: Patrícia Cardoso Pais
Aluna do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização Médico Cirúrgica no âmbito do estágio de Assistência Pré Hospitalar no INEM
Orientadora: Irene Oliveira
Tutora: Isabel Costa

Patricia Cardoso Pais Junho 2015

This slide includes the logos of 'CATÓLICA PORTO CIÊNCIAS DA SAÚDE' and 'INEM' (Instituto Nacional de Emergência Médica) on the left. The background is purple with 'ECMO' in large letters and the subtitle 'Interligação como Pré Hospitalar'. A row of three small images is positioned above a text box. The text box contains the author's name, affiliation, and supervisors. The background also features the acronym 'ECMO' with 'E' as 'Extra', 'C' as 'Corporeal', 'M' as 'Membrane', and 'O' as 'Oxygenation'.

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation




Objetivos

- **Descrever técnica ECMO**
 - Indicações
 - ECMO VA e VV
 - Especificidades: Medicação e Hipocoagulação
 - Complicações
 - Urgências/Emergências → EKMO
- **Identificar Interligação com Pré Hospitalar**
 - Resgate ECMO
 - Referenciação precoce

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation




ECMO

- Sistema de oxigenação extracorporeal
- Anos 70
- Pulmão artificial
- 1979 → ensaio clínico 90 doentes mortalidade 90%
- Anos 90 → comprovado nos neonatos
- **CESAR (2009)** → **C**onventional ventilatory support versus **E**xtracorporeal membrane oxygenation for **S**evere **A**dult **R**espiratory failure
- Ênfase na altura do vírus H1N1
- Em Portugal → Dezembro 2009 no HSJ

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation




Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)
Patient Specific Supplements to the ELSO General Guidelines

Critérios de Inclusão

- **Falência respiratória aguda grave:**
 - ✓ Score de *Murray* $\geq 3,0$
 - ou**
 - ✓ **Hipercapnia** não compensada ($\text{pH} < 7,20$ com pressão inspiratória máxima ≤ 30 cmH₂O e PEEP para SatHb $> 88\%$)
- **Falência cardíaca**
- **Idade 18-65 anos**
- **Patologia potencialmente reversível**

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation



Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)
Patient Specific Supplements to the ELSO General Guidelines

Contraindicações Relativas

- **Ventilação invasiva** 'agressiva' durante mais de 7 dias
 - ✓ Pressão inspiratória máxima > 30 cmH₂O ou FiO₂ $> 0,80$
- **Hipóxia** prolongada
- **Co-morbilidades** ou doença aguda condicionando, previsivelmente, deterioração cognitiva e/ou dependência permanentes
- **Hemorragia cerebral**
- **Hemorragia activa**

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)
Patient Specific Supplements to the ELSO General Guidelines

Não são contraindicações

- **Cirurgia** recente ou **Cirurgia** previsível a curto prazo
- **Gravidez / Puerpério**
- **Coagulopatia / Trombocitopenia**
- **Instabilidade hemodinâmica**
- **Disfunção multiorgânica**

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECMO

Falência respiratória

↓

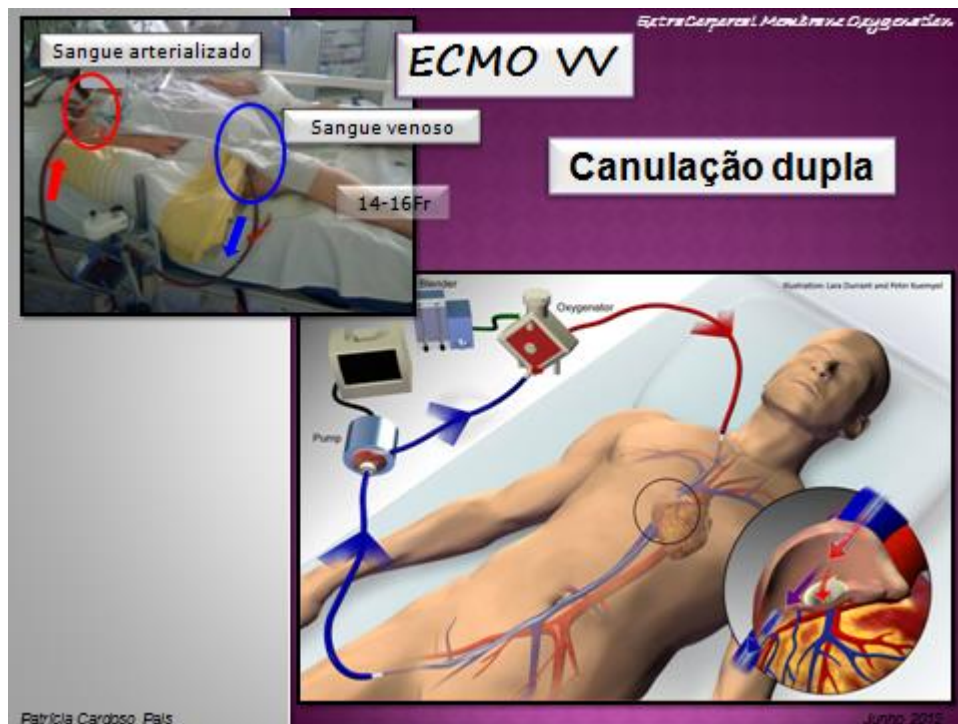
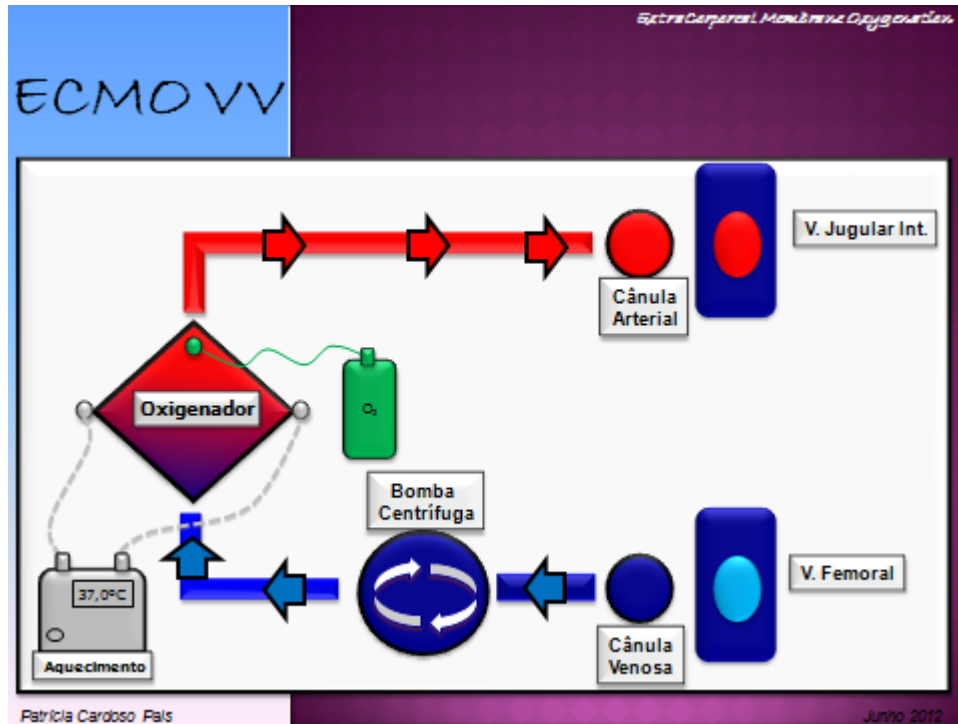
ECMO VV

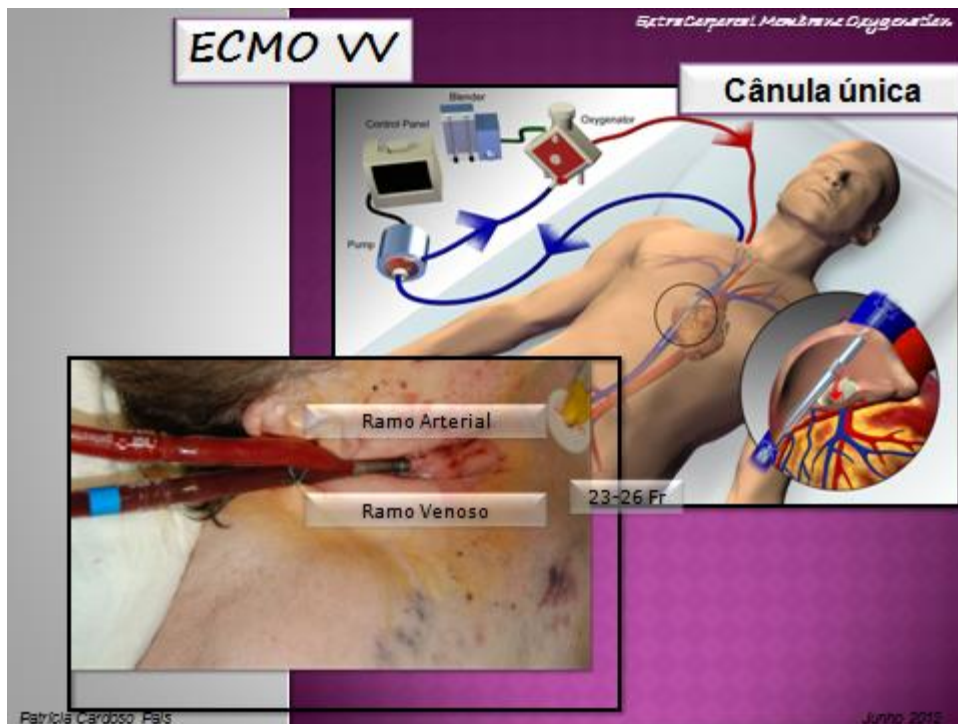
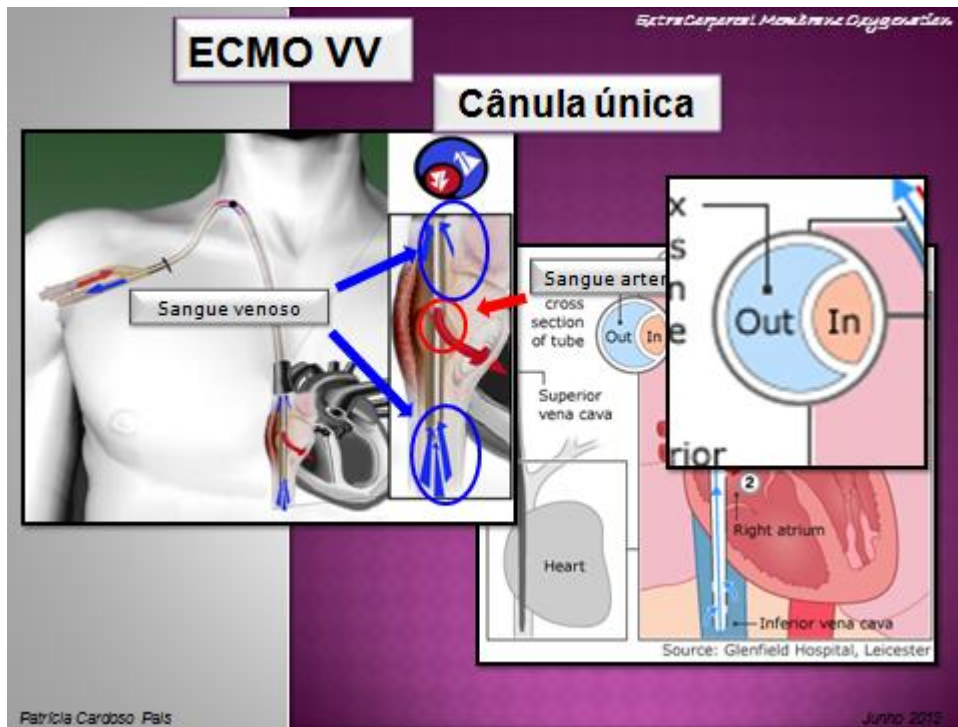
Falência cardíaca

