



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Um percurso de desenvolvimento de competências

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Maria Carolina Fernandes da Silva Vinagre

Porto, Abril de 2012



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Um percurso de desenvolvimento de competências

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Maria Carolina Fernandes da Silva Vinagre

Orientado por: Mestre Amélia Rego

Porto, Abril de 2012

“Seja como a fonte que transborda
e não como o tanque que contém sempre a mesma água.”
(Paulo Coelho, 1998)

Resumo

Os estágios em Enfermagem constituem momentos de especial potencial formativo, em que a experiência se constitui em saber, através de um processo reflexivo constante sobre as práticas desenvolvidas.

Este relatório incide sobre os estágios desenvolvidos no Serviço de Urgência (Módulo I) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (Módulo II) do Hospital de Braga e no Instituto Nacional de Emergência Médica (Módulo III).

O estágio no Serviço de Urgência permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico, triagem, estabelecimento de prioridades, estabilização e reanimação, numa perspectiva de cuidados centrados no utente e na família.

O desenvolvimento do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico com falência (multi)orgânica eminente ou estabelecida, sem descuidar a vertente humana e relacional com a família e pessoas significativas.

O estágio desenvolvido no Instituto Nacional de Emergência Médica permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico em meio pré-hospitalar e comunicação efectiva com a família e pessoas significativas.

Os contextos da prática de estágio revelaram-se locais privilegiados de observação e de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos, valores e capacidades conducentes a uma prática de cuidados de excelência.

O relatório encontra-se organizado de acordo com as competências preconizadas pelo plano de estudos do curso, indicando para cada uma delas as actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio, permitindo evidenciar o desenvolvimento das competências preconizadas nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Deste modo, dá-se visibilidade às diferentes actividades efectuadas e evidenciam-se as diferentes respostas dadas a uma mesma competência a desenvolver em cada campo de estágio.

Utilizando uma metodologia descritiva, atingem-se os objectivos de dar visibilidade às competências desenvolvidas e apontar as dificuldades encontradas bem como as estratégias de resolução desenvolvidas, rumo ao mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica após aprovação do relatório em dissertação pública.

Palavras-chave: Enfermeiro, especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem.

Abstract

Probations in nursing are special formative moments, as experience is converted into knowledge, through a constant process of reflection on the practices developed.

This report refers to the probations developed in the Emergency Room (Module I) and Polyvalent Intensive Care Unit (module II), of Hospital of Braga and the National Institute of Emergency Medicine (Module III).

The probation developed in the Emergency Room allowed the acquisition and development of skills in providing care to critical patients, screening and prioritization and stabilization and resuscitation from the perspective of user-centered care and family.

The probation developed in the Polyvalent Intensive Care Unit allowed the acquisition and development of skills in providing care to critically ill patients with imminent or established (multiple)organ failure, without neglecting the human aspect and relationship with family and significant others.

The stage developed at the National Institute for Medical Emergency allowed acquisition and development of skills in providing care to critical patients in the prehospital environment and effective communication with family and significant others.

The contexts of the practice of stage revealed to be privileged places of observation and learning, allowing the implementation of knowledge, values and capacity to lead a practice of nursing excellence.

The report is organized according to the powers prescribed by the syllabus of the course, indicating for each of the activities over the three modules of training, since it enables to develop the skills advocated in different contexts to provide care. Thus, it gives visibility to the various activities carried out and shows up the different responses to the same competence to develop in each field stage.

Using a descriptive methodology it gives visibility to the skills developed and pointed to the difficulties encountered and resolution strategies developed towards specialization in Medical-Surgical Nursing after approving the report in public dissertation.

Keywords: Nurse, specialist, critical patient, nursing care.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos vão para a Enfermeira Amélia Rego, por todo o apoio, incentivo e compreensão demonstrados ao longo do período de estágio e realização deste relatório.

Agradeço também a todas as equipas multidisciplinares dos campos de estágio, em particular às Enfermeiras Tutoras Isabel Silva (Serviço de Urgência do Hospital de Braga) e Adriana Machado (Instituto Nacional de Emergência Médica) e Enfermeiro Fernando Fernandes (Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga).

Finalmente, à minha família e a todos que me são mais queridos, pelo tempo que não lhes pude dispensar e pelo incentivo constante, que nunca me deixou desviar do caminho a seguir.

Lista de abreviaturas

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
BIS	-	Bispectral Index
BPS	-	Behavioral Pain Scale
CIAV	-	Centro de Informação Anti-Venenos
CODU	-	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPLLE	-	Cursos Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
DAE	-	Desfibrilhador Automático Externo
EAM	-	Enfarte Agudo do Miocárdio
EEG	-	Electroencefalograma
EEMC	-	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ERC	-	European <i>Resuscitation</i> Council – Conselho Europeu de Ressuscitação
INEM	-	Instituto Nacional de Emergência Médica
LCR	-	Líquido cefalorraquidiano
mm Hg	-	Milímetros de mercúrio
OBS	-	Observações (sala de)
PIC	-	Pressão intracraniana
PSP	-	Polícia de Segurança Pública
RENDA	-	Registo Nacional de Não Dadores
SAV	-	Suporte Avançado de Vida
SBV	-	Suporte Básico de Vida
SIV	-	Suporte Imediato de Vida
SNA	-	Serviço Nacional de Ambulâncias
SPCI	-	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
TAC	-	Tomografia axial computadorizada
TAE	-	Técnico de Ambulância de Emergência
TISS	-	Therapeutic Intervention Scoring System
TLP	-	Telefones de Lisboa e Porto
UCIP	-	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
VC	-	Volume cerebral
VMER	-	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMIR	-	Viatura Médica de Intervenção Rápida
VSIC	-	Volume de sangue intracerebral

Índice

0 - Introdução	7
1- Reflexão acerca dos objectivos de estágio.....	11
1.1 – Consecução dos objectivos, desenvolvimento de competências e actividades desenvolvidas	12
2 - Conclusão	55
3 – Bibliografia.....	57
4 - Anexos	65
Anexo I – Caracterização do Serviço de Urgência do Hospital de Braga	
Anexo II – Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga.....	
Anexo III – Critérios e procedimentos de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes ..	
Anexo IV – História e funcionamento do CODU	
Anexo V – História, funções e equipamentos das VMER	
Anexo VI - Despacho normativo nº46/2005, de 19 de Outubro	
Anexo VII – Indicações renais e não renais para terapêutica depurativa extracorporal.....	
Anexo VIII – Técnicas depurativas extracorporais	
Anexo IX – Intervenções de enfermagem ao doente submetido a técnicas de substituição renal.....	
Anexo X – Lei nº 22/2007, de 29 de Junho.....	
Anexo XI - Rennda – Decreto-Lei nº 244/94, de 26 de Setembro.....	
Anexo XII - Critérios de morte cerebral.....	
Anexo XIII – Procedimento Trombólise com Alteplase (activador tecidual do plasminogénio) em Tromboembolismo Pulmonar no SU	
Anexo XIV – Estudo de caso – O doente com pneumonia	
Anexo XV – Recomendações para o transporte do doente crítico.....	
Anexo XVI – Funções do enfermeiro responsável de turno.....	

0 - Introdução

A Enfermagem tem vindo a afirmar-se como profissão, ao consolidar a sua base de conhecimentos difundindo-os e procurando afirmar a sua autonomia face a outras profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um repositório de “saberes e processos centrados nas respostas humanas e no autocuidado com o objectivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena” (Abreu, 2007, p. 40), compreendendo quatro padrões de conhecimento fundamentais: empírico, que representa a Enfermagem como uma ciência; estético, que compreende a Enfermagem como uma arte; conhecimento pessoal, que é a componente da qualidade das relações interpessoais terapêuticas e individualizadas e ético, que é composto pelo conhecimento moral em Enfermagem.

O Enfermeiro Especialista, como profissional “que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p. 16) representa um papel fundamental na prestação de cuidados ao indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, uma vez que detém competências na concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda no âmbito da formação, gestão e assessoria.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008a), os Cursos Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLÉE) deverão conduzir a um desenvolvimento continuado das “competências para promover uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem”.

Diversos autores enfatizam a importância do conhecimento teórico aplicado na prática dos cuidados, colocando a ênfase no conhecimento obtido através da prática clínica. De facto, as aprendizagens desenvolvidas em contexto clínico envolvem, segundo Abreu (2007), atitudes e comportamentos complexos, apenas passíveis de interiorização através de uma prática clínica onde as componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais desempenham um importante papel.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008a), os estágios de um Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica deverão ter uma duração mínima de 540 horas, o que corresponde a 60% da duração mínima do curso, que é de 900 horas. Desta forma, proporcionam o desenvolvimento de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Serviços de Urgência, Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Intermédios.

O estágio a desenvolver num serviço de Urgência torna-se mais pertinente quanto mais se compreende a importância de uma Enfermagem personalizada e multidimensional, que envolve a prestação de cuidados a vários grupos etários e que vão desde o controlo da doença até à sua prevenção, incluindo medidas de reanimação. Para tal, torna-se primordial que o Enfermeiro desenvolva capacidade de tomada de decisão, triagem de prioridades, análise

crítica de situações e reflexão crítica. As características específicas da prática de Enfermagem de Urgência incluem (Eggleston, 2003, p. 618):

“(i) Avaliação inicial, diagnóstico e tratamento de indivíduos, de todas as idades, em situação de emergência, urgência ou não urgência; (ii) Triagem e estabelecimento de prioridades; (iii) Estar preparado para enfrentar uma calamidade; (iv) Estabilização e reanimação; (v) Intervenção na crise; e (vi) Prestar cuidados em ambientes que fogem ao controlo ou são imprevisíveis.”

Este módulo de estágio desenvolveu-se entre os dias 6 de Outubro e 29 de Novembro de 2009, num total de 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual.

A escolha do Hospital de Braga deveu-se ao facto de se tratar do hospital de referência para toda a região do Minho, constituindo a sua última linha de cuidados hospitalares. O campo de estágio correspondeu e ultrapassou as expectativas iniciais, revelando-se capaz de proporcionar variadas experiências para a prática de cuidados de Enfermagem especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (descrição no Anexo I).

Quanto à prestação de cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos, por se tratar de um ambiente complexo onde as mais avançadas intervenções se conjugam no combate à doença que ameaça a vida, a intervenção do Enfermeiro revela-se como a chave do sucesso, uma vez que devido à sua presença constante junto do doente, pode exercer uma vigilância permanente do seu estado em permanente mudança. Encontra-se assim em condições de controlar o seu plano de cuidados, identificando com rapidez os problemas que surjam e inicia as medidas terapêuticas adequadas, intervindo na prevenção ou correcção de situações ameaçadoras para a vida (Carpenter & Carpenter, 2003). É neste cenário intensivo que se desenvolve a prestação de cuidados de Enfermagem minuciosos e qualificados prestados continuamente ao longo das 24 horas, ao indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato ou potencial, como resposta às necessidades afectadas, mantendo as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Aleixo, 2007).

Este módulo de estágio desenvolveu-se no período compreendido entre 2 de Dezembro de 2009 e 31 de Janeiro de 2010, num total de 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga. Esta unidade foi escolhida por constituir uma realidade relativamente próxima e familiar, uma vez que tinha já efectuado neste hospital o estágio de Serviço de Urgência (descrição no Anexo II).

Como estágio opcional, escolhi a Assistência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (no período compreendido entre 1 de Fevereiro e 27 de Março de 2010, num total de 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual), uma vez que pretendia ter a experiência de prestação de cuidados antes da admissão no meio hospitalar.

No contexto de prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, a intervenção do Enfermeiro é também de vital importância por garantir a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita ou acidente. De facto, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007b, p. 3), o Enfermeiro é o profissional de saúde que

“possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e

interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites” .

Os estágios decorreram sob orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica de cada serviço e tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica designada pela Escola.

Ao elaborar este relatório de estágio pretendo descrever, de uma forma sucinta e organizada, as actividades desenvolvidas durante a sua realização, efectuando, simultaneamente, uma avaliação do meu desempenho. Pretendo, então, com a sua elaboração: (i) dar visibilidade às actividades desenvolvidas em cada campo de estágio, como resposta aos objectivos propostos; (ii) concretizar as dificuldades e as estratégias encontradas para a sua resolução; e (iii) obter o grau de mestre, após a sua aprovação em dissertação pública.

Na sua elaboração, foi utilizada uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, expondo e reflectindo as actividades desenvolvidas e confrontando-as com os objectivos inicialmente traçados; são também identificadas as competências adquiridas ou desenvolvidas ao longo dos estágios. Esta metodologia revela-se a mais adequada, uma vez que se pretende identificar e caracterizar as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios e retratar as dificuldades encontradas durante este percurso, assim como as estratégias utilizadas na sua resolução.

O presente relatório encontra-se organizado de acordo com as competências preconizadas pelo plano de estudos da Universidade e indicadores de avaliação traçados, indicando para cada uma delas as actividades desenvolvidas ao longo do estágio. No final, é efectuada uma conclusão/síntese, encontrando-se em anexo alguns elementos considerados importantes para a demonstração do trabalho desenvolvido.

1- Reflexão acerca dos objectivos de estágio

Nesta etapa da elaboração do relatório, pretendo reflectir e indicar para cada um dos objectivos propostos no plano de estudos quais as actividades que desenvolvi para os atingir, quais as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas para as contornar.

Considero que poderei, assim, avaliar também o meu próprio desempenho e evolução durante este período, visando um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. Desta forma tornar-me-ei cada vez mais

“um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação; [pois] de outro modo, a intervenção desenvolver-se-á de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade” (Leite, 2006, p. 4).

A prática clínica deverá constituir o núcleo da actividade do Enfermeiro Especialista, mas este deverá, também, possuir “competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p.16); por competências dever-se-á entender que são “as características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao enfermeiro exercer a sua actividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação”. (Espírito Santo, 1999, p. 54).

As competências clínicas especializadas que o Enfermeiro Especialista deverá possuir decorrem do aprofundamento das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, dividindo-se em comuns e específicas, sendo uma garantia de que o Enfermeiro Especialista possui conhecimentos, capacidades e habilidades que, aplicadas na prática, lhe permitem avaliar as necessidades em cuidados de saúde da sua população-alvo, actuando nos três níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

As competências comuns são aquelas que todos os Enfermeiros deverão possuir, independentemente da sua área de especialidade, manifestadas por uma “elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p. 18)

Por outro lado, as competências específicas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p. 18)

De facto procurei reflectir no meu desempenho, enquanto futura Enfermeira Especialista, o crescente desenvolvimento técnico e científico, traduzido numa proficiente utilização clínica do mesmo, contribuindo para a melhoria da qualidade e procurando a excelência dos cuidados prestados, baseada numa atitude reflexiva contínua.

O Enfermeiro Especialista deverá tornar-se cada vez mais o profissional que constitui uma garantia “não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis, numa abordagem holística) como também de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente, em determinada etapa do ciclo vital” (Leite, 2006, p. 7).

Ao Enfermeiro Especialista cabem algumas importantes funções na sua área específica de especialidade nomeadamente a prestação de cuidados de enfermagem especializados, constituindo uma resposta diferenciada de cuidados de enfermagem em áreas que exigem conhecimento e competências específicas; a identificação das necessidades da população em termos de cuidados de enfermagem; a conceptualização, implementação e coordenação de programas de promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria de indicadores de morbilidade e mortalidade; a contribuição para a definição de indicadores e avaliação da qualidade de cuidados; a produção de conhecimentos na sua área de especialidade e a consultadoria para as tomadas de decisões políticas e organizacionais (Leite, 2006).

Ao Enfermeiro Especialista devem ser reconhecidas, pelo cidadão comum, decisores políticos e entidades empregadoras, competências para a prestação de cuidados em campos de intervenção particulares, possuindo competências diferenciadas e específicas, que procurei demonstrar desenvolvendo uma prática de cuidados adequada às necessidades específicas de cada indivíduo a vivenciar uma situação específica do seu ciclo de vida.

1.1 – CONSECUÇÃO DOS OBJECTIVOS, DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Competência específica: “Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.”

No desenvolvimento do estágio, fui capaz de incorporar na prática de cuidados os conhecimentos adquiridos no Curso de Licenciatura em Enfermagem, no curso de Especialização e ao longo da minha vida profissional, mobilizando-os nas situações apropriadas, procurando efectuar uma tomada de decisão apropriada, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem de cada indivíduo e, em várias ocasiões, também da sua família ou acompanhante, levando a cabo actividades que visavam resolver ou colmatar os seus problemas reais ou potenciais.

O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados foi uma faceta que procurei desenvolver e aperfeiçoar uma vez que deste processo de tomada de decisão podem advir consequências para o doente/cliente. Deste modo, aperfeiçoei não só o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de Enfermagem, mas também a articulação da prestação desses mesmos cuidados com a assistência prestada por outros profissionais de saúde, de

forma a não haver desperdício de tempo, o que num doente em estado crítico poderá definir o seu prognóstico.

Tive a oportunidade de participar na triagem de prioridades de Manchester em períodos de turnos que desenvolvi no serviço de Urgência. Trata-se de um sistema que pretende estabelecer prioridades no atendimento dos doentes através da identificação clara de critérios de gravidade, por um protocolo clínico, acreditado pelo Ministério da Saúde e Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros. Pretende-se, desse modo, acabar com os atendimentos por ordem de chegada, independentemente da gravidade da situação.

No Serviço de Urgência do Hospital de Braga, esta triagem era efectuada, à altura do estágio, no mesmo local e pelos mesmos Enfermeiros tanto a adultos como a crianças, o que originava, por vezes, situações conflituosas, que tinham que ser sanadas pelos profissionais de serviço. Uma outra situação que observei com frequência foi a discordância dos doentes com a prioridade que lhes era atribuída; contudo, após uma explicação calma e esclarecedora, esta situação foi, na maioria das vezes, resolvida de forma célere e sem surgimento de conflito.

De facto, o Enfermeiro que realiza a triagem deverá ter presente que é o primeiro “rosto” da equipa prestadora de cuidados que o doente encontra, na maioria dos casos, quando se dirige ao serviço de urgência e que o seu acolhimento inicial em muito influencia a sua percepção acerca da prestação dos cuidados subsequentes (Jesus, 2008a).

Uma outra observação que considero pertinente realizar é importância atribuída à valorização da dor no protocolo de Triagem de Manchester, o que vem reforçar a responsabilidade crescente atribuída ao registo pela parte dos enfermeiros do 5º sinal vital. Esta competência é também reforçada pela Ordem dos Enfermeiros (2009) que, por ocasião do Dia Nacional de Luta contra a Dor emanou um conjunto de boas práticas a desenvolver pelos profissionais, independentemente da sua área de actuação (prestação de cuidados, formação ou gestão) e que incluem a avaliação da dor como quinto sinal vital, a colaboração multidisciplinar na elaboração de um plano de intervenção farmacológico e não farmacológico de combate à dor e a continuidade de cuidados no que diz respeito ao controlo da dor, entre outras intervenções.

Em relação à Unidade de Cuidados Intensivos, a colaboração na admissão de doentes foi um aspecto importante que quis desenvolver durante a realização do estágio (os critérios e procedimentos de admissão neste serviço encontram-se descritos no Anexo III).

Na Unidade de Cuidados Intensivos, utiliza-se o modelo de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência. Trata-se do Enfermeiro que realiza a admissão do doente na unidade, sendo designado pela Enfermeira Chefe ou pelo Enfermeiro Responsável (na sua ausência), atendendo a critérios de (i) desenvolvimento profissional; (ii) não ser referência de outro doente, preferencialmente; e (iii) não estar prevista a sua ausência em breve (por férias, por exemplo), de preferência.

Os cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Referência (*Primary Nursing*, no original) atendem ao conceito de prestação de cuidados individualizados, possibilitando ao profissional “a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual

dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa”, segundo Pearson, citado por Costa (2004, p. 239).

O foco de Enfermagem é o cliente a quem são prestados os cuidados, que deverão ser individualizados, de alta qualidade e nos quais deverão ter uma participação activa, visando a “humanização dos cuidados [cuja] principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade” (Costa, 2004, p. 239).

Trata-se de uma concepção da prática de Enfermagem centrada no cliente, atendendo a critérios de responsabilidade, autonomia, coordenação e globalidade.

Cabe ao Enfermeiro de Referência (de acordo com o procedimento em vigor na altura no Hospital de Braga) (i) coordenar a preparação da unidade; (ii) receber o doente; (iii) proceder à sua admissão; (iv) realizar a avaliação inicial; (v) recolher toda a informação pertinente para efectuar uma correcta avaliação do estado de saúde do cliente, junto dos seus familiares ou acompanhantes; (vi) planear, prescrever e avaliar as intervenções de enfermagem a realizar; (vii) prestar cuidados de enfermagem globais ao cliente em todos os turnos em que estiver ao serviço; e (viii) participar no planeamento da alta.

Aquando da ausência do Enfermeiro de Referência de um dado doente, a responsabilidade será transmitida ao Enfermeiro Associado (que assegura os cuidados na sua ausência).

As suas funções incluem (i) recolher toda a informação pertinente acerca da situação clínica do cliente; (ii) prestar cuidados de enfermagem conforme a prescrição efectuada pelo Enfermeiro de Referência; e (iii) actualizar o plano de cuidados de acordo com a situação/evolução clínica do cliente.

No desenvolvimento do estágio, procurei desenvolver os aspectos referidos enquanto enfermeira de referência e enfermeira associada, integrando na prestação de cuidados os conhecimentos adquiridos através da formação inicial e pós-graduada, assim como da experiência profissional anterior.

No módulo de estágio desenvolvido no INEM, procurei observar a dinâmica de funcionamento dos seus diferentes meios, o que se reveste da maior importância, pois, para uma prestação de cuidados efectiva e com qualidade é necessário conhecer a dinâmica de funcionamento de todos os meios envolvidos na assistência em meio pré-hospitalar.

O plano de estágio definido pelo INEM para este estágio incluiu a realização de dois turnos de oito horas no CODU, no Porto, onde pude contactar com a realidade deste elo da cadeia de emergência. A sua história e dinâmica de funcionamento encontram-se resumidas no Anexo IV. Durante os turnos que desenvolvi no CODU, tive a oportunidade de observar o desempenho dos profissionais que lá desenvolvem a sua actividade, uma vez que “passei” pelos diferentes postos, de modo a poder compreender qual o percurso que é percorrido desde a recepção da chamada, activação dos meios e posterior recepção dos dados e encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada.

Pude também verificar o grande volume de chamadas recebidas, na sua maioria, devido a doença súbita. Constatei que existe um volume considerável de chamadas em que não se verifica a existência de uma situação de emergência, cabendo ao profissional que recebe essa chamada explicar a situação ao seu interlocutor e indicar qual o procedimento adequado, situação essa que nem sempre é bem aceite.

Considere também interessante compreender a hierarquização de prioridades no atendimento e no accionamento dos meios mais adequados a cada situação, pois existem limitações e indisponibilidades dos mesmos que é preciso contornar, de modo a proporcionar o melhor e mais adequado auxílio possível.

Desenvolvi, também durante este estágio, dois turnos de 12 horas, na ambulância SBV de Braga.

Trata-se de uma ambulância de socorro, cuja missão consiste em estabilizar e transportar doentes que necessitem de assistência durante o transporte. A sua tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida possuindo, também, um desfibrilhador automático externo.

Durante as 24 horas de estágio desenvolvidas neste meio de socorro, tive particular atenção em compreender qual a sua função, os recursos de que dispunha e a sua colaboração com outros meios de socorro, nomeadamente com a VMER. A maioria das activações verificadas durante o meu período de estágio deveu-se a situações de trauma.

Grande parte do estágio realizado desenvolvido no INEM decorreu nas ambulâncias SIV (84 horas, divididas por 7 turnos de 12 horas). Trata-se de um meio cuja função é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, até que esteja disponível uma equipa de prestação de suporte avançado de vida. Desempenham também um importante papel nas situações que poderiam evoluir para paragem cárdiorrespiratória, caso não fossem tomadas as medidas adequadas, proporcionando intervenções adequadas, seguras e rápidas em situações de urgência em contexto pré-hospitalar. Os recursos técnicos de que dispõe são iguais aos das ambulâncias SBV, acrescidos de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, sendo possível a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais para o CODU. A sua tripulação é constituída por um Enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência que é, simultaneamente, o condutor (INEM, 2007).

O Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com protocolos de actuação bem definidos e sob orientação do médico regulador da central e pela chefia da ambulância. Ao TAE cabe, para além da condução da ambulância, a prestação de cuidados de acordo com as suas competências e sob supervisão do Enfermeiro.

Desenvolvi esta componente do estágio em dois locais diferentes: Vila do Conde (5 turnos) e Santo Tirso (2 turnos), tendo aproveitado a oportunidade para aumentar o leque de experiências e contactar com diferentes modos de trabalhar, embora sempre atendendo aos protocolos de actuação pré-definidos. Durante os turnos desenvolvidos, verificaram-se algumas situações de *rendez-vous* com os bombeiros, que tinham sido inicialmente accionados pelo

CODU, o que veio também enriquecer o estágio, ao tomar contacto com a sua forma de actuação.

Finalmente, em relação à VMER, desenvolvi 8 turnos de estágio (com a duração de 6 horas cada), tendo, também, a passagem por este meio se revelado bastante enriquecedora. A sua evolução histórica, funções e equipamentos encontram-se descritas no Anexo V.

Também durante os turnos de estágio desenvolvidos neste meio demonstrei interesse em conhecer a dinâmica do seu funcionamento, assim como as funções específicas dos seus intervenientes, participando, sempre que solicitada, na prestação de cuidados ao doente emergente.

Competência Específica: “Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.”

No desenvolvimento do estágio fui capaz de integrar na minha prática de cuidados diários a família, o reconhecimento da sua centralidade na elaboração do plano de cuidados a prestar ao doente e o papel do Enfermeiro Especialista como garantia da aplicação deste princípio. De facto, como nos diz Santos (2008, p. 18)

“O cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas; cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado. [...] Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos...”.

Pude ainda constatar a importância atribuída pelos profissionais à participação da família na prestação de cuidados, importância essa que foi também já consagrada em lei (Lei nº33/2009, de 14 de Julho, que define o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde). De facto, de acordo com esta lei, reconhece-se e garante-se aos utentes o direito à presença de um acompanhante por si designado no serviço de urgência, devendo o utente ser informado acerca deste direito na sua admissão e cabendo aos serviços providenciar as condições para que tal possa acontecer (salvaguardam-se todas as situações em que a presença de acompanhante compromete a prestação dos cuidados). De acordo com esta mesma lei, esse acompanhante tem direito à informação acerca do estado de saúde do doente, salvaguardando-se as situações em que este expressa o desejo em que tal situação não se verifique e a transmissão de dados confidenciais.

A integração da família na prestação de cuidados foi também por mim desenvolvida ao estimular a sua permanência junto do doente, ao fornecer a informação possível sobre os actos de enfermagem por mim praticados, ao solicitar o fornecimento de informações acerca da condição prévia e actual do doente quando a sua colaboração não era possível, ao solicitar a sua participação no delineamento de um plano de cuidados após a alta ou ao pedir informações acerca dos recursos disponíveis para cuidar do doente.

Os Enfermeiros são, frequentemente, solicitados para o esclarecimento de prescrições de terapêutica, situação em que eu sempre procurei colaborar. Para além disso, dei particular importância aos cuidados a ter após a alta, nomeadamente cuidados com feridas,

posicionamentos do doente, troca de sondas nasogástricas e vesicais, reforço de hidratação oral, prevenção de situações como obstipação (motivo frequente de idas ao serviço de urgência), etc.

Não podemos nunca esquecer que o doente possui uma família, da qual não deve ser desenraizado durante a permanência no serviço de urgência. A família deve, na minha opinião, ser reconhecida como um elemento primordial na continuidade da prestação de cuidados, pelo que a sua participação deverá ser estimulada em todas as ocasiões, sendo esta uma preocupação presente na mente dos profissionais, devendo também ser um alvo de atenção na prestação dos cuidados, pois, como afirma Nunes (2008, p. 6)

“como parceiros, os familiares poderão ter um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; como receptores de cuidados, eles requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a reunir as melhores condições para lidarem com a situação/problema”.

No desenrolar do estágio, fui frequentemente questionada pelo doente ou pelo seu acompanhante sobre as intervenções que iriam ser realizadas. Trata-se de um direito seu, consagrado na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes e de um dever da minha parte (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Esta explicação foi por mim fornecida sempre, atendendo ao direito à informação acerca dos cuidados de enfermagem por parte do doente, não se tendo nunca verificado qualquer situação em que este pedisse que tal informação não fosse fornecida ao seu acompanhante. Verifiquei também que este fornecimento de informação acarreta muitas dificuldades em termos de sigilo e privacidade, uma vez que não existe no serviço de urgência uma sala específica para esse efeito, sendo possível a outros doentes ou acompanhantes ouvirem o que era dito. A informação era quase sempre pedida no corredor, tendo eu o cuidado de me colocar num local mais reservado (normalmente optava por me dirigir com o acompanhante para uma sala vazia, para que tal fosse possível).

Uma outra situação que constatei é que não são proporcionadas, frequentemente, condições físicas para a permanência de um acompanhante. Não era, de todo incomum, observar a sua permanência de pé, junto da maca ou cadeira de rodas onde se encontrava o doente, uma vez que não existiam lugares sentados para os mesmos. Constatei que esta situação se deve, essencialmente, a constrangimentos físicos, uma vez que os espaços livres são, na maioria das vezes, ocupados por doentes que aguardam observação ou tratamento.

Durante o estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos pude verificar que a admissão neste serviço é, geralmente, um acontecimento inesperado na vida do doente e da sua família, alterando dinâmicas estabelecidas. A gravidade (des)conhecida da situação e a estranheza do ambiente hospitalar e em particular da unidade, evocam uma resposta de stress tanto nos doentes como na família, pondo à prova mecanismos de *coping*. O Enfermeiro deverá interiorizar na sua prática de cuidados que as famílias dos pacientes necessitam também de cuidados. Estas não devem ser vistas como auxílio “técnico” ao trabalho de Enfermagem, mas como indivíduos a necessitarem, também, de cuidados, sendo o seu acolhimento uma importante tarefa, pois como sublinha Martins et al. (2008, p. 2) acolher significa “atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e

assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares”

Ao entrar pela primeira vez na unidade, a família encontra o doente rodeado de equipamento técnico, “ligado às máquinas”, tornando-o quase irreconhecível. Sem a devida orientação, os familiares têm dificuldade em aproximar-se, em tocar no seu ente querido, não sabendo se podem até falar com ele. É neste contexto que surgem múltiplas solicitações, sendo o Enfermeiro o profissional mais visado. Nestes momentos, procurei reagir de forma calma e esclarecedora, pois não é suficiente permitir a entrada da família. É necessário realizar uma preparação prévia e um acompanhamento durante a visita identificando e esclarecendo dúvidas, observando as reacções e comportamentos e compreendendo os seus sentimentos de ansiedade, isolamento, medo da morte e perda de controlo da situação.

Estes múltiplos factores emocionais criam barreiras ao processo de ensino-aprendizagem, podendo ser frustrantes tanto para quem aprende como para quem ensina.

Procurei compreender que, mesmo numa Unidade de Cuidados Intensivos a educação é possível. Esta consiste num processo que inclui o fornecimento intencional de informação relacionada com a saúde no sentido de promover alterações no comportamento que optimizem as práticas de saúde e ajudem a atingir novas competências para a vida, permitindo encurtar o período de internamento, reduzir as taxas de readmissão e melhorar as capacidades para a realização do autocuidado (Urden, Stacy & Lough, 2008). Uma comunicação eficaz diminui a resposta ao stress, promove o crescimento e desenvolvimento individual e aumenta a satisfação do doente e família. Este processo educativo é constituído por cinco etapas, devendo orientar-se para as necessidades de aprendizagem detectadas e inclui (i) avaliação e recolha de informação; (ii) desenvolvimento do plano educativo; (iii) implementação; (iv) reavaliação; e (v) documentação.

Atendi sempre, no desenvolvimento do estágio, aos princípios anteriormente enunciados, respondendo às solicitações da família e doente, detectando as suas necessidades de informação e conhecimento, de forma a garantir o seu *empowerment* (compreendendo dimensões de participação, educação e controlo do doente/família).

Competência Específica: “Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.”

No desenvolvimento deste objectivo, procurei desenvolver competências que permitissem apoiar a família no ajustamento a situações de dependência.

Desenvolvi competências na transmissão de informação acerca da condição do doente instruindo a família acerca dos cuidados a prestar ao mesmo em situação de dependência procurando o ajustamento a uma situação nova que, eventualmente, seria permanente e solicitando informações acerca dos recursos disponíveis para cuidar do doente no domicílio.

Estas atitudes foram sempre desenvolvidas num ambiente adequado, utilizando uma linguagem acessível e compatível com o nível de formação do meu interlocutor, esclarecendo todas as suas dúvidas, fornecendo uma lista de apoios disponíveis e, principalmente, deixando a pessoa interiorizar o novo contexto de dependência do seu familiar.

Das vivências dos familiares de doentes em situação de dependência, verifiquei existir uma diversidade de sentimentos e emoções tais como a revolta, a tristeza, a angústia e a resignação e, por outro lado, de satisfação, de amor e de um sentimento de dever de cuidar do seu familiar. Observei, ainda, dificuldades nomeadamente a nível pessoal e de prestação de cuidados, para além de consequências a nível do lazer (menos tempo disponível), de saúde (revelam dores nas costas, cansaço físico e mental), económico (maiores gastos e menores rendimentos) e, por vezes, até mesmo necessidade de abandono da profissão. Os cuidadores que sentem menor apoio por parte de outras pessoas apresentam mais vivências negativas, referindo o apoio do enfermeiro como importante fonte de suporte psicológico, além do dos familiares (Jesus, 2008b), pelo que dei particular importância a esta faceta do estágio, considerando, deste modo, que atingi totalmente este objectivo.

Competência Específica: “Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.”

Procurei desenvolver competências na transmissão de más notícias, durante o período de estágio, constituindo esta uma “informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afectando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe e que persiste durante algum tempo após a sua recepção” (Jesus, 2007).

A sua percepção ocorre de modo diferente de pessoa para pessoa, uma vez que depende “*das experiências de vida individuais, da personalidade, das crenças filosóficas e espirituais, da percepção do seu suporte social e da sua robustez emocional*” (Jesus, 2007). Apesar dos constrangimentos físicos existentes, nomeadamente no serviço de urgência, pautei a minha actuação pelo estímulo à presença do acompanhante em todas as situações em que tal era possível, nomeadamente após a estabilização dos doentes em situações emergentes ou em situações agónicas. Não poderia nunca deixar de me colocar no papel de um familiar que vê alguém que lhe é querido ser levado para uma sala de emergência, na qual a sua presença não é, de todo, permitida e observando do lado de fora todo o aparato que tal situação geralmente envolve. Nessas ocasiões, tive o cuidado de, sempre que possível, me dirigir a estes, esclarecendo-os acerca da situação que estava a decorrer, permitindo curtas permanências junto do doente após a sua estabilização e, em casos em que a morte se verificava, foi permitido à família permanecer junto do indivíduo, antes de este ser levado para a morgue.

Em relação à transmissão de más notícias, nomeadamente o falecimento de um familiar, sempre o fiz observando certos princípios que considero serem os mais correctos: conduzi a

família para um local privado e tranquilo. Após a transmissão do falecimento, dei algum tempo aos familiares para “assimilarem” a situação, perguntando depois se desejavam ver o corpo (e providenciando isso, quando era desejado). Confortei a família, utilizando um tom de voz baixo e calmo, promovendo o toque, quando achei adequado e fornecendo as informações solicitadas, aguardando perguntas que me eram feitas, tendo em conta que, na maioria das situações, a mesma compreendera já a situação ocorrida.

Os cuidados à família deverão sempre contemplar a díade doente-família. O enfermeiro deverá ter presente que a família apresenta sempre expectativas de cura, independentemente do diagnóstico e prognóstico de que tem conhecimento. Espera boas notícias em todas as comunicações efectuadas e a surpresa é comum quando lhe é dito que a morte é iminente. A mesma deverá ser ajudada na formação de expectativas, mantendo uma comunicação permanente em vez de aguardar pela iminência da morte para abordar o assunto, cabendo ao Enfermeiro desempenhar também aí a sua função. É bastante comum a família apenas ouvir parte da informação transmitida, procurando as boas notícias mesmo quando estas são más, entrando num processo de negação da situação.

A família, numa Unidade de Cuidados Intensivos, queixa-se frequentemente da comunicação com a equipa de saúde, da insatisfação das necessidades de comunicação ao passar de cuidados agressivos para cuidados de fim de vida e da falta de comunicação adequada (Urden, Stacy & Lough, 2008), devendo esta permanecer no centro dos esforços para melhorar os cuidados no fim da vida.

Procurei reforçar à família a importância da expressão de sentimentos de desapontamento, tristeza e perda, sendo bastante importante demonstrar que não se tratava de apenas mais um doente ou caso clínico, mas que o paciente era reconhecido como indivíduo possuidor de direitos durante a sua permanência no serviço.