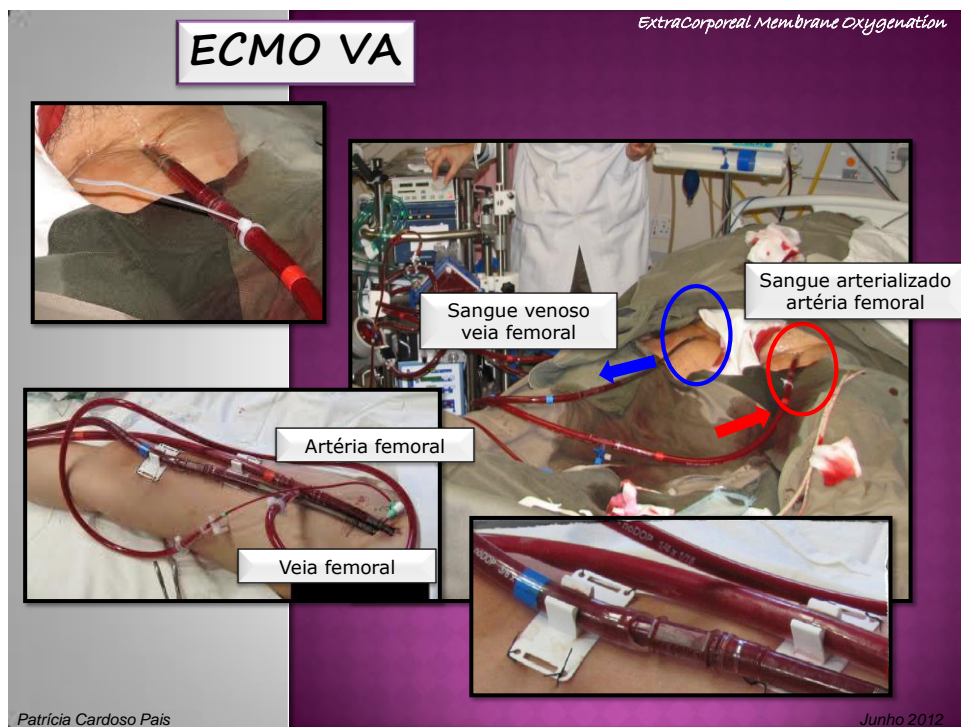
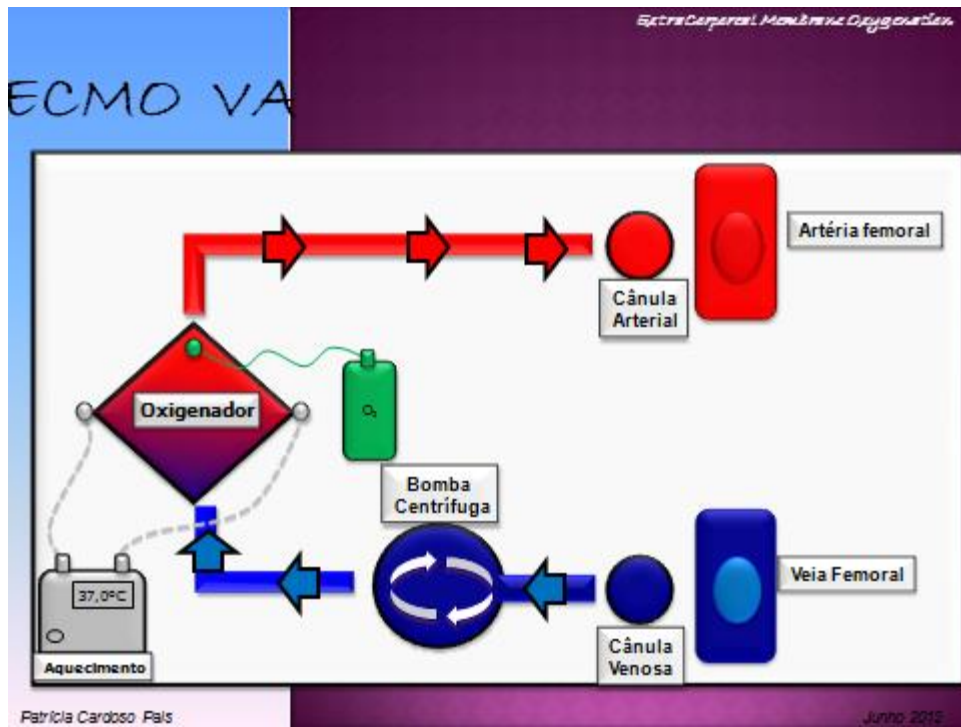
↓

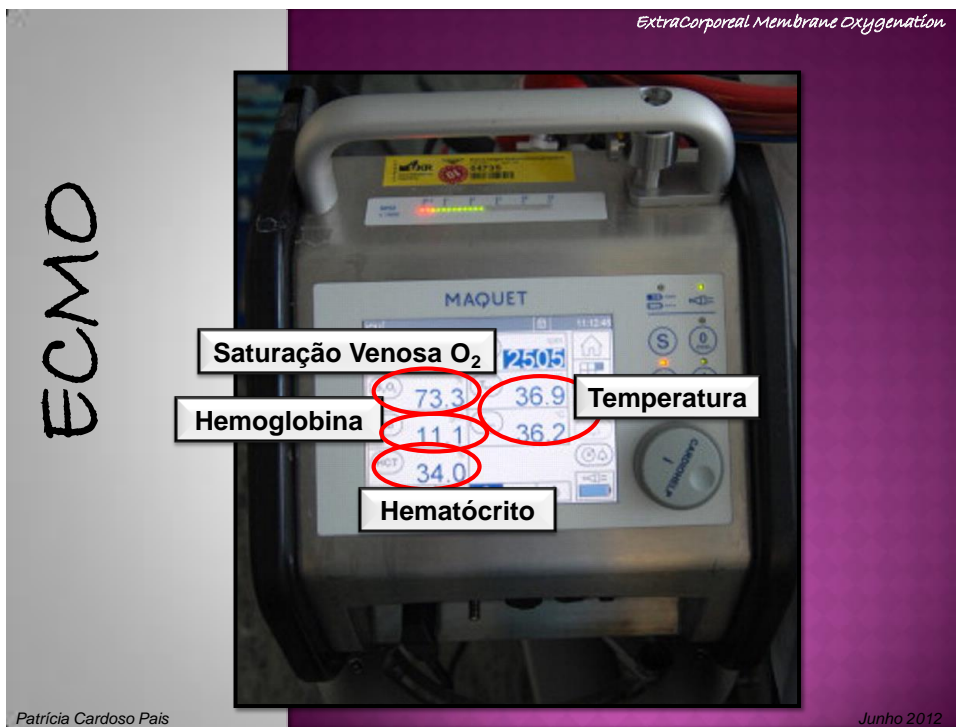
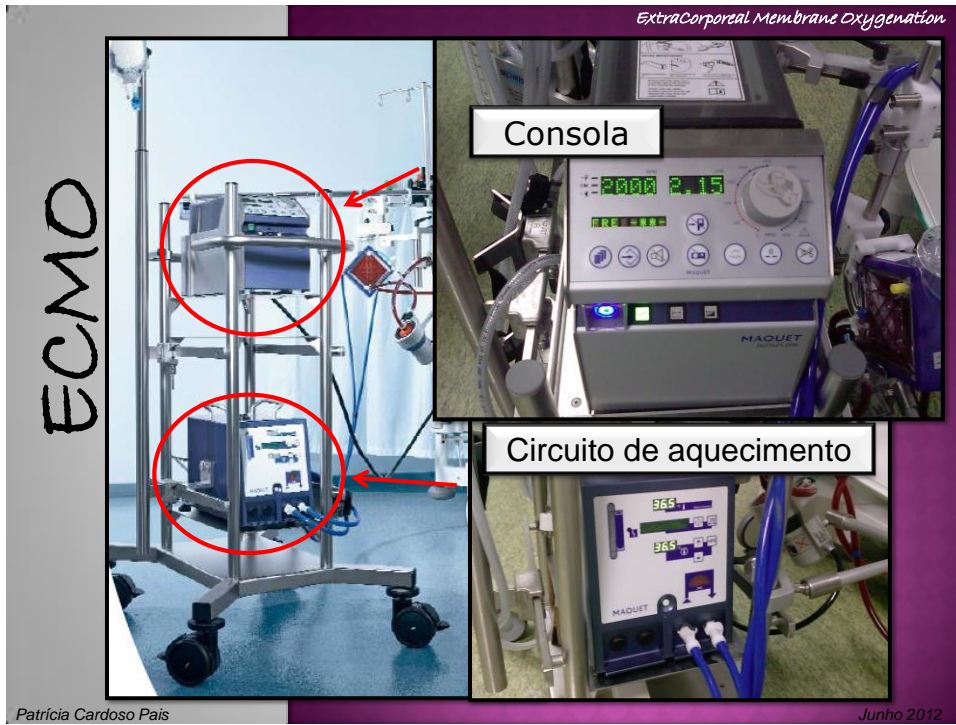
ECMO VA

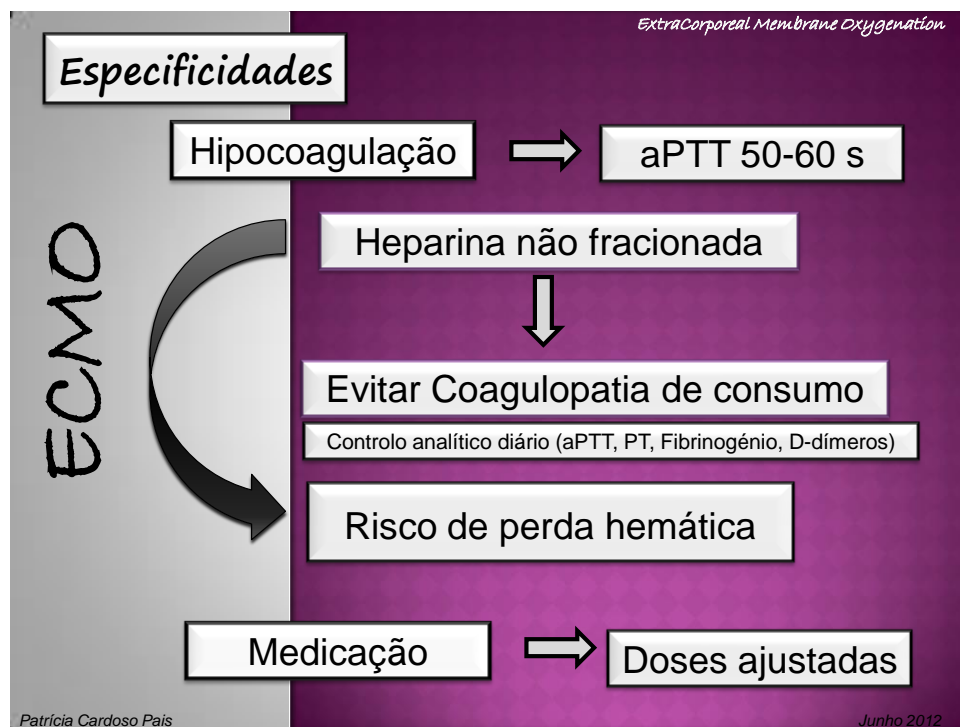
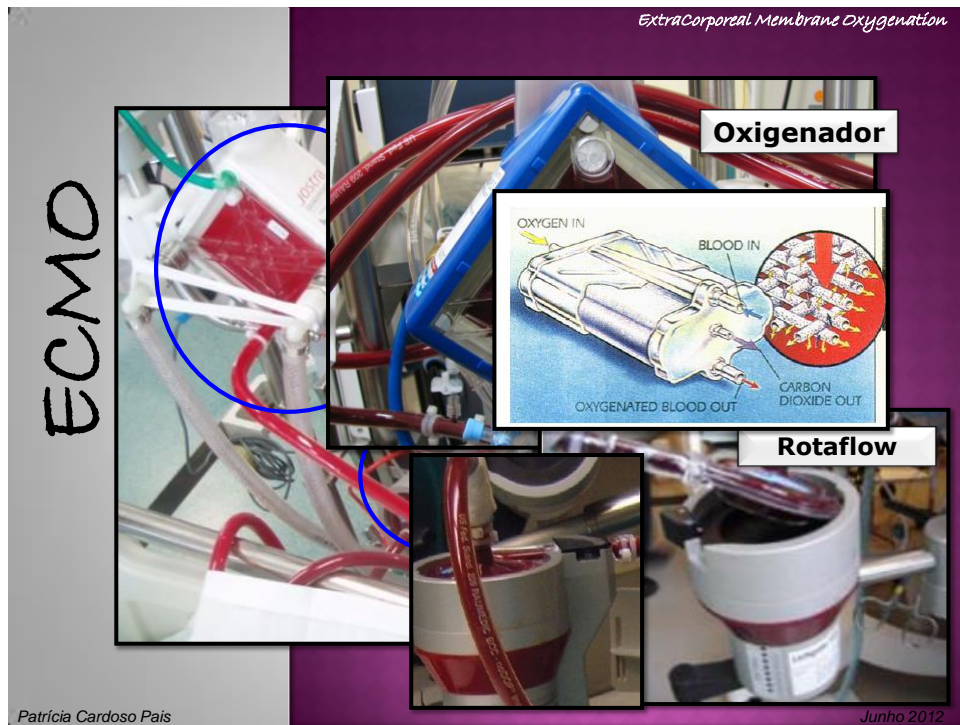
Patrícia Cardoso Pais Junho 2012











ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Medicação

J Extra Corpor Technol, 2007 Dec;39(4):234-7.
In vitro drug adsorption and plasma free hemoglobin levels associated with hollow fiber oxygenators in the extracorporeal life support (ECLS) circuit.
Preston TJ, Hodge AB, Riley JB, Leib-Sargel C, Nicol KK.
Columbus Children's Hospital, Columbus, Ohio 43205, USA. Prestont@chi.osu.edu

J Crit Care, 2012 Apr 18. [Epub ahead of print]
Pharmacokinetic changes in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation.
Shekar K, Fraser JF, Smith MT, Roberts JA.
Critical Care Research Group, The Prince Charles Hospital and The University of Queensland, Brisbane, Australia.

Therapie, 2011 Sep-Oct;66(5):405-12. Epub 2011 Oct 27.
[Impact of ECMO on Drugs Pharmacokinetics].
[Article in French]
Hasni N, Lemaitre F, Fernandez C, Combes A, Farinotti R.
Service Pharmacie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France.



Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Medicação

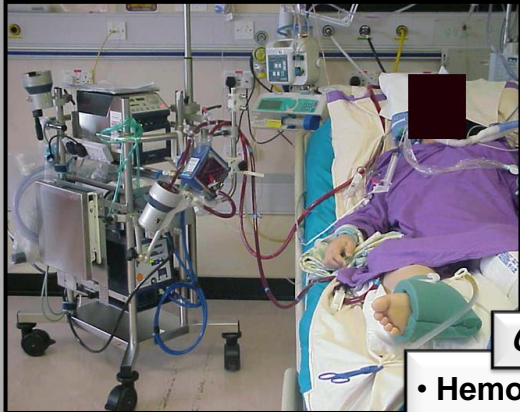
Monitorização da sedação

Crit Care Med, 1999 Aug;27(8):1499-504.
Assessing sedation during intensive care unit mechanical ventilation with the Bispectral Index and the Sedation-Agitation Scale.
Simmons LE, Riker RR, Prato BS, Fraser GL.
Department of Critical Care, Maine Medical Center, Portland 04102, USA.



Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation



ECMO

Complicações ECMO


- Hemorragia
 - hipocoagulação,
 - coagulopatia de consumo
- Trombose circuito
- Infecção

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECMO

Hemorragia



Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Trombose circuito

ECMO

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Infeção

ECMO


Image copyright Dennis Kunkel Microscopy, Inc.

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

Urgências/Emergências *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

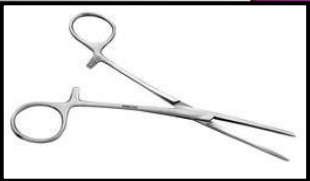


Se viu um roubo ... marque 1
Se foi roubado ... marque 2
Se ouviu um tiroteio ... marque 3
Se esteve envolvido num tiroteio ...
marque 4
Se foi baleado uma vez ... marque 5
Se foi baleado duas vezes ... marque 6



E xteriorização
K inking
M otor da bomba
O xigénio

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

Urgências/Emergências *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*




E xteriorização
K inking
M otor da bomba
O xigénio

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012



Urgências/Emergências *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*




kinking

E K M O

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

Urgências/Emergências *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*



kinking

E K M O

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

Urgências/Emergências

Extra Corporeal Membrane Oxygenation



Motor Bomba

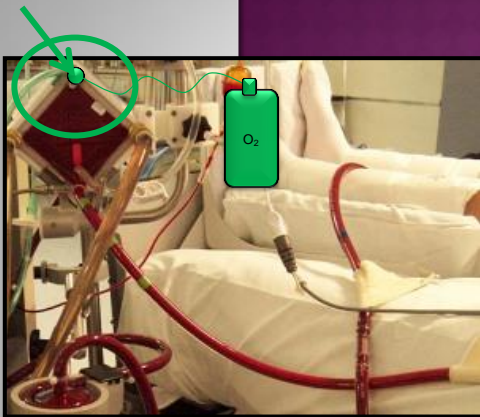
E K M O

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

Urgências/Emergências

Extra Corporeal Membrane Oxygenation



Oxigênio


E K M O

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

A evidência...



Patrícia Cardoso Pais Junho 2015

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

MINERVA MEDICA COPYRIGHT®

EXPERT OPINION

Current status of extracorporeal life support (ECMO) for cardiopulmonary failure

R. H. BARTLETT¹, L. GATTINONI^{1,2}

¹Department of Surgery, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI, USA; ²Department of Anesthesiology, Intensive Care Unit and Dermatological Sciences, University of Milan, Milan, Italy; ³Department of Anesthesiology, Resuscitation and Pain Therapy, Fondazione IRCCS-Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

Taxas de sucesso

- 30% na Reanimação cardiopulmonar extracorporeal
- 50% na ARDS
- 95% no Síndrome neonatal de aspiração meconial

Patrícia Cardoso Pais Junho 2015

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

American Journal of Transplantation 2012; 12: 2179-2179
Wiley-Blackwell Inc.

© 2012 The Authors
Journal compilation © 2012 The American Society of
Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons
doi: 10.1111/j.1909-0443.2012.02192.x

Case Report

Extracorporeal Membrane Oxygenation in Nonintubated Patients as Bridge to Lung Transplantation

K. M. Olson^a, A. Sisson^a, M. Struober^a,
J. Madani^a, G. Wisner^a, J. Gottlieb^a,
T. Fudiner^a, S. Fischer^a, G. Warnock^a,
C. Kake^a, A. Haverich^a, T. Walts^a
and M. M. Hooper^{a*}



Figure 1: This male patient is non-sedated, spontaneously breathing and watching TV while receiving cardiopulmonary support from extracorporeal membrane oxygenation. The venous cannula is inserted in the right femoral vein and advanced into the right atrium; the oxygenated blood is returned via the arterial line, which is placed in the left femoral artery.

Patrícia Cardoso Pais

O futuro...

Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Journal of Cystic Fibrosis 11 (2012) 40–45
ELSEVIER

Journal of Cystic Fibrosis
www.elsevier.com/locate/jcf

Case Studies

Ambulatory venovenous extracorporeal respiratory support as a bridge for cystic fibrosis patients to emergent lung transplantation^{1,2}

Don Hayes Jr. ^{3,*}, Jasleen Kukreja ⁴, Joseph D. Tobias ⁵, Hubert O. Ballard ⁶, Charles W. Hoopes ⁶

¹The Ohio State University, Columbus, OH, USA
²University of California at San Francisco, San Francisco, CA, USA
³University of Kentucky, Lexington, KY, USA

Received 30 March 2011; received in revised form 22 July 2011; accepted 27 July 2011
Available online 26 October 2011



- Prevenção e redução de miopatias;
- Prevenção de complicações infecciosas;
- Melhora a hipótese de transplante.

Fig. 3. Patient ambulating on a treadmill while on single-venous VV ECMO.

Patrícia Cardoso Pais

O futuro...

Junho 2012



ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Hospital S. João

J. Crit. Care, 2012 Feb 29 [Epub ahead of print]

Portable miniaturized extracorporeal membrane oxygenation systems for H1N1-related severe acute respiratory distress syndrome: A case series.

Roncon-Albuquerque R Jr, Basilio C, Figueiredo P, Silva S, Merquihão P, Alves C, Veiga R, Castelo-Branco S, Paiva L, Santos I, Honrado T, Dias C, Oliveira T, Sarmento A, Mota AM, Paiva JA.

Department of Intensive Care Medicine, Hospital de S. João, Porto, Portugal.

ARDS por H1N1

- 10 doentes
- 5 transferências inter-hospitalares sem intercorrências
- 6 sobreviventes até alta hospitalar
- Infecção nosocomial → complicação mais frequente (40%)
- 4 mortes:
 - 2 choque hemorrágico
 - 1 disfunção multiorgânica irreversível
 - 1 choque séptico refratário

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Hospital S. João

HSJ-ECMO Inter-Hospital Referral Experience

(December 2009 to April 2011)

Patients rescued / referred	14 / 19
Distance (km)	125 (44-220)
Hospital survival	9/13 (69%)
Age (years)	42 (31-54)
Gender M / F	9 (64%) / 5 (36%)
Time referral - cannulation (hours)	12 (10-24)
ECMO-VV / -VA	11 (78%) / 3 (22%)
H1N1 pneumonia	5 (36%)
Bacterial pneumonia	3 (22%)
Alveolar hemorrhage	1 (7%)
ARDS post-tertiary peritonitis	1 (7%)
Thoracic trauma	1 (7%)
Refractory cardiogenic shock	3 (22%)

* Data presented as N (%) or Median (interquartile range 25-75).

ECMO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA
Roberto Roncon de Albuquerque Jr.
XXXIII Congresso de Cardiologia Disponível em http://www.spc.pt/DL/cpc32/INTRANET/DOMINGO-SUNDA/AUDITORIO_III/14h30-16h00/01-Roberto_Roncon_AUTORIZADO.pdf consultado a 18 de Junho de 2012.

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012


PCR refratária *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

Journal of the American College of Cardiology
© 2003 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Science Inc.