A preparação e acompanhamento da família deverão ser efectuados desde a admissão do doente; contudo, quando a morte se torna iminente, esta comunicação deverá ser intensificada, ajudando na elaboração de planos, nomeadamente na despedida do doente, preparação de aspectos legais, etc.

As famílias podem recusar a suspensão do tratamento e querer que “se faça tudo” por falta de confiança no pessoal de saúde, por falta de comunicação, por culpabilização dos sobreviventes ou por razões religiosas e culturais (Urden, Stacy & Lough, 2008). A comunicação efectiva ao longo da hospitalização ajuda na prevenção desta situação, predispondo a uma melhor aceitação dos acontecimentos.

Procurei, durante todo o período de estágio, desenvolver a faceta da comunicação efectiva com a família/cuidador de cada doente, de modo a promover uma relação de confiança que, acima de tudo, beneficie o doente, não apenas durante o internamento, mas também após a alta.

Embora do ponto de vista ético e legal não haja distinção entre suspensão ou não instituição de tratamento, parece, no nosso país, mais aceitável em termos culturais tomar medidas de não instituição de tratamento ou suporte vital do que medidas de suspensão de tratamento, pois

"O nosso progresso filosófico não seguiu o ritmo do progresso tecnológico. O maior dilema que se coloca actualmente nos cuidados críticos, é decidir quando usar e quando não usar a nossa extraordinária tecnologia médica. Não devíamos tentar manter a todo o custo a vida 'para sempre', simplesmente porque podemos". (Anónimo, citado por Marques, 2002, p. 3)

Em estudos efectuados acerca da prestação de cuidados no fim de vida (Marques, 2002), os Enfermeiros referem a existência de factores perturbadores das acções de promoção da dignidade e factores promotores das acções de promoção da dignidade. No primeiro grupo, evidenciam-se a incerteza do prognóstico, a variabilidade da concepção de dignidade, o foco das intervenções descentrado das pessoas, a tentação de futilidade face à dificuldade em lidar com o insucesso e a morte, a deficiente valorização do sofrimento e da dor, a supremacia do paternalismo, a falta de informação dos doentes, as dúvidas sobre a vontade do doente e a sua capacidade de decisão e a insistência familiar na manutenção da vida. No segundo grupo, encontra-se o trabalho em equipa, a manutenção da esperança, a competência profissional no tratamento da dor e a valorização dos cuidados básicos face aos tratamentos agressivos.

Existem sete domínios dos cuidados em fim de vida que deverão ser utilizados nas Unidades de Cuidados Intensivos (e que procurei desenvolver durante o período de estágio) e que são (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 173): "(i) tomada de decisão centrada no doente e família; (ii) comunicação; (iii) continuidade dos cuidados; (iv) suporte emocional e prático; (v) tratamento dos sintomas e cuidados de conforto; (vi) suporte espiritual; e (vii) suporte emocional e da organização para o corpo clínico".

Na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, a transmissão de más notícias era, à data de realização do estágio, efectuada numa sala concebida para a recepção das visitas. Quando o estado do doente se agravava, procedia-se ao contacto com a família, convocando-a para dirigir-se ao hospital, sendo a transmissão de notícias e estado da doente efectuada pelo médico e pelo Enfermeiro que acompanham o doente naquele turno.

Tive oportunidade de presenciar situações de transmissão de más notícias, tendo eu também desenvolvido a minha prática de Enfermagem nesse contexto, nomeadamente a inevitabilidade da morte ou o falecimento já ocorrido, durante o período de estágio.

Competência Específica: "Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas."

No desenvolvimento do estágio, procurei interiorizar a importância da integração do doente e da sua família/cuidador na elaboração do seu plano de cuidados bem como o papel do Enfermeiro Especialista como garantia da aplicação deste princípio, reconhecendo que existe cada vez mais a preocupação da manutenção da qualidade dos cuidados após a alta hospitalar e que esta deverá ser preparada imediatamente após a admissão do doente.

Também procurei, sempre que adequado, integrar a família na prestação de cuidados ao doente durante a sua permanência no serviço, nomeadamente ao fornecer explicações acerca dos procedimentos que efectuava na sua presença.

Compreendi a necessidade que todos os familiares têm de comunicar os seus anseios, pelo que se deve facilitar a verbalização de todas as dúvidas e preocupações informando igualmente sobre a possibilidade de poderem contactar o médico assistente do doente para obtenção de mais informações.

Prestados todos os esclarecimentos aos familiares e ouvidas todas as suas dúvidas e anseios, soube aproveitar esta oportunidade como um momento óptimo para o desenvolvimento de acções de educação para a saúde, atendendo à especificidade de cada caso.

Ao fornecer informações, tive em conta o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como a gravidade da situação do doente

Todas as informações foram dadas no sentido de esclarecer e acalmar os familiares, mantendo-os, o mais possível, a par da realidade e ajudando-os a consciencializar-se da situação do doente. Compreendi a ansiedade dos familiares como uma manifestação natural nestas situações, pelo que uma informação correcta e clara contribuiria para a sua diminuição.

Manifestei sempre o cuidado de não dar informações pouco precisas e as mesmas foram sempre partilhadas com os outros elementos da equipa de forma a não criar desentendimentos, não fornecendo informações do foro clínico (previsões de altas, tempo de internamento, prognóstico, etc.).

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

Na transmissão de informação aos familiares é desejável que o conjunto de pessoas significativas delegue numa pessoa a obtenção da referida informação para evitar a duplicação de mesma. Essa pessoa deverá ser identificada como tal, para que seja contactada em caso de agravamento do estado do doente, transferência e eventual falecimento na ausência de familiares.

Numa Unidade de Cuidados Intensivos, o Enfermeiro é abordado frequentemente sob duas formas no sentido de prestar informações: através do telefone e pessoalmente, aquando da visita.

Quando é solicitada uma informação pelo telefone, devemos considerar que não existe qualquer certeza acerca de quem está do outro lado, isto é, se é quem diz ser e quais as informações prévias que possui. A atitude correcta é, neste caso, informar acerca do horário de visitas e quais as horas em que são fornecidas informações aos familiares.

Pessoalmente, cabe ao Enfermeiro acolher a família de forma calorosa, apresentando-se, mostrando disponibilidade e informando do cenário que irá encontrar (ventilador, tubos catéteres, monitores, alarmes, etc.), principalmente nas primeiras visitas; responder a questões que sejam colocadas de forma segura e convicta, de modo a não contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade daquela família e encaminhar para outros técnicos quando necessário

e se solicitado. Dever-se-á ter em conta que o excesso de informação poderá ser prejudicial, devendo-se evitar pormenores técnicos.

No desenvolvimento do estágio, procurei sempre atender ao facto de o doente possuir um passado, raízes, uma família da qual, apesar de todas as contingências da doença, não deverá ser isolado, atendendo sempre ao facto de a Enfermagem ser uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma forma significativa, respeitando os valores culturais e estilos de vida. O doente permanece, em todas as circunstâncias,

“sujeito de uma identidade única e irrepetível que transcende em absoluto tudo o que dela podemos conhecer e verificar. [...] A sua integridade exige, até ao derradeiro momento, consideração integral, regra que não admite excepções, concretizem-se estas em acções ou omissões”. (Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João, 2004, p. 1)

De igual modo, a família deverá ser reconhecida como um elemento primordial na continuidade da prestação de cuidados, pelo que a sua participação deverá ser estimulada em todas as ocasiões, sendo esta uma preocupação presente na mente dos profissionais e para a qual fui despertada durante o desenvolvimento do estágio; deve também ser um alvo de atenção na prestação dos cuidados. A comunicação com a família durante o processo de visita é visto como um dos momentos difíceis e stressantes nas Unidades de Cuidados Intensivos devida à responsabilidade da informação, ao fornecimento de pouca ou nenhuma informação, às sensações de medo e desconforto, às informações mal compreendidas e ao espaço inadequado, entre outros. Cabe ao Enfermeiro observar como os familiares enfrentam a situação de internamento, doença e prognóstico, através da comunicação verbal e não-verbal, procurando compreender a fase emocional que vivenciam, de maneira a interpretar a sua reacção, aprendendo a apoiar e a procurar responder às questões levantadas, da maneira mais assertiva e adequada a cada um, incentivando o toque e a comunicação verbal com o doente, reconhecendo não só a individualidade do mesmo, mas também da sua família.

Reflecti, com frequência, acerca da problemática da comunicação com os doentes na Unidade de Cuidados Intensivos. De facto, num ambiente onde se encontram, frequentemente, doentes com alteração do estado de consciência ou ainda que conscientes, impossibilitados de comunicar de forma verbal, devido à entubação endotraqueal ou traqueostomia, questionei-me: Como poderia haver algum género de comunicação?

A comunicação interpessoal constitui-se como um conjunto de movimentos integrados que calibra, regula, mantém e possibilita a relação entre os homens, dividindo-se esta em verbal e não-verbal (desenvolvida através de gestos, silêncios, expressões faciais, postura corporal, etc) (Rabiais, 2009), sendo esta última bastante frequente nas Unidades de Cuidados Intensivos, devido ao facto de os doentes apresentarem incapacidade para a expressão verbal. Neste contexto, compreendi a importância do olhar, do toque, do momento em silêncio partilhado, da certeza que não é necessário obter uma resposta para comunicar e que, apesar de mergulhado na sedação e na curarização, me encontro diante de alguém em relação a

quem me sinto compelida a ter atitudes tão simples como pedir licença para um dado procedimento ou preservar a sua privacidade e intimidade.

Essas “pequenas coisas” serviram apenas para acordar o meu espírito para a importância da própria orientação do doente e da necessidade de promover ciclos de sono e repouso, que permitissem recuperar alguma sensação de controlo. De facto, o fenómeno hospitalar, como combinação de privação e sobrecarga sensorial ao privar os doentes de estímulos sensoriais habituais e ao inundá-los com estímulos não encontrados no seu ambiente habitual, conduz a perda de percepção do tempo, ansiedade, agitação, sensações de medo e desamparo (situação muito presente no caso descrito) e depressão; cabe ao Enfermeiro implementar intervenções que minimizem essa situação (promoção de um ambiente adequado, respeito pelo espaço pessoal do doente e promoção de relação de ajuda), atitudes que procurei desenvolver e para as quais sensibilizei os profissionais com os quais lidei.

Segundo Santos (2000), o acolhimento deve ser encarado como um cuidado de Enfermagem, cabendo portanto ao Enfermeiro executar esse cuidado de forma racional e personalizada, para que deste acolhimento resulte uma diminuição da ansiedade do utente, uma boa integração no hospital, uma aceitação da sua condição, uma colaboração no tratamento indicado, uma expectativa de melhoria ou cura, uma ajuda na resolução dos problemas individuais ou familiares, etc.

No contacto com os serviços de saúde, é fundamental que o utente e a sua família não se sintam mais um, o número x, que aguardam longos minutos para serem atendidos, e depois, fria e laconicamente lhes perguntam o que pretendem. Pelo contrário, é importante que o utente e a sua família sintam que existe alguém para os receber digna e respeitosamente e que, com rapidez e de forma personalizada os esclareçam e os encaminhem convenientemente. A preocupação em conhecer o porquê das suas queixas, de conhecer a sua origem social e os seus hábitos, permitirá ao profissional de saúde saber melhor como abordá-los e estabelecer uma relação humana adequada, sem ferir a sua susceptibilidade; o doente e família, ao constatarem o interesse que as suas pessoas suscitam no pessoal que os assiste, não se sentirão mais um no meio de tantos, e estarão mais predispostos a dialogar e a cooperar com os serviços.

Este aspecto revela-se de extrema importância quando há necessidade de internamento numa unidade de Cuidados Intensivos, uma vez que este tipo de unidades é constituído por elementos e factores altamente constrangedores, agressivos e geradores de ansiedade e stress para os utentes.

A grande quantidade de aparelhagem estranha que rodeia o utente e o enorme conjunto de tubos e fios que o ligam a esses aparelhos, dão-lhe uma sensação de prisão; os barulhos estranhos provocados não só pelos alarmes, mas também por todo o pessoal que trabalha nessas unidades aumentam essa sensação. A necessidade de permanecer acamado, alterando muitas vezes os hábitos de vida de cada um, contribui para que haja um aumento de carga ansiosa, gerada, não só pelas dores de desconforto da sua doença mas também pela incerteza e desconhecimento do prognóstico da situação patológica.

Os doentes internados neste tipo de unidades encontram-se perturbados, ansiosos e, por vezes, deprimidos. Estas situações podem ser agravadas pelas características do internamento e tratamento que é preciso instituir. Além disso, o ambiente físico destas unidades contribui para aumentar a ansiedade sentida pelo doente. Algumas das "agressões" sentidas (privação do sono, perda de privacidade, luzes brilhantes, ruídos e barulhos desconhecidos, cheiros desagradáveis, etc.) contribuem para aumentar a ansiedade e o stress.

Os utentes das unidades de Cuidados Intensivos actuais estão cercados por tecnologias avançadas que, embora essenciais para salvar vidas, podem criar em ambiente estranho e, até mesmo, ameaçador para eles. Em condições normais, as pessoas possuem mecanismos mentais que permitem uma curta adaptação aos estados ansiosos; no entanto, por vezes, é necessário estabelecer ajuda para controlar e diminuir os factores provocadores de ansiedade e stress. A gestão e o controlo destes factores stressantes são funções a desempenhar pelo Enfermeiro, atendendo a que com um bom processo sistematizado de acolhimento a estes doentes, se pode contribuir para que a ansiedade sentida, possa diminuir substancialmente.

É extremamente importante abolir medos e receios em relação à doença, internamento e tudo o que rodeia o doente.

O processo de acolhimento poderá também promover a confiança na equipa, garantindo o espaço e a individualidade e promovendo a auto confiança e pode ser o primeiro passo para uma aceitação do tratamento. Para facilitar a adaptação ao hospital é necessário promover a humanização começando esta com um acolhimento eficaz.

Foi neste sentido de humanização e incentivo à comunicação e respeito total pelas crenças e cultura da família e doente que sempre desenvolvi a minha prática de cuidados.

Quanto à comunicação, em meio pré-hospitalar, constatei que esta assume uma importância tão efectiva como em qualquer outro cenário de prestação de cuidados, tendo eu demonstrado uma particular atenção a este aspecto durante o módulo de estágio desenvolvido no INEM.

De facto, apesar de se poder cair na tentação de reduzir a prestação de cuidados em meio pré-hospitalar ao atendimento célere, confirmei, durante o estágio, que essa visão redutora não poderia estar mais errada, desempenhando a comunicação com a vítima e família um papel vital no processo de atendimento pré-hospitalar e nas relações estabelecidas entre os prestadores de cuidados e os utentes.

A comunicação em saúde consiste no “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, 2004, p. 1). Trata-se de um tema bastante relevante em vários contextos, sendo que, em meio pré-hospitalar, a sua relevância se demonstra, por exemplo, na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise.

Quando aplicada de um modo efectivo, a comunicação em saúde apresenta vantagens a nível individual (tomada de consciência das ameaças para a saúde, motivação para a mudança no sentido de reduzir os riscos, reforço de atitudes favoráveis aos comportamentos protectores da saúde e ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde) e colectivo (promoção de mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos, melhoria da acessibilidade

dos serviços de saúde e facilitar a adopção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida) (Teixeira, 2004).

Durante o desenvolvimento do estágio, pude, frequentemente, aplicar e desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o utente e família, em diversas situações.

A minha actuação baseou-se, não apenas na prestação de cuidados, mas também no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família, que considero ter sido relevante para o seu esclarecimento em relação à situação do seu familiar, sobre comportamentos ou atitudes a tomar em situações semelhantes no futuro, etc. A comunicação torna-se também importante em situações de prestação de cuidados na via pública, em que os transeuntes, ainda que não intencionalmente, impedem ou “atrapalham” na prestação de cuidados. Nessas situações, verifiquei que, na sua maior parte, após uma breve explicação, se consegue criar condições que permitam uma adequada prestação de cuidados (atendendo sempre às limitações de se tratar da via pública), o que vem apenas confirmar a importância da comunicação no atendimento pré-hospitalar.

Em meio pré-hospitalar, é também importante desenvolver competências na transmissão de más notícias, o que procurei fazer ao longo de todos os turnos, principalmente naquelas situações em que o desfecho não foi o melhor.

De facto, no desenvolvimento do estágio, verificaram-se algumas situações de activação para paragens cardiorrespiratória, em que, à chegada ao local, se verificava a instalação de rigidez cadavérica (é importante realçar que, perante a lei, na ausência de médico, não é possível verificar o óbito à excepção de presença de rigidez cadavérica e livores, sinais evidentes de putrefacção ou decapitação; noutras situações, o socorro deve ser iniciado e o doente transportado até ao estabelecimento de saúde mais próximo).

Nos casos em que se verificava o óbito, a minha actuação pautou-se pelo cuidado na transmissão da notícia, observando certos princípios que descrevi anteriormente.

Durante o estágio, verifiquei que, na maioria das situações, a família ficava num estado de apatia e de incredulidade (mesmo quando a morte era já expectável); nessas situações, coube-me também auxiliar no esclarecimento dos procedimentos legais a efectuar, por exemplo.

No atendimento pré-hospitalar, uma comunicação eficaz permite também obter valiosas informações sobre os antecedentes do doente, por exemplo, ou descrição do evento, de modo a fornecer indícios sobre a causa da doença; nessas ocasiões, a família, dominada pela ansiedade e pela sensação de que se está a verificar uma perda de tempo (“estão a fazer-me perguntas em vez de tratar do meu familiar...”), poderá não ter uma colaboração eficaz, cabendo ao Enfermeiro um papel didáctico, explicando a importância da colheita de dados para um tratamento mais adequado. Verifiquei ser frequente esta situação no CODU, cabendo também aos seus profissionais explicar a importância da colheita de dados efectuada para adequar o meio a enviar.

Competências específicas: “Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.”

No desenvolvimento dos diferentes módulos de estágio, procurei fazer diariamente uma reflexão partilhada com os Enfermeiros Tutores, em que analisava mais detalhadamente as situações de maior complexidade decorridas nesse turno e avaliava a adequação das atitudes tomadas. Estes momentos de reflexão forneceram um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal, uma vez que me foi possível detectar aspectos a corrigir ou melhorar e quais as atitudes a manter, por se terem revelado adequadas pois, como nos diz Serra (2008, p. 76) “uma lógica de acção eminentemente rotineira e mecânica constitui um obstáculo determinante ao desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão *na* acção e *sobre* a acção, não promovendo o ensino clínico como um local de prática reflexiva”.

Estes momentos de reflexão, embora de um modo menos aprofundado, eram também, frequentemente efectuados no desenvolver das actividades diárias, com o Enfermeiro com quem me encontrava naquela situação em particular.

Uma das situações mais marcantes em termos de estágio foi, sem dúvida, o atendimento a uma criança com cerca de um ano, que deu entrada na sala de emergência com cerca de 90% de superfície corporal queimada (importa referir que a sala de emergência é partilhada com o serviço de urgência de pediatria e que, em caso de activação de emergência pediátrica, o Enfermeiro responsável pela sala de emergência intervém também na prestação de cuidados, para além dos colegas de pediatria). A situação revelou-se bastante complicada, desembocando na posterior transferência da criança para o Hospital de São João, após estabilização. Uma vez que a minha Enfermeira Tutora era a responsável pela sala de emergência nesse turno (essa tarefa é sempre atribuída a uma Enfermeira Especialista), intervim também na prestação de cuidados e, após a sua resolução, fiz uma análise bastante exaustiva da situação e da prestação de cuidados por todos os elementos da equipa multidisciplinar, que se revelou bastante enriquecedora, uma vez que pude, de uma forma partilhada, apreender os aspectos correctos e os que poderiam, eventualmente ser melhorados no atendimento. Esta situação levou a que, a título pessoal, levasse a cabo uma pesquisa bibliográfica em termos de administração de fármacos por via intraóssea, uma vez que era uma situação nova para mim.

No serviço de urgência onde desenvolvi o estágio, cabe à Enfermeira responsável pela sala de emergência a verificação da conformidade dos seus equipamentos e materiais, no início de

cada turno da manhã e após a sua utilização, a qualquer hora do dia. Pude, então, durante o estágio proceder à aquisição de competências no manejo de equipamentos que eram, até à altura, desconhecidos para mim, nomeadamente desfibrilhadores e ventiladores. Adquiri competências na utilização destes equipamentos que se revelaram úteis no desenvolvimento do estágio, nomeadamente na prática de suporte básico e avançado de vida, na sala de emergência ou em situações de reanimação intra-hospitalar (efectuada pelo Enfermeiro do serviço de urgência responsável pela sala de emergência a cada turno, activado por um bip), situações em que procurei sempre intervir, de acordo com as necessidades verificadas. Durante o desenvolvimento do estágio, tive a oportunidade de proceder ao registo adequado das actividades desenvolvidas, observando a sua pertinência para a continuidade dos cuidados, para a elaboração dos diagnósticos médicos e de Enfermagem, para a avaliação dos cuidados prestados e, claro está, como documento com valor legal.

Uma intervenção importante desempenhada pelo Enfermeiro no serviço de urgência diz respeito ao transporte intra-hospitalar do doente crítico, situação na qual tive oportunidade de intervir. Um doente crítico é

“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. O transporte [...] justifica-se [...] pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica”. (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9).

Dada a grande instabilidade potencial destes doentes, o Enfermeiro desempenha um papel primordial na coordenação deste transporte. É ele quem se assegura que o Enfermeiro do serviço que vai receber o doente se encontra pronto para o fazer. A ele cabe também a preparação de todo o material, equipamentos e fármacos que devem acompanhar o doente, fazendo uma previsão das situações que podem, eventualmente, ocorrer. No desenvolvimento do estágio, tive a oportunidade de auxiliar no planeamento e efectivação do transporte intra-hospitalar de doentes críticos, nomeadamente transporte de doentes reanimados na sala de emergência ou em meio intra-hospitalar para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia ou para a Unidade de Imagiologia, procedendo nos serviços à “passagem” do doente à colega responsável.

Durante a prestação de cuidados ao doente crítico, procurei sempre atender a situações de risco potenciais ou reais, prestando cuidados em segurança, respeitando nomeadamente os mecanismos de controlo de infecção.

Para esse efeito, prestei especial atenção à separação de lixos, às precauções universais no controlo de infecção e aos riscos clínicos e não clínicos inerentes à prestação de cuidados. Tive pequenas discussões informais durante a prestação de cuidados, nomeadamente com outros colegas e com os assistentes operacionais, sobre práticas adoptadas e a sua justificação, nomeadamente sobre a utilização de máscaras cirúrgicas durante o contacto com os doentes. De igual modo, tive sempre o cuidado de explicar aos doentes a razão da necessidade de utilização de máscaras cirúrgicas aquando da apresentação de sintomas de infecção respiratória ou da necessidade de este permanecer na sala de espera criada para

acolher doentes com suspeita de Gripe A, situação que foi totalmente compreendida da sua parte. Procurei sempre fornecer informação clara, atendendo ao grau de instrução e condição do próprio doente, para que o seu consentimento para a prestação de cuidados de Enfermagem fosse verdadeiramente livre e esclarecido.

A minha prestação de cuidados procurou sempre atender, também, a prioridades, coordenando-me também com os restantes elementos da equipa, para que os cuidados fossem prestados em tempo útil, valorizando o tempo e otimizando os recursos disponíveis, isto é, procurei hierarquizar a prestação de cuidados, de modo a que tudo fosse realizado o mais rapidamente possível, sem desperdício de recursos humanos e materiais.

Procurei ter também um papel interventivo em situações de risco potenciais ou reais, prestando cuidados de Enfermagem que permitissem corrigir essas situações. Essas medidas poderiam passar simplesmente pela promoção da segurança do doente, como a subida das grades da cama para prevenir quedas ou pelo aviso dos restantes elementos da equipa multidisciplinar quanto a alterações súbitas de estado de consciência do doente, por exemplo.

Uma outra intervenção desenvolvida no serviço de urgência, a nível de detecção de situações de risco real ou potencial, envolve a activação do serviço denominado “Via Verde AVC”, que através de critérios pré-definidos deverá ser activado por qualquer elemento da equipa, de modo a facilitar uma intervenção precoce, que poderá ser vital em caso de indicação para trombólise (em que o hiato de tempo entre aparecimento de sintomas e administração de terapêutica é fundamental no prognóstico). Durante o desenvolvimento do estágio, tive a oportunidade de “activar” esta situação em pelo menos uma ocasião, quando detectei uma potencial situação em contexto de triagem.

Existem dois importantes aspectos sobre os quais gostaria de reflectir na elaboração deste relatório: o primeiro aspecto prende-se com a inexistência de uma sala de observações no serviço de urgência, durante o meu estágio e o outro, embora totalmente distinto, prende-se com a permanência de doentes no corredor.

O meu estágio foi desenvolvido num período de transformação de condições físicas do serviço de urgência. De facto, várias obras se desenvolveram durante a minha permanência no serviço e uma delas foi a mudança da sala de observações (vulgo OBS) para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, sendo os cuidados a estes doentes assegurados pelos profissionais deste serviço. Assim, não me foi possível desenvolver a prestação de cuidados nesta importante área de um serviço de urgência, em que uma vigilância mais estrita dos doentes é efectuada, facto que lamento.

Em relação à permanência dos doentes nos corredores, devido a constrangimentos de falta de espaço, trata-se de uma situação presente em vários serviços de urgência, mas que em nada abona em favor da qualidade dos cuidados prestados. Esta situação foi, no final do meu estágio, colmatada com a criação da Unidade de Diagnóstico e Vigilância, local mais resguardado onde permaneciam os doentes com a presença constante de um Enfermeiro, tendo esta área a capacidade para acolher até dez doentes em maca.

De facto, em discussões informais com a Enfermeira Tutora, pude expor o meu ponto de vista, apontando a falta de privacidade dos doentes nessa situação, a vigilância que não pode ser feita de igual modo ou a falta de condições para a prestação de cuidados e permanência de familiares ou acompanhantes junto dos doentes.

No desenvolvimento do estágio, pretendi desenvolver competências que levassem a um crescimento pessoal e profissional, visando uma melhoria contínua do meu desempenho na prestação de cuidados ao doente crítico, numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Também aqui procurei fazer diariamente uma reflexão partilhada com o Enfermeiro Tutor, em que procurava analisar mais detalhadamente as situações de maior complexidade decorridas nesse turno e avaliar a adequação das atitudes tomadas. Estes momentos de reflexão forneceram um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal, uma vez que me foi possível detectar aspectos a corrigir ou melhorar e quais as atitudes a manter, pois, como nos diz Abreu (2003, p. 81) “o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo”.

No contexto de estágio, mobilizei conhecimentos específicos e desenvolvi capacidades profissionais, transformando os conhecimentos em saberes específicos necessários, ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

De facto, os Enfermeiros aplicam diferentes saberes devidamente organizados e sistematizados, directamente responsáveis pelas competências que caracterizam a Enfermagem, como afirma Lemos (2008, p. 92) pois

“a disciplina de enfermagem organiza-se em torno da perspectiva filosófica das pessoas e das suas experiências de saúde, mantendo as características de uma arte com objectivos humanitários, caracterizando-se como a disciplina que compreende a multidimensionalidade complexa do comportamento humano...”.

No dia-a-dia, colaborei sempre nas técnicas invasivas e que me eram completamente desconhecidas, do domínio prático, nomeadamente extubação do doente, colocação de linha arterial, catéter central e catéter de diálise, para realização de técnica de substituição renal.

Todas estas práticas diárias exigiram de mim um estudo individual, que convergiu na forma de conseguir formular e analisar os problemas de maior complexidade de forma autónoma, sistemática e crítica.

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa, ou entre um Enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades.

Cabe ao Enfermeiro a prestação de cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em caso de doença súbita ou acidente, de que pode resultar falência de uma ou mais funções vitais, devendo, assim fazer parte de uma equipa de emergência pré-hospitalar. Por emergência pré-hospitalar entende-se uma “alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes” (Mateus, 2007, p. 19).

O Enfermeiro que actua nesta área de prestação de cuidados deverá possuir formação específica orientada e oficialmente certificada, de modo a:

“[(i)] Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição; [(ii)] Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte; [(iii)] Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência; [(iv)] Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.”
(Ordem dos Enfermeiros, 2007b)

O exercício profissional em contexto pré-hospitalar reveste-se de algumas particularidades e especificidades, sendo, simultaneamente, bastante complexo, devido a factores como a gravidade/complexidade/imprevisibilidade das situações encontradas, a prestação de cuidados num meio não institucional, com elevada exposição, a distância a meios mais diferenciados e a concentração da tomada de decisão num reduzido número de elementos (Tomás, 2009).

O conteúdo funcional da carreira de enfermagem no INEM encontra-se definido no Despacho Normativo n.º 46/2005 (Anexo VI) e inclui

“a) Realizar ou colaborar na realização de estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados; b) Colaborar na formação; c) Actuar ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada; d) Referenciação e transporte de doente urgente/emergente; e) Participar em reuniões, grupos de trabalho, comissões e júris de concurso, quando designado; f) Colaborar com os órgãos directivos em matéria de planeamento de actividade; g) Participar em planos de emergência; h) Actuar em situações de excepção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais, quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.”

As funções do Enfermeiro no CODU foram já, por mim, enunciadas anteriormente. Desempenha um papel particularmente importante a nível do acompanhamento e encaminhamento dos meios de socorro pré-hospitalar, participando também no processo de validação dos procedimentos efectuados pelos profissionais no terreno.

Durante os turnos de estágio que desenvolvi no CODU procurei observar atentamente e compreender a valiosa intervenção do Enfermeiro, nomeadamente a nível de activação da Via Verde Coronária e da Via Verde AVC.

Estas “Vias Verdes” constituem uma “estratégia organizada que visa a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças cardiovasculares aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica confirmadamente mais eficaz” (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008, p. 3), pretendendo-se reduzir a morbi-mortalidade por EAM e AVC e melhorar a recuperação funcional dos doentes.

Em relação à actuação do Enfermeiro na ambulância SIV, tal como referi anteriormente, esta centra-se na prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com protocolos de actuação instituídos pelo INEM e sob orientação / supervisão do Centro de Orientação de

Doentes Urgentes (CODU). Este recurso permite a prestação de cuidados de saúde diferenciados até à eventual intervenção de equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Torna-se, neste contexto, importante relembrar alguns aspectos formais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nomeadamente o artigo 8º (exercício profissional dos Enfermeiros) e o artigo 9º (intervenções dos Enfermeiros).

Segundo o artigo 8º, a actuação do Enfermeiro deverá basear-se numa conduta ética e responsável, que defenda e promova os interesses e direitos dos cidadãos, num ambiente de prestação de cuidados em complementaridade com os demais profissionais, enquadrando-se a sua actuação nos domínios da promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

O artigo 9º, por sua vez, classifica as intervenções de Enfermagem, em autónomas (sobre as quais o Enfermeiro tem exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com a sua qualificação) e interdependentes. Por acções interdependentes, dever-se-á considerar aquelas que são realizadas “de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Ordem dos Enfermeiros, 1996)

As actividades de Enfermagem realizadas em contexto pré-hospitalar enquadram-se nas definições anteriores. As várias intervenções que os Enfermeiros podem realizar encontram-se sistematizadas no número 4, do artigo 9º, quando refere que os Enfermeiros actuam “(...) em conformidade com o diagnóstico de Enfermagem e (...) de acordo com as suas qualificações profissionais”, sendo de realçar que quando em contexto de emergência, os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” se evidencia o carácter autónomo das intervenções do Enfermeiro, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade “pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega” (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Recorrendo às Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003), Tomás (2009, p. 60) destaca quatro competências estruturantes da prática profissional dos enfermeiros das SIV e que são (i) o conhecimento (competência nº 20) – “Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de Enfermagem”; (ii) a autonomia (competência n.º 24) – “Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados”; (iii) a segurança (competência n.º 70) – “Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas”; (iv) a responsabilidade (competência n.º 82) – “Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros”.

Cabe ao Enfermeiro a liderança da equipa, a abordagem e avaliação da vítima, o estabelecimento de prioridade na actuação, o contacto com o médico regulador no CODU, as intervenções técnicas e terapêuticas, o acompanhamento durante o transporte e a realização

de pedidos de apoio mais diferenciados, em caso de necessidade; a sua actuação assenta nos princípios de autonomia, responsabilidade e liderança (Gomes, 2009).

No desenvolvimento dos turnos de estágio na ambulância SIV, pude observar a actuação do Enfermeiro neste meio de socorro essencial, confirmando que a sua actuação se enquadra em tudo o que descrevi anteriormente.

Finalmente, pude também observar atentamente a função do Enfermeiro na VMER.

Neste meio, o Enfermeiro é o responsável pela condução da viatura, para além de actuar em equipa e colaborar com o Médico e com outras equipas no terreno, sendo também responsável pela participação em reuniões, grupos de trabalho, colaboração na formação e em estudos que procurem a melhoria na prestação de cuidados, de acordo com o Despacho Normativo nº 46/2005, de 19 de Outubro, que aprova o Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Resumi, deste modo, a actuação, na actualidade do Enfermeiro, neste meio. Contudo, a Ordem dos Enfermeiros, nas Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2007b), preconiza, como orientação para a intervenção dos Enfermeiros nesta área, que os mesmos devem garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, “assegurando a prestação de cuidados de Enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte” (Ordem dos Enfermeiros, 2007b) o que não acontece na actualidade. Neste momento, o que acontece é que, após a estabilização da vítima, se procede ao seu transporte na ambulância accionada para o efeito, geralmente acompanhada pelo médico, cabendo ao Enfermeiro, novamente, a condução da viatura em direcção ao hospital escolhido, “abrindo caminho” à ambulância.

Também no desenvolvimento do estágio em meio pré-hospitalar, procurei fazer diariamente uma reflexão partilhada com o Enfermeiro da equipa, em que procurava analisar mais detalhadamente as situações de maior complexidade decorridas nesse turno e avaliar a adequação das atitudes tomadas, constituindo estes momentos de reflexão um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal. Estas reflexões traduziram-se numa melhoria do meu desempenho na prestação de cuidados futuros de uma forma consistente e integrada, aumentando a confiança no meu desempenho.

Estes momentos de reflexão eram também partilhados com os outros elementos (não Enfermeiros) da equipa, numa perspectiva de partilha de experiências e de pontos de vista, pois havia um objectivo em comum, que era o aumento de conhecimentos que permitem efectuar uma prestação de cuidados mais adequados a cada situação.

Estes momentos de reflexão eram também por mim realizados fora do contexto de estágio, ao efectuar um confronto entre a minha prática numa dada situação e o estado dos conhecimentos actuais sobre o assunto (após pesquisa bibliográfica), sendo eu capaz de discernir as diferenças existentes e construir uma nova perspectiva da situação, que me

levaram a actuar de modo diferente (e certamente mais eficaz) em situações semelhantes no futuro.

Competência específica: “Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.”

Para desenvolver esta competência, propus-me activar mecanismos de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde, o que desenvolvi em todos o período de estágio. Vou focar a Unidade de Cuidados Intensivos e a prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, pelas suas particularidades.

Na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, preconizava-se, à data de realização do estágio, a utilização de isolamento de procedimentos. Disponha de 5 camas em espaço aberto e uma cama de isolamento.

A prevenção da transmissão de infecção efectua-se de modo a interromper o ciclo de transmissão de infecção (entre doentes, entre doente e prestador de cuidados e entre prestador de cuidados e doente), nomeadamente através de medidas de isolamento, utilização de materiais descartáveis, utilização de técnica asséptica nos procedimentos que assim o exijam e através de uma correcta higiene das mãos.

O controlo da entrada e saída das visitas na unidade era efectuado por um assistente operacional que fornecia uma bata de protecção e uma máscara a cada um dos visitantes, que deveriam igualmente efectuar a lavagem das mãos antes e depois da visita. Durante o desenvolvimento do estágio, tive oportunidade de acompanhar as visitas, aproveitando esse momento para proceder ao reforço da necessidade do controlo de infecção, actividade essa que também era da sua responsabilidade, tendo sempre sido aceites as informações fornecidas.

Quanto à prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, os prestadores de cuidados deverão ter presente que todas as vítimas são potenciais focos de infecção (INEM, 1999).

Assim, tal como em outros contextos de prestação de cuidados, torna-se obrigatória a adopção de mecanismos de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde, conforme se descreve em seguida.

As medidas de isolamento dividem-se em básicas e dependentes da via de transmissão (via aérea, gotículas e contacto – directo ou indirecto):

Os profissionais de saúde que actuam em meio pré-hospitalar podem ser expostos a fluidos corporais das vítimas devido à natureza imprevisível das funções que desempenham. Para além disso, este trabalho propicia à criação de condições favoráveis à exposição accidental a riscos biológicos, devido às particularidades da ambulância (espaço limitado, fechado, pouco ventilado e com recirculação do ar, solavancos e propulsão do corpo devido à condução a alta velocidade) e ao tipo de atendimento (necessidade de processos invasivos, lesões que propiciam o contacto com grandes quantidades de fluidos biológicos – grandes traumas, etc.), de acordo com Soerensen (2008).

Pautei sempre a minha actuação neste estágio pelos princípios que enunciei anteriormente, visando a segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados a nível pré-hospitalar.