Vol. 41, No. 2, 2003
ISSN 0735-1015/03/4102-00
PII S0735-1015(03)02716-X

Analysis and Results of Prolonged Resuscitation in Cardiac Arrest Patients Rescued by Extracorporeal Membrane Oxygenation

Yih-Shang Chen, MD, Anne Chao, MD, Hsi-Yu Yu, MD, Wen-Je Ko, MD, I-Hui Wu, MD, Robert Jen-Chen Chen, MD, Shu-Chien Huang, MD, Fang-Yue Lin, MD, Shoci-Shan Wang, MD
Taipei, Taiwan



- Período de 6 anos → 57 doentes.
- PCR >10 min sem RCE
- ECMO Venoarterial durante a RCP

- Sobrevivência → 31.6%
- Follow up 88.9% sobreviventes → 5.6% com défice neurológico severo.

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012


PCR refratária *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

Intensive Care Med (2007) 32:758-764
DOI 10.1007/s00134-007-0568-4

ORIGINAL

Bruno Mégarbane
Pascal Leprince
Nicolas Deye
Dabor Résière
Gilles Guerrier
Samia Kettab
Jonathan Théodore
Souheil Karyo
Iraj Gandjbakhch
Frédéric J. Baud

Emergency feasibility in medical intensive care unit of extracorporeal life support for refractory cardiac arrest



- 17 doentes
- 3 doentes sobreviveram sem sequelas (PCR 30, 100, 180 minutos)
- ECMO deve ser considerado nas PCR refratárias

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Choque cardiogénico

European Heart Journal Advance Access published April 17, 2012

CLINICAL RESEARCH

Emergency circulatory support in refractory cardiogenic shock patients in remote institutions: a pilot study (the cardiac-RESCUE program)

Sylvain Beurtheret^{1†}, Pierre Mordant^{1†}, Xavier Paoletti², Elou Marjon^{1,4,5}, David S. Calermajer⁴, Philippe Léger⁴, Alain Parvie¹, Alain Combes¹, and Pascal Leprince¹

ESC/EACTS GUIDELINES

European Heart Journal (2010) 31, 2501–2535

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

BVAD = biventricular assist device; BTT = bridge to transplantation; DT = destination therapy; ECMO = extracorporeal membrane oxygenator; IABP = intra-aortic balloon pump; LVAD = left ventricular assist device.

Patrícia Cardoso PaisJunho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

PCR por Hipotermia

J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 2007 Sep; 134(3):594-600.

Prolonged extracorporeal membrane oxygenation-assisted support provides improved survival in hypothermic patients with cardiocirculatory arrest.

Ruttmann E, Weissenbacher A, Ulmer H, Müller L, Hofer D, Kilo J, Rabl W, Schwarz B, Laufer G, Antretter H, Mair P. Department of Cardiac Surgery, Innsbruck Medical University, Tyrol, Austria. effriede.ruttmann@i-med.ac.at

- 59 doentes com hipotermia acidental
- 19 anos
- 34 aquecimento extracorporeal convencional
- 25 ECMO

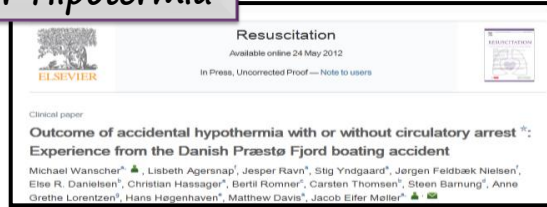
ECMO → sobrevivência 6,6 X mais elevada

ECMO permite prolongar suporte cardiorrespiratório após reanimação inicial e reduz o risco de disfunção cardiorrespiratória severa após aquecimento.

Patrícia Cardoso PaisJunho 2012

PCR por Hipotermia

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation



- Acidente barco Dinamarca
- 15 pessoas previamente saudáveis imergidas em água a 2°C
- Idade média 16 anos (15-45);
- 7 vítimas em PCR;
- Temperatura média 18,4°C (15,5-20,2°C);
- Aquecidas com ECMO → em média 226 minutos após PCR

ECMO
Hipotermia terapêutica

- 6 vítimas com disfunção neurológica ligeira a moderada
- 1 vítima disfunção neurológica grave

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

Resuscitation Guidelines

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation



In a hypothermic patient with apnoea and cardiac arrest, extracorporeal rewarming is the preferred method of active internal rewarming because it provides sufficient circulation and oxygenation while the core body temperature is increased by 8–12 °C h⁻¹.²⁵³ Survivors in one case-series had an average of 65 min of conventional CPR before cardiopulmonary bypass,²⁵⁴ which underlines that continuous CPR is essential. Unfortunately, facilities for extracorporeal rewarming are not always available and a combination of rewarming techniques may have to be used. It is advisable to contact the destination hospital well in advance of arrival to make sure that the unit can accept the patient for extracorporeal rewarming. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) reduces the risk of intractable cardiorespiratory failure commonly observed after rewarming and may be a preferable extracorporeal rewarming procedure.²⁵⁵

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Transporte Inter-hospitalar

Ann Saudi Med. 2009 Mar-Apr; 29(2): 110-114
doi: 10.4193/AS29-4847.51792

PMCID: PMC2813631

Extracorporeal circulatory systems in the interhospital transfer of critically ill patients: experience of a single institution

[Assad Hanawa](#) * [Alois Philipp](#) * [Maik Fohlen](#) * [Thomas Mueller](#) * [Daniela Cambori](#) * [Leopold Rupperts](#) * [Thomas Puschler](#) * [Stephan Hirt](#) * [Michael Hilber](#) * [Reinhard Kobuch](#) * [Christof Schmid](#) * [Matthias Art](#) *

ASAIO Journal:
September/October 2011 - Volume 57 - Issue 5 - pp 421-425
doi: 10.1097/MAT.0b013e3182238b55
Clinical Cardiovascular/Cardiopulmonary Bypass

Safe Transport of Critically Ill Adult Patients on Extracorporeal Membrane Oxygenation Support to a Regional Extracorporeal Membrane Oxygenation Center

Javidfar, Jeffrey*; Brodie, Daniel*; Takeyama, Hiroo*; Mongero, Linda*; Zwischenberger, Joseph*; Sonett, Joshua MD*; Bacchetta, Matthew*

↓

O suporte extracorporeal permite maior segurança na transferência inter-hospitalar até um centro de referência otimizando as probabilidades do doente crítico.

Canulação prévia ao transporte

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECMO no Pré Hospitalar

Resuscitation. 2011 Sep;82(9):1239-42. Epub 2011 Apr 14.

Out-of-hospital extra-corporeal life support implantation during refractory cardiac arrest in a half-marathon runner.

[Lebreton G](#), [Pozzi M](#), [Luyt CE](#), [Chastre J](#), [Carli P](#), [Pavie A](#), [Leprince P](#), [Vivien B](#).

Service de Chirurgie Cardio-Thoracique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, Paris, France.

Abstract

For patients who present with an out-of-hospital refractory cardiac arrest, in-hospital extracorporeal life-support (ECLS) initiation represents an alternative therapy which allows significant survival. We describe here the first case of out-of-hospital ECLS implantation in a patient presenting with a refractory cardiac arrest during a road race. ECLS was initiated within the MICU ambulance 60 min after cardiac arrest and enabled restoration of cardiac output to 4.5 l min⁻¹. Coronarography revealed a severe isolated stenosis of the right coronary artery, which was treated by angioplasty. The cardiogenic shock resolved progressively, enabling ECLS weaning within 48h, while renal, hepatic, and respiratory functions recovered simultaneously.

Copyright © 2011 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Resuscitation. 2011 Sep;82(9):1243-5. Epub 2011 Mar 31.

Out-of-hospital extracorporeal life support for cardiac arrest-A case report.


[Art M](#), [Philipp A](#), [Voelkel S](#), [Graf BM](#), [Schmid C](#), [Hilker M](#).

Department of Anesthesiology, Aeromedical Service, University Hospital Regensburg, Regensburg, Germany. matthias.art@klinik.uni-regensburg.de

Abstract

We report the use of out-of-hospital extracorporeal life support (ECLS) in cardiac arrest. We treated a 9-year-old girl with cardiac arrest after warm-water drowning with percutaneous venoarterial extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) using a new portable Mini-ECMO system. A beating-heart circulation was reestablished on ECMO, but, unfortunately, our patient did not survive. This case shows that Mini-ECMO support can be used to restore an effective circulation and gas exchange in the out-of-hospital setting.

Copyright © 2011 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.



Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

The LIFEBRIDGE® → 18kg
Pronto em 5-10 minutos



<http://www.lifebridge.de/usa/medical-professionals/product-information/index.html>

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Resgate ECMO

Transporte Interhospitalar Canulação prévia ao transporte



- ☘ Ambulância
- ☘ O₂
- ☘ Mala medicação
- ☘ Mala via aérea
- ☘ Equipamento
- ☘ Monitorização
- ☘ Equipa diferenciada

ECMO to the rescue

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Referenciação precoce




Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporal Membrane Oxygenation

Concluindo...



- ECMO → Oxigenação e eliminação de CO₂
 - Falência cardíaca (choque cardiogénico) → VA
 - Falência ventilatória → VV (cânula dupla ou única)
- Complicações associadas:
 - Hemorragia (hipocoagulação e coagulopatia de consumo);
 - Trombose do circuito
 - Infecção
- Urg./Emerg. → Exteriorização, Kinking, Motor da bomba, Oxigénio

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

Concluindo...

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation



- Evidência em PCR por hipotermia, PCR refratária, no choque cardiogénico como ponte para transplante, na ARDS.
- ECMO no Pré Hospitalar → 2 casos com canulação bem sucedida mas sem sucesso quanto à sobrevivência.
- Transporte inter-hospitalar → canulação prévia ao transporte
 - Resgate ECMO
- A importância da referência precoce → o papel do INEM

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

Referências Bibliográficas

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

- Arlt, M., Philipp, A., Voelkel, S., Graf, B.M., Schmid, C., & Hilker, M. (2011 sept). Out-of-hospital extracorporeal life support for cardiac arrest-A case report. Resuscitation. 1243-1245. Recuperado em 20 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536364>
- Bartlett, R.H., & Gattinoni, L. (2010, Julho vol .76 n.º7). Current status of extracorporeal life support for cardiopulmonary failure. Minerva Médica. 534-540. Recuperado em 20 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20613694>
- Beurthelet, S., Mordant, P., Paoletti, X., Marjion, E., Celermajer, D.S., Léger, P., Pavie, A., Combes, A., & Leprince, P. (Abril, 2012). Emergency circulatory support in refractory cardiogenic shock patients in remote institutions: a pilot study (the cardiac-RESCUE program). European Heart Journal. 2-9. Recuperado em 21 de Junho de 2012 de <http://eurheartj.oxfordjournals.org>
- Bibro, C., Lasich, C., Rickman, F. Jr., Foley, N.E., Kunugivama, S.K., Moore, E., O'Brien, A., Sherman, N., & Schulman, C.S. (2011 Vol 31, No. 5, OCTOBER) Critically ill patients with H1N1 a undergoing extracorporeal membrane oxygenation. Crit Care Nurse. 1-24. Recuperado em 3 de Junho de 2012 de <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/5/e8.full.pdf+html>
- Chen, Y., Chao, A., Yu, H.U., Ko, W.J., Wu, I., Chen, R., Huang, S., Lin, F., & Wang, S. (2003, January nº2, vol 41) Analysis and Results of Prolonged Resuscitation in Cardiac Arrest Patients Rescued by Extracorporeal Membrane Oxygenation. Journal of the American College of Cardiology, 1-7 recuperado em 1 de Junho de 2012 de http://ac.els-odn.com/S073510970202716X/1-s2.0-S073510970202716X-main.pdf?_tid=ce09b1c3642d07ca608838e54f6ec856&acdnat=1340237175_7b7a2abd335ca71949fb237eeb84b84f
- EXTRACORPOREAL LIFE SUPPORT ORGANIZATION, 2009. Patient Specific Supplements to the ELSO General Guidelines. 1-24. Recuperado em 12 maio de 2012 de <http://www.elso.med.umich.edu/guidelines.html>
- Haneya A, Philipp A, Foltan M, Mueller T, Camboni D, Rupprecht L, Puehler T, Hirt S, Hilker M, Kobuch R, Schmid C, Arlt M. Extracorporeal circulatory systems in the interhospital transfer of critically ill patients: experience of a single institution. Ann Saudi Med. 2009;29(2):110-114. Recuperado em 20 de maio de 2012 de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Extracorporeal%20circulatory%20systems%20in%20the%20interhospiat%20transfer%20of%20critically%20ill%20patients%20A%20experience%20of%20a%20single%20institution.%20Ann%20Saudi%20Med.%202009%3B29\(2\)%3A110-114](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Extracorporeal%20circulatory%20systems%20in%20the%20interhospiat%20transfer%20of%20critically%20ill%20patients%20A%20experience%20of%20a%20single%20institution.%20Ann%20Saudi%20Med.%202009%3B29(2)%3A110-114)
- Hasni, N., Lemaître, F., Fernandez, C., Combes, A., & Fainotti, R. (2011 Sept-Oct) Impact of ECMO on drugs pharmacokinetics. Therapie. 405-412. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Hayes, D. Jr., Kukreja, J., Tobias, J.D., Ballard, H.O., Hoopes, & C.W. (2012). Ambulatory venovenous extracorporeal respiratory support as a bridge for cystic fibrosis patients to emergent lung transplantation. Journal of Cystic Fibrosis. 40-45 Recuperado em 3 de Junho de 2012 de <http://www.elsevier.com/locate/jcf>
- Javidfar, J., Brodie, D., Takayama, H., Mongero, L., Zwischenberger, J., Sonett, J., & Bacchetta, M., (2011, sep-oct). Safe transport of critically ill adult patients on extracorporeal membrane oxygenation support to a regional extracorporeal membrane oxygenation center. ASAIO J. Recuperado em 29 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21869618>
- Lebraton, G., Pozzi, M., Luyt, C.E., Onastre, J., Carli, P., Pavie, A., Leprince, P., & Vivien, B. (2011 Sep). Out-of-hospital extra-corporeal life support implantation during refractory cardiac arrest in a half-marathon runner. Resuscitation. 1249-1242. Recuperado em 10 de junho de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536365>
- Liebrige equipment. Recuperado em 20 de maio de 2012 de <http://www.lifebridge.de/usa/medical>
- Mégarbane, B., Leprince, P., Deye, N., Résière, D., Guerrier, G., Rettab, S., Théodore, J., Karyo, S., Gandjbakhch, I., & Baud, F.J. (2007, vol33, n.º5) Emergency feasibility in medical intensive care unit of extracorporeal life support of refractory cardiac arrest. Intensive Care Med. 758-764 . Recuperado a 29 de maio de 2012 de <http://www.springerlink.com/content/35t1b1272356/>
- Noble, D.W. & Peek G.J. (2010, Oct. 65). Extracorporeal membrane oxygenation for respiratory failure. Past, present and future. 971-979. Anaesthesia The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198465>
- Nolan, J., Soar, J., Zideman, D., Biarenti, D., Bossaerte, L., Deakin, C., Kosterg, R., Wyllie, J., & Bottiger, B. (2010) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. 1219-1276. Recuperado em 29 de maio de 2012 de <https://www.erc.europa.eu/index.php/doclib/viewDoc/1195/3/>

Patrícia Cardoso Pais

Junho 2012

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

Referências Bibliográficas

- Olsson, K.M., Simon, A., Strueben, M., Hadem, J., Wiesner, O., Gottlieb, J., Fuehner, T., Fischer, S., Wamecke, G., Kuhn, C., Haverich, A., Wette, T., & Hoepfer, M.M. (2010) Extracorporeal Membrane Oxygenation in Nonintubated Patients as Bridge to Lung Transplantation. *American Journal of Transplantation* .2173-2178 Recuperado em 3 de Junho de 2012 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2010.03192.x/pdf>
- ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Recomendações para Transporte de Doentes Críticos*. Centro Editor *Livreiro da Ordem dos Médicos*, 2008.
- Peek, G.J., Mugford, M., Tiruvoipati, R., Wilson, A., Allen, E., Thalanany, M.M., Hibbert, C.L., Truesdale, A., Clemens, F., Cooper, N., Firmin, R.K., & Elbourne, D. (2009, Oct) Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 1351-1363. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19762075>
- Preston, T.J., Hodge A.B., Riley J.B., Leib-Sargel C., & Nicol K.K. (2007, Dezembro) In vitro drug adsorption and plasma free hemoglobin levels associated with hollow fiber oxygenators in the extracorporeal life support circuit. *J ExtraCorp Technol*. 234-237. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=invitro%20drug%20adsorption%20and%20plasma%20free%20hemoglobin%20levels%20associated%20with%20hollow%20fiber%20oxygenators%20in%20the%20extracorporeal%20life%20support%20circuit.%20J%20Ectr>
- Roncon-Albuquerque, R. Jr., Basílio, C., Figueiredo, P., Silva, S., Mergulhão, P., Alves, C., Veiga, R., Castelo-Branco, S., Paiva, L., Santos, I., Honrado, T., Dias, C., Oliveira, T., Sarmento, A., Mota, A.M., & Paiva J.A. (2012, Feb.) Portable miniaturized extra corporeal membrane oxygenation systems for H1N1 related severe acute respiratory distress syndrome: a case series. *J CritCare Epub ahead of print*. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%20Portable%20miniaturized%20extra%20corporeal%20membrane%20oxygenation%20systems%20for%20H1N1%20related%20severe%20acute%20respiratory%20distress%20syndrome%3A%20a%20>
- Roncon-Albuquerque, R. Jr. (2010) ECMO extracorporeal membrane oxygenation como opção terapêutica no ARDS grave. *Rev Port Med Int*. 43-46. Recuperado em 12 de maio de 2012 de http://www.spc.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_43a46.pdf (vol 17)
- Roncon-Albuquerque, R. Jr., ECMO na insuficiência cardíaca aguda. XXXII Congresso de Cardiologia (2012) Recuperado em 18 de Junho de 2012 em http://www.spc.pt/DL/cpc32/INTRANET/DOMINGO-SUNDAY/AUDITORIO_III/14h30-16h00/01-Roberto_Roncon_AUTORIZADO.pdf
- Ruttman, E., Weissenbacher, A., Ulmer, H., Müller, L., Höfer, D., Kilo, J., Rabi, W., Schwarz, B., Laufer, G., Antretter, H., & Mair, P. (2007 Sept). Prolonged extracorporeal membrane oxygenation-assisted support provides improved survival in hypothermic patients with cardiocirculatory arrest. *J thorac Cardiovasc Surg*. 594-602. Recuperado em 3 de Junho de 2012 de <http://jtc.elsevier.com/doi/10.1053/j.jtc.2007.08.011>
- Shekar, K., Fraser, J.F., Smith, M.T., & Roberts J.A. (2012, abril 18). Pharmacokinetic changes in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. *J Crit Care Epub ahead of print*. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Simmons, L.E., Riker, R.R., Prato, B.S., & Fraser, G.L. (1999, August). Assessing sedation during intensive care unit mechanical ventilation with Bispectral index and the sedation-agitation scale. *CritCare Med*. 1499-1504. Recuperado em 12 de maio de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10470756>
- Wanscher, M., Agersnap, L., Ravn, J., Yndgaard, S., Nielsen, J.F., Danielsen, E.R., Hassager, C., Romner, B., Thomsen, C., Barnung, S., Lorentzen, A.G., Høgenhaven, H., Davis, M., & Møller, J.E. (2012 Maio) Outcome of accidental hypothermia with or without circulatory arrest: Experience from the Danish Præsto Fjord boating accident. *Resuscitation* [Epub ahead of print]. Recuperado em 29 de junho de 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22634431>
- Wijns, W., Kolh, P., Danchin, N., Di Mario, C., Falk, V., Folliquet, T., Garg, S., Huber, K., James, S., Knuuti, J., Lopez-Sendon, J., Marco, J., Menicanti, L., Ostojic, M., Piepoli, M.F., Pirlet, C., Pomer, J.L., Reifart, N., Ribichini, F.L., Schillj, M.J., Sergeant, P., Serruys, P.W., Silber, S., Uva, M.S., & Taggart, D. (2010). Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 2501-2555. Recuperado em 21 de Junho de 2012 em <http://eurheartj.oxfordjournals.org>

Patrícia Cardoso Pais Junho 2012



"O conhecimento é em si mesmo um poder."

Francis Bacon



Correção do teste de avaliação

Questões	V	F
1. ECMO significa <u>Extracorporeal Membrane Oxygenation</u> .	X	
2. O ECMO surgiu nos anos 20.		X
3. Esta técnica tem indicação na falência cardíaca e falência respiratória.	X	
4. O ECMO <u>Venoarterial</u> é o indicado na falência respiratória.		X
5. Esta <u>oxigenação extracorporeal</u> consiste em oxigenar o sangue do doente.	X	
6. É uma técnica que não acarreta riscos para o doente.		X
7. A equipa de resgate ECMO é constituída apenas por um <u>perfusionista</u> .		X
8. A hemorragia é uma das complicações possíveis.	X	
9. A trombose do circuito nunca acontece.		X
10. No Norte o Hospital de São João é um Centro de Referência para esta técnica.	X	

**Correção do teste de avaliação (cont.)**

11. Pode estar indicada na ARDS por H1N1.	X	
12. No Resgate ECMO os doentes são "canulados" no hospital de origem.	X	
13. No transporte a monitorização é pouco importante.		X
14. O kinking das cânulas é uma emergência que tem que ser resolvida de imediato.	X	
15. A exteriorização das cânulas não é preocupante.		X
16. Alguns estudos demonstram taxas de sucesso na PCR refratária.	X	
17. O ECMO é a técnica de aquecimento preferencial pós hipotermia, segundo as guidelines da ressuscitação.	X	
18. Não pode ser usado em grávidas.		X
19. Doentes com hemorragia ativa são candidatos ótimos a esta técnica		X
20. Não existem estudos sobre a utilização desta técnica no contexto extra-hospitalar.		X

Obrigada pela colaboração.



Anexo V – Formação “Síndrome Compartimental Abdominal e
Avaliação da Pressão Intra-abdominal”



PIA

Pressão Intra-abdominal

SCA

Síndrome Compartimental Abdominal



PIA

Pressão Intra-abdominal

SCA

Síndrome Compartimental Abdominal



Elaborado por: Patrícia Cardoso Pais

Aluna do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, no âmbito do estágio de Serviço de Urgência. 2012

Assuntos a abordar:

- Síndrome Compartimental Abdominal
- Pressão Intra-abdominal
 - Valores de referência
 - Avaliação



Síndrome Compartimental Abdominal

SCA

Hipertensão Intra-abdominal (HIA) associada a distensão abdominal, oligúria, anúria, hipoxemia e altas pressões inspiratórias;

Deterioração da fisiologia respiratória, cardiovascular, renal, esplâncnica e/ou do sistema nervoso central provocada por HIA;


Progride para falência multiorgânica, sendo o único tratamento eficaz a descompressão abdominal por laparotomia.