No que concerne a prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, pude constatar que os tripulantes de ambulância de emergência têm como função, entre outras, a prestação de socorro pré-hospitalar na sua vertente não medicalizada, cumprindo normas de procedimento em vigor e que regem o seu desempenho.

Durante o estágio efectuado neste meio de socorro pré-hospitalar procurei conhecer os protocolos de actuação (que tipificam a actuação em diversas situações), de modo a poder enquadrar o meu próprio desempenho na prestação de cuidados nos procedimentos pré-definidos pelo INEM. Considero que atingi totalmente este objectivo, uma vez que sempre pautei a minha actuação pelo cumprimento dos protocolos que me eram transmitidos pelos elementos da equipa, nas diversas situações em que colaborei na prestação de cuidados.

Em relação à prestação de cuidados nas ambulâncias SIV, a função do Enfermeiro consiste na prestação de cuidados de Emergência Médica, atendendo sempre aos protocolos definidos pelo INEM e à Direcção Médica (controlo médico rigoroso) fornecida pelo CODU. A sua actividade é regulada a nível operacional pelo CODU a que pertence, processando-se esta Direcção Médica a dois níveis distintos: (i) direcção médica indirecta (*offline*) – tipificada em Protocolos de Actuação SIV, que definem um conjunto de acções que podem ser imediatamente realizadas pelos elementos da equipa, assim como as situações em que é necessário o contacto prévio com o Médico responsável para validação *online*; e (ii) direcção médica directa (*online*) – que é efectuada através de um conjunto de recursos de comunicação (de voz, de dados – telemedicina- e de vídeo), de modo a obter a validação prévia por parte do Médico Responsável de alguns procedimentos específicos, descritos nos protocolos de actuação (INEM, 2007).

A qualidade dos cuidados prestados é, neste meio, assegurada em três fases distintas: prospectivamente (selecção de profissionais, formação, criação de protocolos de actuação e disponibilização de condições de trabalho), concomitantemente (Direcção Médica, apoio do CODU e realização de observações aleatórias directas) e retrospectivamente (verificação periódicas dos diferentes tipos de registos, revisão de casos clínicos e avaliação de eventos críticos) (INEM, 2007).

Esta actuação atendendo aos protocolos de actuação, algoritmos e/ou planos de acção inscreve-se no contexto das actuações interdependentes, descritas pelo REPE, permitindo ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções, evidenciando-se também o carácter autónomo das suas intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2008b).

É importante, contudo, realçar que a aplicação de protocolos não é efectuada de modo aleatório, pois requer

“conhecimentos científicos e técnicos bem como julgamento casuístico, que decorrem da avaliação de cada caso [pois] a identificação de alterações nas funções vitais, a decisão sobre as técnicas que visam a recuperação de funções vitais bem como a sua

implementação revestem-se de uma elevada complexidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008b, p. 2)

De facto, o Enfermeiro possui a formação técnica, científica e humana que o habilitam para a prestação de cuidados nos meios mais complexos, nomeadamente o pré-hospitalar, garantindo, através de acções autónomas e interdependentes, integrado numa equipa, em rigorosa articulação com o CODU e atendendo às normas e orientações internacionais

“a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada” (Ordem dos Enfermeiros, 2007b, p. 2).

Ao Enfermeiro, no atendimento pré-hospitalar (e não apenas nas ambulâncias SIV) cabe também o assegurar da continuidade dos cuidados, efectivado através do registo adequado das suas intervenções e de uma transmissão cuidada no estabelecimento de saúde para onde a vítima é transportada, para além do acompanhamento da família, fornecendo-lhe a informação e o apoio necessários nesta situação.

A triagem consiste no processo de avaliação e classificação das situações, quanto à sua gravidade, de modo a definir prioridades (no accionamento de meios e consequente tratamento).

O diagnóstico da situação clínica subjaz à hierarquização de prioridades, constituindo este o aspecto mais frágil e mais marcante do sistema de socorro em emergência médica, uma vez que é efectuado num curto espaço de tempo e, principalmente, pelo telefone (Mateus, 2007). Os protocolos de actuação pelos quais se guiam os Operadores de Central (desde 1996) pretendem uniformizar procedimentos, a fim de efectuar uma correcta e rápida triagem e, consequentemente, uma eficaz assistência às vítimas.

Para tal, são colocadas questões como qual o tipo de situação, o número de telefone de onde está a ser efectuada a chamada, a localização exacta da ocorrência (com pontos de referência), o número de vítimas, o sexo e a idade aparente, principais queixas e alterações observadas e, se aplicável, existência de vítimas encarceradas e possíveis perigos existentes, que exijam outros meios de socorro (como por exemplo, libertação de gases, risco de incêndio ou explosão, etc.); deste modo, é possível hierarquizar as prioridades, seleccionando as situações de acordo com o seu grau de gravidade, mediante protocolos de actuação, específicos para diferentes patologias e situações, em uso no INEM (Mateus, 2007).

Para além do accionamento dos meios de socorro adequados, pretende-se que o Operador de Central efectue um aconselhamento de medidas adequadas para a ocorrência.

A gestão das chamadas é efectuada através de um sistema informático, desde 2001, onde são recolhidas e registadas as informações pertinentes, activam-se os meios e formula propostas terapêuticas consideradas pertinentes.

Os meios propostos podem ser accionamento directo de VMER e ambulância, proposta de accionamento de VMER e ambulância, proposta de accionamento de ambulância, accionamento directo de ambulância, proposta de outro meio (caso não se trate de uma emergência médica, aconselhar o utente a contactar directamente os bombeiros), entre outros;

estas propostas efectuadas pelo Operador de Central têm que ser validadas pelo Médico Regulador. O envio de meios é efectuado quando existe uma situação de risco de vida ou esteja em causa uma função vital da vítima. A decisão do tipo de meios a enviar - medicalizados ou não-medicalizados - tem em conta um conjunto de factores, entre os quais: situação clínica da vítima, meios disponíveis em cada momento e distância às unidades de saúde.

Durante os dois turnos que desenvolvi durante o estágio no CODU pude compreender quais os critérios de activação de meios e a hierarquização de prioridades subjacentes a estes. Verifiquei que um dos problemas mais comuns é a incapacidade de quem telefona para manter a calma e fornecer as informações adequadas, facilitando o processo de recolha de dados. De facto, é comum a sensação de que se trata de uma situação que necessita de uma rápida resolução (normalmente o transporte para um meio hospitalar), cabendo ao Operador tentar acalmar o seu interlocutor, explicando-lhe que não basta transportar ao hospital, mas que é igualmente importante saber de que situação se trata, de modo a ser providenciado o meio de socorro mais adequado; a existência de conversas paralelas no local de ocorrência é também um factor que dificulta este processo. Para além disso, cabe também a este Operador o aconselhamento de medidas enquanto o socorro não chega.

Competência específica: “Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.”

No desenvolvimento do estágio, desenvolvi a minha prática de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente aos doentes submetidos a técnicas de substituição renal.

De facto, o Enfermeiro Especialista, como Enfermeiro possuidor de conhecimentos numa área de especialização, que compreende uma prática de Enfermagem avançada em que se aliam perícia clínica e investigação, representa uma mais-valia na equipa de prestação de cuidados. Em cuidados intensivos utilizam-se, normalmente, técnicas contínuas de depuração renal, que permitem a remoção rápida de fluidos, sem provocar hipotensão e um controlo rápido e mantido da azotémia.

De forma a melhorar a minha prestação de cuidados a estes doentes, procurei aliar aos conhecimentos adquiridos no período de formação teórica do curso os conhecimentos obtidos na prática de cuidados, complementados com uma pesquisa bibliográfica cuidada acerca da temática, nomeadamente indicações renais e não renais para iniciar terapêutica depurativa extracorporal (Anexo VII), assim como as técnicas depurativas extracorporais (Anexo VIII) e as intervenções de Enfermagem que procurei desenvolver (Anexo IX).

Considero, deste modo, que fui capaz de demonstrar conhecimentos aprofundados na minha área de especialização, atingindo o objectivo proposto.

Competência específica: “Zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC.”

Para atingir este objectivo, propus-me reavaliar diariamente os planos de cuidados (efectuados na Unidade de Cuidados Intensivos) e introduzir as alterações necessárias, de modo a melhorar e adequar continuamente os cuidados prestados.

Na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga encontrava-se implementado à data de realização do estágio o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), que tem na sua base a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Esta classificação surgiu, pela primeira vez, em 1996, tendo surgido, entretanto novas e aperfeiçoadas versões. A sua importância reside, essencialmente, no facto de fornecer uma terminologia para a prática de Enfermagem que funciona como um modelo unificador, no qual os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados, permitindo a comparação de dados de enfermagem. Os seus objectivos incluem, então, o estabelecimento de uma linguagem comum, a possibilidade de descrever os cuidados de enfermagem, a comparação de dados de enfermagem, a demonstração das tendências em enfermagem e o estímulo à investigação (Taxa & Reigada, 2006).

É composta por fenómenos de Enfermagem (aspecto da saúde relevante para a prática de Enfermagem), diagnósticos de Enfermagem (designação atribuída pelo Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno de Enfermagem que representa o foco das suas intervenções) acções de Enfermagem (acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem) e resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (medição ou condição de um diagnóstico de Enfermagem a intervalos de tempo, após implementar as intervenções de Enfermagem).

O processo de Enfermagem é o método utilizado pelos Enfermeiros para a promoção do pensamento preciso e disciplinado. Trata-se de um método que possui cinco fases, que permitem a tomada de decisão clínica e resolução de problemas através do planeamento dos cuidados a prestar. As fases são (Urden, Stacy & Lough, 2008): (i) colheita de dados; (ii) apreciação; (iii) planeamento; (iv) implementação; e (v) avaliação.

Trata-se de um método de tomada de decisão clínica cíclico, uma vez que devido à sua reavaliação contínua “o processo de enfermagem incorpora um arco de feedback que mantém o controlo de qualidade dos outputs de tomada de decisão” (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 8). Existem semelhanças entre o processo de Enfermagem e os métodos de resolução de problemas, uma vez que ambos possuem uma forma sistemática e organizada de aproximação aos problemas, mas diferem entre si pelo facto de o processo de Enfermagem ser contínuo e não algo episódico.

Durante o desenvolvimento do estágio, executei o plano de cuidados do doente aquando da sua admissão e introduzi as alterações pertinentes, de acordo com a evolução do doente e os cuidados prestados, tendo sempre a preocupação de não o tornar algo estanque e estandardizado, mas algo que estava sujeito a reformulação constante e que reflectia uma

prática de Enfermagem personalizada e individualizada. Considero que, deste modo, atingi o objectivo a que me propus.

Competência específica: “Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.”

Os cuidados de Enfermagem prestados aos doentes com disfunções neurológicas incluem uma variedade grande de diagnósticos, orientando-se para as avaliações neurológica e hemodinâmica frequentes e para o despiste de complicações.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga são, frequentemente, admitidas vítimas de acidentes (de viação ou de trabalho), submetidas a cirurgia, com avaliação contínua de pressão intracraniana, aos quais tive oportunidade de prestar cuidados.

O crânio é uma caixa fechada que comporta o cérebro, líquido cefalorraquidiano e sangue.

A pressão intracraniana é o resultado da soma do volume do LCR, volume sanguíneo intracerebral (VSIC) e volume cerebral (VC).

Para que esta se mantenha dentro dos valores normais (0-15 mm Hg), o volume e a pressão destes três componentes deverão estar em equilíbrio, podendo ser expressada pela hipótese de Monro-Kellie ($PIC \sim V_{LCR} + VSIC + VC$). Segundo esta hipótese, em virtude do espaço limitado dentro do crânio, um aumento em qualquer um destes componentes provoca uma alteração no volume dos outros havendo necessidade de deslocar ou movimentar o LCR, aumentar a sua absorção ou diminuir o volume sanguíneo cerebral.

É consensual que uma pressão intracraniana superior a 20 mm Hg é um indicador de hipertensão craniana, tratando-se de uma emergência real que necessita de tratamento imediato.

A hipertensão craniana é uma síndrome que afecta muitos doentes com condições neurológicas agudas, encontrando-se associada normalmente ao traumatismo crânio-encefálico, mas também pode surgir como um efeito secundário em outras condições, tais como tumores cerebrais, hemorragia subaracnoideia e encefalopatias tóxicas e virais.

A hipertensão craniana afecta a perfusão cerebral, produz distorção e desloca tecido cerebral, conduzindo à isquémia e necrose do tecido cerebral.

Um aumento da pressão intracraniana até ao ponto em que a capacidade de ajuste do cérebro alcançou os seus limites, leva a que a função neurológica seja comprometida, com manifestações de alterações de consciência, respostas respiratórias e vasomotoras anormais, sendo a alteração do nível de consciência o sinal mais precoce, bem como a lentificação da fala.

O aumento da pressão intracraniana pode ser observado detectado, também, através de alterações da reacção pupilar, da resposta motora, dos sinais vitais e dos padrões respiratórios, cabendo ao Enfermeiro a sua vigilância apertada (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A monitorização da pressão intracraniana contribui para detectar lesões da massa intracraniana, restringir o uso de terapias auxiliares para a controlar, manter a pressão

intracraniana normal (pela drenagem do LCR), ajudar a estabelecer o prognóstico e melhorar o resultado. Assim sendo, a sua monitorização tem por finalidade otimizar a perfusão cerebral e, simultaneamente, impedir lesão cerebral secundária, podendo ser efectuada através de um catéter intraventricular (mecanismo mais eficaz), de um pino subaracnóide, catéter epidural ou subdural ou de um catéter com transdutor fibróptico na extremidade, inserido no tecido cerebral ou no ventrículo.

Durante o desenvolvimento do estágio, considero que desenvolvi as intervenções de enfermagem mais adequadas a esta condição, aplicando os conhecimentos adquiridos nas situações mais complexas de prestação de cuidados, através de uma complementaridade entre os conhecimentos teóricos que possuía anteriormente e a pesquisa bibliográfica efectuada, de forma a tornar-me cada vez mais um profissional prestador de cuidados baseados num conhecimento aprofundado do indivíduo em situação de risco.

Competência específica: “Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.”

À luz dos conhecimentos actuais, consideram-se quatro as atitudes que determinam um bom socorro às vítimas de paragem cardiorrespiratória, a nível extra ou intra-hospitalar: (i) reconhecimento precoce de uma situação de urgência e activação dos serviços de emergência; (ii) manobras de Suporte Básico de Vida precoces; (iii) desfibrilação automática precoce; e (iv) manobras de Suporte Avançado de Vida.

O suporte avançado de vida constitui um importante elo da cadeia, pois nem sempre a desfibrilação por si só é eficaz, ou, por vezes, a desfibrilação pode não estar indicada. Permite conseguir uma ventilação mais eficaz (através da entubação traqueal) e uma circulação também mais eficaz (através da administração de fármacos).

Na prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, assim como em todas as situações de prestação de cuidados, há que atender ao importante aspecto da segurança (da vítima e do profissional de saúde).

O pressuposto fundamental deverá ser socorrer em segurança, condição que sempre procurei por em prática, de modo a não comprometer a minha própria segurança ou da restante equipa, assim como da vítima.

À chegada ao local de socorro, há que determinar as condições de segurança do local.

Em meio pré-hospitalar, há que atender à possibilidade do surgimento de situações inesperadas, de o ambiente poder ser, ocasionalmente, hostil e não controlado, de o apoio poder ser inexistente ou insuficiente, com recursos limitados ou com multivítimas.

Para além disso, há, frequentemente, risco de queda de postes de electricidade, presença de substâncias tóxicas, risco de incêndio (perigo químico, eléctrico ou de fogo), presença de animais perigosos e presença de veículos em perigo e risco.

É necessário adequar a utilização de dispositivos de aviso sonoro e visual à situação, ambiente e atmosfera do local de socorro.

Há que ter presente que, mesmo após estar garantida a segurança no local, esta pode retomar a qualquer momento, podendo entrar no local diversas pessoas, algumas delas com atitudes e acções agressivas (Gomes, 2009).

Os prestadores de cuidados de emergência deverão também ter presente que não se deverão colocar em perigo desnecessariamente, sendo mandatário o respeito pelas normas de segurança na estrada e precauções universais na abordagem do doente. O foco tem que estar na eficácia, sem nunca menosprezar a segurança (INEM, 1999).

Pautei sempre a minha actuação pela atenção ao aspecto de segurança pessoal, da restante equipa e da(s) vítima(s), atendendo não só aos riscos/perigos reais, mas também aos potenciais, de modo a não comprometer nunca a prestação de cuidados, pelo que considero que fui capaz de atingir o objectivo proposto.

Competência específica: “Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.”

No doente crítico, com alterações graves do metabolismo, o estado nutricional influencia marcadamente o prognóstico. Embora permaneçam diversas correntes de opinião, é consenso geral que é necessário instituir suporte nutricional específico nos doentes graves que apresentem sinais ou risco de malnutrição. Na Unidade de Cuidados Intensivos, deverá existir um envolvimento multiprofissional no sentido de melhorar o prognóstico, diminuindo a mortalidade associada às complicações da desnutrição.

A nutrição constitui, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002) uma

“função com as características específicas: somatório de processos corporais envolvidos no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação das células corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização dos nutrientes.”

Atendendo a que, no desenvolvimento do estágio, procurei aprofundar conhecimentos sobre esta temática, nomeadamente acerca das intervenções de Enfermagem a prestar aos doentes com alterações do seu estado nutricional, de modo a prestar cuidados cada vez mais efectivos aos doentes sob os meus cuidados, considero que atingi totalmente este objectivo.

Quanto à actuação do Enfermeiro em contexto pré-hospitalar, esta pauta-se pelo respeito pelas normas e protocolos internacionalmente aceites.

Actualmente, aplicam-se os algoritmos emanados pelo Conselho Português de Ressuscitação, baseados nas últimas *guidelines* do ERC, de Novembro de 2005. Foi com base nestes algoritmos que baseei a minha actuação durante os estágios, colaborando na aplicação dos algoritmos internacionais de SBV, SAV e disritmias peri-paragem (bradicardia e taquicardia de complexos estreitos e de complexos largos).

Para além disso, já referi anteriormente, que sempre colaborei na aplicação dos protocolos de actuação dos diferentes meios de socorro, nomeadamente através das orientações fornecidas pela Direcção Médica, pelo que posso considerar que atingi totalmente este objectivo.

Competência específica: "Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar."

A morte é uma presença também nas Unidades de Cuidados Intensivos. Definir a morte e determinar o seu momento é, antes de mais, tarefa da ciência e não da filosofia ou da teologia. É hoje consenso geral que a morte cerebral representa o fim da história terrena da vida humana, tendo este conceito sido estabelecido em 1959.

Em Portugal, é considerado potencial dador todas as situações *post mortem* de indivíduos que cumpram os critérios clínicos e que não estejam inscritos no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), embora na prática, se realize, uma abordagem à família por uma questão de ética e deontologia.

O enquadramento actual da legislação portuguesa, em matéria de transplantes de órgãos e tecidos de origem humana, consta da Lei nº 22/2007 de 29 de Junho (Anexo X), assim como dos diplomas complementares – Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro (Anexo XI) – RENDA e Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994 (Anexo XII) sobre critérios de morte cerebral. A nível internacional existe uma linha orientadora traduzida pela Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina do Conselho da Europa que se encontra em vigor em Portugal desde o dia 1 de Dezembro de 2001. Para que seja então declarada morte cerebral, é necessária uma avaliação rigorosa por 2 médicos, não podendo nenhum deles pertencer à equipa de colheita de órgãos e pelo menos um deles não deverá pertencer ao serviço ou equipa que assiste o doente, em dois momentos diferentes, espaçados de acordo com a situação clínica e idade do doente. O diagnóstico é fundamentado na história clínica, exame objectivo e exames complementares de diagnóstico, existindo na unidade um protocolo que segue rigorosamente estas linhas de orientação.

Os testes devem ser realizados apenas depois de terem sido confirmadas várias condições prévias: (i) o doente deve estar em coma, sob ventilação, com um diagnóstico positivo de irremediável destruição cerebral (lesão estrutural do encéfalo irreversível); e (ii) a hipotermia e qualquer distúrbio metabólico ou endócrino ou intoxicação por drogas deverão estar excluídas como causa do coma.

Postas estas condições, é realizado um exame neurológico em que são especialmente pesquisadas as funções do tronco cerebral.

O doente deve estar em estado de coma profundo, não reactivo a qualquer estímulo, em apneia, conectado a prótese ventilatória, sendo a apneia confirmada por suspensão da ventilação assistida, em condições técnicas perfeitamente definidas, que não permitem que haja anóxia cerebral durante a sua execução.

Deverá existir atonia muscular e ausência de toda a actividade reflexa de nível cerebral (a existência de reflexos osteotendinosos de nível medular não invalidada o diagnóstico).

Ao Enfermeiro cabem três níveis de responsabilidade (Cunha, Dias & Nelas, 2003): (i) legais/institucionais – conhecer as normas de reanimação, de certificação do óbito, notificar o óbito internamente (de acordo com as normas do hospital), comunicar o óbito à família e proceder ao inventário dos bens do paciente; (ii) clínicas – inclui os cuidados de Enfermagem ao corpo (executados de uma forma respeitosa); e (iii) relativas à família, pessoas significativas e amigos próximos – incluem as técnicas de transmissão de más notícias.

Durante os dois meses em que estagiei no serviço, ocorreram falecimentos de doentes aos meus cuidados, a quem prestei todos os cuidados inerentes ao fim de vida e promovendo a manutenção de uma morte sem dor para o doente (nomeadamente através da manutenção das medidas de conforto e analgesia até ao fim).

Durante o desenvolvimento do estágio em meio pré-hospitalar, tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a vítimas de acidentes de viação (encarceradas e não encarceradas), colaborando, nomeadamente, na aplicação do colar cervical, levantamento, remoção de vítimas com colete de extracção, aplicação do meio plano, imobilizações provisórias do úmero, transporte para o hospital e mudança no hospital.

Colaborei também na avaliação primária (A- Via aérea e controle da coluna cervical, B- Ventilação (respiração), C- Circulação com controlo de hemorragia externa, D- Disfunção neurológica, E- Exposição com controlo da temperatura) e secundária da vítima (detecção de possíveis anomalias ou lesões: 1- Observação da cabeça e face, 2- Observação do pescoço, 3- Observação do tórax, 4 – Observação do abdómen, 5- Pelve e períneo, 6- Extremidades da pele e 7- Região posterior).

Actualmente, o trauma é uma das principais causas de incapacidades físicas, psicológicas, e óbitos em indivíduos em idade activa e produtiva, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde nas sociedades civilizadas (nos países ditos civilizados, a causa mais frequente são os acidentes de viação).

O traumatismo é actualmente reconhecido como um processo patológico, em que os mecanismos de lesão fazem parte da etiologia; é primordial que o profissional de saúde (e nomeadamente o Enfermeiro), possua conhecimentos de avaliação, identificação de lesões ou possíveis lesões, para o tratamento bem sucedido do traumatizado (Costa et al., 2008), conhecimentos esses que sempre demonstrei e apliquei ao longo do estágio, nos diferentes meios (uma vez que tive activações para atendimento a vítimas de acidentes de viação nos diferentes meios onde estagiei).

Os acidentes de viação originam pelo menos metade de todos os traumatismos fechados, devido a forças de cisalhamento, compressão e aceleração/desaceleração (que originam diferentes tipos de lesão, pelo que se torna essencial ter uma noção de como ocorreu o acidente).

Procurei aprofundar os conhecimentos necessários à prestação de cuidados a vítimas de acidentes de viação, que se traduziram numa prática de cuidados proficiente, pelo que considero ter atingido este objectivo a que me tinha proposto.

Competência específica: “Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.”

No desenvolvimento deste objectivo, propus-me prestar cuidados ao doente crítico em situação de disfunção multiorgânica.

Esta situação resulta da falência fisiológica progressiva de dois ou mais sistemas independentes por um período superior a 24 horas, sendo definida como a alteração de função de órgãos, no doente crítico, de tal modo que a homeostasia não pode ser mantida sem a intervenção externa. Encontram-se em risco acrescido de desenvolvimento de falência multiorgânica os doentes vítimas de traumatismo ou aqueles que possuem uma infecção, choque, pancreatite aguda, queimaduras, sépsis, aspiração ou com complicações cirúrgicas (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A disfunção pode ser classificada em primária (consequência directa de uma agressão) ou secundária (ao envolver órgãos não directamente afectados pela agressão inicial).

Cuidar de doentes com disfunção multiorgânica requereu da minha parte uma avaliação atenta para efectuar uma detecção precoce de manifestações desta síndrome e das suas consequências, nomeadamente (Urden, Stacy & Lough, 2008): (i) diminuição do débito cardíaco; (ii) compromisso das trocas gasosas; (iii) perfusão ineficaz dos tecidos; (iv) desequilíbrio nutricional; (v) risco de infecção; (vi) dor; (vii) alterações do estado de consciência; (viii) ansiedade; e (ix) *Coping* familiar ineficaz.

Atendendo a que fui capaz de prestar cuidados de Enfermagem adequados ao indivíduo com disfunção multiorgânica, envolvendo, sempre que adequado, a sua família, considero ter atingido o objectivo a que me propus.

Competência específica: “Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.”

Na prestação de cuidados ao doente crítico, procurei sempre minimizar os factores causadores de stress físico (dor e desconforto pelas técnicas invasivas, (i) mobilizações no leito, cuidados de higiene, incapacidade de se alimentar sozinho e alterações nos hábitos de eliminação), de stress ambiental (ruídos estranhos, contacto com pessoas desconhecidas, presença constante de luz artificial com consequente alteração de ritmos circadianos, actividades relacionadas com outros doentes, iluminação permanente e privação do sono), de stress psicológico (inadequado

conhecimento da situação e dificuldade na comunicação) e de stress social (alteração nos relacionamentos).

Instituí medidas simples que considero terem-se tornado efectivas, tais como (i) evitar falar alto; (ii) instituir horas de silêncio, que facilitem o repouso; (iii) organizar as actividades de enfermagem de modo a proporcionar períodos de sono contínuo de, pelo menos, duas horas, durante a noite; (iv) manter as luzes apagadas na unidade do doente, facilitando o descanso; (v) promover o toque terapêutico; (vi) incentivar o toque e a conversa com o doente na hora das visitas; (vii) explicar ao doente os procedimentos a efectuar; e (viii) identificá-lo pelo nome, etc.

Considero ter atingido este objectivo na sua totalidade, uma vez que demonstrei capacidade de aplicar na minha prática de cuidados diários os resultados de investigação válidos, nomeadamente na melhoria do ambiente de prestação de cuidados ao doente numa Unidade de Cuidados Intensivos, desenvolvendo uma prática de cuidados baseados na evidência.

Competências específicas: “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC.

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.”

Importantes funções são desempenhadas pelo Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que concerne ao assegurar por todos os elementos da equipa a prestação de cuidados que atendam aos princípios técnicos, éticos e deontológicos.

No desenvolvimento do estágio, procurei também assegurar que não só o meu próprio desempenho obedecesse a estes critérios, mas também o dos meus pares. Como nos é dito pela Ordem dos Enfermeiros (2008a), “os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem, [pelo que], neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas...”.

Procurei no desenvolvimento do estágio aplicar na prática os conhecimentos adquiridos nas aulas e através da pesquisa bibliográfica que efectuei acerca de temas que me despertaram interesse ou que considere necessário aprofundar, como foi o caso da administração de terapêutica mais incomum na minha prática diária.

Colaborei com todos os elementos da equipa na prestação de cuidados, procurando efectuar uma total integração, que me permitisse atingir aquele que foi sempre o meu principal objectivo no desenvolvimento deste estágio e que foi o desenvolvimento de competências que me permitissem uma prestação de cuidados de Enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (Capítulo VI da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro) e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente ao nível da satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de

complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Ao enunciar estes objectivos, pretendi realçar a importância da supervisão clínica como processo de melhoria na prestação dos cuidados, que se baseia, segundo Garrido & Simões (2007)

“no relacionamento pessoal e profissional, entre um profissional que exerce práticas clínicas de saúde e um aluno em formação. É um processo de colaboração formal estruturado que ajuda o aluno a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional”.

No desenrolar do estágio, desenvolvi competências de supervisão clínica de pares, nomeadamente através da observação, orientação e discussão com colegas acerca das práticas desenvolvidas por todos, nomeadamente na passagem de turno, que nunca foi por mim considerado apenas um momento de reunião dos profissionais, mas também uma oportunidade para discussão e análise das práticas promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Considero também que essa supervisão se processou em ambos os sentidos, uma vez que também sobre mim foi efectuada supervisão, nomeadamente por parte dos Enfermeiros Tutores. Esta supervisão contribuiu decisivamente para o meu desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento das competências enquanto futura Enfermeira Especialista, uma vez que consistiu essencialmente num processo de aprendizagem e de crescimento profissional e não num processo de culpabilização, recriminação ou sentimento de espionagem/observação crítica, atendendo sempre ao objectivo último da prestação de cuidados com qualidade ao utente em todas as circunstâncias.

Senti, durante o desenvolvimento deste estágio, que a supervisão clínica sobre mim efectuada me forneceu contributos essenciais para a prática de cuidados futuros, nomeadamente através da orientação profissional, da constante reflexão sobre as práticas e a orientação fornecida, da análise crítica construtiva sobre as minhas práticas, do exemplo profissional do meu supervisor e dos seus conhecimentos científicos e profissionais, para além dos reforços positivos que me foram dados, contribuindo para a minha crescente autonomia e segurança num ambiente que inicialmente não estava sob o meu controlo.

Competência Específica: “Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.”

Durante a realização do estágio no serviço de urgência, ao analisar os protocolos existentes no serviço com a Enfermeira Tutora, verifiquei a inexistência de um procedimento de Utilização de Alteplase em tromboembolismo pulmonar, pelo que me dediquei à elaboração de um, denominado Trombólise com Alteplase (activador tecidual do plasminogénio) em Tromboembolismo Pulmonar no SU (Anexo XIII). Trata-se de um procedimento efectuado com frequência no serviço de urgência, mas em relação ao qual não havia qualquer referência documental. Neste procedimento, para além de indicar as dosagens usualmente utilizadas e

contra-indicações à sua utilização, dediquei importância especial às intervenções de Enfermagem nos períodos pré, durante e após trombólise. Este procedimento seria, posteriormente apresentado pela Enfermeira Tutora ao Director do Serviço de Urgência para se proceder à sua aprovação e implementação.

Durante o estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos, elaborei um estudo de caso (Anexo XIV) acerca de um doente com pneumonia, de modo a aprofundar conhecimentos acerca das intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados a estes doentes numa Unidade de Cuidados Intensivos. De igual modo, procurei desenvolver competências na definição de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, assim como na utilização de linguagem CIPE.

Quanto ao transporte primário do doente crítico, sabe-se que uma das orientações preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros sobre as atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar é que cabe ao Enfermeiro acompanhar e vigiar o doente durante o transporte primário e/ou secundário, de modo a assegurar a manutenção ou recuperação das suas funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2007b).

As recomendações mais recentes acerca do transporte do doente crítico foram elaboradas no ano de 2008 (Anexo XV) e foi por elas que sempre orientei o meu desempenho nesta fase crucial do atendimento ao doente em meio pré-hospitalar.

O transporte primário é aquele que é efectuado entre o local de ocorrência e a unidade de saúde.

O transporte do doente possui três fases distintas: decisão (acto médico), planeamento (equipa médica e de Enfermagem - estabilização, escolha e contacto com o serviço receptor, escolha do meio de transporte e monitorização, antecipação de possíveis complicações, selecção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos e escolha da equipa de transporte, informar o doente e/ou familiar) e efectivação (equipa de transporte cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente ao corpo médico do serviço destinatário, ou no regresso ao serviço de origem - no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou actos terapêuticos).

O risco associado ao transporte envolve duas componentes: o risco clínico (situação clínica do doente, efeitos das vibrações, da aceleração-desaceleração e mudanças de temperatura - factores que afectam a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização) e o risco associado ao próprio meio de transporte (vibração, aceleração-desaceleração, risco de colisão, todos eles elevando-se significativamente com a velocidade) (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

No sentido de minimizar os riscos do transporte, o doente deve ser previamente estabilizado no local da ocorrência, devendo aí efectuar-se as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, entubações, etc).

Durante o meu estágio, colaborei sempre neste transporte primário do doente, sentindo também as dificuldades a ele associadas, respeitando sempre todas as regras de segurança, de modo a não comprometer a segurança do doente ou da equipa.

No transporte do doente, fui capaz de demonstrar conhecimentos acerca dos problemas e riscos a ele associados, não só em termos reais, mas também potenciais, demonstrando, desse modo, “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Ordem dos Enfermeiros, 2007a, p. 17)

Na chegada à unidade de saúde, tive também uma participação activa na garantia da continuidade dos cuidados, transmitindo toda a informação considerada pertinente. Esta “passagem” ao colega da unidade de saúde, consistiu não apenas na transmissão de dados clínicos, mas também numa reobservação clínica, segundo a metodologia ABCDE, considerando, deste modo, que fui capaz de atingir este objectivo em todos os campos de estágio pelos quais passei.

Competências Específicas: “Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC.

Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.”

No desenvolvimento do estágio no serviço de urgência, tive a oportunidade de ser co-responsável de turno, quando a minha Enfermeira Tutora era a responsável pela gestão dos cuidados e recursos, o que acontecia frequentemente nas tardes e noites dos dias úteis e ao fim-de-semana, altura em que a Enfermeira Chefe não se encontrava no serviço.

Nestas ocasiões, tive a oportunidade de participar e colaborar nas diferentes vertentes da gestão, nomeadamente na gestão de cuidados de Enfermagem, de recursos materiais e de recursos humanos. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem por em causa a qualidade dos cuidados prestados. A eficiência deverá ser encarada, segundo Nova (2008) como a

“medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, i.e., aquilo que se obtém com os recursos disponíveis, [...] [sendo] possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desaproveitamentos, sejam os recursos humanos, materiais ou financeiros”.

No que concerne à gestão de recursos humanos tive a oportunidade de participar na execução do plano de trabalho de Enfermagem e de assistentes operacionais, procedendo à distribuição dos profissionais pelas respectivas áreas de trabalho, tendo também o cuidado de durante o desenvolvimento do turno verificar as áreas que careciam de mais profissionais, mobilizando-os nesse sentido e reestruturando o plano inicial, caso se verificasse necessário. Na elaboração deste plano, observei o quão necessário é o desenvolvimento de competências de gestão de conflitos, uma vez que a distribuição efectuada nem sempre era consensual. Nestas ocasiões, verifiquei a importância do papel do Enfermeiro Especialista na resolução destes pequenos conflitos, utilizando um estilo calmo e diplomático, procurando explicar os motivos que levaram à tomada de decisão. No final do estágio, surgiu uma nova área de atendimento denominada de Unidade de Diagnóstico e Vigilância, que visava proporcionar um atendimento mais adequado aos doentes que, até essa altura, eram colocados em macas, nos corredores.

O surgimento desta área veio levantar a necessidade de recrutar mais um Enfermeiro para a prestação de cuidados em cada turno, situação não prevista no horário mensal elaborado. Assim, tive a oportunidade de observar como foi efectuada a gestão desta situação por parte da Enfermeira Chefe e Enfermeira Especialista responsável por cada turno, nomeadamente no recrutamento de elementos que não estavam inicialmente no plano de trabalho.

Na gestão dos recursos materiais, colaborei diariamente na reposição de stock de material terapêutico e fármacos no posto de trabalho por mim ocupado, atendendo aos gastos previsíveis para aquele dia. Para além disso, colaborei também nos pedidos de material para todo o serviço, nomeadamente pedidos de fármacos para a farmácia, pedidos de material cirúrgico esterilizado, pedidos de bens alimentares (este pedido era efectuado no final do turno da noite, em colaboração com as assistentes operacionais), material de penso e todo o restante material inerente à prestação de cuidados. Verifiquei, no desenvolvimento do estágio, os cuidados aplicados na manutenção de um stock de segurança, de forma a evitar a sua ruptura e os cuidados aplicados no sentido de não haver desperdício, nomeadamente na gestão dos prazos de validade.

Observei que os pedidos de todos os materiais que enumerei são efectuados por via online, em dias pré-definidos, existindo a possibilidade de efectuar pedidos “extra” em situações excepcionais ou quando, inesperadamente, se verificou um gasto de material superior ao esperado.

No desenvolvimento do estágio, fui confrontada com duas situações inesperadas para mim: uma delas foi uma agressão a profissionais de saúde e outra, completamente diferente, foi a participação numa auditoria efectuada pelo Health Quality Service/CHKS, durante uma semana.

Em relação a esta primeira situação, verificou-se num turno de noite, quando um acompanhante de um doente se encontrava a causar distúrbios, tendo sido convidado a abandonar o serviço; perante este pedido, procedeu a agressões físicas e verbais a um assistente operacional e a um enfermeiro. Coube à minha Enfermeira Tutora, responsável de turno, a gestão desta situação e dos procedimentos tomados no seu decurso, tendo eu também participado neste processo. A gestão do risco era efectuada, à data de realização do estágio no hospital de Braga, através de uma colaboração entre o gestor local do risco, a nível de cada serviço e a equipa de gestão do risco, existente no departamento da qualidade. Preconiza-se uma estreita colaboração entre ambos os elementos, cabendo ao primeiro a identificação e análise de riscos clínicos e a implementação do sistema de comunicação de todos os incidentes clínicos ocorridos no serviço, embora a identificação do profissional envolvido não seja obrigatória. Com a sua implementação, pretende-se conhecer quais os factores que levaram ao acontecimento adverso verificado, quais as medidas que poderiam ter sido tomadas de forma a evitar a sua ocorrência e as medidas tomadas no imediato, numa perspectiva de aprendizagem de redução e controlo do risco, promovendo a abertura e a honestidade, apoiando-se numa cultura organizacional de ajuda e apoio, e não recriminatória e culpabilizadora.

Assinala-se também aqui a importância do papel do Enfermeiro na melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados de saúde prestados, promovendo a redução das situações de risco para todos os envolvidos, sejam eles os profissionais, os doentes, os acompanhantes, familiares ou visitas.

Todos os profissionais deverão ter presente que têm também um importante papel na prevenção e redução do risco, nomeadamente identificando e avaliando o risco, tomando atitudes que visem prevenir ou diminuí-lo, colocando em prática mecanismos de controlo até que o risco seja controlado a um nível aceitável, monitorizando a sua eficácia, notificando o responsável, se a área do risco identificado estiver para além da sua competência ou do seu controlo e procedendo a um registo cuidado dos incidentes verificados (Centro Hospitalar de Torres Vedras, 2008).

Em relação à ocorrência de uma auditoria externa durante o desenvolvimento do meu estágio, esta verificou-se na semana de 16 a 20 de Novembro, em todo o hospital, tendo a auditoria ao serviço de urgência ocorrido na tarde do dia 19.

O hospital de Braga encontra-se totalmente acreditado pelo *Health Quality Service/CHKS*, entidade credenciadora de renome, desde 5 de Fevereiro de 2004. A acreditação hospitalar consiste no reconhecimento formal por parte de uma autoridade de acreditação externa e independente de que o hospital atende a requisitos previamente definidos e cumpre exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem, avaliando vários aspectos, que incluem “processos clínicos, infecções hospitalares, esterilização, pediatria, bloco operatório, radiologia, segurança informática, tratamentos de resíduos e informações aos doentes e familiares” (Alert, 2002). O *Health Quality Service/CHKS* é uma fundação independente do Reino Unido, sem fins lucrativos, fundada em 1897 pelo rei Eduardo VII, cuja missão é contribuir para estimular a boa prática e inovação em todos os aspectos dos cuidados de saúde e gestão. O processo de acreditação culmina, após a verificação da conformidade com os requisitos definidos, na atribuição de um Certificado de Acreditação, que tem um prazo de validade, que é geralmente de 3 anos, período após o qual se necessita de fazer uma reacreditação. O hospital de Braga já havia efectuado à data do estágio duas auditorias de reacreditação, uma das quais ocorreu em 2006 e aquela a que me refiro. Neste processo, tive a oportunidade de verificar o desenrolar da auditoria no serviço, que foi acompanhada pela minha Enfermeira Tutora. Verifiquei quais os aspectos analisados pelos auditores, nomeadamente a consulta de protocolos e de registos efectuados, a avaliação das instalações e o esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro responsável de turno nessa tarde. Acredito que esta experiência contribuiu para o enriquecimento do meu estágio, uma vez que pude contactar com uma faceta importante do funcionamento do serviço de urgência e pude observar o importante papel desempenhado pelo Enfermeiro responsável no desenvolvimento da auditoria, uma vez que acaba por ser o rosto visível da Enfermagem desenvolvida no serviço.

No desenvolvimento do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, tive a oportunidade de ser co-responsável de turno, quando o meu Enfermeiro Tutor era a responsável de turno, o que

acontecia frequentemente nas tardes e noites dos dias úteis e ao fim-de-semana, altura em que a Enfermeira Chefe não se encontrava no serviço. O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de doentes, habitualmente no ratio de 1:2, aos quais o Enfermeiro deverá prestar todos os cuidados necessários (a utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa, devendo cada Enfermeiro ser conhecedor da situação dos restantes doentes, pelo que à passagem de turno têm que estar presentes todos os Enfermeiros). É elaborado diariamente pela Enfermeira Chefe, um Plano de Distribuição de Trabalho que abrange todas as 24 horas (e todo o fim de semana), designando em cada turno, o respectivo Enfermeiro responsável de equipa.

Nestas ocasiões, tive a oportunidade de participar e colaborar nas diferentes vertentes da gestão, nomeadamente na gestão de cuidados de Enfermagem, de recursos materiais e de recursos humanos. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem por em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Tive também a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe durante um turno, de modo a interiorizar de forma adequada a gestão do seu ponto de vista.

As funções do Enfermeiro responsável de turno encontram-se definidas através de protocolo no Hospital de Braga (Anexo XVI); tive a oportunidade de participar em praticamente todas estas actividades no decorrer do estágio.

Outra particularidade da prática de cuidados de Enfermagem na unidade que gostaria de realçar prende-se com a utilização de escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, com as quais nunca tinha contactado (apesar de reconhecer agora que constituem uma importante ferramenta de gestão). Na UCIP, utiliza-se a TISS 28.

O Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) surgiu em 1974, descrito por Cullen, com o objectivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva. Inicialmente, era constituído por 57 actos terapêuticos, pontuados de 1 a 4, de acordo com a carga de trabalho envolvida. Em 1983 foi revisto, passando a integrar 76 actividades de enfermagem. Mais recentemente, em 1996, foi publicada uma simplificação (TISS 28) que actualmente constitui um dos principais sistemas utilizados para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos. É avaliado uma vez por dia e reflecte a carga de trabalho efectuado nas 24 horas prévias, baseando-se nas actividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, variando entre 0 e 78 pontos. O TISS-28 serve também para classificar os doentes em 4 classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de estar internado numa UCI (Pinto & Pires, 2009).

Esta escala é diariamente preenchida pelo enfermeiro durante o turno da noite, reflectindo a prática de cuidados ao doente nas 24 horas anteriores. Também eu, durante o estágio, tive a oportunidade de a utilizar e reconhecer a sua importância na gestão dos recursos de enfermagem.

Competências Específicas: “Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC.
Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.
Promover a formação em serviço na área da EEMC.”

A formação em serviço é um dos pilares fundamentais na gestão de qualquer instituição que presta cuidados de saúde, pela permanente valorização do saber, saber fazer e saber ser, implicando um desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa. Deve constituir uma “obrigação” partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, tendo em vista o objectivo de melhoria do desempenho profissional e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Constitui-se como um instrumento de mudança de comportamentos e atitudes individuais e até das próprias estruturas, numa dinâmica de desenvolvimento de conhecimentos e competências, definidas como “um conjunto integrado de conhecimentos, [...] próprio de um aspecto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermeira fazer apelo às suas habilidades [...] e manifestar comportamentos sócio-afectivos adequados”. (Garrido & Simões, 2007, p.7)

O plano de formação em serviço deverá ser elaborado atendendo às necessidades manifestadas ou demonstradas pelos profissionais, tendo por base o diagnóstico de necessidades da equipa de enfermagem e as opções estratégicas do próprio serviço e da instituição, possuindo flexibilidade suficiente para poder ser reformulado, de acordo com as mudanças verificadas.

No serviço de urgência do hospital de Braga não existia à data do estágio uma política de elaboração de plano de formação específico para o serviço. As necessidades formativas verificadas eram supridas pelo Departamento de Formação Permanente do hospital, através das formações por ele levadas a cabo.

Não existia também qualquer projecto levado a cabo pela equipa em curso, pelo que não tive então a oportunidade de participar ou colaborar na sua elaboração.

A minha colaboração a nível de investigação foi levada a cabo com a elaboração do protocolo anteriormente enunciado, uma vez que reconheço a importância da investigação e do conhecimento para a prática de Enfermagem baseada na evidência, como nos é enunciado pela Ordem dos Enfermeiros, ao defini-la como “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2006), conduzindo a um desenvolvimento da melhor prática, que conduza a uma melhoria dos cuidados e a uma optimização dos cuidados de saúde. Actualmente, a Ordem dos Enfermeiros enuncia quatro eixos prioritários de investigação, sem prejuízo de outras áreas que podem, eventualmente, ser desenvolvidas e que são “a adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do Cidadão, a Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades, as Estratégias inovadoras de gestão/liderança e a

Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

No desenvolvimento do estágio, aproveitei momentos da prestação de cuidados para tecer breves considerações sobre a prestação de cuidados, nomeadamente aos colegas ou assistentes operacionais. Assim, posso enunciar o reforço da importância da manutenção da privacidade na prestação de cuidados aos utentes, por exemplo, uma vez que devido aos constrangimentos de condições físicas, este aspecto poderia, ocasionalmente, ser descurado.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga existia um plano anual de formação em serviço, existindo um Enfermeiro do serviço responsável pela área da formação.

No desenvolvimento do estágio, não detectei necessidades específicas de formação em nenhuma categoria profissional, apesar de reconhecer que existe sempre algum aspecto a melhorar na prestação de cuidados e que essa melhoria pode ser levada a cabo através da formação; na Unidade de Cuidados Intensivos, as necessidades de formação recaiam, com frequência (mas não se esgotavam aí), na utilização de novos equipamentos ou técnicas.

Considero que realizei alguma investigação ao elaborar o estudo de caso, contribuindo para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e da sua aplicação ao nível dos cuidados.

A investigação contribui decisivamente para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas na prestação dos melhores cuidados aos utentes, alicerçando-se e consolidando-se ao nível do saber e da ciência. Para além disso, a investigação permite demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

2 - Conclusão

Na elaboração deste relatório, procurei reflectir sobre as vivências dos estágios desenvolvidos nos diferentes serviços, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fazendo um paralelismo entre os objectivos a que me tinha proposto e a realidade encontrada no campo de estágio.

De facto, posso afirmar agora que as expectativas iniciais foram ultrapassadas, mas não me devo esquecer que também houve dificuldades que tive que ultrapassar, recorrendo a estratégias adquiridas durante as aulas e no meu próprio exercício profissional.

No seu desenvolvimento, penso ter apontado os obstáculos que encontrei e quais as estratégias postas em prática para os contornar, efectuando uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas, procurando também enunciar sugestões alternativas que não foram, na ocasião, postas em prática, num percurso de enriquecimento pessoal e profissional.

De facto, Schon, citado por Apóstolo (2001, p.16) sugere que

“se pode conseguir um processo reflexivo na acção, verbalmente ou por escrito, esclarecendo o conhecimento utilizado e considera que descrever a experiência é um instrumento útil para a reflexão, pois desenvolve nos alunos a capacidade de explicitação dos saberes que estão implícitos na sua acção”.

Ao efectuar este processo reflexivo, pretendi também aperfeiçoar certos aspectos que envolvem a prestação de cuidados ao indivíduo adulto e idoso em estado crítico que poderei por em prática na minha prática futura de cuidados.

Considero que, no desenrolar do estágio desenvolvido no Serviço de Urgência, fui capaz de desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade, desenvolvendo os conhecimentos adequados ao exercício de Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando-os na prática de prestação de cuidados a nível de um Serviço de Urgência, aplicando o processo de Enfermagem ao adulto/idoso, em contexto de Serviço de Urgência, actuando numa perspectiva de cuidados centrados no utente e na família, desenvolvendo competências relacionais com o utente, família e equipa multi-disciplinar e procurando desenvolver competências que me permitirão uma aprendizagem ao longo da vida profissional. O período de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente mostrou-me que é possível humanizar o cuidado quando a sofisticação técnica assume um papel de liderança no “ambiente intensivo”.

Ao elaborar este relatório, pretendi retratar a minha aprendizagem e aquelas competências que adquiri, interiorizei e trabalhei no dia-a-dia, fazendo parte agora do meu saber pessoal e profissional.

O período de estágio em Assistência Pré-Hospitalar mostrou-me que, cada vez mais, se exige aos profissionais intervenientes (e ao Enfermeiro, em particular) muito mais que o transporte rápido de vítimas de doenças súbitas e/ou acidentes para o Hospital mais próximo.

Considero que não limitei a minha actuação a este aspecto, procurando sempre prestar os cuidados mais adequados às necessidades do doente, na etapa do ciclo vital que estava a vivenciar.

Com base nos conhecimentos adquiridos na minha actividade profissional e complementados na formação pós-graduada, acredito ter sido veículo de mudança ao nível do doente crítico e pessoas significativas, procurando soluções para problemas de saúde complexos, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência, ao nível da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.

Os contextos da prática de estágio revelaram-se como locais não apenas de trabalho, mas essencialmente de observação e de aprendizagem, permitindo a aplicação, num ambiente de prestação de cuidados, dos conhecimentos, valores e capacidades que conduziram a uma prática de excelência.

Finalmente, posso afirmar, que a Enfermagem especializada não se limita então, à soma das intervenções de cada um, mesmo que estas denotem sempre a atenção à pessoa, mas, principalmente, de inscrever este conjunto de intervenções numa perspectiva que tenha sentido para a pessoa.

Com certeza, que o meu projecto de cuidados, foi significativo para mim, mas, foi sobretudo significativo para aquele que beneficia de competências tão particulares como aquelas que desenvolvi nesta caminhada – a pessoa doente e a sua família.

O facto, de assumir responsabilidade pela visibilidade da minha área de competência na equipa de saúde, ter respeitado sempre os direitos do doente enquanto pessoa, face à sua integridade e privacidade pessoal, assim como à sua família, ter utilizado atempadamente o julgamento profissional e respeitando os princípios éticos que salvaguardam a sua dignidade e a sua segurança, fez com que conseguisse desenvolver o trabalho de equipa, demonstrando autonomia crescente, enriquecendo e desafiando o meu próximo futuro, pessoal e profissional. Como reflexão final, devo ressaltar a importância que toda a equipa multi-disciplinar colocou no meu acolhimento e, em particular os Enfermeiros Tutores, fazendo-me sentir acolhida em todos os campos de estágio e proporcionando o desenvolvimento do meu estágio em conformidade com os objectivos por mim definidos.

3 – Bibliografia

ABREU, Wilson Correia de - **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?**. Coimbra : Formasau,2003. ISBN 972-8485-35-2.

ABREU, Wilson Correia de - **Supervisão Clínica em Enfermagem: Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico - Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra : Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE - **Implementação das Vias Verdes Coronária e de AVC na Região Norte** [em linha]. Porto: Website da Administração Regional de Saúde do Norte, 2008. [Consultado em 3 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Vias%20Verdes/Vias%20Verdes.pdf>>.

ALEIXO, Fernando - **Unidade de Cuidados Intensivos - Manual de Enfermagem** [em linha]. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2007. [Consultado em 30 de Janeiro de 2010]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Servi%C3%A7os/UCI/Manual%20de%20Enfermagem%20UCI.pdf>.

ALERT- LIFE SCIENCES COMPUTING - **Hospitais portugueses na mira do King's Fund** [em linha]. Vila Nova de Gaia: Portal Alert - Saúde na Internet, 2002. [Consultado em 7 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://portal.alert-online.com/index.cfm?key=680B3D50093A6A002E42140A321A2A5C0B683E0A7607517F6F597C>>.

APÓSTOLO, Jorge - **Portfólio de Evidências de Aprendizagem como Instrumento de Inovação Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. Referência** [em linha].N.º 6 (2001), p. 15-21. [Consultado em 11 de Março de 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=111&id_rev=5&id_edicao=21>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - **Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)** [em linha]. Lisboa: Diário da República Electrónico - Diário da República, 1.ª série — N.º 134, 2009. [Consultado em 5 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/13400/0446704467.pdf>>.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - **Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho - Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana** [em linha]. Lisboa: Diário da República Electrónico - Diário da República, 1.ª série — N.º 124, 2007. [Consultado em 7 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/06/12400/41464150.pdf>>.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - **Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro - Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto - Lei n.º 104/98, de 21 de Abril** [em linha]. Lisboa: Diário da República Electrónico - Diário da República, 1.ª série - N.º 184, 2009. [Consultado em 10 de Julho de 2010] . Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>>.

CARPENTER, Richard; CARPENTER, Alice H - O Ambiente dos Cuidados Críticos. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica**. 6ª Edição. Loures : LUSOCIÊNCIA, 2003. ISBN 972-8383-65-7. Vol. I, p. 637-653.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS - **Gestão de Risco** [em linha]. Torres Vedras: Centro Hospitalar de Torres Vedras, 2008. [Consultado em 6 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.hospitaltorresvedras.com/p/gestao-de-risco-67/>>.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO - **Face à Pessoa que morre no Hospital - Boletim de Ética**. Porto : Hospital de São João, 2004.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2**. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-5-3.

COSTA, Ana [et al.] - **Competências dos Enfermeiros do serviço de Urgência na abordagem ao cliente politraumatizado adulto**. Funchal: Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde, 2008.

COSTA, José dos Santos - Métodos de prestação de cuidados. **Millenium - Revista do IPV**. ISSN 1647-662X. N.º 30 (2004), p. 234-251.

CUNHA, Madalena; DIAS, Albertina; NELAS, Paula - Cuidados Pós-Mortem. **Revista Sinais Vitais**. ISSN 0872-8844. N.º 46 (2003), p. 33-39.

EGGLESTON, Kim Bender - O Ambiente dos Cuidados na Urgência. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica**. 6ª Edição. Loures : LUSOCIÊNCIA, 2003. ISBN 972-8383-65-7. Vol. I, p. 617-636.

ESPÍRITO SANTO, Carmina - As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. **Referência**. ISSN 0874-0283. Vol. 3 (1999), p. 53-58.

GARRIDO, António Fernando da Silva; SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo - **Supervisão de alunos em ensino clínico - Uma reflexão** [em linha]. Lisboa: Forum Enfermagem, 2007. [Consultado em 3 de Junho de 2010]. Disponível na Internet:
<URL:http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2769.

GOMES, Albino - **Emergência Médica e a Morte Violenta** [em linha]. Lisboa: Forum Enfermagem, 2009. [Consultado em 4 de Abril de 2010]. Disponível na Internet:
<URL:http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3477:emergencia-medica-e-a-morte-violenta&catid=199:fevereiro-2009.

INEM - **Manual VMER - Procedimentos Clínicos**. 2ª Edição. Lisboa: INEM, 1999. Tomo II.

INEM - **Projecto SIV - Perguntas frequentes** [em linha]. Lisboa: INEM, 2007. [Consultado em 2 de Abril de 2010]. Disponível na Internet:
<URL:<http://www.inem.pt/document/468473/488292.pdf>.

JESUS, Élvio - **A comunicação de más notícias** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. [Consultado em 12 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet:
<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1>.

JESUS, Élvio. 2008a. Triagem de Manchester. **Jornal da Madeira**. 14 de Dezembro de 2008.

JESUS, Élvio. 2008b. Do domicílio ao lar. **Jornal da Madeira**. 15 de Junho de 2008.

LEITE, Lúcia - **O Enfermeiro Especialista - Percursos de Desenvolvimento profissional** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consultado em 2 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet:
<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>.

LEMOS, Estela Ribeiro - **Profissão de enfermeiro - Compreensão Sociológica da Identidade Profissional**. Porto : Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado em Sociologia.

LINO, Alexandrina. **Precauções Padrão ou Universais**. 2009. Material de apoio às aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I - Módulo III - Infecção hospitalar, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira - **Princípios éticos gerais no agir em Enfermagem - Condicionamentos às intervenções De Enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI**. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2002. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

MARTINS, Josiane de Jesus [et al.] - **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva - conhecimento de uma equipe multiprofissional** [em linha]. Goiânia: Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008. [Consultado em 6 de Fevereiro de 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf>>.

MATEUS, Bárbara Aires - **Emergência Médica Pré-hospitalar - Que realidade**. Loures : Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-33-2.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE - **Despacho Normativo n.º 46/2005, de 19 de Outubro** [em linha]. Lisboa : Diário da República Electrónico - Diário da República, I Série-B — N.º 201, 2005. [Consultado em 2 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/10/201B00/60966107.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro** [em linha]. Lisboa: Diário da República Electrónico, Diário da República, I Série-A — N.º 223, 1994. [Consultado em 2 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://dre.pt/pdf1sdip/1994/09/223A00/57805782.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Declaração da Ordem dos Médicos, de 11 de Outubro de 1994 - Critérios de Morte Cerebral** [em linha]. Lisboa: Diário da República Electrónico, Diário da República, I Série-B — N.º 235, 1994. [Consultado em 2 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdfgratis/1994/10/235B00.pdf>>.

NOVA, António Casa - **A Eficiência na Gestão dos Cuidados - o Papel do Enfermeiro** [em linha]. Lisboa: Hospital do Futuro, 2008. [Consultado em 5 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiasaude/forum/topics/1967198:Topic:1142?page=1&commentId=1967198:Comment:1283&x=1#1967198Comment1283>>.

NUNES, Isabel Maria Lopes Martins - **Participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia: contributos para melhorar a comunicação e a qualidade dos cuidados ao utente**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. [Consultado em 1 de Setembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168&version=1>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. [Consultado em 3 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompetenciasEnfCG.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consultado em 7 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosiacao2604.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. SUPLEMENTO DA REVISTA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. ISSN 1646-2629. N.º 26 (2007a), p. 9-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007b. [Consultado em 2 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/EP01-07.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008a. [Consultado em 1 de Setembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version=1>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **PARECER N.º 84 / 2008 - Proposta de criação do Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEH)** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008b. [Consultado em 4 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Dezembro2008/Parecer_84_23_12_20_CE_TEPH_mas.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dia Mundial Contra a Dor - 16 de Outubro de 2009 - Texto da CEEMC e Enf.ª Ananda Fernandes, representante da OE na Comissão Nacional de Controlo da Dor da DGS** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [Consultado em 5 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news:Print&id=1065&print=1>>.

PINTO, Tiago; PIRES, Marta - TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e a sua capacidade prognóstica. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**. ISSN 0872-3087. Vol. 16, n.º 2 (2009), p. 11-15.

RABIAIS, Isabel - **Unidades de Cuidados Intensivos**. 2009. Material de apoio às aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica II - Módulo I - Unidades de Cuidados Intensivos, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

SANTOS, António Cristovão Ferreira - **Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários**. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2000. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SANTOS, Dina Isabel Francisco Alberto - **As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Concelho da Lourinhã**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado.

SERRA, Miguel Nunes - Aprender a ser enfermeiro - Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Sísifo - Revista de Ciências da Educação da Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa**. ISSN 1649-4990. N.º 5 (2008), p. 69-80.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - **Guia para o Transporte de Doentes Críticos** [em linha]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008. [Consultado em 6 de Abril de 2010]. Disponível na Internet: <URL:https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=66808e327dc79d135ba18e051673d906&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1.>

SOERENSEN, Andrea Alves - **Acidentes ocupacionais com ênfase ao risco biológico em profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar móvel**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

TAXA, Magda; REIGADA, Paula - **Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem**. 2006. Material de apoio à formação da Sub-Região de Saúde de Braga.

TEIXEIRA, José A. Carvalho - Comunicação em saúde - Relação Técnicos de Saúde – Utentes. **Revista Análise Psicológica**. ISSN 0870-8231. Vol. 22, n.º 4 (2004), p. 615-620.

TOMÁS, Alexandre. 2009. O enfermeiro em ambulâncias de Suporte Imediato de Vida – afirmar a Enfermagem no pré-hospitalar. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. N.º 32 (2009), p. 59-60.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. - **Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-08-6.

4 - Anexos

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA

O actual Hospital Escala Braga – Hospital de Braga, foi fundado em 1508, por D. Diogo de Sousa, na continuação das obras iniciadas pelo Cónego Diogo Gonçalves, sendo entregue à Misericórdia no ano de 1559.

Em 1884, foi alargado com a compra do Palácio do Raio.

Inicia-se em 1954 a construção do “Pavilhão Sul”, que foi inaugurado em 1960.

Em 1966, inicia-se a construção do CRO (Centro de Recuperação e Ortopedia), que começou a funcionar em 1979. Em 1992, passa à categoria de Hospital Central e, nesse mesmo ano, é integrado o ex-Centro de Saúde Mental de Braga no Hospital, criando-se o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Em 1998, entrou em funcionamento o novo Bloco Operatório e em 2003 o novo Serviço de Urgência.

Em 2004, é alcançada a acreditação total pelo Health Quality Service/CHKS.

Desde 1 de Setembro de 2009, o hospital possui um novo modelo de gestão, numa parceria público-privada, resultante da parceria entre os Ministérios da Saúde e das Finanças e a sociedade Escala Braga.

Particularizando em relação ao Serviço de Urgência, onde desenvolvi o estágio, este situa-se no piso térreo do Bloco Novo, na ala Sul do Hospital.

É constituído por uma entrada geral e uma entrada de emergência, aberta pelo interior em certos casos de emergência. A primeira dá acesso a um átrio onde se localiza a recepção e duas salas de espera; actualmente, uma destina-se à urgência pediátrica e de adultos e outra para a permanência de doentes com suspeita de Gripe A.

A Urgência Pediátrica possui uma pequena sala de estar; duas salas de observação médica e uma sala de tratamentos uma sala para internamento para observações com quatro camas.

A sala de espera dá acesso para uma área com quatro salas de observação médica; uma sala de ortopedia; uma sala de pequena cirurgia; duas salas de trauma; uma sala de reanimação; sala de Radiologia ; sala de preparações; sala de nebulizações ; área de trauma (uma pequena área junto à entrada de emergência e que dá apoio às áreas de atendimento cirúrgico); uma área designada de Unidade de Diagnóstico e Vigilância, com capacidade para dez macas e o gabinete da Enfermeira Chefe.

A equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência é composta por 51 elementos, distribuídos por equipas de enfermagem (nessas equipas existe, pelo menos um elemento com o grau de Enfermeiro Especialista). Em termos de dotação de elementos por turnos, durante a manhã e a noite, existem em serviço nove elementos e dez elementos no turno da tarde. Cabe ao Enfermeiro Especialista o papel de responsável de turno e, para além da prestação de cuidados, encontra-se incumbido da sua gestão competindo a este elemento a substituição da Enfermeira Chefe, na sua ausência.

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DO HOSPITAL DE BRAGA

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DO HOSPITAL DE BRAGA

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga situa-se no primeiro piso do edifício sul do Hospital, partilhando este piso com os serviços de Urgência e Bloco de Obstetrícia, Laboratório e Bloco Operatório.

Trata-se de uma unidade fechada, autónoma, de nível III, polivalente com interface à Urgência / Emergência, em funcionamento desde Dezembro de 1994 com a lotação de 5 camas em espaço aberto e uma cama de isolamento.

Uma unidade de cuidados intensivos de nível III corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (Ministério da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento, 2003).

Pelo seu carácter (polivalente e multidisciplinar), admite doentes, médicos e cirúrgicos, politraumatizados e neurocirúrgicos provenientes da sua área de influência, recebendo frequentemente doentes de outros hospitais de fora da área, com indicação para cuidados intensivos. O Hospital de Braga é o único hospital não universitário da zona norte que recebe doentes neurocirúrgicos, por dispor de valência de Neurocirurgia e de meios auxiliares de diagnóstico disponíveis 24 horas por dia.

Utiliza os índices de Gravidade SAPS II (New Simplified Acute Physiology Score - índice de gravidade mais utilizado nas unidades de cuidados intensivos europeias, variando entre 0 e 163 -quanto mais elevado, maior a probabilidade de morte - calculado a partir de 17 variáveis - idade, estado de saúde prévio, etc - que são colectadas até 24h após o internamento de um paciente) e APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation - habitualmente aplicado nas primeiras 24 horas de internamento, utilizando 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, pontuadas de zero a quatro, conforme o grau de desvio da normalidade apresentado; além disso, pontos são atribuídos à idade, presença de doença crónica e variáveis fisiológicas, cuja soma fornece uma pontuação final que permite calcular o risco de óbito para o paciente).

Actualmente trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes 23 enfermeiros (dos quais um é Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outro em Enfermagem de Reabilitação). Em cada turno, prestam cuidados 3 enfermeiros de cuidados gerais e um de reabilitação (excepto à noite), para além da Enfermeira Chefe (de segunda a sexta).

O período de visitas decorre entre as 16:30 e as 17:30 (2 pessoas, entrando uma de cada vez) e entre as 19 e as 19:30 (uma visita).

As informações sobre os doentes internados são fornecidas presencialmente pelo médico após o final do primeiro período de visitas.

**ANEXO III – CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
POLIVALENTES**

CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

A admissão na Unidade de Cuidados Intensivos faz-se através do serviço de urgência, de outros serviços do hospital (incluindo bloco operatório) ou por transferência de outra unidade hospitalar, cabendo essa decisão apenas ao médico (que a deverá comunicar à equipa de enfermagem). A admissão na Unidade de Cuidados Intensivos obedece ao estabelecimento de três níveis de prioridade e a critérios de gravidade. Os níveis de prioridade são, por ordem de estabelecimento, os seguintes:

- 1º - Doentes com necessidade de tratamento intensivo;
- 2º - Doentes com necessidade de vigilância intensiva;
- 3º - Doentes com baixa probabilidade de recuperação.

Em relação aos critérios de admissão, considera-se critério de admissão idade superior a 16 anos e uma das seguintes patologias:

- Doentes com disfunção respiratória severa ou potencialmente letal;
- Doentes com doença cardiovascular severa, potencialmente letal ou instável;
- Doentes com doença neurológica severa;
- Doentes com patologia hematológica severa ou com hemorragia activa, potencialmente letais;
- Doentes com patologia endócrina/metabólica severa ou com hemorragia activa, potencialmente letais;
- Doentes com patologia gastrointestinal potencialmente letal;
- Doentes no pós-operatório que requerem monitorização invasiva continuada ou necessitando de intervenção intensiva;
- Doentes com patologia renal potencialmente letal;
- Doentes com patologia multissistémica potencialmente letal.

São considerados critérios de não admissão na unidade:

- Doentes com baixa probabilidade de sobrevivência, mesmo com recurso a tratamento intensivo;
- Doentes queimados;
- Doentes com insuficiência renal crónica;
- Doentes com necessidade de isolamento de via aérea (por SARS – síndrome respiratória aguda grave, tuberculose multirresistente e febres hemorrágicas);
- Doentes imunodeprimidos por doença maligna;
- Doentes com necessidade de especialidades médicas inexistentes no hospital;
- Doentes menores de 16 anos.

Cabe ao enfermeiro que irá ficar responsável pelo doente a verificação e a preparação da unidade onde este será instalado, de acordo com as informações que lhe são transmitidas acerca do diagnóstico/motivo de internamento.

Na admissão do doente, o enfermeiro deverá:

- Conhecer adequadamente o motivo de internamento, o seu grau de estabilidade/instabilidade e, se possível, antecedentes pessoais relevantes;
- Monitorizar o doente;
- Avaliar a permeabilidade dos acessos venosos;
- Iniciar ou manter a terapêutica instituída;
- Iniciar a folha de registos;
- Iniciar o processo de enfermagem (documentação dos cuidados de enfermagem);
- Iniciar os registos na folha de vigilância e terapêutica (onde se efectuam os registos de secreções, ventilação, monitorização, estado neurológico, controlo metabólico, eliminação, terapêutica prescrita e administrada, terapêutica não programada – bólus, exames realizados, procedimentos de substituição – pensos, perfusões, etc, notas de evolução de enfermagem – pouco usadas, uma vez que se usa a aplicação informática SAPE e um diagrama onde se registam os pensos, drenos, acessos venosos, etc);
- Identificar o nível ou mudar as perfusões em curso e todas as drenagens, de modo a iniciar a monitorização do balanço hídrico;
- Efectuar a transferência de todos os sistemas de soros e do debitómetro de urina (se existir);
- Efectuar uma cuidada observação física do doente (avaliação inicial);
- Fazer uma apresentação da equipa, quando o doente se encontra consciente;
- Colaborar com o médico na execução de procedimentos técnicos.

Outros procedimentos para além dos enunciados poderão revelar-se necessários, de acordo com a situação específica do doente.

A organização do processo do doente cabe à secretária da unidade ou, na sua ausência, ao enfermeiro responsável pelo doente.

Na admissão, são também efectuadas zaragatoas das fossas nasais e períneo, para despiste da presença de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina), repetindo-se este controlo semanalmente, em data afixada na folha de vigilância e terapêutica do doente.

ANEXO IV – HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO DO CODU

HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO DO CODU

O primeiro CODU surgiu em Lisboa, no ano de 1987, permitindo a medicalização do então existente Número Nacional de Socorro, passando a triagem telefónica a ser efectuada por médicos especializados, que procediam ao aconselhamento médico e à selecção dos meios a enviar para o local. Inicialmente, este atendimento cobria apenas a área abrangida pelos TLP de Lisboa, sendo as chamadas reencaminhadas da Central 115 de Lisboa, sediada no Comando Distrital da PSP (responsável pelo accionamento de meios) (Mateus, 2007).

O CODU-MAR foi criado em 1989, com instalações no CODU Lisboa, tendo como missão a prestação de apoio a todo o tipo de embarcações nacionais ou estrangeiras, que se encontrem na área de influência do território português ou que contactem este meio, procedendo à triagem telefónica, aconselhamento médico a situações de emergência (fornecendo indicações sobre cuidados a prestar ou terapêutica a administrar) e, sempre que a situação se justificar (devido à gravidade da ocorrência ou ineficácia das medidas efectuadas), accionamento de meios de socorro para evacuação do doente (Mateus, 2007).

O CODU Porto foi criado em 1991 e, quatro anos mais tarde, procedeu-se à criação do CODU Coimbra.

A partir do ano de 1996, este serviço passou a ser assegurado por Operadores de Central, que possuíam formação específica nas áreas de atendimento de chamadas e accionamento de meios, sendo coadjuvados por médicos (com formação específicas na área de regulação da Central). Deste modo assegurou-se a união em um só meio da medicalização no transporte, triagem telefónica e accionamento de meios de socorro e transporte, a funcionar durante as 24 horas do dia.

Finalmente, o CODU Algarve foi criado no ano 2000.

A admissão de enfermeiros no CODU ocorreu no ano de 2008, com o objectivo de colaborar na recepção de dados transmitidos, essencialmente, pelos Enfermeiros das ambulâncias SIV.

O CODU é o elo da cadeia de socorro para onde são encaminhados os pedidos de socorro na área da saúde, recebidos através do 112 (Número Nacional de Emergência). Tem como missão avaliar os pedidos de socorro, determinando, através de protocolos de actuação, os recursos humanos e materiais a enviar para o local, no mais curto espaço de tempo possível, gerindo uma vasta rede de meios de socorro (ambulâncias, viaturas médicas de emergência e reanimação, helicópteros, motas, postos médicos avançados e veículos de intervenção em catástrofe). A decisão do tipo de meios a enviar - medicalizados ou não-medicalizados - tem em conta um conjunto de factores, entre os quais: situação clínica da vítima, meios disponíveis em cada momento e distância às unidades de saúde.

Cabe ao CODU a escolha da unidade hospitalar de acolhimento, mediante critérios geográficos e recursos/valências adequadas a cada situação. Para além disso, cabe-lhe ainda a função de acompanhar permanentemente as equipas a operar no terreno, estabelecendo, sempre que necessário o contacto prévio com a unidade hospitalar que irá receber o doente, de acordo com os dados clínicos que vão sendo recebidos. Para tal, dispõe de um amplo conjunto de

equipamentos informáticos e de telecomunicações, que permitem coordenar de forma rápida e eficaz os meios ao seu dispor.

As principais funções do CODU sintetizam-se em:

- Triagem e avaliação de pedidos de socorro recebidos através do número 112;
- Activação/envio dos meios adequados;
- Acompanhamento dos profissionais no terreno;
- Contacto com as unidades de saúde;
- Apoio/tranquilização/orientação dos doentes e seus familiares (Mateus, 2007).

No CODU encontram-se vários profissionais de emergência médica a exercer funções: operadores de atendimento, operadores de accionamento, médicos e enfermeiros.

O operador de atendimento da central é o responsável pelo atendimento das chamadas, realizando a triagem dos pedidos de socorro recebidos, efectuando um diagnóstico da situação, hierarquizando prioridades e efectuando o adequado aconselhamento telefónico, actuando de acordo com protocolos existentes; toda a informação recolhida é registada em formato informático (Mateus, 2007).

Cabe-lhe:

- “Efectuar, sob orientação médica, o atendimento das chamadas de socorro, realizando a respectiva triagem e aconselhamento telefónico, segundo os protocolos estabelecidos [de acordo com o acrónimo SISA – sintoma principal, início dos sintomas, sinais e sintomas associados e antecedentes pessoais];
- Registar os dados colhidos em cada pedido de socorro na ficha de atendimento, confirmando se todos os itens estão correctamente preenchidos;
- Acompanhar o accionamento dos meios de socorro [cabe-lhe propor um meio de socorro, que, de acordo com a proposta efectuada, terá ou não que ser validada pelo médico regulador], comunicando ao operador da área de accionamento as informações relevantes a transmitir às tripulações das viaturas activadas para uma dada ocorrência;
- Efectuar, por solicitação do médico regulador, outras funções inerentes ao funcionamento do CODU, tais como, apoio na formação de estagiários e acompanhamento de visitas de estudo;
- Informar o operador responsável de turno sobre as anomalias detectadas, tendo em vista a sua atempada resolução;
- Transmitir ao elemento que o substitui, no final de cada turno, as ocorrências, bem como a situação operacional do serviço, no momento.” (INEM, 2008, p. 1)

O operador de accionamento da central é responsável pelo accionamento de recursos materiais e humanos considerados adequados a cada ocorrência; para além disso, cabe-lhe também a responsabilidade de assegurar e orientar os locais de “rendez-vous” entre os diferentes meios envolvidos, estabelecendo os respectivos planos de accionamento (Mateus, 2007).