PIA

Síndrome Compartimental Abdominal

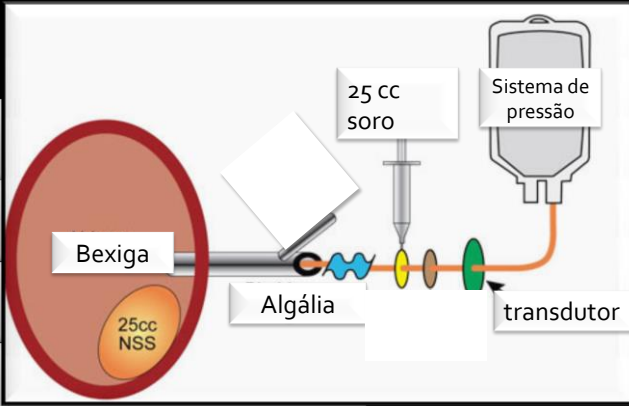
- <12 mmHg • Normal (pode variar de acordo com o IMC);
- > 15-20 mmHg • ↓ do débito urinário, ↑ da pressão respiratória e ↓ do débito cardíaco;
- >25 mmHg • Mudanças fisiológicas clinicamente significativas
→ **Laparotomia descompressiva.**



PPA → Pressão perfusão abdominal → PAM-PIA

PIA avaliação

Síndrome Compartimental Abdominal



- Sonda vesical
- Luvas estéreis
- Seringa 50cc
- Conexão ¾ estéril

Soro e sistema de monitorização de pressão invasiva

10cm de tubuladura de aspiração esterilizada



PIA avaliação

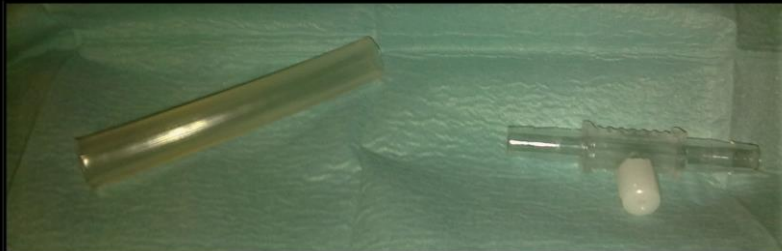
Síndrome Compartimental Abdominal



Sistema de Monitorização de Pressão Invasiva

PIA avaliação

Síndrome Compartimental Abdominal



PIA avaliação

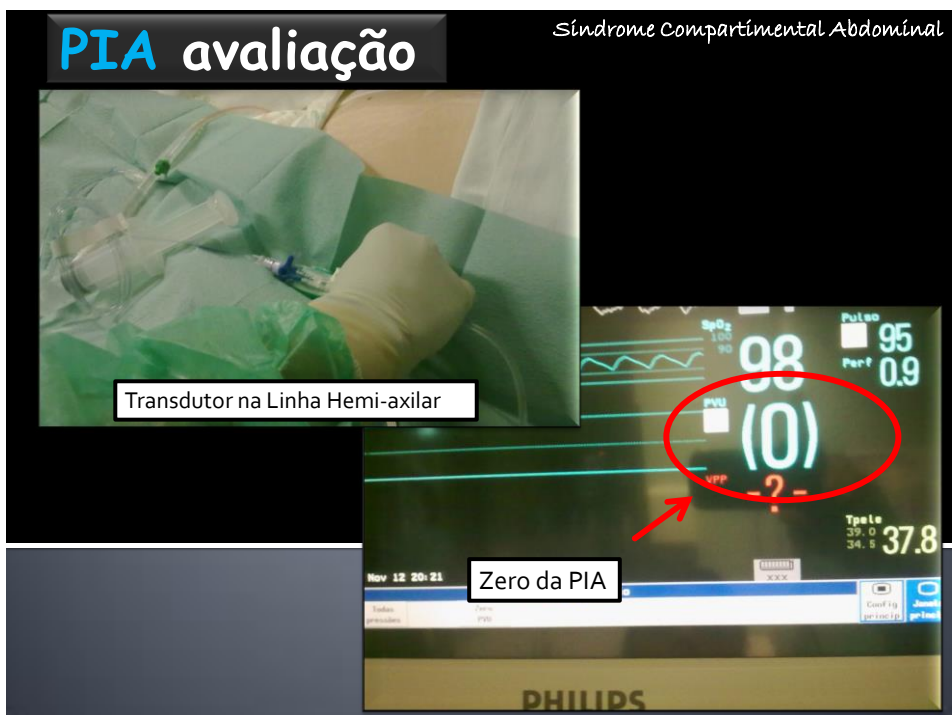
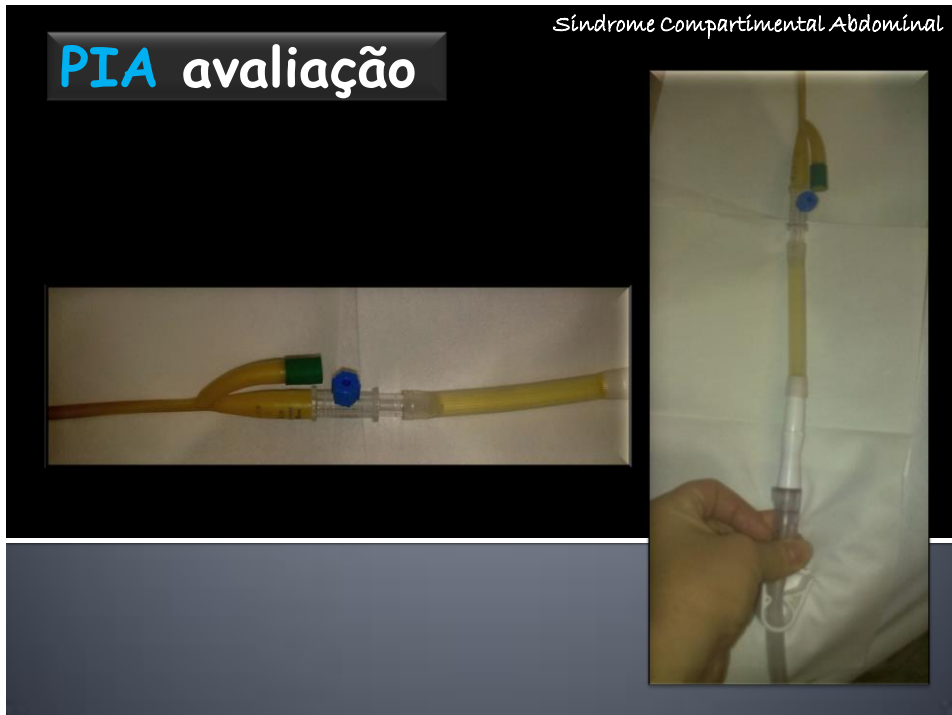
Síndrome Compartimental Abdominal



PIA avaliação

Síndrome Compartimental Abdominal





PIA avaliação

Síndrome Compartimental Abdominal

Clampar sistema de drenagem

Injetar 25cc soro

Detailed description: This slide illustrates two steps in the management of Abdominal Compartment Syndrome (ACS). The left photograph shows a drainage system being clamped, with a red circle highlighting the clamp. The right photograph shows a syringe injecting 25cc of fluid into a drainage system, with a red circle around the injection site and a text box below it stating 'Injetar 25cc soro'.

PIA avaliação

Síndrome Compartimental Abdominal

PIA

Detailed description: This slide shows a Philips monitor displaying vital signs. A red circle highlights the PIA (Peritoneal Intra-abdominal Pressure) value, which is 98 (9). A red arrow points from a text box labeled 'PIA' to the highlighted value. Other vital signs visible on the screen include SpO2 at 98, SpO2 at 95, Perf at 0.9, and Tpele at 37.8. The Philips logo and the number 133 are also visible on the monitor.





Referências Bibliográficas

Fernandes, Maria Teresa. 2010. *Síndrome do Compartimento Abdominal: um síndrome antigo, uma preocupação sempre atual.* Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.

Japiassú, André et al. 2007. Mensuração da Pressão Intra-Abdominal nas Unidades de Tratamento Intensivo. A Opinião dos Médicos Intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* Abril-Junho de 2007, Vol. 19.

Machado, Ariane. 2009. *Mensuração da Pressão Intra-Abdominal.* São Paulo : Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2009.

Prado, Luiz et al. 2005. Pressão Intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal. *Rev. Col. Bras. Cir.* Mar./Abr. de 2005, Vol. 32.





Anexo VI – Manual de Integração do SU





CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Manual de Integração *Serviço de Urgência*



Alunas:

- **Manuela Ferreira**
- **Patrícia Cardoso**
- **Sónia Alves**

Sob orientação de:

Professoras Irene Oliveira e Patrícia Coelho

Porto, novembro de 2012



Índice

Introdução.....	3
1. Apresentação do Serviço	5
1.1. Composição e estrutura física do serviço	5
1.2. Recursos Humanos	8
1.3. Horários e distribuição de turnos.....	8
1.3.1. Trocas de horário e férias.....	8
1.4. Fardamento	8
1.5. Método de trabalho.....	8
1.6. Sistema de documentação de trabalho	9
1.6.1. Sistema Alert.....	9
1.6.2. Triagem de Manchester.....	9
1.7. Procedimentos aquando da admissão, alta e falecimento de utente.....	10
1.7.1. Acompanhantes.....	10
1.7.2. Informação aos acompanhantes	11
1.7.3. Espólio	11
1.7.4. Comunicação de más notícias	11
1.8. Articulação do SU com outros serviços e instituições.....	11
1.9. Transferência de doentes.....	11
1.10. Transporte de doente crítico.....	12
2. Protocolos, normas e procedimentos.....	13
2.1. Vias verdes.....	13
2.2. Manual de Controlo de Infeção	13
2.3. Manual de Procedimentos Invasivos.....	13
3. Formação em Serviço	15
4. Avaliação de Desempenho.....	15
5. Acidentes em Serviço.....	15
6. Informações úteis	15
3-Conclusão	17



Referências bibliográficas.....19

Anexos

Anexo 1-Planta do serviço

Anexo 2-Trocas de horários

Anexo 3- Plano de férias

Anexo 4-Plano de trabalho

Anexo 5-Guia de acolhimento à família

Anexo 6-Espolio

Anexo 7-Direitos e deveres dos doentes

Anexo 8-Folha de transferência

Anexo 9- Normas de transporte do doente crítico

Anexo 10-Vias verdes AVC, Coronária, Sepsis e Trauma

Anexo 11-Plano de formação anual

Anexo 12- Avaliação do desempenho-legislação

Anexo 13- Acidentes de serviço

Anexo 14-Cronograma



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.



1. 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 (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.

1.1. 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, receção 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 Ortopneumologia, e que preencham os requisitos acima especificados.

Área de Ortopneumologia/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).



1.2. 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.

1.3. 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.

1.3.1. 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.

1.4. Fardamento

O fardamento do SU é composto por túnica e calça verde disponíveis nos vestiários do serviço, sendo exclusivos do mesmo.

1.5. 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.

1.6. Sistema de documentação de trabalho

Além das passagens de informação verbal os enfermeiros do SU documentam as suas intervenções no sistema operativo Alert®.