Cabe-lhe:

- “Accionar os meios de socorro necessários a cada ocorrência, usando as plenas potencialidades dos meios de telecomunicações ao seu dispor;
- Registrar os dados referentes ao accionamento dos meios de socorro;
- Assegurar e orientar os locais de rendez-vous entre os meios desenvolvidos nas acções de socorro, estabelecendo os respectivos planos de accionamento;
- Agir de acordo com os procedimentos rádio estipulados, de modo a obter uma correcta gestão da rede de Telecomunicações;
- Comunicar ao médico regulador as informações relativas à prestação do socorro;
- Comunicar ao operador responsável de turno as anomalias surgidas na rede de telecomunicações e as medidas já tomadas para a sua correcção;
- Arquivar os registos da impressora;
- Manter actualizado o quadro referente às viaturas em serviço inoperacionais;
- Efectuar diariamente testes aos equipamentos de telecomunicações das viaturas de reserva ao CODU;
- Efectuar, por solicitação do médico regulador, outras funções inerentes ao funcionamento do CODU;
- Proceder de acordo com o definido nas normas de procedimento em situações de excepção, bem como no manual CODU, sempre que for caso disso;
- Transmitir ao elemento que o substitui, no final de cada turno, as ocorrências, bem como a situação operacional do serviço, no momento.” (INEM, 2008 p. 1)

Existe também, a cada turno, um operador responsável de turno, que coordena e apoia as funções dos demais operadores, actuando também na resolução de anomalias nas telecomunicações verificadas durante o seu turno (Mateus, 2007).

O Médico regulador da central é outro elemento do CODU. Cabe-lhe a supervisão do atendimento dos pedidos de socorro recebidos e o seu encaminhamento, “gerindo os recursos humanos e materiais disponíveis de forma a garantir a correcta aplicação dos cuidados de Emergência Médica” (INEM, citado por Mateus, 2007, p. 133). É ele o responsável por todas as actividades que decorrem na central, para além de efectuar a coordenação entre a prestação de cuidados de saúde pré-hospitalares e os cuidados de saúde hospitalares, podendo, sempre que se justifique, alterar os níveis e áreas de drenagem estabelecidos, devendo assegurar a efectiva recepção hospitalar do doente. Compete-lhe também coordenar os profissionais a operar no terreno, coordenando as equipas que fazem parte das tripulações dos diferentes meios (Mateus, 2007).

Ao Enfermeiro, no CODU, compete a validação dos procedimentos efectuados pelos profissionais no terreno – Enfermeiros- (Ordem dos Enfermeiros, 2010), participando também na recepção de dados (identificação dos envolvidos, sinais e sintomas, terapêutica administrada e procedimentos efectuados, história da doença actual e antecedentes pessoais) e no estabelecimento de comunicação entre os meios.

ANEXO V – HISTÓRIA, FUNÇÕES E EQUIPAMENTOS DAS VMER

HISTÓRIA, FUNÇÕES E EQUIPAMENTO DAS VMER

Em 1988, em Lisboa, devido ao número crescente de situações que necessitavam de cuidados médicos no local, foi atribuída aos médicos a função de prestação de cuidados em meio domiciliário, processando-se a sua deslocação para o local numa ambulância medicalizada. Apesar de esta solução se revelar bastante útil, era bastante ineficaz, uma vez que, devido às suas grandes dimensões, não se conseguia um acesso fácil e célere aos locais, com todas as consequências que da situação advinham.

Em 1989, surge, então, a VMIR (mais tarde VMER, sediada no CODU Lisboa), visando a prestação de cuidados em situações de perigo de vida eminente, com necessidade de prestação de cuidados médicos de emergência (Mateus, 2007).

Desde 1991, estas viaturas têm vindo a ser criadas com base no hospital (e não no CODU), com tripulação constituída por médicos e enfermeiros que, geralmente, pertencem aos hospitais onde estão sediadas.

Trata-se de um veículo destinado ao transporte rápido de uma equipa médica (composta por um Médico e um Enfermeiro) ao local onde se encontra o doente, dispondo de equipamento para efectuar suporte avançado de vida em situações de foro médico ou traumatológico, actuando na dependência directa do CODU (Mateus, 2007).

Encontra-se equipada com meios humanos e equipamentos sofisticados que permitem a aplicação de manobras de suporte avançado de vida, assegurando o socorro especializado e o acompanhamento médico durante o transporte. Pode ser activada directamente para situações de maior urgência/gravidade ou efectuar rendez-vous com outros meios (quando se verifica que o meio accionado é insuficiente), proporcionando, sempre que necessário, o acompanhamento em ambulâncias do INEM no transporte para uma unidade hospitalar. Sempre que haja necessidade de accionamento de uma VMER é, simultaneamente, accionada uma ambulância.

As suas funções são (INEM, citado por Bacelos, 2009, p. 25):

- “Assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando as vítimas de acordo com os protocolos VMER, genericamente, Via aérea (com controle cervical), Ventilação, Circulação (com controle da hemorragia externamente visível), Disfunção Neurológica e Exposição;
- Transporte da Equipa Médica ao local de ocorrência (entende-se esta opção como uma extensão do Serviço de Urgência Hospitalar à comunidade, daí, sempre que possível esta viatura deve ter base hospitalar);
- Transporte do equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) e abordagem do traumatizado;
- Meios de Comunicação e Coordenação controlados pelo CODU local;
- Triagem a situações de multivítimas;

- Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado (e não necessariamente o mais próximo), sempre segundo indicação do CODU;
- Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar, criando assim condições para a existência de formadores idóneos de outros elementos, nomeadamente das ambulâncias, pressupondo a necessidade de investimento nestas últimas como garante dos serviços mínimos a nível hospitalar.”

Dispõe do seguinte equipamento (entre outro):

- Equipamento de Telecomunicações composto por:
 - Rádio de telecomunicações da viatura e rádio de telecomunicações portátil, ambos em rede fechada com a central CODU-INEM
 - Telemóvel
- Mala Médica composta por:
 - Fármacos
 - Fluidos de emergência
 - Acessórios para preparação e administração
- Monitor Desfibrilhador:
 - Monitorização de sinais vitais (ECG 12 lead, SpO2, TA, Capnografia)
 - Auxiliar de diagnóstico
 - Desfibrilhador
 - Pace-maker externo
- Saco de reanimação que contém:
 - Material de intubação endotraqueal
 - Material necessário para assegurar a via aérea
 - Insuflador manual
 - Material para entubação gástrica
- Ventilador portátil - permite a ventilação mecânica e automatizada do doente, funcionando só com a pressão do oxigénio.
- Seringa perfusora eléctrica - necessária para dosear continuamente com precisão alguns fármacos de emergência.
- Garrafas de oxigénio - recipientes de Oxigénio molecular (O2) sob pressão essenciais em situações de emergência.
- Aspirador de secreções - aspirador de vácuo, portátil e eléctrico.
- Mala frigorífica - necessária à conservação e armazenamento de alguns fármacos (medicamentos).
- Saco de trauma que contém:
 - Ligaduras
 - Compressas
 - Desinfectantes
 - Soros de lavagem

- Lençóis estéreis
- Adesivos
- Material de imobilização e transporte
 - Talas de imobilização de diversos tamanhos
 - Colete de extracção (KED)
 - Conjunto completo de colares cervicais
 - Imobilizador lateral de cabeça
 - Maca estabilizadora de vácuo (coquille)
 - Maca tipo scoop
 - Maca de lona
 - Plano duro pediátrico
- Sacos de reserva que contem:
 - Fármacos e material diverso de reserva.
 - Reserva de soros e fluidos vários.
- Outro material
 - Extintor de fogo
 - Capacetes de protecção com fonte de luz
 - Fontes de luz suplementares
 - Luvas cirúrgicas

O Médico da VMER é o chefe da equipa e “o elemento responsável, pela prestação dos cuidados de Emergência Médica, nas ocorrências para as quais é accionado” (Inem citado por Mateus, 2007, p. 134). Assume a responsabilidade da triagem da situação clínica da vítima (ou vítimas), instituindo as medidas terapêuticas adequadas à sua estabilização, atendendo aos protocolos de actuação em vigor. Transmite ao CODU os dados referentes à situação da vítima, assim como os procedimentos/intervenções efectuadas, assegurando-se que estão garantidas as condições de segurança para o seu transporte, que acompanha sempre que necessário, até à unidade de saúde indicada pelo CODU. É responsável pela orientação e coordenação de actuação da equipa, atendendo sempre aos conhecimentos mais recentes e à importância da humanização da prestação de cuidados em meio pré-hospitalar (Mateus, 2007). O Enfermeiro é o elemento responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação das técnicas de emergência médica. Actua em equipa com o médico e com as tripulações de outros meios de socorro com quem efectua rendez-vous ou que são chamadas a intervir (nomeadamente o helicóptero).

ANEXO VI - DESPACHO NORMATIVO Nº46/2005, DE 19 DE OUTUBRO

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DA SAÚDE

Despacho Normativo n.º 46/2005

O Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, aprovou os Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, adiante designado por INEM, procedendo à reformulação das respectivas atribuições, face à evolução técnica e científica verificada na área da emergência médica, tendo também sido alterado o regime aplicável aos recursos humanos do INEM, pela introdução do contrato individual de trabalho enquanto regime geral de contratação.

No âmbito das atribuições do INEM importa destacar, de entre outras, a coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica, no quadro do qual se inclui toda a actividade urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente, a formação em emergência médica, o planeamento civil e a prevenção e a rede de telecomunicações.

Para dar cumprimento a estas atribuições legais, o INEM dispõe de serviços, designadamente os centros de orientação de doentes urgentes (CODU), o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV), o Serviço de Telecomunicações e o Serviço de Informática, que funcionam em permanência, vinte e quatro horas sobre vinte e quatro horas.

No que concerne aos recursos humanos, além dos trabalhadores sujeitos ao regime do contrato individual de trabalho, o Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, criou um quadro de pessoal transitório para integração dos funcionários públicos que não optaram pelo novo regime de trabalho, passando, assim, a coexistir no INEM o regime da função pública com o do contrato individual de trabalho.

Neste contexto e conforme previsto nos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, o presente despacho procede à aprovação do Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica, definindo o estatuto do respectivo pessoal, incluindo do pessoal dirigente e níveis de direcção.

Assim:

Nos termos conjugados do n.º 1 do artigo 12.º e da alínea a) do n.º 4 do artigo 41.º, ambos da Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro, e do artigo 28.º dos Estatutos do INEM, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, determina-se o seguinte:

É aprovado o Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica, anexo ao presente despacho e que dele faz parte integrante.

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 19 de Setembro de 2005. — O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*. — Pelo Ministro da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*, Secretário de Estado da Saúde.

ANEXO

REGULAMENTO INTERNO DO PESSOAL DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito de aplicação

1 — Ao pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica, adiante designado por INEM, aplica-se o regime jurídico do contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho.

2 — Os funcionários do INEM que não optaram pelo regime do contrato individual de trabalho no prazo estabelecido no n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, integrados no quadro de pessoal residual do INEM, nos termos do artigo 3.º do mesmo diploma, continuam sujeitos ao regime jurídico da função pública, sem perda de direitos, incluindo os de promoção e progressão na carreira, e, na parte que lhes seja aplicável, ao disposto no presente Regulamento.

Artigo 2.º

Regimes especiais

1 — Às actividades profissionais de saúde, designadas por actividades paramédicas, que compreendem a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde é aplicável o regime do Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho.

2 — O regime referido no número anterior não é, porém, aplicável às actividades exercidas, no âmbito de competências próprias, por profissionais com inscrição obrigatória em associações de natureza pública.

3 — Os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros são os que constam do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

Artigo 3.º

Horário de trabalho

1 — Compete ao conselho de administração do INEM estabelecer o horário de trabalho do pessoal ao serviço do Instituto, dentro dos condicionalismos legais.

2 — O período de funcionamento de cada um dos serviços do INEM será fixado normalmente entre as 8 e as 20 horas, sem prejuízo do disposto no n.º 5.

3 — O período normal de trabalho é de oito horas por dia.

4 — O regime de trabalho do pessoal médico e de enfermagem é o estabelecido nos Decretos-Leis n.ºs 73/90, de 6 de Março, e 437/91, de 8 de Novembro, respectivamente, e legislação complementar.

5 — Ao pessoal que presta serviço nos centros de orientação de doentes urgentes, no Centro de Informação Anti-Venenos, no Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, no Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Excepção, no Serviço de Telecomunicações e no Serviço de Informática, bem como ao pessoal afecto às viaturas médicas de emergência e reanimação, às ambulâncias, aos helicópteros

e à logística de emergência médica, e ainda àquele que procede à protecção de saúde de altas individualidades, é aplicável o regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de Março, independentemente do vínculo contratual que possuam.

Artigo 4.º

Regime de segurança social

1 — Os trabalhadores do INEM beneficiam do regime de segurança social que se enquadre no regime jurídico-laboral que lhes seja aplicável.

2 — Os trabalhadores referidos no número anterior beneficiam do regime jurídico dos acidentes de trabalho, ou dos acidentes em serviço e das doenças profissionais, previstos na Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, e no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro, consoante sejam trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho ou subordinados ao regime da função pública.

Artigo 5.º

Legislação aplicável

1 — A tudo o que não esteja previsto no presente Regulamento aplicam-se as regras em vigor para o contrato individual de trabalho na Administração Pública ou o regime jurídico da função pública, consoante a natureza jurídica do vínculo laboral dos trabalhadores do INEM.

2 — O regime constante do presente Regulamento pode ser complementado por ordens de serviço emanadas pelo conselho de administração do INEM, dentro dos poderes que a lei lhe confere, ou que lhe forem delegados.

CAPÍTULO II

Pessoal dirigente

Artigo 6.º

Cargos dirigentes

1 — Os cargos dirigentes do INEM constam do quadro de pessoal dirigente anexo ao presente Regulamento e que dele faz parte integrante.

2 — São considerados dirigentes intermédios do 1.º grau:

- a) Os directores de departamento;
- b) Os directores regionais;
- c) Os subdirectores regionais;
- d) Os directores de gabinete.

3 — São considerados dirigentes intermédios do 2.º grau:

- a) Os coordenadores de serviço;
- b) Os coordenadores de centro;
- c) Os responsáveis de unidade.

Artigo 7.º

Regime

1 — Ao pessoal dirigente referido no artigo anterior aplica-se o disposto no artigo 6.º da Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho.

2 — O recrutamento do pessoal previsto neste artigo deve obedecer aos princípios constantes do n.º 3 do artigo 34.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro.

Artigo 8.º

Remuneração

1 — Sem prejuízo do direito de opção pela remuneração correspondente à categoria de origem quando se trate de pessoal com vínculo à função pública, os cargos dirigentes são equiparados, para efeitos remuneratórios, ao previsto na Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, nos seguintes termos:

- a) Director de departamento e director regional equiparados a dirigente superior do 2.º grau;
- b) Director de gabinete e subdirector regional equiparados a dirigente intermédio do 1.º grau;
- c) Coordenador de serviço equiparado a dirigente intermédio do 2.º grau;
- d) Coordenador de centro equiparado a dirigente intermédio do 2.º grau, deduzida a percentagem de 20%.

2 — O responsável de unidade é equiparado, para efeitos remuneratórios, a chefe de secção.

CAPÍTULO III

Trabalhadores do INEM

Artigo 9.º

Âmbito pessoal e territorial de aplicação

1 — O presente Regulamento aplica-se aos trabalhadores do INEM, bem como aos que nele venham a desempenhar funções em regime de requisição ou de comissão de serviço, nos termos do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho.

2 — O presente Regulamento aplica-se em todo o território nacional e, ainda, com as devidas adaptações, no estrangeiro, quando existirem trabalhadores do INEM ocasional e temporariamente aí deslocados.

SECÇÃO I

Recrutamento, selecção e ingresso dos trabalhadores

Artigo 10.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento, entende-se por:

- a) «Recrutamento» o conjunto de procedimentos de prospecção de candidatos à ocupação de qualquer posto de trabalho, mediante a prévia definição dos requisitos para o seu preenchimento;
- b) «Seleção» o conjunto de operações posteriores ao recrutamento e destinados a escolher, de entre os candidatos à ocupação de um posto de trabalho, aquele que se apresenta mais apto a preenchê-lo.

Artigo 11.º**Objectivos**

O recrutamento e a selecção dos trabalhadores têm em vista a prossecução dos seguintes objectivos:

- a) Correcta adequação dos efectivos humanos aos planos de actividades anuais e plurianuais;
- b) Objectividade no estabelecimento das condições de acesso a cada um dos postos de trabalho e nos procedimentos subsequentes para o seu preenchimento efectivo;
- c) Preenchimento dos diversos postos de trabalho por candidatos que reúnam os requisitos considerados adequados ao desempenho das funções que os integram.

Artigo 12.º**Princípios gerais**

O recrutamento e a selecção dos trabalhadores fazem-se de acordo com os princípios previstos no n.º 3 do artigo 34.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro, no artigo 5.º da Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho, e no artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, bem como pela:

- a) Prévia definição do posto de trabalho a preencher e do perfil do candidato apto a desempenhar as funções que integram esse posto;
- b) Preferência ao recrutamento interno, desde que existam trabalhadores no INEM que reúnam os requisitos adequados.

Artigo 13.º**Processo de selecção**

O processo de selecção dos candidatos com vista à celebração de contrato individual de trabalho com o INEM regula-se pelos princípios gerais que regem a actividade administrativa e obedece aos seguintes princípios:

- a) Publicitação da oferta de trabalho em jornal nacional e jornal regional da área onde se pretende que o trabalhador exerça a sua actividade;
- b) Indicação da actividade que o trabalhador vai exercer e dos requisitos exigidos para a sua prática de acordo com os conteúdos das carreiras constantes do anexo II anexo ao presente Regulamento e que dele faz parte integrante;
- c) A selecção dos candidatos é feita através de avaliação curricular por uma comissão constituída por pessoas com formação na área do recrutamento, à qual pode seguir-se entrevista individual ou de grupo e ou prestação de provas;
- d) A decisão compete ao conselho de administração, mediante proposta fundamentada da comissão referida na alínea anterior;
- e) A decisão do conselho de administração é impugnável nos termos gerais do direito.

Artigo 14.º**Lugar de ingresso**

1 — O ingresso do trabalhador faz-se, em regra, no escalão mais baixo da categoria de base da respectiva carreira.

2 — Excepcionalmente, e por deliberação fundamentada do conselho de administração, o ingresso pode ser feito em escalão ou categoria diferentes do previsto no número anterior, atendendo à especificidade das funções a exercer e à experiência ou qualificação profissional do candidato devidamente comprovadas.

Artigo 15.º**Lugar de ingresso do pessoal que opte pela celebração de contrato individual de trabalho**

1 — O pessoal do INEM vinculado à função pública que tenha optado pela celebração de contrato individual de trabalho nos termos do disposto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 167/2003, de 29 de Julho, é integrado de acordo com as seguintes regras:

- a) Na carreira ou, na falta de coincidência, na carreira mais aproximada daquela em que estava integrado antes de exercer o direito de opção;
- b) Na categoria correspondente à nova carreira ou, na falta de correspondência, na categoria superior mais aproximada na estrutura da nova carreira.

2 — O tempo de serviço anteriormente prestado, quando exercido em carreira idêntica ou aproximada daquela para que transita, é contado para efeitos de posicionamento na categoria da respectiva carreira, observados, para este efeito, os módulos de tempo previstos no presente Regulamento.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, o trabalhador é colocado no primeiro escalão da categoria em que ingressa, sem prejuízo da colocação em escalão superior quando isso seja necessário para garantir o nível remuneratório que já vinha auferindo.

Artigo 16.º**Contrato de trabalho**

1 — O ingresso de trabalhadores no INEM efectua-se através da celebração de contrato individual de trabalho, com observância de um período experimental.

2 — O contrato individual de trabalho reveste a forma escrita, é assinado por ambas as partes, em duplicado, e contém as seguintes menções, para além de outras obrigatórias por lei:

- a) A identidade das partes;
- b) O local de trabalho ou, na falta de um local fixo ou predominante, a indicação de que o trabalhador está obrigado a exercer a sua actividade em vários locais, bem como a sede ou o domicílio do INEM;
- c) A carreira, a categoria e a caracterização sumária do seu conteúdo funcional e o escalão em que o trabalhador ingressa;
- d) A data da celebração do contrato e a do início da produção dos seus efeitos;
- e) A duração do contrato, se este for sujeito a termo certo, e a sua duração previsível, se for sujeito a termo resolutivo;
- f) A duração das férias remuneradas ou, se não for possível conhecer essa duração, as regras para a sua determinação;
- g) Os prazos de aviso prévio a observar pela entidade patronal e pelo trabalhador para a denúncia ou rescisão do contrato ou, se não for pos-

sível conhecer essa duração, as regras para a sua determinação;

- h) O valor e a periodicidade da remuneração de base inicial, bem como das demais prestações retributivas;
- i) O período normal de trabalho diário e semanal, especificando os casos em que é definido em termos médios;
- j) O instrumento de regulamentação colectiva aplicável, quando seja o caso.

3 — As menções constantes das alíneas *f)*, *g)*, *h)* e *i)* do número anterior podem ser substituídas pela referência às disposições pertinentes da lei, do presente Regulamento ou do instrumento de regulamentação colectiva aplicável.

Artigo 17.º

Período experimental

1 — A celebração de contrato de trabalho por tempo indeterminado importa o decurso de um período experimental, correspondente ao período inicial de execução do contrato, com a seguinte extensão:

- a) 180 dias para os trabalhadores das carreiras médica, de enfermagem e de técnico superior;
- b) 90 dias para os trabalhadores inseridos nas restantes carreiras.

2 — Para os trabalhadores contratados a termo certo ou incerto, o período experimental é o que em cada situação resulta do Código do Trabalho.

3 — No decurso do período experimental, e salvo diferente estipulação por escrito, qualquer das partes pode rescindir o contrato sem aviso prévio e invocação de justa causa, não havendo direito a qualquer indemnização ou reparação.

SECÇÃO II

Quadro de pessoal, carreiras e categorias

Artigo 18.º

Quadro de pessoal

O quadro de pessoal do INEM sujeito ao regime de contrato individual de trabalho é aprovado por despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

Artigo 19.º

Alterações aos quadros de pessoal

Compete ao conselho de administração do INEM propor os ajustamentos aos quadros de pessoal que sejam necessários ao cabal cumprimento das atribuições que lhe estão legalmente atribuídas, nos termos previstos no artigo anterior.

Artigo 20.º

Carreiras

Os trabalhadores do INEM encontram-se integrados nas carreiras constantes dos anexos I e II anexos ao presente Regulamento, de acordo com as habilitações literárias exigíveis.

Artigo 21.º

Categorias e escalões

As carreiras dos trabalhadores do INEM desenvolvem-se por categorias, comportando vários escalões, aos quais correspondem remunerações diversas, de acordo com o quadro a aprovar por despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

Artigo 22.º

Conteúdo funcional

O conteúdo funcional das diversas carreiras e categorias que integram o quadro dos trabalhadores do INEM é o constante do anexo II anexo ao presente Regulamento e que dele faz parte integrante.

SECÇÃO III

Desempenho de funções, avaliação e valorização profissional

Artigo 23.º

Regime geral do desempenho de funções

Ao trabalhador compete desempenhar as funções que integram a categoria que está mencionada no contrato de trabalho, sob a orientação e direcção do respectivo superior hierárquico, sem prejuízo da autonomia profissional inerente a cada carreira.

Artigo 24.º

Situações especiais

1 — Salvo disposição em contrário, e quando o interesse do INEM o exija, o conselho de administração ou o superior hierárquico pode, nos termos da lei, encarregar temporariamente o trabalhador do desempenho de outras funções para as quais tenha qualificação e capacidade e que tenham afinidade ou ligação funcional com as que integram a sua categoria, ainda que não compreendidas naquela.

2 — Quando às funções temporariamente desempenhadas nos termos do número anterior corresponder um tratamento mais favorável, o trabalhador tem direito a esse tratamento, nomeadamente no que se refere à retribuição.

3 — O conselho de administração pode, nos termos da lei, encarregar o trabalhador de desempenhar outras actividades para as quais tenha qualificação e capacidade e que tenham afinidade ou ligação funcional com as que correspondem à sua função normal, ainda que não compreendidas na definição da categoria respectiva.

4 — O disposto no número anterior só é aplicável se o desempenho da função normal se mantiver como actividade principal do trabalhador, não podendo em caso algum as actividades exercidas acessoriamente determinar a sua desvalorização profissional ou a diminuição da sua retribuição.

5 — Quando às actividades acessoriamente exercidas corresponder retribuição mais elevada, o trabalhador tem direito a esta e, após seis meses de exercício dessas actividades, terá direito a reclassificação, a qual só pode ocorrer mediante o seu acordo.

Artigo 25.º**Avaliação do desempenho**

A avaliação do desempenho dos trabalhadores do INEM rege-se pelo disposto no sistema integrado de avaliação de desempenho da Administração Pública.

Artigo 26.º**Valorização profissional**

O regime da valorização profissional do trabalhador no que diz respeito à sua formação, reclassificação, recolocação e reconversão é objecto de regulamentação específica.

Artigo 27.º**Formação**

1 — A formação ministrada sob responsabilidade do conselho de administração do INEM tem como objectivo prioritário a aquisição ou actualização de conhecimentos profissionais dos trabalhadores, com vista à elevação do seu nível de desempenho, individual e global, de forma a dar cabal execução aos planos de actividade do Instituto.

2 — O conselho de administração do INEM promove a formação dos seus trabalhadores, visando o seu desenvolvimento integral nos aspectos profissional e social, numa perspectiva de formação permanente.

3 — Para efeitos dos números anteriores, o conselho de administração do INEM dotar-se-á dos meios humanos e materiais julgados adequados à prossecução de uma equilibrada política de formação profissional.

Artigo 28.º**Programa de formação**

1 — A formação profissional é objecto de um programa anual definido em função dos objectivos referidos nos n.ºs 1 e 2 do artigo anterior.

2 — Para efeitos do número anterior, são programadas, até 31 de Dezembro de cada ano, as acções de formação a desenvolver no ano seguinte.

Artigo 29.º**Acções de formação**

1 — Aos trabalhadores que tenham de frequentar acções de formação efectuadas em local diverso do seu local habitual de trabalho são asseguradas as condições inerentes às deslocações em serviço.

2 — As acções de formação, nomeadamente as que visem a promoção na carreira, são objecto de avaliação, a qual assenta em critérios gerais, sem prejuízo de eventuais critérios específicos que possam vir a ser casuisticamente estabelecidos pela natureza de certas acções de formação.

SECÇÃO IV**Promoção e progressão profissional****Artigo 30.º****Promoção**

1 — A promoção dos trabalhadores do INEM é feita para a categoria imediatamente superior àquela que o

trabalhador detém e é da competência do conselho de administração.

2 — A promoção depende do exercício de funções pelo menos durante três anos na categoria imediatamente anterior com avaliação de desempenho não inferior a *Bom*.

3 — Aos titulares de mestrado e doutoramento, desde que o conteúdo funcional destes seja de interesse para o INEM, pode ser reduzido em 12 meses o tempo de serviço exigido no número anterior, desde que tenha obtido no 1.º ano de permanência na categoria avaliação de desempenho de *Muito bom*.

4 — Os trabalhadores do INEM podem ser promovidos por mérito, com base na avaliação do desempenho nos termos da lei.

Artigo 31.º**Progressão**

1 — A progressão nas categorias que integram as diferentes carreiras faz-se por mudança de escalão.

2 — A progressão dentro de cada categoria é efectuada por avaliação de mérito a realizar no âmbito do sistema de avaliação de desempenho aplicável aos trabalhadores da Administração Pública em regime de contrato individual de trabalho e pressupõe uma permanência mínima de três anos no escalão anterior.

3 — A progressão nas carreiras horizontais e a promoção nas verticais dentro de cada categoria podem operar-se decorridos dois anos de permanência no escalão anterior desde que a avaliação de desempenho nesses anos seja classificada de *Excelente*.

Artigo 32.º**Tempo de serviço e antiguidade**

1 — Considera-se tempo de serviço efectivo o período de tempo que decorre desde a data do início de funções, ao abrigo do contrato individual de trabalho celebrado com o INEM, até à cessação do contrato.

2 — A antiguidade na categoria ou na carreira é apurada pela contagem de todo o tempo de permanência nessa categoria ou carreira, depois de descontados os dias referentes às faltas injustificadas e os referentes aos períodos de suspensão disciplinar ou de licença sem retribuição.

SECÇÃO V**Prestação de trabalho****Artigo 33.º****Regulamentação do trabalho**

O modo como devem ser exercidas as funções inerentes a cada grupo profissional e carreira é fixado pelo conselho de administração, tendo como parâmetros o contrato de trabalho assinado pelo trabalhador e as normas que o regem, nomeadamente o presente Regulamento.

Artigo 34.º**Local habitual de trabalho**

Por local habitual de trabalho entendem-se as instalações em que se encontra sediado o INEM e as dos seus serviços desconcentrados.

Artigo 35.º**Duração do trabalho**

1 — O período normal de trabalho não pode exceder oito horas por dia nem quarenta horas por semana.

2 — O período normal de trabalho diário decorre entre as 8 e as 20 horas.

3 — O trabalho diário é interrompido para refeição ou descanso por um período não inferior a uma hora, sem prejuízo dos regimes específicos que venham a ser estabelecidos pelo conselho de administração, nos termos do Código do Trabalho, quando tal se mostre favorável aos interesses dos trabalhadores ou se justifique pelas condições particulares de trabalho de certas actividades.

4 — Compete ao conselho de administração determinar:

- a) Os ajustamentos necessários ao regime de trabalho definido nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo, designadamente nos serviços que operam vinte e quatro sobre vinte e quatro horas;
- b) Outro horário de funcionamento e ou atendimento diferente do definido nos números anteriores, atendendo à especificidade de algum ou alguns serviços do INEM;
- c) Autorizar horários específicos, designadamente para trabalhadores-estudantes, nos termos da lei aplicável.

Artigo 36.º**Descanso semanal**

O dia de descanso semanal obrigatório é o domingo e o dia de descanso complementar o sábado, salvo para os trabalhadores que exerçam funções que obriguem ao regime de prevenção fora do horário normal de trabalho e os trabalhadores que exerçam funções em regime de turnos.

Artigo 37.º**Isenção de horário de trabalho**

1 — Gozam de isenção de horário de trabalho os trabalhadores que exerçam funções dirigentes, bem como aqueles cujas funções não conferem direito a trabalho extraordinário.

2 — Os trabalhadores que exerçam funções de secretariado do pessoal dirigente podem, obtida a sua concordância por escrito, ser isentos de horário de trabalho.

3 — Para além dos trabalhadores referidos no número anterior, e também mediante prévia concordância por escrito, podem ser isentos de horário de trabalho os trabalhadores que se encontrem nas seguintes situações:

- a) Execução de trabalhos preparatórios ou complementares que pela sua natureza só possam ser efectuados fora dos limites dos horários normais de trabalho;
- b) Exercício regular da actividade fora do local de trabalho, sem controlo imediato da hierarquia.

4 — A concessão de isenção de horário de trabalho não dispensa o cumprimento do período normal de trabalho diário ou semanal.

5 — O trabalho prestado para além do horário normal, em regime de isenção, não é considerado trabalho suplementar, sem prejuízo do que seja realizado em dias feriados ou de descanso semanal.

6 — À isenção de horário aplica-se o disposto no Código do Trabalho e legislação complementar.

Artigo 38.º**Trabalho nocturno**

Para efeitos do presente Regulamento, e sem prejuízo do que vier a ser fixado em instrumentos de regulamentação colectiva, considera-se trabalho nocturno o previsto na lei geral.

Artigo 39.º**Retribuição do trabalho nocturno**

A retribuição do trabalho nocturno é a que se encontra fixada nos termos da lei.

Artigo 40.º**Trabalho suplementar**

1 — Considera-se trabalho suplementar todo aquele que é prestado fora do horário normal de trabalho.

2 — O trabalho prestado por trabalhadores isentos de horário de trabalho em dia normal de trabalho não se compreende na noção de trabalho suplementar.

Artigo 41.º**Excepcionalidade e obrigatoriedade**

1 — O recurso a trabalho suplementar tem carácter excepcional e só é admitido nos casos tipificados na lei.

2 — Os trabalhadores estão obrigados à prestação de trabalho suplementar, salvo quando, havendo motivos atendíveis, expressamente solicitem a sua dispensa.

3 — Não estão sujeitos à obrigação estabelecida no número anterior os trabalhadores que se encontrem nas situações tipificadas na respectiva lei como excepcionais.

Artigo 42.º**Limites**

1 — O trabalho suplementar fica sujeito aos limites previstos na lei.

2 — Quando o trabalho suplementar seja prestado em casos de força maior ou quando se torne indispensável para prevenir ou reparar prejuízos graves para o INEM, não se aplicam os limites fixados na respectiva lei.

Artigo 43.º**Remuneração**

1 — O trabalho suplementar prestado em dia normal de trabalho, bem como o prestado em dia de descanso semanal, obrigatório ou complementar, e em dia feriado, será remunerado com os acréscimos previstos na lei.

2 — Não é exigível o pagamento de trabalho suplementar cuja prestação não tenha sido prévia e expressamente determinada pelo respectivo superior hierárquico.

Artigo 44.º

Descanso compensatório

A prestação de trabalho suplementar em dia útil, em dia de descanso semanal complementar e em dia feriado confere aos trabalhadores o direito a um descanso compensatório nos termos e condições previstos na lei.

Artigo 45.º

Trabalho por turnos

Considera-se trabalho por turnos qualquer modo de organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser do tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas.

Artigo 46.º

Organização

1 — Os turnos devem, na medida do possível, ser organizados de acordo com os interesses e as preferências manifestados pelos trabalhadores.

2 — O trabalhador só pode ser mudado de turno após o dia de descanso semanal.

3 — Os turnos no regime de laboração contínua e dos trabalhadores que assegurem serviços que não possam ser interrompidos devem ser organizados de modo que aos trabalhadores de cada turno seja concedido, pelo menos, um dia de descanso em cada período de sete dias, sem prejuízo do período excedente de descanso a que o trabalhador tenha direito.

Artigo 47.º

Registo

É obrigatória a realização de um registo separado dos trabalhadores incluídos em cada turno.

Artigo 48.º

Regime

Em tudo o que não se encontre previsto no presente Regulamento é aplicável o disposto no Código do Trabalho.

Artigo 49.º

Trabalho a tempo parcial

1 — Considera-se trabalho a tempo parcial o que corresponde a um período normal de trabalho semanal igual ou inferior a 75% do praticado a tempo completo numa situação comparável.

2 — O limite percentual a que se alude no número anterior pode ser elevado por via de instrumentos de regulamentação colectiva.

3 — As situações de trabalhadores a tempo parcial e de trabalhadores a tempo completo são comparáveis quando prestam o mesmo ou idêntico tipo de trabalho.

Artigo 50.º

Forma de contrato a tempo parcial

1 — O contrato de trabalho a tempo parcial deve revestir a forma escrita, nele constando expressamente o número de horas semanais e o horário de trabalho.

2 — Quando o período normal de trabalho não seja igual em cada semana, é considerada a respectiva média num período de quatro meses.

Artigo 51.º

Regime jurídico

1 — Ao trabalho a tempo parcial são aplicáveis as disposições que resultam do presente Regulamento, dos instrumentos de regulamentação colectiva que venham a ser celebrados e do Código do Trabalho que, pela sua natureza, não implique a prestação de trabalho a tempo completo, não podendo, em qualquer caso, ser aplicado aos trabalhadores a tempo parcial um tratamento menos favorável que aquele outro dispensado aos trabalhadores a tempo completo numa situação comparável, salvo quando a diferença de tratamentos seja justificada por razões objectivas.

2 — As razões objectivas atendíveis nos termos do número anterior são definidas por instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho.

Artigo 52.º

Alteração do tempo de trabalho

1 — O trabalhador a tempo parcial pode passar a trabalhar a tempo completo, ou o inverso, a título definitivo ou por período determinado, mediante acordo escrito com o conselho de administração do INEM.

2 — Quando a passagem a tempo completo para trabalho a tempo parcial, nos termos do número anterior, se verificar por período determinado, até ao máximo de três anos, o trabalhador tem direito a retomar a prestação de trabalho a tempo completo.