1.6.1. Sistema Alert

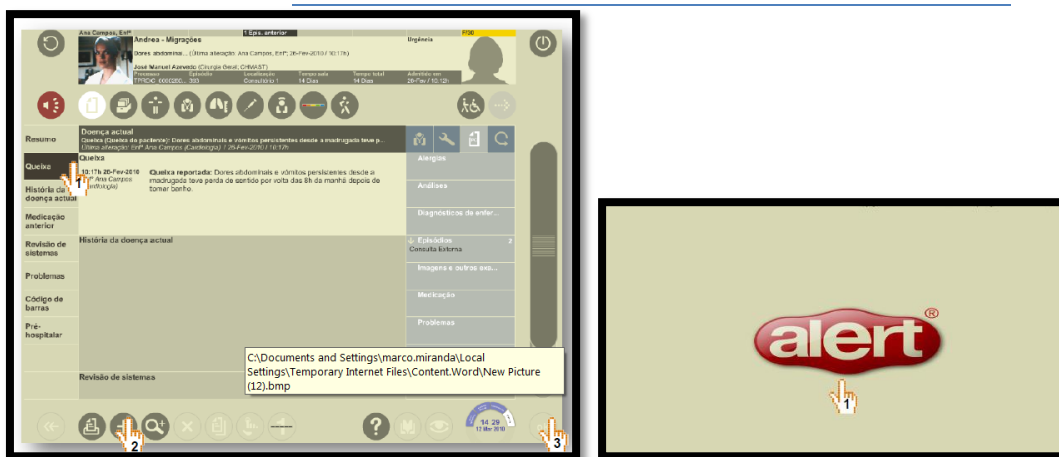


Figura 1. Sistema Alert®

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.

1.6.2. 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



1.7. 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.

1.7.1. 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.

1.7.2. 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.

1.7.3. 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 médica que obrigue à sua remoção, deverá ser guardada sendo elaborada uma listagem desses bens, num impresso adequado pela enfermeiro, ver anexo 6.

1.7.4. 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.

1.8. 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.

1.9. 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.

1.10. 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.” (Ordem dos Médicos, 2008). 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.



2. Protocolos, normas e procedimentos

2.1. 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 e 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 Sepsis;
- 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.

2.2. 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_Paginald=37268.

2.3. 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.



3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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, p. 12). 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*. 2006.
-  **Collière, M.F. 1999.** *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidadores de enfermagem*. 3ª Edição. Lisboa : Lidel, 1999.
-  **Cook, S. e Sinclair, D. 1997.** Emergency department triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement). *J Emerg Med* . 1997.
-  **Cronin, J. 2003.** The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs*. 2003.
-  **Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro.**
-  **GOMES, Ricardo Miguel. 2009.** *Hospital de S. João – 50 anos de Sonho e Resistência*. Porto : Hospital São João, 2009.
-  **Lei n.º33/2009 de 14 de Julho.**
-  **McBrien, B. 2009.** Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurses . *Int Emerg Nurs* 17. 2009.
-  **Mercadier, Catherine. 2004.** *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures : Lusociência, 2004.
-  **Ordem dos Enfermeiros. 2005.** *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005.
-  **Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. 2003.** *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003.
-  **Ordem dos Médicos: Comissão da Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2008.** *Transportes de Doentes Críticos Recomendações 2008*. s.l. : Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.
-  **Rocha, Maria Lúcia. 2003.** *Repensar a Enfermagem*. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado.
-  **Toni, G. e McCallum, P. 2007.** Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007.
-  **Vieira, Margarida. 2009.** *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa : Universidade Católica, 2009.



Anexo VII – Estudos de Caso

- Estudo de caso na APH
- Póster de Apresentação do Estudo de Caso





Estudo de caso - "Cuidar na Assistência Pré-Hospitalar"

Decorrente do Módulo de Estágio do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, resolvi efetuar um estudo de caso, um exercício que permitirá uma reflexão acerca das práticas de acordo com a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

Foram recolhidos dados referentes a um doente, apresentados os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem baseados na Teoria enunciada. Apesar do carácter da Assistência Pré-Hospitalar (APH) para situações agudas e emergentes/urgentes, as situações de descompensação de doença crónica, como o cancro, são muito frequentes, pelo que escolhi o caso desta família como reveladora destas situações.

Iniciarei com a descrição do conceito de Conforto e explanação da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, seguida da enumeração dos Diagnósticos de Enfermagem identificados. Seguem-se as Intervenções de Enfermagem enquadradas nos contextos de Intervenção, segundo a referida teoria, e o Resultado das Intervenções implementadas.

Florence Nightingale (1859), define o conforto como alvo de atenção e como um objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) o conforto consiste na sensação de tranquilidade física e bem estar corporal. Segundo Katherine Kolcaba (1991 e 1994), na **Teoria do Conforto**, uma teoria de médio alcance, **Conforto** é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos da experiência físico, ambiental, psicoespiritual e social.

Descrição do caso:

Doente do sexo masculino, 56 anos, desempregado, com cancro pulmonar disseminado em estado terminal, semidependente, que recorre à APH por dor e vômitos. Cuidadora principal, a esposa de 52 anos, empregada doméstica.

Os Diagnósticos de Enfermagem, baseados na CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010) identificados foram os seguintes:

- **Desconforto**
- Medo;
- Falta de Esperança;
- Ingestão nutricional comprometida;
- Dor;
- Dispneia.



As Intervenções de Enfermagem baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2008) e na CIPE de acordo com os contextos de intervenção foram as seguintes:

Contextos de Intervenção	Intervenções de Enfermagem
Físico	Gestão da dor
	Posicionamento
	Toque terapêutico
	Gestão terapêutica
Psicoespiritual	Redução da ansiedade
	Apoio emocional
	Escuta ativa
	Promoção de esperança realista
Ambiental	Controlo do ambiente: conforto
	Controlo da infeção
	Promoção de ambiente seguro
	Redução da sobrecarga sensorial
Social	Apoio familiar
	Promoção do envolvimento familiar
	Promoção da presença familiar

De acordo com a Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas e Swanson, 2008) os resultados das intervenções centram-se no conforto físico, psicoespiritual, ambiental e social.

Reflexão

Com o envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas, como a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou o cancro, a diminuição de recursos financeiros e



a insuficiente rede de apoio social, o profissional da APH, com a missão de prestar cuidados a pessoas em situação aguda urgente/emergente, é confrontado com o crescente número de ativações em situações de agudização de doenças crónicas. Estas agudizações são, muitas vezes, evitáveis através da adoção de comportamentos recomendados e de apoios sociais. A APH altera o seu carácter de atuação em situações agudas de emergência médica para ser interveniente na agudização de condições crónicas descompensadas, na maioria, por uma má gestão do regime terapêutico. A colaboração com os cuidados de saúde primários pode ser uma solução eficaz, através da identificação de situações problema pelo enfermeiro e do seu encaminhamento para a unidade de saúde. Na maioria destas situações um acompanhamento mais próximo dos doentes crónicos, com redes de apoio, que poderia ser de consulta telefónica, educação para a saúde e avaliação da efetividade da mesma no contexto domiciliário por uma política de maior proximidade, acarretaria ganhos de saúde. Claro que a falta de recursos dos cuidados de saúde primários são o principal entrave a esta política de maior proximidade. Certamente que investir em equipas vocacionadas para a avaliação dos doentes crónicos numa política de maior proximidade e interatividade fica mais barato do que todas as vezes que os meios INEM são acionados para situações evitáveis. Os custos financeiros são importantes tanto na ativação dos meios, quanto na utilização dos recursos hospitalares. Acometendo, também, de grande relevância os custos humanos e emocionais de descompensações de situações crónicas com as quais se vai aprendendo a viver.

Apesar do carácter de atuação em situações agudas e urgentes/emergentes, o enfermeiro na APH preocupa-se em proporcionar o máximo de conforto e minimizar o desconforto dos doentes que cuida.

Referências Bibliográficas:

- Bulechek, GM.; Butcher, H.K.& Dochterman, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros;
- Moorhead, S. Johnson, M.; Maas, M & Swanson, E. (2008) *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (4th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier;
- Nightingale, F. (1859) – *Notes on Nursing*. London: Harrison
- Kolcaba, K. Y.; Kolcaba, R.J. (1991)- *An analysis of the concept of comfort*. Journal of Advanced Nursing. Vol.16. nº11, p1301-1310;
- Kolcaba, K.Y.(1994)- *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 19, nº6, p 1178-1184;



- Kolcaba, K.(2010) - *Comfort Theory*. Recuperado em 29 de Janeiro, 2012, de <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>

Póster

O Conforto no Cuidar no SU

Patricia Cardoso Pais
Orientada por: Prof. Irene Oliveira
Universidade Católica – Porto Instituto Ciências da Saúde – 5ª Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica

Introdução

O conforto é uma das metas centrais da Enfermagem e uma expectativa do doente, pelo que, com base na Teoria do Conforto de Kolcaba, foi decidido efetuar um estudo de caso sobre uma doente/família que vivenciaram a situação stressante da necessidade de recorrerem ao Serviço de Urgência durante o período de estágio.

A escolha deste doente/família prende-se com a perceção clara do impacto das intervenções de enfermagem no desenrolar do internamento. A escolha desta Teoria retrata a sua adequação a este contexto de atuação.

Objetivos

- Descrever a teoria do Conforto de Kolcaba;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem encontrados;
- Enquadrar nos contextos da experiência as intervenções de enfermagem;
- Descrever o conforto como resultado das intervenções de Enfermagem.

Metodologia

A metodologia utilizada é o estudo de caso. Será abordado conceito de Conforto e explanação da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba seguida da enumeração dos Diagnósticos de Enfermagem identificados. Seguem-se as Intervenções de Enfermagem enquadradas nos contextos de Intervenção, segundo a referida teoria, e os Resultados das Intervenções implementadas.

Conforto

Florence Nighthingale (1859), define o conforto como alvo de atenção e como um objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE - (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) o conforto consiste na sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.

Teoria do Conforto

Para Katherine Kolcaba (1991 e 1994), **Conforto** é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: **Alívio**, satisfação de uma necessidade específica; **Tranquilidade** como estado de calma ou contentamento e **Transcendência**, o indivíduo suplanta os seus problemas nos quatro contextos da experiência.

Contextos da experiência (Tomey e Alligood, 2002)	
Físico	Sensações físicas, do corpo.
Psicoespíritual	Consciência interna de si próprio, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida.
Ambiental	Pertencente ao meio, as condições e influências externas.
Social	Relações interpessoais, familiares e sociais.

Para Kolcaba (2010), **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.

Conforto	Resultado imediato e desejável dos Cuidados de Enfermagem.
CPS (comportamentos da procura de saúde)	Internos - Condições do sistema imunitário. Externos, Comportamentos e atividades promotoras de saúde. Morte Pacífica, se for o caso.
Integridade Institucional	Conjunto de valores, estabilidade financeira e estruturação global das organizações prestadoras de cuidados de saúde.
Melhores Políticas	Protocolos e procedimentos baseados na evidência.
Melhores Práticas	Protocolos e procedimentos aplicados a um contexto específico.

Estudo de Caso

Doente do sexo masculino, 44 anos, totalmente dependente por sequelas de encefalite, HIV positivo, com diagnóstico médico de entrada no SU de infeção respiratória, dispneico, desconfortável, respiração ruidosa, febril, com dificuldades de comunicação. Acompanhado pela mãe que se encontrava muito ansiosa.

Os Diagnósticos de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010) identificados e as Intervenções de Enfermagem baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, 2008) e na CIPE foram os seguintes:

Diagnósticos de Enfermagem

- **Desconforto**
- Medo;
- Falta de Esperança
- Stress por mudança de ambiente;
- Baixa autoestima;
- Sono comprometido;
- Ingestão nutricional comprometida;
- Ansiedade

- Dor;
- Febre
- Comunicação verbal comprometida;
- Dispneia;
- Limpeza das vias aéreas comprometida;
- Risco de aspiração;
- Estado de consciência comprometido.
- Défice de conhecimento sobre a doença

Intervenções de Enfermagem

Contextos de Intervenção	Intervenções de Enfermagem
Físico	Gestão da dor
	Promoção do sono/repouso
	Posicionamento
	Toque terapêutico
	Prevenção de úlceras de pressão
	Gestão terapêutica
	Controlo ingestão nutricional
Psicoespíritual	Monitorização do status respiratório
	Massagem
	Aspiração secreções
	Redução da ansiedade
	Melhoria auto-estima
Ambiental	Apoio emocional
	Escuta ativa
	Promoção esperança realista
	Promoção da capacidade de resiliência
Social	Controlo do ambiente: conforto
	Controlo da infeção
	Promoção ambiente de repouso
	Promoção ambiente seguro
	Redução sobrecarga sensorial
	Apoio familiar
	Promoção envolvimento familiar
	Promoção da presença familiar
	Ensino sobre a doença

Resultados de Enfermagem

Físico: alívio da dor e da febre, ausência de úlceras de pressão, permeabilidade das vias aéreas;

Psicoespíritual: manifestação de esperança realista, melhoria da auto-estima;

Ambiental: ambiente seguro, de repouso com redução da sobrecarga sensorial;

Social: envolvimento da mãe nos cuidados, demonstrando conhecimentos sobre a doença e menor ansiedade.

Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas e Swanson, 2008)

Conclusões


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, psicoespíritual, social e ambiental. O conforto correlaciona-se diretamente com os CPS, sejam eles internos ou externos ou uma morte pacífica, e com a integridade institucional que se concretiza em melhores práticas e melhores políticas.

Neste estudo de caso observou-se um claro domínio das Intervenções de Enfermagem no contexto de controlo dos sintomas físicos obviamente explicada pela necessidade de manutenção da vida, de controlo e alívio de sintomas. Apesar do domínio de intervenções neste contexto também se desenvolveram intervenções nos restantes contextos. Os resultados destas intervenções foram o conforto no âmbito físico, psicoespíritual, ambiental e social, como a ausência de úlceras de pressão, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, controlo da dor, redução da ansiedade e envolvimento do familiar.

Acreditado ter atingido os objetivos propostos neste trabalho, como evidência a divisão do mesmo. Este estudo de caso permitiu-me refletir sobre a necessidade de promoção do conforto e a sua importância num ambiente tão agressivo como um Serviço de Urgência onde existe uma grande tendência para o Modelo Biomédico.

Referências Bibliográficas

Almeida, C.M., Barreto, A. & De Oliveira, L. (2008). Avaliação interdisciplinar (AID) (2008-04). 2ª edição. UFRPE Recife, Brasil.
 Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
 Moorhead, G., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, S. (2008). Nursing Outcomes Classification (NOC) (2008 ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
 Nighthingale, F. (1859). Notes on nursing. London: Baillière.



O Conforto no Cuidar no SU

Patrícia Cardoso Pais
Orientadora por Prof. Irene Oliveira
Universidade Católica – Porto Instituto Católica de Saúde – SI Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Quirúrgica

Introdução

O conforto é uma das metas centrais da Enfermagem e uma expectativa do doente, pelo que, com base na Teoria do Conforto de Kolcaba, foi decidido efetuar um estudo de caso sobre uma doente/família que vivenciaram a situação stressante da necessidade de recorrerem ao Serviço de Urgência durante o período de estágio.

A escolha deste doente/família prende-se com a perceção clara do impacto das intervenções de enfermagem no desenrolar do internamento. A escolha desta Teoria retrata a sua adequação a este contexto de atuação.

Objetivos

- Descrever a teoria do Conforto de Kolcaba;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem encontrados;
- Enquadrar nos contextos da experiência as intervenções de enfermagem;
- Descrever o conforto como resultado das intervenções de Enfermagem.

Metodologia

A metodologia utilizada é o estudo de caso. Será abordado conceito de Conforto e explicação da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba seguida da enumeração dos Diagnósticos de Enfermagem identificados. Seguem-se as intervenções de Enfermagem enquadradas nos contextos de intervenção, segundo a referida teoria, e os resultados das intervenções implementadas.

Conforto

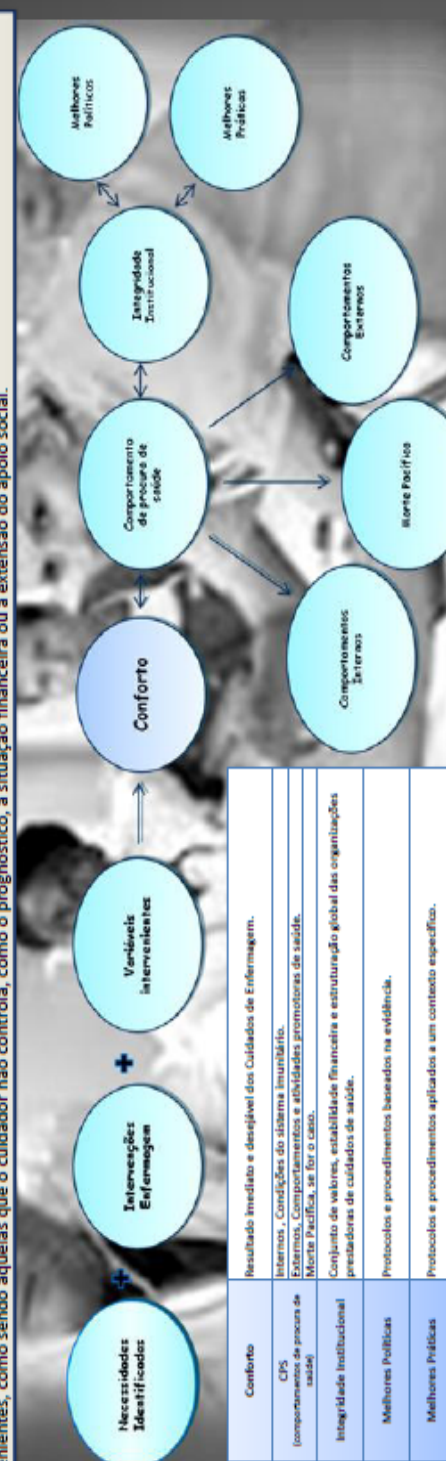
Florence Nightingale (1859), define o conforto como alvo de atenção e como um objetivo a ser atingido nos cuidados de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE - (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) o conforto consiste na sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.

Teoria do Conforto

Para Katherine Kolcaba (1991 e 1994), Conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: Alívio, satisfação de uma necessidade específica; Tranquilidade como estado de calma ou contentamento e Transcendência, o indivíduo suplantia os seus problemas nos quatro contextos da experiência.

Contextos da experiência (Tomey e Atigood, 2002)	
Físico	Sensações físicas, do corpo.
Psicoespiritual	Consciência interna e si próprio, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida.
Ambiental	Pertencente ao meio, às condições e influências externas.
Social	Relações interpessoais, familiares e sociais.

Para Kolcaba (2010), 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.



O diagrama ilustra a Teoria do Conforto de Kolcaba. No topo, há um círculo centralizado 'Conforto'. Abaixo dele, há um círculo 'Necessidades Identificadas' e um círculo 'Intervenções Enfermagem', ligados por uma seta bidirecional. À direita, há um círculo 'Variáveis Intervenientes'. Abaixo de 'Conforto', há um círculo 'Comportamento de procura de saúde', que se conecta a 'Intervenções Internacionais' e 'Intervenções Práticas'. 'Intervenções Internacionais' conecta-se a 'Comportamentos Externos' e 'Comportamentos Internos'. 'Intervenções Práticas' conecta-se a 'Melhores Práticas' e 'Melhores Políticas'. 'Comportamentos Externos' conecta-se a 'Monte Pacífica' e 'Comportamentos Externos'. 'Comportamentos Internos' conecta-se a 'Monte Pacífica' e 'Comportamentos Internos'. 'Monte Pacífica' conecta-se a 'Comportamentos Externos' e 'Comportamentos Internos'. 'Comportamentos Externos' conecta-se a 'Comportamentos Internos'.

Conforto	Resultado imediato e desejável dos Cuidados de Enfermagem.
CPS (componentes de procura de saúde)	Internos, Condições do sistema imunológico. Externos, Comportamentos e atividades promotoras de saúde. Monte Pacífica, se for o caso.
Integridade Institucional	Conjunto de valores, estabilidade financeira e estruturação global das organizações prestadoras de cuidados de saúde.
Melhores Políticas	Protocolos e procedimentos baseados na evidência.
Melhores Práticas	Protocolos e procedimentos aplicados a um contexto específico.

Estudo de Caso

Doente do sexo masculino, 44 anos, totalmente dependente por sequelas de encefalite, HIV positivo, com diagnóstico médico de entrada no SU de infeção respiratória, dispnéica, desconfortável, respiração ruidosa, febril, com dificuldades de comunicação. Acompanhado pela mãe que se encontrava muito ansiosa.

Os Diagnósticos de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010) identificados e as intervenções de Enfermagem baseadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, 2008) e na CIPE foram as seguintes:

Intervenções de Enfermagem

Gestão da dor
Promoção do sono/repouso
Posicionamento
Toque terapêutico
Prevenção de úlceras de pressão
Gestão terapêutica
Controlo ingestão nutricional
Monitorização do status respiratório
Massagem
Aspiração secreções
Redução da ansiedade
Melhoria auto-estima
Apoio emocional
Escuta ativa
Promoção esperança realista
Promoção da capacidade de resiliência
Controlo do ambiente: conforto
Controlo da infeção
Promoção ambiente de repouso
Promoção ambiente seguro
Redução sobrecarga sensorial
Apoio familiar
Promoção envolvimento familiar
Promoção da presença familiar
Ensino sobre a doença

Contextos de Intervenção

Físico
Psicoespiritual
Ambiental
Social

Diagnósticos de Enfermagem

- Desconforto
- Medo;
- Falta de Esperança
- Stress por mudança de ambiente;
- Baixa auto-estima;
- Sono comprometido;
- Ingestão nutricional comprometida;
- Ansiedade

- Dor;
- Febre
- Comunicação verbal comprometida;
- Dispneia;
- Limpeza da vias aéreas comprometida;
- Risco de aspiração;
- Estado de consciência comprometido.
- Défice de conhecimento sobre a doença

Resultados de Enfermagem

Físico: alívio da dor e da febre, ausência de úlceras de pressão, permeabilidade das vias aéreas;

Psicoespiritual: manifestação de esperança realista, melhoria da auto-estima;

Ambiental: ambiente seguro, de repouso com redução da sobrecarga sensorial;

Social: envolvimento da mãe nos cuidados, demonstrando conhecimentos sobre a doença e menor ansiedade.

Nursing Outcomes Classification (Mason, Johnson, 2008)

Conclusões

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 CPS, sejam eles internos ou externos ou uma morte pacífica, e com a integridade institucional que se concretiza em melhores práticas e melhores políticas.

Neste estudo de caso observou-se um claro domínio das intervenções de Enfermagem no contexto de controlo dos sintomas físicos obviamente explicada pela necessidade de manutenção da vida, de controlo e alívio de sintomas. Apesar do domínio de intervenções neste contexto também se desenvolveram intervenções nos restantes contextos. Os resultados destas intervenções foram o conforto no âmbito físico, psicoespiritual, ambiental e social, como a ausência de úlceras de pressão, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, controlo da dor, redução da ansiedade e envolvimento do familiar. Acreditou ter atingido os objetivos propostos neste trabalho, como evidência a divisão do mesmo. Este estudo de caso permitiu-me refletir sobre a necessidade de promoção do conforto e a sua importância num ambiente tão agressivo como um Serviço de Urgência onde existe uma grande tendência para o Modelo Biomédico.

Referências Bibliográficas

Associação de Enfermeiros de Portugal (2010). Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Associação de Enfermeiros de Portugal.

Bulechek, G.M., Dochterman, B.K., & Stetler, C. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Associação de Enfermeiros de Portugal.

Mason, J., & Johnson, S. (2008). *Nursing Outcomes Classification*. Lisboa: Associação de Enfermeiros de Portugal.