Artigo 53.º

Períodos de trabalho

O trabalho a tempo parcial pode, salvo estipulação em contrário, ser prestado em todos ou alguns dias da semana, sem prejuízo do descanso semanal, devendo o número de dias de trabalho ser fixado por acordo.

Artigo 54.º

Remuneração

1 — O trabalhador a tempo parcial tem direito à remuneração auferida pelos trabalhadores a tempo completo numa situação comparável, em proporção do respectivo período normal de trabalho semanal.

2 — O trabalhador a tempo parcial tem direito às mesmas prestações retributivas auferidas pelos trabalhadores a tempo completo numa situação comparável, sempre em proporção do respectivo período normal de trabalho semanal, sem prejuízo, quando mais favorável, do que resultar de instrumentos de regulamentação colectiva.

3 — O trabalhador a tempo parcial tem direito ao subsídio de refeição, excepto quando a sua prestação de trabalho seja inferior a cinco horas, sendo então calculado em proporção do respectivo período normal de trabalho semanal.

SECÇÃO VI

Férias e faltas e licenças

Artigo 55.º

Férias

Os trabalhadores do INEM estão sujeitos ao regime de férias e faltas previsto no Código do Trabalho.

Artigo 56.º

Licença sem retribuição

O conselho de administração do INEM pode conceder aos trabalhadores que o solicitem licença sem retribuição, que se rege pelas correspondentes disposições do Código do Trabalho.

Artigo 57.º

Suspensão por impedimento prolongado respeitante aos trabalhadores

1 — Quando o trabalhador esteja temporariamente impedido por facto que não lhe seja imputável e o impedimento se prolongue por mais de um mês, o contrato de trabalho considera-se suspenso.

2 — A suspensão do contrato prevista no presente artigo rege-se pelas correspondentes disposições do Código do Trabalho.

SECÇÃO VII

Retribuição e cessação do trabalho

Artigo 58.º

Remuneração

1 — Considera-se remuneração, nos termos do presente Regulamento, a remuneração a que o trabalhador tem direito como contrapartida da prestação de trabalho.

2 — A remuneração é integrada pela remuneração de base, correspondente à respectiva categoria, a que acrescem os montantes devidos a título de subsídios de férias e de Natal, ambos de valor igual à remuneração de base.

3 — A remuneração é paga até ao último dia do mês a que respeita.

4 — O conselho de administração do INEM entrega aos trabalhadores documento comprovativo e discriminado da remuneração.

5 — A remuneração é processada por transferência bancária.

Artigo 59.º

Remunerações e sua actualização

1 — A tabela remuneratória aplicável aos trabalhadores do INEM é a constante do quadro a aprovar por

despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, sem prejuízo do que vier a ser fixado em instrumento de regulamentação colectiva.

2 — A tabela remuneratória, sem prejuízo do que vier a ser fixado em instrumento de regulamentação colectiva, é actualizada anualmente de acordo com a percentagem que vier a ser fixada para a função pública.

Artigo 60.º

Descontos

1 — A determinação dos valores líquidos das remunerações efectua-se mediante a dedução dos descontos obrigatórios a reter na fonte, calculados exclusivamente na base da retribuição ilíquida individual.

2 — Para todos os efeitos legais, designadamente o da aposentação, as deduções devidas pelo pessoal incidirão sobre a totalidade da remuneração correspondente aos cargos e funções exercidos no INEM.

Artigo 61.º

Abono para falhas

Aos trabalhadores que exerçam as funções de tesoureiro é atribuído um subsídio mensal para falhas, correspondente a 10% da remuneração de ingresso no grupo administrativo previsto no quadro a aprovar por despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

Artigo 62.º

Cessação da prestação de trabalho

As causas da cessação do contrato individual de trabalho regem-se pelas correspondentes disposições do Código do Trabalho.

ANEXO I

Condições de ingresso e conteúdo funcional genérico das carreiras

1 — Habilitações para ingresso nas carreiras:

1.1 — Carreira médica — licenciatura em Medicina e posse do grau de assistente das carreiras médicas;

1.2 — Carreiras de enfermagem e de técnico superior — licenciatura em área de formação adequada ao conteúdo funcional do posto de trabalho a preencher;

1.3 — Carreira de informática — 12.º ano na área de informática e ou curso técnico-profissional na área de informática;

1.4 — Carreira técnico-profissional — adequado curso tecnológico, cursos das escolas profissionais, curso das escolas especializadas de ensino artístico, ou outro curso que confira certificado de qualificação profissional de nível III, definida pela Decisão n.º 85/368/CEE, do Conselho das Comunidades Europeias, de 16 de Julho, ou escolaridade obrigatória e experiência adequada no exercício da função;

1.5 — Carreira de técnico administrativo — 11.º ano de escolaridade ou equivalente;

1.6 — Carreira operativa — formação específica num ofício, arte ou profissão;

1.7 — Carreiras de fiel de armazém, de motorista, de auxiliar e de telefonista — escolaridade obrigatória;

1.8 — Carreira de técnico de telecomunicações de emergência — curso técnico-profissional adequado e ou 9.º ano de escolaridade (até ao final de 2005)/12.º ano de escolaridade (a partir de 2006);

1.9 — Carreira de técnico operador de telecomunicações de emergência — 9.º ano de escolaridade (até ao final de 2005)/12.º ano de escolaridade (a partir de 2006);

1.10 — Carreira de técnico de ambulância de emergência — curso de tripulante de ambulância de socorro e 9.º ano de escolaridade (até ao final de 2005)/12.º ano de escolaridade (a partir de 2006).

2 — Conteúdo funcional genérico das carreiras:

2.1 — Carreiras médica e de enfermagem — legislação específica destes grupos profissionais — Decretos-Leis n.ºs 73/90, de 6 de Março, e 437/91, de 8 de Novembro, respectivamente, e legislação complementar;

2.2 — Carreira de técnico superior (funções de concepção):

Funções consultivas de natureza científico-técnica exigindo um elevado grau de qualificação, de responsabilidade, iniciativa e autonomia, assim como um domínio total de área de especialização que permita a interligação de vários quadrantes e domínios de actividade, tendo em vista a preparação da tomada de decisões;

Funções técnicas de âmbito geral ou especializado, executadas com autonomia e responsabilidade, requerendo uma especialização e formação básica do nível da licenciatura.

2.3 — Carreira de informática (funções de execução) — funções de natureza executiva de aplicação técnica com base no conhecimento ou adaptação de métodos e processos enquadrados em directivas bem definidas, exigindo conhecimentos técnicos, teóricos e práticos obtidos através das habilitações exigidas para ingresso nesta carreira;

2.4 — Carreira de técnico administrativo (funções de execução) — funções de natureza executiva, enquadradas em instruções gerais e procedimentos bem definidos, com certo grau de complexidade, relativos a uma ou mais áreas de actividade administrativa, designadamente contabilidade, pessoal, economato e património, secretaria, arquivo, expediente e dactilografia;

2.5 — Carreira técnico-profissional (funções de execução) — funções de natureza executiva, diversificadas, totalmente determinadas, exigindo conhecimentos de ordem prática susceptíveis de serem apreendidos no próprio local de trabalho num curto espaço de tempo;

2.6 — Carreira operativa (funções de execução) — funções de natureza executiva de carácter manual ou mecânico, com graus de complexidade variáveis, enquadradas em instruções gerais bem definidas, exigindo formação específica num ofício, arte ou profissão e implicando normalmente esforço físico;

2.7 — Carreiras de fiel de armazém, motorista, auxiliar e telefonista (funções de execução) — funções de natureza executiva simples, diversificadas, totalmente determinadas, implicando normalmente esforço físico e exigindo conhecimentos de ordem prática susceptíveis de serem apreendidos no próprio local de trabalho num curto espaço de tempo;

2.8 — Carreira de técnico de telecomunicações de emergência (funções de execução) — funções de natureza executiva relacionadas com a manutenção, verificação e reparação de sistemas de telecomunicações de emergência e respectivas fontes directas de alimentação;

2.9 — Carreira de técnico operador de telecomunicações de emergência (funções de execução) — funções de natureza executiva, enquadradas por pessoal médico e exigindo formação específica, de atendimento de chamadas de socorro e consequente accionamento de meios.

2.10 — Carreira de técnico de ambulância de emergência (funções de execução) — funções de natureza executiva, exigindo formação específica, de prestação de socorro pré-hospitalar não medicalizado, transporte de doentes urgentes e condução de viaturas de emergência.

ANEXO II

Conteúdo funcional específico das carreiras e categorias

I — Carreira médica

Conteúdo funcional:

- a) Actuar ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada;
- b) Referenciação e transporte de doente urgente/emergente;
- c) Exercício de funções de orientação, triagem e accionamento de doentes urgentes/emergentes de acordo com os protocolos estabelecidos;
- d) Participar em planos de emergência;
- e) Actuar em situações de excepção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades;
- f) Exercício de funções de formação e investigação no âmbito da medicina de emergência;
- g) Participar em reuniões, grupos de trabalho, comissões e júris de concurso, quando designado;
- h) Responsabilizar-se por unidades funcionais, quando solicitado;
- i) Emitir pareceres técnico-científicos;
- j) Colaborar com os órgãos directivos em matéria de planeamento de actividade.

Habilitações literárias:

- a) Possuir licenciatura em Medicina;
- b) Grau de assistente das carreiras médicas.

II — Carreira de enfermagem

Conteúdo funcional:

- a) Realizar ou colaborar na realização de estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados;
- b) Colaborar na formação;
- c) Actuar ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada;
- d) Referenciação e transporte de doente urgente/emergente;

- e) Participar em reuniões, grupos de trabalho, comissões e júris de concurso, quando designado;
- f) Colaborar com os órgãos directivos em matéria de planeamento de actividade;
- g) Participar em planos de emergência;
- h) Actuar em situações de excepção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais, quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.

Habilitações literárias — licenciatura em Enfermagem.

III — Carreira de técnico superior

Conteúdo funcional:

- a) Funções técnicas de âmbito geral ou especializado, executadas com autonomia e responsabilidade, tendo em vista informar a decisão superior, e ainda funções consultivas de natureza científico-técnica;
- b) Participar em reuniões, grupos de trabalho, comissões e júris de concurso, quando designado;
- c) Colaborar com os órgãos directivos em matéria de planeamento de actividades;
- d) Dar formação interna.

Habilitações literárias — licenciatura adequada.

IV — Carreira de informática

Conteúdo funcional:

1 — O técnico de informática desempenha funções numa das seguintes áreas funcionais:

- a) Infra-estruturas tecnológicas;
- b) Engenharia de *software*.

2 — As tarefas inerentes à área de infra-estruturas tecnológicas são, predominantemente, as seguintes:

- a) Instalar componentes de *hardware* e *software*, designadamente de sistemas servidores, dispositivos de comunicações, estações de trabalho, periféricos e suporte lógico utilitário, assegurando a respectiva manutenção e actualização;
- b) Gerar e documentar as configurações e organizar e manter actualizado o arquivo dos manuais de instalação, operação e utilização dos sistemas e suportes lógicos de base;
- c) Planificar a exploração, parametrizar e accionar o funcionamento, controlo e operação dos sistemas, computadores, periféricos e dispositivos de comunicações instalados, atribuir, otimizar e desactivar os recursos, identificar as anomalias e desencadear as acções de regularização requeridas;
- d) Zelar pelo cumprimento das normas de segurança física e lógica e pela manutenção do equipamento e dos suportes de informação e desencadear e controlar os procedimentos regulares de salvaguarda da informação, nomeadamente cópias de segurança, de protecção da integridade e de recuperação da informação;

- e) Apoiar os utilizadores finais na operação dos equipamentos e no diagnóstico e resolução dos respectivos problemas.

3 — As tarefas inerentes à área de engenharia de *software* são, predominantemente, as seguintes:

- a) Projectar, desenvolver, instalar e modificar programas e aplicações informáticos, em conformidade com as exigências dos sistemas de informação definidos, com recurso aos suportes lógicos, ferramentas e linguagens apropriados;
- b) Instalar, configurar e assegurar a integração e teste de componentes, programas e produtos aplicativos disponíveis no mercado;
- c) Elaborar procedimentos e programas específicos para a correcta utilização dos sistemas operativos e adaptação de suportes lógicos de base, de forma a otimizar o desempenho e facilitar a operação dos equipamentos e das aplicações;
- d) Desenvolver e efectuar testes unitários e de integração dos programas e das aplicações, de forma a garantir o seu correcto funcionamento e realizar a respectiva documentação e manutenção;
- e) Colaborar na formação e prestar apoio aos utilizadores na programação e execução de procedimentos pontuais de interrogação de ficheiros e bases de dados, na organização e manutenção de pastas de arquivo e na operação dos produtos e aplicações de microinformática disponíveis.

Habilitações literárias — 12.º ano na área de informática e ou curso técnico-profissional na área de informática.

V — Carreira de técnico administrativo

Conteúdo funcional:

- a) Exercer funções de natureza executiva, enquadradas em instruções gerais e procedimentos bem definidos, com certo grau de complexidade, relativas a uma ou mais áreas de actividade administrativa, designadamente gestão financeira, gestão de recursos humanos, aprovisionamento e património, arquivo, expediente e processamento de texto;
- b) Conferir e controlar documentação de prestação de contas e dos correspondentes valores, realizando pagamentos, cobranças e outras tarefas complementares.

Habilitações literárias — 11.º ano de escolaridade.

VI — Carreira técnico-profissional

Conteúdo funcional — exercício de funções de natureza executiva, de aplicação técnica, com base no estabelecimento ou adopção de métodos e processos enquadrados em directivas bem definidas.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

VII — Carreira operativa

Conteúdo funcional:

- a) Executar, acompanhar ou fiscalizar trabalhos de reparação, beneficiação ou conservação de ins-

talações ou equipamentos em matéria da sua competência profissional;

- b) Assegurar a interligação com empresas de prestações de serviços de manutenção e assistência.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

VIII — Carreira de fiel de armazém

Conteúdo funcional — proceder à recepção e arrumação de todo o material entrado em armazém, registá-lo, responsabilizar-se pelos bens confiados à sua guarda e fazer a entrega nos sectores respectivos, de harmonia com a orientação que foi transmitida.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

IX — Carreira de motorista

Conteúdo funcional — conduzir veículos para transporte de passageiros e ou materiais e, no caso destes, zelar pela sua correcta arrumação, acondicionamento, descarga e entrega e cuidar da manutenção da viatura que lhe for distribuída nos termos regulamentares, podendo, quando necessário, utilizando a viatura, fazer a entrega de correio, mensagens ou pequenos volumes de acordo com as determinações dadas.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

X — Carreira de auxiliar

Conteúdo funcional — executar o transporte e entrega de expediente, encomendas e outro material, reproduzir documentos, acompanhar visitantes aos locais pretendidos e efectuar outros serviços de que seja incumbido.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

XI — Carreira de telefonista

Conteúdo funcional — estabelecer ligações telefónicas e accionar outro equipamento de comunicações existentes na central, prestar, de acordo com as determinações dadas, informações simples e registar o movimento de chamadas, podendo ainda, quando necessário e tal se justifique, exercer funções de atendimento de pessoal.

Habilitações literárias — escolaridade mínima obrigatória.

XII — Carreira de técnico de telecomunicações de emergência

Conteúdo funcional — o pessoal da carreira de técnico de telecomunicações de emergência aplica métodos de natureza técnica nas áreas de electrónica e telecomunicações, competindo-lhe, nomeadamente:

- O estudo, desenvolvimento e instalação de redes de telecomunicações;
- A análise e detecção de avarias nos equipamentos de redes de telecomunicações;
- A manutenção e reparação em bancada dos equipamentos das redes com utilização de aparelhos de teste e de medida e de precisão;
- A utilização de aplicações informáticas e de suporte à exploração das redes;
- Assegurar a conservação e operacionalidade dos equipamentos electrónicos de teste e medida;

- Coadjuvar os técnicos superiores no exercício das funções da sua competência;
- Executar procedimentos de acordo com as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
- Desempenhar outras funções que, na esfera da sua competência, lhe sejam superiormente determinadas.

Habilitações literárias — até ao final do ano de 2005, possuir o 9.º ano de escolaridade e ou curso técnico-profissional adequado. A partir do ano de 2006, 12.º ano de escolaridade e ou curso técnico-profissional adequado.

XIII — Carreira de técnico operador de telecomunicações de emergência

Conteúdo funcional:

Na área de atendimento compete-lhe:

- Efectuar, sob orientação médica, o atendimento das chamadas de socorro, realizando a respectiva triagem e aconselhamento telefónico, segundo os protocolos estabelecidos;
- Registar os dados colhidos em cada pedido de socorro na ficha de atendimento, confirmando se todos os itens estão correctamente preenchidos;
- Acompanhar o accionamento dos meios de socorro, comunicando ao operador da área de accionamento as informações relevantes a transmitir às tripulações das viaturas activadas para uma dada ocorrência;
- Efectuar, por solicitação do médico regulador, outras funções inerentes ao funcionamento do CODU, tais como, apoio na formação de estagiários e acompanhamento de visitas de estudo;
- Informar o operador responsável de turno sobre as anomalias detectadas, tendo em vista a sua atempada resolução;
- Transmitir ao elemento que o substitui, no final de cada turno, as ocorrências, bem como a situação operacional do serviço, no momento;

Na área de accionamento compete-lhe:

- Accionar os meios de socorro necessários a cada ocorrência, usando as plenas potencialidades dos meios de telecomunicações ao seu dispor;
- Registar os dados referentes ao accionamento dos meios de socorro;
- Assegurar e orientar os locais de *rendez-vous* entre os meios desenvolvidos nas acções de socorro, estabelecendo os respectivos planos de accionamento;
- Agir de acordo com os procedimentos rádio estipulados, de modo a obter uma correcta gestão da rede de telecomunicações;
- Comunicar ao médico regulador as informações relativas à prestação do socorro;

- f) Comunicar ao operador responsável de turno as anomalias surgidas na rede de telecomunicações e as medidas já tomadas para a sua correcção;
- g) Arquivar os registos da impressora;
- h) Manter actualizado o quadro referente às viaturas em serviço inoperacionais;
- i) Efectuar diariamente testes aos equipamentos de telecomunicações das viaturas de reserva ao CODU;
- j) Efectuar, por solicitação do médico regulador, outras funções inerentes ao funcionamento do CODU;
- l) Proceder de acordo com o definido nas normas de procedimento em situações de excepção, bem como no manual CODU, sempre que for caso disso;
- m) Transmitir ao elemento que o substitui, no final de cada turno, as ocorrências, bem como a situação operacional do serviço, no momento.

Habilitações literárias — até ao final do ano de 2005, possuir o 9.º ano de escolaridade. A partir do ano de 2006, 12.º ano de escolaridade.

XIV — Carreira de técnico de ambulância de emergência

Conteúdo funcional:

- a) Prestação de socorro pré-hospitalar na vertente não medicalizada;
- b) Proceder ao transporte de doentes urgentes/emergentes;
- c) Condução de ambulância de emergência;
- d) Colaborar activamente com o socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada;
- e) Proceder aos registos da actividade exercida conforme normas em vigor;
- f) Operar os sistemas de informação e telecomunicações que equipam as ambulâncias de emergência;
- g) Colaborar na formação em emergência médica sempre que for solicitado;
- h) Cumprir as normas de procedimento em vigor para as tripulações de ambulância de emergência e para a emergência médica pré-hospitalar em geral;
- i) Tripular outras viaturas de emergência médica pré-hospitalar.

Habilitações literárias — curso de tripulante de ambulância de socorro e 9.º de escolaridade (até ao final de 2005)/12.º ano de escolaridade (a partir de 2006).

ANEXO III

Quadro do pessoal dirigente

(Em euros)

Cargo	Número de lugares	Vencimento	Despesas de representação	Total
Director de departamento	7	2 932,42	555,74	3 488,16
Director regional	4	2 932,42	555,74	3 488,16
Subdirector regional . . .	4	2 759,93	296,99	3 056,92
Director de gabinete . . .	4	2 759,93	296,99	3 056,92

(Em euros)

Cargo	Número de lugares	Vencimento	Despesas de representação	Total
Coordenador de serviço	8	2 414,94	185,94	2 600,88
Coordenador de centro	11	1 931,95	148,46	2 080,41
Responsável de unidade	4	1 458,94	—	1 458,94

MINISTÉRIOS DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS.

Portaria n.º 1073/2005

de 19 de Outubro

Com fundamento no disposto no n.º 3 do artigo 164.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, e no artigo 25.º e no n.º 1 do artigo 114.º do Decreto-Lei n.º 227-B/2000, de 15 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 338/2001, de 26 de Dezembro, e de acordo com o disposto na alínea c) do n.º 1 do n.º 5.º da Portaria n.º 1391/2002, de 25 de Outubro, alterada pela Portaria n.º 45/2004, de 14 de Janeiro:

Manda o Governo, pelos Ministros do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria é criada a zona de caça municipal de Aveiro/Vouga (processo n.º 4069-DGRF), pelo período de seis anos, e transferida a sua gestão para o Clube de Caça e Pesca de Aveiro/Vouga, com o número de pessoa colectiva 504719327, com sede na Lota de Pesca de Aveiro, edifício n.º 2, 3800-210 Aveiro.

2.º Passam a integrar esta zona de caça os terrenos cinegéticos cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, sítos nas freguesias de Vera Cruz, Cacia, Esgueira, Glória, Eixo e Oliveirinha, município de Aveiro, com a área de 9351 ha.

3.º De acordo com o estabelecido no artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 227-B/2000, de 15 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 338/2001, de 26 de Dezembro, os critérios de proporcionalidade de acesso dos caçadores a esta zona de caça compreendem as seguintes percentagens:

- a) 50% relativamente aos caçadores referidos na alínea a) do citado artigo 16.º;
- b) 10% relativamente aos caçadores referidos na alínea b) do citado artigo 16.º;
- c) 20% relativamente aos caçadores referidos na alínea c) do citado artigo 16.º;
- d) 20% aos demais caçadores, conforme é referido na alínea d) do citado artigo 16.º

4.º As regras de funcionamento da zona de caça municipal não constantes desta portaria serão divulgadas pela entidade gestora nos locais do costume e, pelo menos, num jornal de expansão nacional.

5.º As restantes condições de transferência de gestão encontram-se definidas no plano de gestão.

ANEXO VII – INDICAÇÕES RENAIIS E NÃO RENAIIS PARA TERAPÊUTICA DEPURATIVA EXTRACORPORAL

INDICAÇÕES RENAIS E NÃO RENAIS PARA INICIAR TERAPÊUTICA DEPURATIVA EXTRACORPORAL

As indicações renais para iniciar terapêutica depurativa extracorporal incluem:

- Oligúria não obstrutiva ou anúria;
- Alterações iônicas;
- Hipercalemiemia;
- Hiperfosfatemia;
- Insuficiência renal aguda no contexto de falência múltipla de órgãos.

As indicações não renais para iniciar terapêutica depurativa extracorporal incluem:

- Edema de um órgão (pulmão);
- Sepsis;
- Insuficiência hepática;
- Edema cerebral;
- Acidose láctica;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Sobredosagem de estupefacientes.

ANEXO VIII – TÉCNICAS DEPURATIVAS EXTRACORPORAIS

TÉCNICAS DEPURATIVAS EXTRACORPORAIS

Os filtros utilizados nas técnicas de depuração renal contínua permitem a ultrafiltração do plasma ou a diálise dos solutos. São geralmente consideradas três técnicas depurativas extracorporais:

- **Ultrafiltração:** é uma técnica depurativa extracorporal, em que a água, electrólitos e outros solutos são removidos do doente por convecção. A lógica da ultrafiltração está no uso de um hemofiltro de alta permeabilidade para a água e solutos, mas impermeável às proteínas plasmáticas e elementos sanguíneos, exercendo uma função semelhante à do glomérulo renal. O sangue flui através do hemofiltro havendo um gradiente de pressão transmembranária (PTM) entre o compartimento sanguíneo e o compartimento do ultrafiltrado, levando a água do plasma a ser filtrada através de uma membrana porosa permeável. À medida que a água cruza a membrana, transporta por convecção electrólitos e pequenas e médias moléculas (até 20000-30000 Dalton) através da membrana.
- **Hemofiltração:** a hemofiltração combina a ultrafiltração com a reposição de fluidos. O soluto de reposição contém electrólitos mas não contém outras pequenas moléculas, removendo substâncias de baixo peso molecular, tais como ureia, creatinina, etc. O ultrafiltrado é infundido na linha de influxo (pré-diluição) ou na linha de fluxo de saída do hemofiltro (pós-diluição) sendo preferível usar a linha venosa (pré-diluição) para evitar a hemoconcentração excessiva dentro do hemofiltro. Conseguem-se remover 10-30 l de líquidos e solutos por dia resultando a perda de peso da diferença entre o volume do ultrafiltrado e o volume do líquido repostos.
- **Diálise:** consiste na remoção de partículas através dum gradiente de concentração (difusão). A difusão ocorre entre o compartimento de maior concentração (tipicamente o sangue/plasma) e o compartimento de menor concentração (tipicamente o dializado).

As técnicas arteriovenosas têm vindo a ser progressivamente substituídas pelas técnicas venovenosas, que necessitam duma bomba de sangue. A bomba utilizada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga é a Prisma. Trata-se de um sistema integrado contínuo para a gestão de fluidos e para a terapia automática de substituição renal. Nesta, quatro bombas mantêm a circulação (do sangue, do dialisante, da solução de reposição e do efluente). Uma seringa automatizada assegura a anti-coagulação contínua ou intermitente. Os fluxos de sangue, de solução de reposição e dialisante são introduzidos pelo enfermeiro, de acordo com a prescrição médica (Anexo 3). A bomba de efluente, controlada por balanças, assegura um balanço automático dos fluidos, garantindo exactidão nos fluxos.

Os principais métodos de depuração renal utilizados na Unidade de Cuidados Intensivos são (os mais utilizados são CVVH ou CVVHD):

- **SCUF – Ultrafiltração contínua lenta –** técnica em que o UF é inferior a 5ml/min (300ml/h). Permite tratar a sobrecarga simples de fluidos quando não é considerada necessária hemofiltração ou diálise.

- HFVVC – Hemofiltração venovenosa contínua – técnica em que o UF é superior a 5 ml/min (300ml/h) utilizando um soluto de reposição. Poderá ser insuficiente nos casos de insuficiência renal grave ou hipercatabolismo.
- HDVVC – Diálise venovenosa contínua
- HDFVVC - Hemodiafiltração venovenosa contínua – técnica que combina a hemofiltração (ultrafiltração e líquido de reposição) e a diálise.

São usados, geralmente, cateteres de duplo lúmen, num vaso de grande calibre (veias jugulares, subclávias ou femurais - preferencialmente).

ANEXO IX – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

As intervenções de enfermagem a desenvolver incluem (Urden, Stacy & Lough, 2008):

- Vigiar o local de inserção do cateter;
- Usar técnica asséptica na sua manipulação;
- Vigiar o aspecto do efluente (deverá ser límpido);
- Pesar diariamente o doente;
- Monitorizar e registar cuidadosamente o balanço hídrico, comunicando ao médico os achados significativos;
- Manter as restrições de líquidos prescritas;
- Monitorizar e registar os sinais vitais, vigiando indicadores de défice de volume de líquidos (tensão arterial sistólica <100 mm Hg, taquicardia e taquipneia);
- Vigiar o aparecimento de edemas;
- Assegurar as taxas prescritas de ultrafiltração e de infusão dos volumes de reposição;
- Vigiar aparecimento de complicações no circuito ou na bomba.

ANEXO X – LEI Nº 22/2007, DE 29 DE JUNHO

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 22/2007

de 29 de Junho

Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana, na parte respeitante à dádiva e colheita de tecidos e células de origem humana.

Artigo 2.º

Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

Os artigos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 8.º, 9.º, 11.º, 13.º e 15.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 1.º

[...]

1 — A presente lei aplica-se aos actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana, para fins terapêuticos ou de transplante, bem como às próprias intervenções de transplante.

2 —

3 —

Artigo 2.º

[...]

1 —

2 — Em relação aos estrangeiros sem residência permanente em Portugal, o regime jurídico dos actos previstos no n.º 1 do artigo 1.º rege-se pelo seu estatuto pessoal.

Artigo 3.º

[...]

1 —

2 —

3 — Os centros de colheita e os centros de transplante são autorizados pelo Ministro da Saúde e estão sujeitos a avaliação periódica das suas actividades e resultados.

4 — Os centros de colheita e os centros de transplante já em funcionamento não carecem da autorização prevista no número anterior, devendo, porém, submeter-se à referida avaliação periódica.

Artigo 4.º

[...]

1 — (*Anterior corpo do artigo.*)

2 — Os centros de colheita e de transplante garantem a rastreabilidade dos órgãos e tecidos, em termos a regulamentar.

Artigo 5.º

[...]

1 — A dádiva de órgãos, tecidos e células, para fins terapêuticos ou de transplante, não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.

2 — (*Revogado.*)

3 — Os agentes dos actos referidos no n.º 1 do artigo 1.º e os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de órgãos, tecidos e células podem receber uma remuneração, única e exclusivamente pelo serviço prestado, não podendo o cálculo desta remuneração atribuir qualquer valor aos órgãos, tecidos ou células colhidos ou transplantados.

Artigo 6.º

[...]

1 — Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, são admissíveis a dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos e células para fins terapêuticos ou de transplante.

2 — A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva só pode ser feita no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido de dador *post mortem* e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável.

3 — No caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, a respectiva admissibilidade fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA).

4 — São sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos não regeneráveis quando envolvam menores ou outros incapazes.

5 — A dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células regeneráveis que envolvam menores ou outros incapazes só podem ser efectuadas quando se verificarem os seguintes requisitos cumulativos:

a) Inexistência de dador capaz compatível;

b) O receptor ser irmão ou irmã do dador;

c) A dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor.

6 — A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal, só podem ser feitas mediante autorização judicial.

7 — São sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células quando, com elevado grau de probabilidade, envolvam a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador.

Artigo 8.º

[...]

1 — O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.

2 — O consentimento do dador e do receptor é prestado perante:

a) Um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize, quando se trate de transplante de órgãos, tecidos e células regeneráveis;

b) Um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à equipa de transplante, quando se trate de transplante de órgãos, tecidos e células não regeneráveis.

3 — Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal.

4 — A dádiva e colheita de órgãos, tecidos e células de menores com capacidade de entendimento e de manifestação de vontade carecem também da concordância destes.

5 —

6 — O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é sempre prestado por escrito, sendo livremente revogável.

Artigo 9.º

[...]

1 — O dador tem direito a assistência médica até ao completo restabelecimento.

2 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 5.º, o dador tem direito a ser indemnizado pelos danos sofridos no decurso do processo de dádiva e colheita, independentemente de culpa, nomeadamente pelas despesas decorrentes da doação.

3 — Cabe aos estabelecimentos referidos no n.º 1 do artigo 3.º assegurar os direitos referidos nos n.ºs 1 e 2 do presente artigo.

4 — Os estabelecimentos mencionados no n.º 1 do artigo 3.º devem celebrar um contrato de seguro a favor do dador e suportar os respectivos encargos.

Artigo 11.º

[...]

1 —

2 — O Governo fica autorizado, precedendo parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados, a regular a organização e o funcionamento do RENNDA e a emissão de um cartão individual, no qual se fará menção da qualidade de não dador.

3 —

Artigo 13.º

[...]

1 —

2 —

3 —

4 —

5 — Um dos exemplares do auto fica arquivado no estabelecimento em que se efectiva a colheita e o outro é remetido, para efeitos de estatística, ao serviço competente do Ministério da Saúde.

6 —

Artigo 15.º

[...]

1 — O Governo deve promover campanhas de informação sobre o significado, em termos de solidariedade, política de saúde e meios terapêuticos, da colheita de órgãos, tecidos e células e da realização de transplantes.

2 —

Artigo 3.º

Aditamento à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

São aditados à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, os artigos 1.º-A e 6.º-A, com a seguinte redacção:

«Artigo 1.º-A

Definições

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

a) «Órgão» uma parte diferenciada e vital do corpo humano, constituída por vários tecidos, que mantém de modo largamente autónomo a sua estrutura, vascularização e capacidade de desenvolver funções fisiológicas;

b) «Tecido» todas as partes constitutivas do corpo humano formadas por células;

c) «Células» as células individuais ou um conjunto de células de origem humana, não ligadas entre si por qualquer tipo de tecido conjuntivo;

d) «Dador» qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana;

e) «Dádiva» qualquer doação de órgãos, tecidos e células de origem humana, destinados a aplicações no corpo humano;

f) «Colheita» um processo em que são disponibilizados órgãos, tecidos e células de origem humana.

Artigo 6.º-A

Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

1 — A Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) é o organismo a quem cabe a emissão de parecer vinculativo em caso de dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos ou células para fins terapêuticos ou de transplante.

2 — A EVA é criada, em cada estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita, por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta conjunta do respectivo conselho de administração e da Organização Portuguesa de Transplantação.

3 — A EVA funciona na dependência e como secção da Comissão de Ética para a Saúde do estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita.»

Artigo 4.º

Disposições transitórias

Até à entrada em funcionamento da EVA em cada estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita, mantém-se em vigor o artigo 6.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, na sua redacção originária.

Artigo 5.º

Norma revogatória

É revogado o n.º 2 do artigo 5.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, na sua redacção originária.

Artigo 6.º

Republicação

É republicada, em anexo, que é parte integrante da presente lei, a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, com a redacção actual.

Aprovada em 26 de Abril de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 8 de Junho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 12 de Junho de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO

Republicação da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril — Colheita e transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito material de aplicação

1 — A presente lei aplica-se aos actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana, para fins terapêuticos ou de transplante, bem como às próprias intervenções de transplante.

2 — A transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de esperma e a transferência e manipulação de embriões são objecto de legislação especial.

3 — São igualmente objecto de legislação especial a dádiva e a colheita de órgãos para fins de investigação científica.

Artigo 1.º-A

Definições

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

a) «Órgão» uma parte diferenciada e vital do corpo humano, constituída por vários tecidos, que mantém de modo largamente autónomo a sua estrutura, vascularização e capacidade de desenvolver funções fisiológicas;

b) «Tecido» todas as partes constitutivas do corpo humano formadas por células;

c) «Células» as células individuais ou um conjunto de células de origem humana, não ligadas entre si por qualquer tipo de tecido conjuntivo;

d) «Dador» qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana;

e) «Dádiva» qualquer doação de órgãos, tecidos e células de origem humana, destinados a aplicações no corpo humano;

f) «Colheita» um processo em que são disponibilizados órgãos, tecidos e células de origem humana.

Artigo 2.º

Âmbito pessoal de aplicação

1 — A presente lei aplica-se a cidadãos nacionais e a apátridas e estrangeiros residentes em Portugal.

2 — Em relação aos estrangeiros sem residência permanente em Portugal, o regime jurídico dos actos previstos no n.º 1 do artigo 1.º rege-se pelo seu estatuto pessoal.

Artigo 3.º

Estabelecimentos autorizados e pessoas qualificadas

1 — Os actos referidos no artigo 1.º, n.º 1, só podem ser efectuados sob a responsabilidade e directa vigilância médica, de acordo com as respectivas *leges artis* e em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados.

2 — Podem ainda ser feitas colheitas de tecidos para fins terapêuticos no decurso de autópsia nos institutos de medicina legal.

3 — Os centros de colheita e os centros de transplante são autorizados pelo Ministro da Saúde e estão sujeitos a avaliação periódica das suas actividades e resultados.

4 — Os centros de colheita e os centros de transplante já em funcionamento não carecem da autorização prevista no número anterior, devendo, porém, submeter-se à referida avaliação periódica.

Artigo 4.º

Confidencialidade

1 — Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

2 — Os centros de colheita e de transplante garantem a rastreabilidade dos órgãos e tecidos, em termos a regulamentar.

Artigo 5.º

Gratuidade

1 — A dádiva de órgãos, tecidos e células, para fins terapêuticos ou de transplante, não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.

2 — (*Revogado.*)

3 — Os agentes dos actos referidos no n.º 1 do artigo 1.º e os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de órgãos, tecidos e células podem receber uma remuneração única e exclusivamente pelo serviço prestado, não podendo o cálculo desta remuneração atribuir qualquer valor aos órgãos, tecidos ou células colhidos ou transplantados.

CAPÍTULO II

Da colheita em vida

Artigo 6.º

Admissibilidade

1 — Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, são admissíveis a dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos ou células para fins terapêuticos ou de transplante.

2 — A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva só pode ser feita no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido de dador *post mortem* e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável.

3 — No caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, a respectiva admissibilidade fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA).

4 — São sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos não regeneráveis quando envolvam menores ou outros incapazes.

5 — A dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células regeneráveis que envolvam menores ou outros incapazes só podem ser efectuadas quando se verifiquem os seguintes requisitos cumulativos:

- a) Inexistência de dador capaz compatível;
- b) O receptor ser irmão ou irmã do dador;
- c) A dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor.

6 — A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal, só podem ser feitas mediante autorização judicial.

7 — São sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células quando, com elevado grau de probabilidade, envolvam a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador.

Artigo 6.º-A

Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

1 — A Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) é o organismo a quem cabe a emissão de parecer vinculativo em caso de dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos ou células para fins terapêuticos ou de transplante.

2 — A EVA é criada, em cada estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita, por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta conjunta do respectivo conselho de administração e da Organização Portuguesa de Transplantação.

3 — A EVA funciona na dependência e como secção da Comissão de Ética para a Saúde do estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita.

Artigo 7.º

Informação

O médico deve informar, de modo leal, adequado e inteligível, o dador e o receptor dos riscos possíveis, das consequências da dádiva e do tratamento e dos seus efeitos secundários, bem como dos cuidados a observar ulteriormente.

Artigo 8.º

Consentimento

1 — O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.

2 — O consentimento do dador e do receptor é prestado perante:

a) Um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize, quando se trate de transplante de órgãos, tecidos ou células regeneráveis;

b) Um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à equipa de transplante, quando se trate de transplante de órgãos, tecidos ou células não regeneráveis.

3 — Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal.

4 — A dádiva e colheita de órgãos, tecidos ou células de menores com capacidade de entendimento e de manifestação de vontade carecem também da concordância destes.

5 — A colheita em maiores incapazes por razões de anomalia psíquica só pode ser feita mediante autorização judicial.

6 — O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é sempre prestado por escrito, sendo livremente revogável.

Artigo 9.º

Direito a assistência e indemnização

1 — O dador tem direito a assistência médica até ao completo restabelecimento.

2 — Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 5.º, o dador tem direito a ser indemnizado pelos danos sofridos no decurso do processo de dádiva e colheita, independentemente de culpa, nomeadamente pelas despesas decorrentes da doação.

3 — Cabe aos estabelecimentos referidos no n.º 1 do artigo 3.º assegurar os direitos referidos nos n.ºs 1 e 2 do presente artigo.

4 — Os estabelecimentos mencionados no n.º 1 do artigo 3.º devem celebrar um contrato de seguro a favor do dador e suportar os respectivos encargos.

CAPÍTULO III

Da colheita em cadáveres

Artigo 10.º

Potenciais dadores

1 — São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.

2 — Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respectivos registos e cartão.

3 — A indisponibilidade para a dádiva dos menores e dos incapazes é manifestada, para efeitos de registo, pelos respectivos representantes legais e pode também ser expressa pelos menores com capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

Artigo 11.º

Registo Nacional

1 — É criado o Registo Nacional de não Dadores (RENND), informatizado, para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores.

2 — O Governo fica autorizado, precedendo parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados, a regular a organização e o funcionamento do RENND e a emissão de um cartão individual, no qual se fará menção da qualidade de não dador.

3 — O RENND deve ser regulamentado e iniciar a sua actividade até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 12.º

Certificação da morte

1 — Cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.

2 — O bastonário deve comunicar ao Ministério da Saúde o texto aprovado pela Ordem dos Médicos fixando os critérios e regras referidos no número anterior, para publicação na 1.ª série do *Diário da República*.

3 — A primeira publicação deve ser feita até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 13.º

Formalidades de certificação

1 — Os médicos que procederem à colheita devem lavar, em duplicado, auto de que constem a identidade do falecido, o dia e a hora da verificação do óbito, a menção da consulta ao RENND e do cartão individual, havendo-o, e da falta de oposição à colheita, os órgãos ou tecidos recolhidos e o respectivo destino.

2 — Na verificação da morte não deve intervir médico que integre a equipa de transplante.

3 — A colheita deve ser realizada por uma equipa médica autorizada pelo director clínico do estabelecimento onde se realizar.

4 — O auto a que se refere o n.º 1 deverá ser assinado pelos médicos intervenientes e pelo director clínico do estabelecimento.

5 — Um dos exemplares do auto fica arquivado no estabelecimento em que se efectiva a colheita e o outro é remetido, para efeitos de estatística, ao serviço competente do Ministério da Saúde.

6 — Quando não tiver sido possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra coisa não resultar dos elementos circunstanciais.

Artigo 14.º

Cuidados a observar na execução da colheita

1 — Na execução da colheita devem evitar-se mutilações ou dissecações não estritamente indispensáveis à recolha e utilização de tecidos ou órgãos e as que possam prejudicar a realização de autópsia, quando a ela houver lugar.

2 — O facto de a morte se ter verificado em condições que imponham a realização de autópsia médico-legal não obsta à efectivação da colheita, devendo, contudo,

o médico relatar por escrito toda e qualquer observação que possa ser útil a fim de completar o relatório daquela.

CAPÍTULO IV

Disposições complementares

Artigo 15.º

Campanha de informação

1 — O Governo deve promover campanhas de informação sobre o significado, em termos de solidariedade, política de saúde e meios terapêuticos, da colheita de órgãos, tecidos e células e da realização de transplantes.

2 — A campanha de informação deve elucidar igualmente sobre a possibilidade de se manifestar a indisponibilidade para a dádiva *post mortem*, sobre a existência do Registo Nacional dessas decisões e sobre a emissão e uso do cartão individual em que essa menção é feita.

Artigo 16.º

Responsabilidade

Os infractores das disposições desta lei incorrem em responsabilidade civil, penal e disciplinar, nos termos gerais de direito.

Artigo 17.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de Julho.

Artigo 18.º

Entrada em vigor

1 — Os artigos 11.º e 12.º da presente lei entram em vigor nos termos gerais.

2 — As restantes disposições desta lei entram em vigor no dia seguinte ao da publicação na 1.ª série do *Diário da República* dos critérios e regras a que se refere o artigo 12.º e da comunicação do Ministro da Saúde declarando a entrada em funcionamento do RENND.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL**Decreto Regulamentar n.º 71/2007**

de 29 de Junho

A Lei Orgânica do Exército, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março, prevê que o vice-chefe do Estado-Maior do Exército dispõe de um gabinete para o seu apoio pessoal e tem na sua dependência directa a Direcção de História e Cultura Militar e o Centro de Finanças Geral.

Estabelece a referida Lei Orgânica que a organização e as competências dos órgãos que constituem o Exército são fixadas por decreto regulamentar.

A presente regulamentação, como resultado do processo de transformação do Exército, operado através da Lei Orgânica do Exército, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março, não invalida a necessidade de alterações adicionais na respectiva estrutura de comando e na estrutura base já definidas. Tais alterações decorrerão do programa de reestruturação em curso,

ANEXO XI - RENDDA – DECRETO-LEI Nº 244/94, DE 26 DE SETEMBRO

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO E DA ADMINISTRAÇÃO DO TERRITÓRIO

Decreto-Lei n.º 243/94

de 26 de Setembro

A experiência colhida com a execução do 1.º Quadro Comunitário de Apoio demonstrou a necessidade de introduzir alguns aperfeiçoamentos em termos de organização dos serviços aos quais cabe a sua gestão.

É o que sucede, designadamente, com a Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional, cuja missão específica requer a concessão de autonomia administrativa e financeira, por forma a permitir a utilização dos mecanismos inerentes ao reconhecimento desta autonomia, mantendo embora a forma de direcção-geral.

Por outro lado, a aprovação do Decreto-Lei n.º 81/94, de 10 de Março, obriga à adaptação das atribuições e da orgânica do referido serviço.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único. Os artigos 20.º, 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 130/86, de 7 de Junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 265/92, de 24 de Novembro, passam a ter a seguinte redacção:

Art. 20.º — 1 — A DGDR é o serviço dotado de autonomia administrativa e financeira incumbido do estudo e execução da política de desenvolvimento regional, da coordenação das intervenções dos fundos estruturais comunitários e da preparação e execução das acções co-financiadas pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e pelo Fundo de Coesão.

2 — A autonomia financeira prevista no número anterior cessa com a conclusão da execução do 2.º Quadro Comunitário de Apoio.

Art. 21.º

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f) Assegurar as negociações, a gestão e o acompanhamento da execução das acções financiadas pelos fundos estruturais comunitários e pelo Fundo de Coesão, de acordo com as orientações do Governo;
- g) Exercer as funções de interlocutor do FEDER e do Fundo de Coesão, quer a nível nacional, quer junto da Comunidade Europeia;
- h) Participar no processo de controlo da aplicação dos recursos do FEDER e do Fundo de Coesão;
- i) Promover a avaliação do impacte e dos efeitos das intervenções operacionais financiadas pelos fundos estruturais comunitários e pelo Fundo de Coesão, em estreita articulação com os departamentos mais directamente envolvidos;
- j) Assegurar a representação do Ministério do Planeamento e da Administração do Território na Comissão Interministerial para os Assuntos Comunitários, no âmbito do de-

envolvimento regional e fundos estruturais;

- d) Promover a cooperação com entidades nacionais, internacionais e estrangeiras no domínio das suas atribuições.

Art. 22.º — 1 —

- a) Núcleo de Políticas Regionais;
- b) Direcção de Serviços de Equipamentos Sociais e Infra-Estruturas;
- c) Direcção de Serviços das Actividades Económicas;
- d) Direcção de Serviços de Iniciativas Regionais;
- e) Direcção de Serviços do Fundo de Coesão;
- f) Direcção de Serviços de Acompanhamento e Avaliação;
- g) Direcção de Serviços de Informação e Controlo.

2 —

3 — A comissão de fiscalização da DGDR é composta por três membros, nomeados pelo Ministro das Finanças, um dos quais, obrigatoriamente, revisor oficial de contas.

4 — Compete à comissão de fiscalização:

- a) Acompanhar o funcionamento da DGDR e o cumprimento das leis e regulamentos que lhe são aplicáveis;
- b) Examinar periodicamente a situação financeira e económica da DGDR e proceder à verificação dos valores patrimoniais;
- c) Emitir pareceres sobre os orçamentos, relatório e contas da DGDR, bem como sobre a execução orçamental, para fins do controlo mensal;
- d) Emitir parecer sobre qualquer outro assunto que lhe seja submetido pelo director-geral;
- e) Participar às entidades competentes as irregularidades que detectar.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 4 de Agosto de 1994. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Norberto Emílio Sequeira da Rosa* — *João António Romão Pereira Reis*.

Promulgado em 5 de Setembro de 1994.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 8 de Setembro de 1994.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 244/94

de 26 de Setembro

Ao instituir o novo regime de dádiva de tecidos ou órgãos de origem humana para fins de diagnóstico ou terapêuticos, a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, previu expressamente a existência de um Registo Nacional de

não Dadores, bem como a emissão de um cartão individual de não dador.

Importa, em consequência, regulamentar tais mecanismos, a fim de viabilizar um eficaz direito de oposição à dívida que assegure e dê consistência ao primado da vontade e da consciência individual nesta matéria.

Tratando-se de um direito procedimentalmente dependente, urge a institucionalização de mecanismos que, pela sua simplicidade e eficácia, estejam ao alcance de todos aqueles cujas convicções determinam a sua indisponibilidade para a dívida *post mortem* de órgãos ou tecidos.

Atentas as dificuldades de prova que as consultas ao Registo Nacional de não Dadores podem suscitar, consagram-se a obrigatoriedade do registo e arquivo de tais consultas, bem como do respectivo teor, por período temporalmente delimitado.

Foi ouvida a Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais Informatizados.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, e nos termos das alíneas *a*) e *c*) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma visa regular a organização e o funcionamento do Registo Nacional de não Dadores (RENDA) e a emissão do respectivo cartão individual.

Artigo 2.º

Manifestação da indisponibilidade para a dívida

1 — A total ou parcial indisponibilidade para a dívida *post mortem* de certos órgãos ou tecidos ou para a afectação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENDA mediante o preenchimento adequado pelos seus titulares ou representantes legais de impresso tipo, em triplicado.

2 — O modelo do impresso tipo a que se faz referência no número anterior é aprovado por despacho do Ministro da Saúde.

Artigo 3.º

Inscrição no RENDA

1 — A inscrição no RENDA é realizada através da apresentação, pelo interessado ou por quem o representante, em qualquer centro de saúde ou extensão, do impresso a que se refere o artigo anterior.

2 — O preenchimento do impresso é controlado, no momento da sua apresentação, pelo funcionário receptor, através do confronto do teor das declarações de identidade constantes do impresso com o documento comprovativo da sua identidade ou titularidade.

3 — A recepção do impresso é confirmada pela entrega imediata de uma cópia que ateste a entrada do formulário nos serviços competentes, assinada de modo legível pelo funcionário ou agente responsável,

efectuando-se de imediato as diligências necessárias para o processamento automático do mesmo no RENDA.

4 — A inscrição no RENDA produz efeitos decorridos quatro dias úteis após a recepção do impresso.

Artigo 4.º

Finalidade do ficheiro

O ficheiro automatizado do RENDA tem por finalidade organizar e manter actualizada, quanto aos cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal, a informação relativa à indisponibilidade para a colheita de órgãos ou tecidos.

Artigo 5.º

Dados recolhidos e modo de recolha

1 — Os dados pessoais recolhidos para tratamento automatizado, referentes a todos os cidadãos inscritos no RENDA, nos termos do presente diploma, são o nome, morada, naturalidade e nacionalidade, data de nascimento, sexo, número e data do bilhete de identidade ou cédula pessoal e órgãos, tecidos ou fins que não são objecto de doação.

2 — A alteração à indisponibilidade para a dívida, bem como a actualização e recolha dos dados referidos no número anterior, são realizadas através do preenchimento, pelos titulares ou seus representantes legais, do impresso referido no artigo 2.º

Artigo 6.º

Finalidade dos dados

Os dados pessoais constantes do ficheiro automatizado destinam-se à verificação, antes de iniciada a colheita, por parte das entidades que nos termos da lei aplicável procedem à colheita *post mortem* de tecidos ou órgãos, da existência de oposição ou de restrições à dívida.

Artigo 7.º

Comunicação dos dados

1 — Através da ligação ininterrupta ao sistema informático do RENDA é autorizada aos centros de histocompatibilidade, aos gabinetes de coordenação de colheitas de órgãos e transplantação e aos institutos de medicina legal a consulta dos dados referidos no artigo 5.º

2 — No caso de não ser possível a consulta nos termos do número anterior, os dados referidos no artigo 5.º podem ser comunicados às entidades referidas através de telecópia.

Artigo 8.º

Segurança da informação

O responsável pelo ficheiro automatizado e as entidades autorizadas a aceder ao ficheiro, nos termos do artigo anterior, adoptarão as medidas técnicas necessárias para garantir que a informação não possa ser obtida indevidamente ou usada para outros fins que não os consentidos no presente diploma.

Artigo 9.º

Conservação dos dados

Os dados pessoais são conservados durante os 10 anos subsequentes ao falecimento do titular do registo.

Artigo 10.º

Direito à informação e acesso aos dados

1 — Qualquer pessoa tem direito a conhecer o conteúdo do registo ou registos do ficheiro automatizado do RENNDA que lhe digam respeito.

2 — Sem prejuízo das condições que sejam fixadas nos termos da alínea f) do n.º 1 do artigo 8.º da Lei n.º 10/91, de 29 de Abril, a reprodução exacta dos registos a que se refere o número anterior, com a indicação do significado de quaisquer códigos e abreviaturas deles constantes, é fornecida gratuitamente, a solicitação dos respectivos titulares ou representantes legais.

Artigo 11.º

Correcções de eventuais inexactidões

Qualquer pessoa tem o direito de exigir a correcção de eventuais inexactidões, a supressão de dados indevidamente registados e o completamento das omissões, nos termos previstos nos artigos 30.º e 31.º da Lei n.º 10/91, de 29 de Abril.

Artigo 12.º

Entidade responsável

A entidade responsável pelo ficheiro automatizado do RENNDA é o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

Artigo 13.º

Confidencialidade

1 — Todos aqueles que no exercício das suas funções tomem conhecimento dos dados pessoais constantes do RENNDA ficam obrigados a observar sigilo profissional, mesmo após o termo das respectivas funções.

2 — A violação do dever a que se refere o número anterior constitui ilícito disciplinar e civil.

Artigo 14.º

Emissão do cartão

1 — A todos os cidadãos que se tenham inscrito no RENNDA, nos termos do presente diploma, é fornecido um cartão individual de não dador, conforme modelo aprovado por despacho do Ministro da Saúde.

2 — O Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde emite e envia ao destinatário o cartão individual de não dador no prazo máximo de 30 dias contados da recepção do impresso de oposição à dádiva.

3 — O cartão contém os elementos de identificação das pessoas a que respeite.

4 — No caso de a indisponibilidade da doação ser limitada apenas a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins deve constar do cartão a indicação destas restrições.

Artigo 15.º

Consulta ao RENNDA

1 — Os estabelecimentos hospitalares públicos ou privados que, nos termos da lei aplicável, procedem à colheita *post mortem* de tecidos ou órgãos devem, antes de iniciada a colheita, verificar, através dos gabinetes de coordenação de colheitas de órgãos e transplantação e dos centros de histocompatibilidade, a existência de oposição ou de restrições à dádiva constantes do RENNDA.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os gabinetes de coordenação de colheitas de órgãos e transplantação e os centros de histocompatibilidade estão directamente ligados ao ficheiro automatizado do RENNDA.

3 — A colheita de tecidos pelos institutos de medicina legal, nos termos da lei aplicável, só pode ser realizada após verificação da não oposição à mesma, através de consulta do RENNDA.

Artigo 16.º

Oposição

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a oposição à dádiva pode ser provada pela cópia a que se refere o n.º 3 do artigo 3.º ou pelo cartão de não dador, desde que exibidos ou encontrados no espólio do falecido, antes de iniciada a colheita.

Artigo 17.º

Certificação da consulta ao RENNDA

As consultas ao sistema informático do RENNDA ficam registadas em suporte magnético em termos que permitam fazer prova de que a consulta foi efectuada, bem como do respectivo teor.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 14 de Julho de 1994. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio* — *Adalberto Paulo da Fonseca Mendo* — *Luís Manuel Gonçalves Marques Mendes*.

Promulgado em 16 de Agosto de 1994.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 22 de Agosto de 1994.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

MINISTÉRIO DO MAR

Decreto-Lei n.º 245/94

de 26 de Setembro

Portugal aderiu à Convenção Internacional sobre a Arqueação dos Navios, 1969, pelo Decreto do Governo n.º 4/87, de 15 de Janeiro.

ANEXO XII - CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

Despacho Normativo n.º 712/94

Considerando que os serviços de informática do Centro Nacional de Pensões dispõem de um equipamento de grande porte do tipo *mainframe* que assegura a gestão do banco de dados dos beneficiários da segurança social e serve de suporte à atribuição dos benefícios diferidos, bem como ao processamento mensal das pensões;

Ouvidos, ao abrigo do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 23/91, de 11 de Janeiro, o Instituto de Informática do Ministério das Finanças, a Direcção-Geral da Administração Pública e a Direcção-Geral de Apoio Técnico à Gestão sobre o reconhecimento dos serviços de informática do Centro Nacional de Pensões como serviço de informática de grande dimensão e tendo os seus pareceres sido favoráveis àquele reconhecimento, em virtude de tal equipamento reunir as características referidas na alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º do indicado diploma legal:

Determina-se o seguinte:

Nos termos do n.º 2 do Decreto-Lei n.º 23/91, de 11 de Janeiro, é atribuída aos serviços de informática do Centro Nacional de Pensões a designação de serviço de informática de grande dimensão.

Ministérios das Finanças e do Emprego e da Segurança Social, 26 de Agosto de 1994. — O Secretário de Estado do Orçamento, *Norberto Emílio Sequeira da Rosa*. — O Secretário de Estado da Segurança Social, *José Frederico de Lemos Salter Cid*.

Despacho Normativo n.º 713/94

Considerando que, com a entrada em vigor do Decreto Regulamentar n.º 36/93, de 21 de Outubro, cessou automaticamente a comissão de serviço em que Lourenço de Campos Lopes vinha exercendo o cargo de chefe de divisão no extinto Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e que o mesmo reúne os requisitos necessários para o provimento na categoria de assessor;

Considerando o disposto na primitiva redacção do n.º 2 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 323/89, de 26 de Setembro, mantida transitóriamente em vigor pelo artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 34/93, de 13 de Fevereiro, e o disposto nos n.ºs 6 e 8 do mesmo artigo 18.º, na redacção dada pelo artigo 1.º do citado Decreto-Lei n.º 34/93, de 13 de Fevereiro;

E considerando, ainda, o disposto no artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 260/93, de 23 de Julho:

Determina-se o seguinte:

1 — É criado no quadro de pessoal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, aprovado pela Portaria n.º 1056/93, de 21 de Outubro, um lugar de assessor da carreira técnica superior, a extinguir quando vagar.

2 — A criação do lugar referido no número anterior produz efeitos a 26 de Outubro de 1993.

Ministérios das Finanças e do Emprego e da Segurança Social, 20 de Setembro de 1994. — Pelo Ministro das Finanças, *Norberto Emílio Sequeira da Rosa*, Secretário de Estado do Orçamento. — Pelo Ministro do Emprego e da Segurança Social, *José Frederico de Lemos Salter Cid*, Secretário de Estado da Segurança Social.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril.

Conselho Nacional Executivo

Crítérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I — Condições prévias

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- 3) Ausência de respiração espontânea;
- 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II — Regras de semiologia

1 — O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- b) Reflexos oculocefálicos;
- c) Reflexos oculovestibulares;
- d) Reflexos corneopalpebrais;
- e) Reflexo faríngeo.

2 — Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III — Metodologia

A verificação da morte cerebral requer:

- 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
- 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
- 3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
- 4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

1 de Setembro de 1994. — O Presidente da Ordem dos Médicos, *Carlos Alberto de Santana Maia*.

ANEXO XIII – PROCEDIMENTO TROMBÓLISE COM ALTEPLASE (ACTIVADOR TECIDULAR DO PLASMINOGÉNIO) EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO SU

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

O tromboembolismo pulmonar constitui uma forma de embolia pulmonar em que um ou mais trombos, provenientes, na maioria dos casos, do sistema venoso, embolizam para a circulação arterial pulmonar, causando a sua interrupção. A maioria dos êmbolos tem origem nos vasos da coxa e pélvis, devido a situações de trombose venosa profunda.

Trata-se de uma patologia comum, com elevada prevalência, mas de difícil diagnóstico, condicionando elevados índices de morbidade e mortalidade, dependendo a sua evolução e prognóstico da rapidez no diagnóstico e intervenções terapêuticas efectuadas.

Os sintomas incluem dispneia, dor torácica (pleurítica e retroesternal), tosse, diaforese, hemoptises e síncope; os sinais encontrados incluem taquipneia (maior ou igual a 20 ciclos respiratórios/minuto), taquicardia (maior ou igual a 100 batimentos/minuto), cianose e febre.

A trombólise encontra-se, actualmente, indicada em situações de tromboembolismo pulmonar agudo maciço com choque cardiogénico (quando não se verificam contra-indicações absolutas para a sua utilização). A sua utilização em situações de tromboembolismo pulmonar agudo submaciço, em doentes hemodinamicamente estáveis é discutível, optando-se, geralmente, pelo tratamento com heparina de baixo peso molecular.

TROMBÓLISE COM ALTEPLASE (ACTIVADOR TECIDULAR DO PLASMINOGÉNIO) EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO SU

Crítérios de Referência:

Âmbito: A aplicar no Serviço de Urgência.

Definições: Trombólise: efeito produzido pela administração de agente que promove a degradação do trombo.

Responsabilidades: Compete aos Directores dos Serviços de Urgência e Medicina Interna e ao Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência a implementação deste procedimento.

Descrição: No atendimento de um doente com tromboembolismo pulmonar, após o diagnóstico, deverá ser contactado o Especialista em Medicina Interna, informando-o da situação clínica concreta.

Na sua presença, após se efectuar o diagnóstico e havendo indicação para trombólise, o doente deve ser encaminhado imediatamente para a sala de emergência.

Intervenções de Enfermagem no período pré-trombólise:

- Executar uma anamnese cuidada, nomeadamente com o doente ou família/acompanhante, sempre que possível;
- Pesquisar contra-indicações para fibrinólise;
- Monitorização do doente: traçado de electrocardiograma, sinais vitais e oximetria periférica;
- Disponibilizar duas vias de acesso venosa (uma delas será utilizada exclusivamente para administração de alteplase);
- Colheita de sangue para estudo analítico: tubos 1, 2 e 3 e tipagem;
- Administrar oxigénio na dose prescrita;
- Avaliar o estado físico do doente, procurando lesões externas potencialmente sangrantes;

- Fazer compressão nos locais de punção venosa e realizar penso compressivo nos locais de punção arterial;
- Administrar analgesia, se prescrita;
- Explicar o procedimento ao doente/família, sempre que possível e de acordo com o seu grau de compreensão;
- Preparar e administrar a terapêutica fibrinolítica prescrita: em doentes com mais de 65 kg, perfusão de alteplase (rtPA) na dose de 100 mg, sendo 10% da dose administrada num bólus de 1 a 2 minutos e a restante dose em 90 minutos (a dose total não deverá exceder 1,5 mg/Kg, em doentes com peso corporal inferior a 65 Kg);

A terapêutica encontra-se disponível sob a forma de pó e solvente para solução injectável e perfusão; a sua reconstituição deverá ser executada utilizando técnica asséptica, utilizando a totalidade do solvente fornecido, de que resulta uma solução com a concentração de 1mg/ml, que deverá ser utilizada de imediato. A solução preparada tem estabilidade de 8 horas, quando conservada à temperatura ambiente e de 24 horas, quando conservada entre 2^o-8^oC; em qualquer um dos casos, deverá ser mantida na embalagem original, para protecção da luz.

Actuação no período de trombólise e pós-trombólise:

- Monitorizar continuamente os sinais vitais, procedendo à avaliação de tensão arterial de acordo com o seguinte padrão: a cada 15 minutos nas primeiras duas horas, a cada 30 minutos nas seis horas seguintes e, posteriormente, a cada 60 minutos;
- Vigiar o aparecimento de efeitos secundários (o mais comum é a hemorragia, que pode ocorrer a nível intracraniano, trato urogenital, gastrointestinal, hemorragias superficiais, gengivorragias e epistáxis; reacções anafiláticas, embolização trombótica, hemorragia dos órgãos parenquimatosos e oftalmológicos, crises convulsivas, hipotensão e aumento da temperatura corporal);
- Vigiar o aparecimento de hemorragias externas;
- Monitorizar sinais de hemorragia, nomeadamente cefaleias intensas, hipertensão arterial aguda, náuseas e vómitos;
- Executar compressão local ou aplicar gelo, em situações de pequenas hemorragias locais;
- Suspender a perfusão em caso de hemorragia sistémica;
- Administrar terapêutica antifibrinolítica ou factores de coagulação prescritos, em casos de hemorragia grave ou sobredosagem;
- Monitorizar o estado de consciência (alterações no seu estado podem traduzir um acidente vascular cerebral hemorrágico);
- Monitorizar sinais vitais, nomeadamente avaliação de tensão arterial no membro oposto ao da perfusão, atendendo às situações de hipertensão (tensão arterial sistólica

superior a 180 mm Hg ou tensão arterial diastólica superior a 105 mm HG) ou de hipotensão;

- Efectuar colheitas de sangue, segundo a prescrição, nomeadamente para controlo de aPTT (estudo de coagulação): 90 minutos após o início da perfusão e 6 horas após o seu término;
- Vigiar o aparecimento de sinais e sintomas de reacção alérgica (febre, exantema cutâneo, broncospasmo);
- Evitar algaliação até pelo menos 30 minutos após o término da perfusão;
- Evitar colocar sonda nasogástrica, cateter venoso central, cateter arterial ou rígido nas primeiras 24 horas;
- Evitar a administração de injectáveis intra-musculares;
- Iniciar administração de heparina de acordo com a prescrição médica (de acordo com o valor de aPTT, geralmente quando se atinge o dobro dos valores de referência ou menos).

Terminada a intervenção e estando o doente estabilizado, proceder-se-á de imediato à sua transferência, com o devido acompanhamento e monitorização, para o respectivo serviço.

Contra-indicações ao uso da trombólise

Absolutas:

- Hemorragia activa ou doença hemorrágica conhecida;
- Hemorragia interna nas três semanas anteriores;
- Acidente vascular cerebral hemorrágico prévio;
- Traumatismo craneo-encefálico ou cirurgia cerebral nos seis meses anteriores;
- Antecedentes de acidente vascular cerebral, demência ou lesão do sistema nervoso central nos doze meses anteriores;
- Neoplasia intracraniana;
- Suspeita de dissecação da aorta;
- Reanimação cárdio-respiratória traumática nas seis semanas anteriores.

Relativas:

- Tuberculose pulmonar cavitada em fase activa;
- Úlcera péptica activa;
- Pancreatite aguda;
- Doença hepática em fase avançada;
- Endocardite infecciosa;

- Trombos intra-cardíacos;
- Cirurgia major, traumatismo ou hemorragia nas três semanas anteriores;
- Terapêutica com anti-coagulantes orais;
- Gravidez ou primeira semana do puerpério;
- Tratamento com estreptoquinase nos dois anos anteriores (risco de reacção alérgica);
- Punção de vaso não compressível nas duas semanas anteriores;
- Acidente isquémico transitório nos seis meses anteriores;
- Hipertensão arterial não controlada (tensão arterial sistólica superior a 180 mm Hg/
tensão arterial diastólica superior a 100 mm Hg);
- Retinopatia diabética.

ANEXO XIV – ESTUDO DE CASO – O DOENTE COM PNEUMONIA



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de caso

O doente com pneumonia

Aluno: Maria Carolina Vinagre

Porto, Janeiro de 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de caso

O doente com pneumonia

Aluno: Maria Carolina Vinagre

Sob orientação da Enf.^a Amélia Rego

Porto, Janeiro de 2010

“... a atenção particular contida no «cuidar» nunca pode ser senão única. Não é preestabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada, criada.”

(Hesbeen, 2000)

ÍNDICE

<u>0 - Introdução</u>	5
<u>1 – Fundamentação teórica</u>	7
<u>1.1– Etiologia</u>	7
<u>1.2 – Apresentação clínica</u>	9
<u>1.3 – Complicações</u>	9
<u>1.4 – Diagnóstico</u>	10
<u>1.4.1 – Diagnóstico etiológico</u>	10
<u>1.5 – Gravidade</u>	10
<u>1.6 – Abordagem terapêutica</u>	11
<u>1.7 – Intervenções de Enfermagem</u>	12
<u>2 – Estudo de caso</u>	15
<u>2.1 – Diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE</u>	15
<u>2.2 – Terapêutica efectuada e implicações para a prática de enfermagem</u>	22
<u>3 – Conclusão</u>	29
<u>4– Bibliografia</u>	30
<u>5 – Anexos</u>	31
<u>5.1 – Anexo 1 – Registo de vigilâncias</u>	
<u>5.2 – Anexo 2 - Atitudes terapêuticas</u>	
<u>5.3 – Anexo 3 – Diagnósticos de enfermagem e intervenções</u>	

0 - INTRODUÇÃO

A Enfermagem evolui como ciência sempre que apoia a prática de cuidados nas actividades científicas que se desenvolvem em paralelo. De facto, a responsabilidade ética e social do Enfermeiro perante o indivíduo e a sociedade levam a que os cuidados prestados devam situar-se na vanguarda dos conhecimentos e necessidades dos indivíduos e sociedade a cada momento.

Embora sejam frequentemente vistas como coisas distintas, a teoria e a prática cruzam-se e sobrepõem-se na prestação de cuidados de Enfermagem, nomeadamente através de uma prática de cuidados reflexiva, através da qual o Enfermeiro é capaz de identificar o conhecimento relevante na prática, efectuar uma revisão sistemática desse conhecimento e compreendê-lo (individualmente ou em grupo) através da reflexão efectuada antes, durante ou depois da acção (Fernandez, 1998). É através desta reflexão crítica que o Enfermeiro pode aperfeiçoar as suas capacidades e conhecimentos profissionais, para além de estar menos exposto aos constrangimentos de rotinas, rituais ou teorias estabelecidas, possibilitando também o crescimento profissional.

Foi com esse objectivo de crescimento profissional em vista que me dediquei à elaboração deste estudo de caso, uma vez que reconheço que, frequentemente, na prestação de cuidados, se privilegia a acção em detrimento da reflexão, pelo que se justifica realizar o estudo numa perspectiva de repensar a prática de cuidados, neste caso específico a um doente com pneumonia.

Este estudo de caso foi desenvolvido no decorrer do estágio desenvolvido entre 2 de Dezembro de 2009 e 31 de Janeiro de 2010 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

Nele será abordada a temática da pneumonia adquirida na comunidade, uma vez que se trata de uma entidade com elevada incidência (representa cerca de 2,8% de todos os internamentos hospitalares) e que adquire um largo espectro de apresentações, que vão desde uma rápida melhoria até à morte num curto espaço de tempo (Morgado & Rolo, 2005); para além disso, este caso despertou particular interesse por se tratar de uma pneumonia complicada, havendo, inicialmente, suspeita de infecção pelo vírus H1N1, num indivíduo jovem, com disfunções várias que levaram ao seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos.

O estudo de caso constitui um tipo de estudo descritivo, que visa caracterizar um fenómeno pelo qual alguém se interessa. Trata-se da realização de uma investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização, de modo a responder às questões sobre as quais existe pouco ou nenhum controlo (em ciências de enfermagem, a unidade de análise recai frequentemente em indivíduos com problemas de saúde particulares). Constitui um tipo de estudo particularmente útil quando se pretende verificar uma teoria, estudar um caso

reconhecidamente único ou especial (uma doença rara, por exemplo) ou analisar uma relação de causalidade entre fenómenos e intervenções (Duhamel & Fortin, 1999).

Com a elaboração deste estudo pretendo atingir alguns objectivos, que se dividem em gerais e específicos.

O objectivo geral que pretendo atingir é:

- Aprofundar conhecimentos acerca da actuação do enfermeiro perante o doente com pneumonia internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Os objectivos específicos a atingir são:

- Descrever a etiopatogenia da pneumonia adquirida na comunidade;
- Definir os diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE, relativas a esta situação;
- Definir as intervenções a desenvolver, segundo a CIPE, relativas aos diagnósticos enumerados;
- Desenvolver competências na utilização de linguagem da CIPE.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pneumonia é um termo bastante genérico, que se refere à inflamação e consolidação do parênquima pulmonar. Divide-se, na actualidade, em três tipos, com bastantes diferenças entre si quanto à etiologia, aspectos epidemiológicos e clínicos, diagnóstico e intervenção terapêutica (Travis, Beasley & Rubin, 2006):

- Pneumonia adquirida na comunidade – adquirida em ambiente extra-hospitalar, por indivíduos sem distúrbios primários do sistema imunológico;
- Pneumonia nosocomial – infecção disseminada por microrganismo adquiridos em ambiente hospitalar, em indivíduos particularmente sensíveis;
- Pneumonia oportunista – que se desenvolve em indivíduos com comprometimento do sistema imunológico.

A pneumonia adquirida na comunidade constitui a principal causa de morte devido a infecção no mundo ocidental, com um número superior a 20 internamentos por ano, em cada mil habitantes, apesar da disponibilidade crescente de antimicrobianos e vacinas eficazes, para além de quimioprofilaxia antigripal. Tal ocorrência deve-se ao número crescente de indivíduos em risco de contrair a doença, tais como idosos ou pessoas com co-morbilidades múltiplas (Osuna, et al., 2006). Em Portugal, embora não exista um número exacto, estima-se uma incidência de 50000 a 100000 casos anualmente, número este com tendência para aumentar. A mortalidade situa-se entre 1 e 3%, aumentando para 6 a 24% em doentes hospitalizados e para 22 a 57% em Unidades de Cuidados Intensivos.

A pneumonia adquirida na comunidade pode adquirir uma forma pouco grave e com uma evolução benigna ou, pelo contrário, ser extremamente rápida e fatal, particularmente em idosos ou indivíduos com co-morbilidades várias (por exemplo, diabetes mellitus, doença cardiovascular ou neurológica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou doença estrutural pulmonar) (Morgado & Rolo, 2005).

1.1– ETIOLOGIA

Ainda que se recorra a múltiplos meios de diagnóstico, o agente etiológico permanece desconhecido em 40 a 60% dos casos. Admite-se, contudo, que apenas um pequeno número de agentes seja responsável pela maioria dos casos da doença.

O *Streptococcus pneumoniae* é o agente patogénico mais frequente, sendo responsável por 40 a 50% das pneumonias. Em segundo lugar, surge o *Haemophilus influenzae*, na ordem dos 15%, sendo particularmente importante em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica. Os microrganismos atípicos são responsáveis por 15 a 35% das pneumonias, incluindo-se neste grupo *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophilla* e *Chlamidia pneumoniae*, como os mais frequentemente encontrados. Em Portugal, verifica-se uma importância crescente de bactérias do tipo *Legionella*, associada a determinados factores de risco, tais

como estadia recente em hotel, manutenção recente de canalizações, exposição a ar condicionado contaminado, insuficiência hepática ou renal, diabetes ou neoplasia metastizada. Por outro lado, os bacilos entéricos Gram-negativos, tais como *Escherichia Coli*, *Klebsiella*, *Proteus* e *Enterobacter* encontram-se, usualmente, associados a residentes em lares de terceira idade, outras co-morbilidades e tratamento recente com antibióticos. Casos mais graves de pneumonia, associados a *Pseudomonas aeruginosa*, são mais raros. Infecções virais, principalmente devidas a influenza, adenovírus, sincicial respiratório, para-influenza ou coronavírus, são comuns, atingindo uma percentagem de cerca de 12% da totalidade de pneumonias. Numa percentagem ainda significativa, entre 2 a 5%, encontra-se uma infecção polimicrobiana ou mista (bactéria e um agente atípico ou viral) (Morgado & Rolo, 2005). Existem também algumas relações causais úteis, que deverão ser identificadas, nomeadamente o contacto próximo com aves, em que uma pneumonia por *Chlamydia psittaci* é bastante provável ou contacto com gado ou gatas grávidas, em que o agente etiológico será, muito provavelmente, *Coxiella burnetti*.

Existe também uma importante relação entre factores específicos do hospedeiro e o provável agente etiológico. Desse modo, em doentes com história de alcoolismo, o agente será, geralmente, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* ou anaeróbios (pneumonia de aspiração); em casos de alteração de estado de consciência, o agente será, provavelmente, anaeróbio (aspiração), assim como em casos de obstrução das vias aéreas por corpo estranho; em doentes fumadores ou com doença pulmonar obstrutiva crónica, o agente deverá ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Moraxella catarrhalis*; em caso de toxicodpendência endovenosa, o agente será, provavelmente, *Staphylococcus* ou anaeróbio (por aspiração); em doentes com HIV positivo, o agente deverá ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pneumocystis jirovecii* ou *Mycobacterium tuberculosis* e, finalmente, nos casos de doença pulmonar estrutural (fibrose quística ou bronquiectasias, por exemplo), encontra-se, habitualmente, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas cepacia* ou *Staphylococcus aureus*.

A incidência sazonal é também bastante importante, uma vez que a maioria das pneumonias ocorre nos meses frios: o *Streptococcus pneumoniae* é mais frequente nos meses de Inverno e início de Primavera, enquanto a *Legionella* é mais frequente no final do Verão e início do Outono (Paula, 2007).

A investigação etiológica não é recomendada, habitualmente, em doentes em ambulatório. Contudo, quando se trata de um doente internado, recomenda-se a realização de duas ou três hemoculturas sucessivas em locais diferentes, preferencialmente antes da instituição de antibioterapia e realização de toracocentese, quando se verifica a existência de derrame pleural. A análise bacteriológica de expectoração tem reduzido valor na determinação da etiologia da pneumonia, uma vez que os achados, frequentemente, em nada estão relacionados com a etiologia da doença, estando apenas indicada em doentes com suspeita de infecção por microrganismos com valor diagnóstico (*Mycobacterium tuberculosis*, *Legionella pneumophila* ou *Pneumocystis carinii*) ou na presença de co-morbilidades com maior

propensão à resistência (Morgado & Rolo, 2005). É importante frisar que, mesmo em hospitais bastante especializados, o diagnóstico etiológico da pneumonia dificilmente ultrapassa os 40%.

1.2 – APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A apresentação clínica da pneumonia é bastante variável. Contudo, a tosse é um sintoma presente na maioria dos doentes. De igual modo, também a dispneia, dor pleurítica e expectoração são frequentemente encontradas, assim como hemoptises. Outras manifestações não respiratórias incluem febre, calafrios, mal-estar geral, anorexia, artralgias, mialgias, cefaleias, dor abdominal e diarreia. Incontinência urinária ou confusão mental são sinais frequentes em doentes idosos (Paula, 2007). Nestes, os sinais e sintomas são, geralmente, discretos, podendo apenas verificar-se taquipneia associadas a alterações de consciência ou comportamento e descompensação de morbilidades prévias, como a insuficiência cardíaca.

Habitualmente, o quadro clássico de pneumonia aguda encontra-se associado a pneumonia pneumocócica. Trata-se de uma situação comumente associada aos meses frios, com início súbito, associado a febre elevada, calafrios e dor pleurítica, com tosse produtiva, ainda que não de imediato, imagem radiológica de condensação pulmonar e, em termos laboratoriais, verifica-se geralmente, leucocitose elevada, com neutrofilia. Em termos auscultatórios, verifica-se diminuição do murmúrio vesicular, com respiração soprada e fervores, associada a uma redução da expansão torácica e sub-macidez à percussão (Paula, 2007). A divisão em pneumonias típica e atípica tem vindo a cair em desuso, pelo que não irei abordar essa temática.

1.3 – COMPLICAÇÕES

Existem várias complicações das pneumonias, mas importa destacar o derrame pleural metapneumónico, uma vez que representa uma complicação bastante comum (em cerca de 46% dos doentes internados), mas que, geralmente, se resolve através de antibioterapia. A evolução para empiema é relativamente comum, pelo que se opta, com frequência, pela realização de toracocentese.

Os abscessos pulmonares são raros, surgindo, habitualmente, em doentes com história de alcoolismo, debilitados ou após aspiração, respondendo bem à antibioterapia, ainda que isso signifique um tratamento mais prolongado.

Uma outra complicação grave, ainda que rara, é a disseminação generalizada da infecção, originando um quadro de sépsis.

1.4 – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de pneumonia baseia-se, essencialmente, na anamnese e exame objectivo, complementado com raio-X torácico (bastante útil no estabelecimento de diagnóstico e de evolução posterior, visualizando-se um quadro de condensação sob a forma de broncopneumonia, pneumonia lobar ou intersticial). A realização de ecografia poderá ser útil na investigação de derrame pouco visível através da radiografia convencional; por outro lado, a tomografia axial computadorizada reserva-se apenas a casos muito específicos.

Habitualmente, realiza-se também uma oximetria de pulso, gasimetria arterial, hemograma completo, bioquímica geral e determinação de PCR (proteína c-reactiva).

1.4.1 – DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Habitualmente, este diagnóstico reserva-se aos doentes internados.

Em termos de exames microbiológicos, opta-se por realização de hemoculturas (duas ou três, em locais diferentes) e análise de líquido pleural, preferencialmente antes do início de antibioterapia; o isolamento de microrganismos nestes fluidos (geralmente estéreis) constitui diagnóstico.

A análise de expectoração apresenta uma alta inespecificidade, devido à presença de flora comensal que é, frequentemente isolada e que não está relacionada com o agente etiológico envolvido; para além disso, é importante ressaltar que muitos dos doentes não apresentam expectoração, pelo menos num quadro inicial.

As serologias são também reservadas para casos especiais, uma vez que só podem ser pedidas para microrganismos bastante específicos, baseando-se no aumento de quatro vezes ou mais do título inicial de anticorpos.

1.5 – GRAVIDADE

Existem vários índices para predição de gravidade das pneumonias (como por exemplo, o PSI-20 – Pneumonia Severity Index – 20, que permite fazer uma predição da morbilidade e mortalidade de doentes com pneumonia adquirida na comunidade, através da inclusão numa de cinco categorias, de acordo com a pontuação atribuída), baseando-se na soma de pontos atribuídos aos vários critérios. Serão esses critérios que irei, em seguida, expor (Paula, 2007):

- Idade > 65 anos;
- Sexo;
- Co-morbilidades:
 - DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica);
 - Neoplasia;
 - Diabetes mellitus;

- Insuficiência renal crónica;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Doença hepática crónica; Alcoolismo crónico;
- Desnutrição;
- Esplenomegalia;
- Doença cerebrovascular.
- Hospitalização no ano anterior;
- Toxicodependência endovenosa;
- Achados no exame físico:
 - Taquipneia >30 ciclos/minuto;
 - Pressão sistólica <90 mm Hg e/ou diastólica <60 mm Hg;
 - Frequência cardíaca >125 bpm;
 - Febre > 40 °C ou hipotermia <35 °C;
 - Confusão mental ou alteração do estado de consciência;
 - Evidência de infecção extra-pulmonar.
- Achados laboratoriais:
 - Leucocitose >30000/ml ou leucopenia <4000/ml;
 - PaO₂ <60 mm Hg ou PaCO₂>50 mm Hg (em ar ambiente);
 - Creatinina sérica >1,2 mg/dl ou ureia>20 mg/dl;
 - Hemoglobina <9g/dL ou hematócrito <30%;
 - Acidose metabólica com pH <7,35;
 - Coagulopatia.
- Achados radiológicos:
 - Cavitação;
 - Envolvimento multi-lobar;
 - Derrame pleural.

1.6 – ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Atendendo à dificuldade em identificar o agente etiológico envolvido (o que permitiria uma terapêutica direccionada para o agente em causa – estreito espectro de acção) e atendendo à rápida evolução que a doença pode ter, mesmo em casos moderados da doença, a instituição de terapêutica precoce é considerada essencial para um bom prognóstico. A terapêutica de suporte constitui, claro está, também uma importante parte do tratamento, definida de acordo com o quadro apresentado pelo doente e pode incluir medidas de correcção de alterações hidroelectrolíticas e metabólicas, nutricionais, hipoxémia, hiperpirexia, etc (Morgado & Rolo, 2005).

A antibioterapia empírica a iniciar deve sempre cobrir *Streptococcus pneumoniae* e os agentes atípicos, atendendo também ao local de tratamento (ambulatório, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos) e à presença de factores modificadores que condicionam o risco de

infecção por microrganismos específicos (por exemplo um risco acrescido de infecção por *Streptococcus pneumoniae* resistente a antibióticos, nomeadamente à penicilina, em idosos; terapêutica com beta-lactâmicos nos três meses anteriores; alcoolismo; doença imunossupressora; corticoterapia; co-morbilidades médicas; risco acrescido de infecção por bacilos entéricos Gram-negativos em residentes em lares de terceira idade; co-morbilidades médicas e antibioterapia recente; risco acrescido de infecção por *Pseudomonas aeruginosa* nas situações de doença estrutural pulmonar; corticoterapia ou antibioterapia de largo espectro por um período superior a sete dias; malnutrição e DPOC grave) (Morgado & Rolo, 2005).

As correcções terapêuticas deverão ser efectuadas no período de 3 a 5 dias, durante os quais já se deverá obter uma resposta positiva, assim como os resultados dos exames bacteriológicos efectuados. Nos doentes internados, o início de terapêutica é, geralmente, parentérico, devendo a passagem para via oral efectuar-se o mais rapidamente possível (menor custo e duração do internamento, maior conforto para o doente, menor risco de complicações), assim que a resposta clínica o permita, atendendo a determinados critérios, tais como apirexia superior a 24 horas, frequência cardíaca inferior a 100 bpm, eupneia em repouso, hidratação normal, ausência ou melhoria da hipoxemia, ausência de bacteriemia, diminuição de leucocitose, tendência para normalização de PCR, via oral viável e ausência de infecção por *Legionella* spp, *Staphylococcus* e Gram-negativos (Morgado & Rolo, 2005).

A duração da terapêutica deve atender à presença de co-morbilidades, presença de bacteriemia, avaliação inicial e gravidade/evolução da doença e características específicas dos medicamentos, sendo, nos casos menos graves, de cerca de 7 a 10 dias. As pneumonias devidas a *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae* poderão justificar um tratamento entre 10 a 14 dias e os casos mais graves de pneumonia devido a *Legionella pneumophilla* poderão acarretar um tratamento até 21 dias.

1.7 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções de Enfermagem no doente com pneumonia incluem a optimização da oxigenação e da ventilação, a prevenção da transmissão da infecção, proporcionar conforto e suporte emocional e vigiar possíveis complicações.

A optimização da oxigenação e ventilação é efectuada através de posicionamentos adequados, de modo a optimizar o equilíbrio ventilação/perfusão, prevenção da dessaturação (realizar apenas os procedimentos necessários, hiperoxigenar o doente antes de aspirar, proporcionar repouso entre procedimentos e minimizar o consumo de oxigénio) e promoção da eliminação de secreções (através de hidratação sistémica adequada, humidificação do oxigénio suplementar, promoção do reflexo de tosse e aspiração) (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A prevenção da transmissão de infecção efectua-se de modo a interromper o ciclo de transmissão de infecção (entre doentes, entre doente e prestador de cuidados e entre prestador de cuidados e doente), nomeadamente através de medidas de isolamento, utilização

de materiais descartáveis, utilização de técnica asséptica nos procedimentos que assim o exijam e através de uma correcta higiene das mãos.

As medidas de isolamento dividem-se em básicas e dependentes da via de transmissão (via aérea, gotículas e contacto – directo ou indirecto):

- Medidas de isolamento básicas – incluem-se todas as medidas a implementar em todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, quando se prevê o contacto com sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções (excepto suor) e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. Incluem lavagem ou higienização das mãos; uso de equipamento de protecção individual (EPI), que inclui luvas, bata ou avental e máscaras, óculos ou máscara com viseira; controlo ambiental, que inclui a higienização de superfícies e manuseamento e processamento de equipamento, o manuseamento de têxteis e roupas e a colocação de doentes; a saúde e segurança dos profissionais, que inclui a vacinação e a prevenção de acidentes com cortoperfurantes; higiene respiratória/etiqueta respiratória e práticas de injeção segura, que consistem em recomendações aplicáveis no uso de agulhas, dispositivos de administração sem agulha e sistemas de administração IV (Lino, 2009).
- Medidas dependentes da via de transmissão – utilizam-se em doentes que necessitam de precauções específicas, para prevenir a transmissão de infecção e dependem da via de transmissão implicada, em adição às medidas de isolamento básicas.

Quando se trata da via aérea (em que a infecção é causada por partículas com tamanho inferior a 5 microns, que podem ser arrastados por correntes de convecção para, potencialmente qualquer lugar), dever-se-ão aplicar as seguintes medidas:

- Quarto individual, com pressão negativa e porta fechada; Protecção respiratória (Respirador P1/P2 para os profissionais e visitas);
- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir;
- Informar a família/visitas dos cuidados a ter antes e depois de entrar no quarto;
- O número de visitas deve ser reduzido, e interdito a crianças;
- Fazer contenção na fonte com individualização de material.

Quando se trata de gotícula (em que a infecção é causada por partículas com tamanho superior a 5 microns, originadas durante a tosse, espirro, ou fala e alguns procedimentos geradores de aerossóis, como aspiração de secreções, broncoscopia ou cinesiterapia respiratória, envolvendo o contacto dessas gotículas com as mucosas do nariz, boca ou conjuntiva ocular), as precauções adicionais incluem (Lino, 2009):

- Quarto individual (se possível); quando tal não for possível, manter distância mínima de 1 metro, podendo a porta permanecer aberta;
- Usar máscara e protecção ocular se permanecer a menos de 1 metro do doente e em procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções;
- Fazer contenção na fonte com individualização de material.

- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir;
- Educação do doente e família.

Quando se trata de transmissão por contacto (directo – envolve contacto pele a pele, com transferência de um indivíduo infectado ou colonizado a um hospedeiro susceptível ou indirecto – através do contacto de um hospedeiro susceptível com um objecto contaminado), dever-se-ão aplicar as seguintes precauções adicionais (Lino, 2009):

- Quarto individual (ou com outro doente infectado pelo mesmo microrganismo);
- Luvas e lavagem das mãos (sempre que se entra no quarto e se cuida do doente);
- Uso de bata (quando se prevê um contacto próximo com o doente, com superfícies ou objectos utilizados pelo doente, caso o doente esteja incontinente ou se a drenagem da ferida não está protegida);
- O equipamento “não crítico” deve ser exclusivo do doente; o restante deve ser limpo e desinfectado adequadamente antes de ser utilizado noutra doente;
- Educação ao doente e família;
- Contenção na fonte.

As possíveis complicações a que o Enfermeiro deverá estar atento incluem encefalopatia, disritmias cardíacas, tromboembolismo venoso, hemorragia gastrointestinal e agravamento da função pulmonar.

2 – ESTUDO DE CASO

O Senhor X, técnico de telecomunicações, de 43 anos, veio transferido de um hospital da área de influência a 16 de Janeiro de 2010, com o diagnóstico de pneumonia grave e quadro de sépsis, com disfunção multi-orgânica – hematológica e respiratória. Não possuía antecedentes patológicos conhecidos, assim como hábitos tabágicos, tendo a esposa referido um consumo moderado de álcool às refeições.

Na semana anterior ao internamento, apresentara sintomatologia gripal com agravamento progressivo, que o levava ao Hospital de Barcelos a 15 de Janeiro, onde foi internado.

O diagnóstico de internamento foi pneumonia bilateral e insuficiência respiratória do tipo I, tendo realizado raio-X e TAC que revelaram “presença de opacidade dispersa em vidro despolido (...) sugestivo de processo infeccioso de etiologia viral”. Encontrava-se, nessa altura, febril, vigil e orientado, sem SDR aparente, normotenso e taquicárdico, com valor de SpO₂ 94% em ar ambiente. O estudo analítico revelava pancitopenia, aumento de GGT, TGO, CK e tempo de protrombina. Foram efectuadas colheitas para H1N1 e rastreio séptico (sem resultados à data de transferência, mas, posteriormente, negativas), iniciou oxigenoterapia e terapêutica com piperacilina+tazobactam, oseltamivir e broncodilatadores.

Por agravamento do seu estado, com aumento marcado de dificuldade respiratória, foi intubado no modo de volume controlado em Barcelos e transferido para o Hospital de Braga a 16 de Janeiro.

À chegada, o doente vinha ventilado em volume controlado, que é um modo ventilatório que fornece um volume corrente pré-estabelecido, quando o doente inicia um esforço inspiratório ou independentemente do esforço do doente se for atingido o limite de tempo pré-estabelecido, diminuindo o esforço respiratório e melhorando a ventilação alveolar, podendo a sensibilidade da máquina ser ajustada de modo a evitar a hiperventilação quando o ritmo respiratório aumenta por uma ansiedade moderada ou por factores neurológicos (Urden, Stacy & Lough, 2008). A ventilação mecânica foi mantida até 22 de Janeiro, altura em que o doente foi extubado, iniciando oxigenoterapia por máscara de Venturi.

Na admissão foi colocada sonda nasogástrica em drenagem, tendo iniciado alimentação entérica a 17 de Janeiro.

Ainda na admissão foram colocados cateter arterial e cateter venoso central, tendo este último sido removido a 23 de Janeiro.

O doente foi transferido para o hospital de origem a 25 de Janeiro.

2.1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A CIPE

“O que não formos capazes de nomear, não seremos capazes de controlar, financiar, ensinar, investigar ou introduzir nas decisões políticas.” (Lang, 1992, Cit. por Taxa & Reigada, 2006)

No Hospital de Braga encontra-se implementado o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), que tem na sua base a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Esta classificação surgiu, pela primeira vez, em 1996, tendo surgido, entretanto novas e aperfeiçoadas versões. A sua importância reside, essencialmente, no facto de fornecer uma terminologia para a prática de enfermagem que funciona como um modelo unificador, no qual os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados, permitindo a comparação de dados de enfermagem. Os seus objectivos incluem, então, o estabelecimento de uma linguagem comum, a possibilidade de descrever os cuidados de enfermagem, a comparação de dados de enfermagem, a demonstração das tendências em enfermagem e o estímulo à investigação (Taxa & Reigada, 2006).

É composta por fenómenos de Enfermagem (aspecto da saúde relevante para a prática de enfermagem), diagnósticos de Enfermagem (designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno de Enfermagem que representa o foco das suas intervenções) acções de Enfermagem (acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem) e resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (medição ou condição de um diagnóstico de Enfermagem a intervalos de tempo, após implementar as intervenções de Enfermagem) (Taxa & Reigada., 2006).

O processo de enfermagem é o método utilizado pelos enfermeiros para a promoção do pensamento preciso e disciplinado. Trata-se de um método que possui cinco fases, que permitem a tomada de decisão clínica e resolução de problemas através do planeamento dos cuidados a prestar. As fases são (Urden, Stacy & Lough, 2008):

- Colheita de dados – colheita da história clínica de enfermagem, realizada através de entrevista, observação e medição;
- Apreciação – identificação dos problemas reais e potenciais do doente, realizada através da revisão de dados, atribuição de um significado a estes dados, com base na teoria e investigação conhecidas e emissão de juízos;
- Planeamento – identificação de prioridades, objectivos a atingir e intervenções de enfermagem a implementar, através da análise das diferentes alternativas;
- Implementação – aplicação do que foi anteriormente planeado, através do uso de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados, incluindo também a própria organização dos cuidados de enfermagem;
- Avaliação – comparação entre resultados obtidos e esperado e eventual reformulação do plano de cuidados, efectuada através de uma apreciação e reapreciação contínua dos resultados alcançados e das alterações verificadas, comparando-o com os objectivos inicialmente propostos.

Trata-se de um método de tomada de decisão clínica cíclico, uma vez que devido à sua reavaliação contínua “o processo de enfermagem incorpora um arco de feedback que mantém o controlo de qualidade dos outputs de tomada de decisão” (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Existem semelhanças entre o processo de enfermagem e os métodos de resolução de problemas, uma vez que ambos possuem uma forma sistemática e organizada de aproximação aos problemas, mas diferem entre si pelo facto de o processo de enfermagem ser contínuo e não algo episódico.

Procedendo à análise do plano de cuidados do doente, podemos verificar que foram levantados os seguintes diagnósticos:

- Risco de aspiração (início a 16/01/2010);
- Membrana mucosa alterada: boca (início a 16/01/2010);
- Alto risco de úlcera de pressão (início a 16/01/2010);
- Risco de pé equino (início a 16/01/2010);
- Risco de obstipação (início a 16/01/2010);
- Dependência no autocuidado: higiene, em grau elevado (início a 16/01/2010);
- Dependência no autocuidado: uso do sanitário, em grau elevado (início a 16/01/2010);
- Posicionar-se dependente, em grau elevado (início a 16/01/2010);
- Risco de úlcera córnea (início a 16/01/2010);
- Expectorar ineficaz, em grau elevado (início a 16/01/2010);
- Aprendizagem de habilidades para tossir no expectorar não demonstrado (início a 22/01/2010);
- Conhecimento sobre técnica de tosse no expectorar não demonstrado (início a 22/01/2010);
- Expectorar ineficaz, em grau elevado (início a 18/01/2010).

De modo a tornar mais facilmente compreensível, passarei a definir cada termo utilizado, de acordo com a CIPE, na sua versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002):

- Risco – “Um fenómeno de enfermagem para o qual existe um risco é um Fenómeno de Enfermagem que tem como características específicas: Estima-se que um fenómeno de enfermagem indesejável ocorra numa determinada probabilidade.”
- Alto risco de – “Um fenómeno de enfermagem para o qual existe um alto risco é um fenómeno de enfermagem que tem como características específicas: Estima-se que um fenómeno de enfermagem indesejável ocorra com uma probabilidade entre 60-80.”
- Alterado – “Um fenómeno de enfermagem avaliado como Alterado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à Alteração, com as características específicas: afirmação de que alguma coisa se alterou, modificou ou ajustou.”
- Dependente em grau elevado – “Um fenómeno de enfermagem em relação ao qual alguém é avaliado como Dependente, em grau elevado, é um fenómeno de enfermagem Dependente com as características específicas: afirmação de que alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte e a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada substancial.”
- Ineficaz em grau elevado – Um fenómeno de enfermagem é avaliado como Ineficaz, em grau elevado, é um fenómeno de enfermagem ineficaz com as características

específicas: afirmação de que o resultado desejado não está a ser produzido consistentemente e com sucesso e a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada substancial.”

- Não demonstrado – “Um fenómeno de enfermagem avaliado como Não Demonstrado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à Demonstração com as características específicas: negação de que um fenómeno de enfermagem seja evidenciado como um comportamento publicamente observável.”
- Aspiração – “Aspiração é um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas: inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.”
- Úlcera de Pressão – “Úlcera de Pressão é um tipo de Úlcera com as seguintes características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial (úlceras de pressão de grau 1) que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (úlceras de pressão de grau 2); solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (úlceras de pressão de grau 3) progredindo para úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fascia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso (úlceras de pressão de grau 4).”
- Membrana Mucosa – “Mucosa é um tipo de Tegumento com as características específicas: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e tracto genito-urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos.”
- Pé equino – “Pé Equino é um tipo de Movimento Articular com as características específicas: flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direcção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé (o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão), associada a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão sobre o pé de roupa de cama pesada.”
- Obstipação – “Obstipação é um tipo de Eliminação Intestinal com as características específicas: emissão de fezes duras e moldadas, diminuição da frequência de eliminação, diminuição da quantidade de fezes, diminuição dos ruídos intestinais, dor e distensão abdominal, massa abdominal palpável, esforço para evacuar, náuseas acompanhadas por cefaleias e diminuição do apetite.”
- Autocuidado: higiene – “Autocuidado: Higiene é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene.”

- Autocuidado: Uso do Sanitário – “Autocuidado: Uso do Sanitário é um tipo de Autocuidado com as características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, lavar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção.”
- Posicionar-se – “Posicionar-se é um tipo de Auto Cuidado: Actividade Física com as características específicas: mover o corpo, virando-o de um lado para o outro.”
- Úlcera (na CIPE, versão Beta 2, não se encontra uma definição para úlcera córnea) – “Úlcera é um tipo de Tecido com as características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma cratera, com diminuição do aporte sanguíneo a essa área; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico, associada a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno.”
- Expectorar – “Expectorar é um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas: expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos, da traqueia, brônquios ou pulmões por meio da tosse ou escarro.”
- Tossir – “Tossir é um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas: expulsão súbita do ar dos pulmões após uma inspiração profunda e encerramento da glote; reflexo de protecção para limpar as vias aéreas associado a irritação das mesmas.”
- Aprendizagem de habilidades – “Aprendizagem de habilidades é um tipo de Aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício.”
- Conhecimento – “Conhecimento é um tipo de Pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação.”

Aos diagnósticos de enfermagem levantados, foram associadas as seguintes intervenções, do tipo Executar (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002) -“um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica.”:

- Aspirar secreções pelo tubo traqueal (procedimento);
- Aspirar secreções da cavidade oral (procedimento);
- Dar banho na cama;
- Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica;
- Executar técnica de arrefecimento natural;
- Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial;
- Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso central;
- Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico;
- Lavar a boca;
- Lavar os olhos com solução salina;

- Posicionar o doente (procedimento);
- Trocar cachimbo;
- Trocar filtro;
- Trocar transdutor arterial;
- Trocar sensor CO2;
- Trocar cateter urinário;
- Trocar sonda nasogástrica;
- Trocar traqueias do ventilador;
- Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Executar higiene oral;
- Trocar perfusões;
- Executar técnica de exercitação musculo-articular passiva;
- Executar cinesiterapia respiratória;
- Aspirar secreções da cavidade oral;
- Aspirar secreções pelo tubo traqueal;
- Estimular reflexo da tosse.

Foram também associadas ao plano de cuidados as seguintes intervenções, do tipo Gerir (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002) – “tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa”:

- Manter medidas de prevenção de contaminação;
- Optimizar a fralda;
- Optimizar cateter arterial;
- Optimizar cateter central;
- Optimizar cateter urinário / algália segundo PRO.438.HSM.348;
- Optimizar cateter venoso periférico;
- Optimizar "cuff" do tubo traqueal;
- Optimizar sonda nasogástrica;
- Optimizar tubo traqueal;
- Optimizar ventilador por procedimento;
- Optimizar máscara de oxigénio.

Do tipo Informar (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002) – “tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa” foram associadas as seguintes intervenções:

- Ensinar sobre a técnica de tosse;
- Instruir técnica de tosse;
- Treinar a técnica de tosse.

Finalmente, foram associadas ao plano de cuidados as seguintes intervenções do tipo Observar (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002) – “tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa”:

- Monitorizar a dor através da Escala de BPS (Behavioral Pain Scale);
- Vigiar a eliminação urinária;
- Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden;
- Vigiar drenagem gástrica;
- Vigiar a pele;
- Vigiar a eliminação intestinal;
- Vigiar a expectoração;
- Vigiar a pele no local de inserção do cateter arterial;
- Vigiar cavidade oral;
- Vigiar sinais de úlcera de pressão;
- Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central;
- Vigiar a pele no local de inserção do cateter arterial;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter;
- Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central;
- Vigiar conteúdo gástrico;
- Vigiar a eliminação urinária;
- Vigiar dor;
- Vigiar reflexo de tosse.

Passarei a definir cada tipo de Acção de Enfermagem, de acordo com a CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002), de modo a facilitar a compreensão das intervenções efectuadas:

- Aspirar – “Aspirar é um tipo de Succionar com as características específicas: succionar ou retirar uma substância.”
- Dar banho – “Dar banho é um tipo de Executar com as características específicas: aplicar água a alguma coisa, mergulhar alguma coisa em água, pôr alguma coisa em água.”
- Drenar – “Drenar é um tipo de Remover com as características específicas: extrair líquidos.”
- Executar – “Executar é um tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica.”
- Lavar – “Lavar é um tipo de Limpar com as características específicas: fazer com que algo fique limpo com água ou outro líquido no sentido de remover substâncias indesejadas.”
- Posicionar - “Posicionar-se é um tipo de Auto Cuidado: Actividade Física com as características específicas: mover o corpo, virando-o de um lado para o outro.”

- Trocar – Trocar é um tipo de Executar com as características específicas: substituir uma coisa por outra.”
- Alimentar – “Alimentar é um tipo de Executar com as características específicas: dar comida a alguém.”
- Elevar – “Elevar é um tipo de Posicionar com as características específicas: erguer ou içar todo o corpo ou partes do corpo.”
- Estimular – “Estimular é um tipo de Executar com as características específicas: incitar ou despertar alguma coisa.”
- Manter – “Manter é um tipo de Regular com as características específicas: conservar, reter ou continuar alguma coisa.”
- Optimizar – “Optimizar é um tipo de Manter com as características específicas: obter o melhor resultado.”
- Ensinar – “Ensinar é um tipo de Informar com as características específicas: dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.”
- Instruir – “Instruir é um tipo de Ensinar com as características específicas: dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa.”
- Treinar – “Treinar é um tipo de Instruir com as características específicas: desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.”
- Monitorizar – “Monitorizar é um tipo de Vigiar com as características específicas: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares.”
- Vigiar – “Vigiar é um tipo de Observar com as características específicas: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.”

Os registos decorrentes das actividades de vigilância não serão transcritos, podendo ser consultados em anexo, com as respectivas datas de início e de termo (Anexo 1).

Em anexo, encontram-se também as atitudes terapêuticas – dos dois primeiros dias, de modo a não ser demasiado extenso (Anexo 2), assim como um levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem (Anexo 3).

2.2 – TERAPÊUTICA EFECTUADA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A terapêutica efectuada durante o internamento foi (Deglin & Vallerand, 2009):

- Soro fisiológico e glucossalino – indicado na hidratação e fornecimento de cloreto de sódio e glicose em estados de carência e manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a avaliação do balanço hídrico, de sinais e sintomas de hiponatrémia (cefaleias, taquicardia, astenia, secura das mucosas, náuseas, vômitos e câibras) e hipernatrémia (edemas, aumento de peso, hipertensão, taquicardia, febre,

rubor cutâneo, alterações do estado de consciência) e dos valores de glicemia.

- Piperacilina/tazobactam 4,5 g – via endovenosa – 6/6 horas – indicado no tratamento de infecções graves por microrganismos susceptíveis;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a colheita de espécimes para determinação de sensibilidade, avaliação do uso prévio e reacções a antibióticos do tipo penicilinas ou cefalosporinas e a monitorização de sinais e sintomas de anafilaxia (exantema, prurido, edema laríngeo e sibilos), suspendendo de imediato a medicação, avisando o médico e iniciando medidas de suporte.
- Linezolid 600 mg – via endovenosa - 12/12 horas – indicado no tratamento de pneumonia nosocomial e infecções graves da pele e tecidos moles, quando provocadas por bactérias Gram positivas susceptíveis;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a colheita de espécimes para determinação de sensibilidade, avaliação do uso prévio e reacções ao antibiótico e de morbilidades prévias (trombocitopenia, anemia, hipertensão, insuficiência renal ou hepática), vigilância de efeitos secundários (sinais e sintomas de pancitopenia e anafilaxia).
- Levofloxacina 750 mg – via endovenosa – uma vez/dia – indicada no tratamento de infecções das vias aéreas, pele e tecidos moles, osso e estruturas articulares causadas por microrganismos sensíveis;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a colheita de espécimes para determinação de sensibilidade, monitorização de balanço hídrico (garantir aporte hídrico adequado para prevenção de cristalúria e vigilância de efeitos secundários (sinais e sintomas de pancitopenia e anafilaxia).
- Oseltamivir 150 mg – S.N.G. – 12/12 horas – indicado no tratamento de infecções causadas pelo vírus *Influenza A e B*;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a colheita de espécimes para determinação de sensibilidade, vigiar sinais e sintomas de insuficiência renal, vigiar aparecimento de efeitos secundários, que incluem erupções cutâneas, reacções alérgicas incluindo anafilaxia, síndrome de Stevens-Johnson, arritmias cardíacas, convulsão, confusão, agravamento de diabetes, e colite hemorrágica.
- Propofol 2% - via endovenosa – perfusão contínua – anestésico geral, indicado na indução de anestesia geral e início e manutenção de sedação prolongada;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais de hipertensão intracraniana (contra-indicação à sua utilização), de hipotensão arterial e mioclonias.

- Remifentanil 5 mg/50 ml – via endovenosa – perfusão contínua – analgésico narcótico – indicado com suplemento anestésico para anestesia geral, indução/manutenção de anestesia, analgesia pré e pós-operatória;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem vigilância de reacção anafilática, arritmias cardíacas, aumento da pressão intracraniana, depressão respiratória, rigidez muscular e hipotensão.
- Insulina rápida 1 u/ml – via endovenosa – perfusão contínua – indicado no tratamento da diabetes mellitus insulino-dependente ou no controlo da diabetes mellitus que apresenta uma resposta inadequada aos antidiabéticos orais; stress, gravidez ou infecção, causadores de um aumento temporário das necessidades de insulina;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem o despiste de sinais e sintomas de hipoglicemia (ansiedade, arrepios, diaforese, confusão, sonolência, polifagia, cefaleias, irritabilidade, náuseas, taquicardia, tremores, astenia) ou de hiperglicemia (sonolência, pele seca e ruborizada, hálito adoçado, poliúria, anorexia, astenia e polidipsia), avaliação regular do valor de glicemia capilar, com o conseqüente ajuste de dose.
- Furosemida 2 mg/ml – via endovenosa – perfusão contínua – indicado no controlo do edema secundário a insuficiência cardíaca congestiva, doença renal ou hepática, tratamento da hipertensão e da hipercalemia;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização de balanço hídrico, parâmetros hemodinâmicos, presença de edema, sinais de desidratação, mucosas secas, letargia, oligúria e a vigilância de sinais de anorexia, náuseas e vômitos, em doentes com administração concomitante de digitálicos (a hipocaliémia devido ao uso de diuréticos aumenta o risco de efeitos tóxicos de digitálicos).
- Haloperidol 15 mg/50 ml – via endovenosa – perfusão contínua – indicado no tratamento de psicoses agudas e crónicas;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância do estado mental do doente (orientação, humor e comportamento) durante a administração, monitorizar a tensão arterial (tem efeitos anti-hipertensores), monitorizar balanço hídrico (pode provocar retenção urinária), vigiar o trânsito intestinal (pode causar obstipação), monitorizar a ocorrência de efeitos extra-piramidais (movimentos distónicos, crises oculogiras, síndromes parkinsonicas) desde acatisia no início da terapêutica até discinésias tardias após terapêutica prolongada, vigiar sinais e sintomas de síndrome maligno dos neurolépticos (rigidez dos músculos esqueléticos, palidez, hipertermia, disfunção autonómica, alteração do estado de consciência, leucocitose, aumento da função hepática, aumento de CPK) e vigilância de ocorrência de arritmias.

- Metilprednisolona 40 mg – via endovenosa – 12/12 horas – glucocorticóide de acção intermédia - indicado no tratamento de inflamações crónicas, doenças alérgicas, hematológicas, neoplásicas e auto-ímmunes;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a detecção de sinais de insuficiência supra-renal Hipotensão, perda de peso, astenia, náuseas, vómitos, anorexia, letargia, confusão, agitação), monitorizar o balanço hídrico, despistando a presença de edemas ou aumento de peso consistente, avaliação do crescimento (nas crianças), avaliação de glicemia capilar (pode causar hiperglicemia), vigilância de características das fezes, despistando presença de sangue.
- Pantoprazol 40 mg – via endovenosa – uma vez/dia – indicado no tratamento de úlcera péptica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger Ellison, erradicação do *H. pylori*, em associação ;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de encefalopatia (desde pequenas alterações de personalidade e na cognição, até a uma diminuição significativa da memória e da atenção e até coma, a nível cognitivo e desde ligeiros déficits motores até hipertonia, hiperreflexia e sinal de Babinsky positivo, a nível motor) e a vigilância de sinais de pancitopenia (sangramento, infecção, palidez).
- N-acetilcisteína 600 mg – via endovenosa – uma vez/dia – indicado no tratamento de intoxicações por paracetamol e mucolítico;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização da função hepática (nos casos de intoxicação por paracetamol), a vigilância da função respiratória (quando utilizado como mucolítico), aspirando secreções com frequência e a vigilância do aparecimento de náuseas, vómitos e urticária.
- Enoxaparina 40 mg – via subcutânea – uma vez/dia – heparina de baixo peso molecular - indicado na profilaxia e tratamento de distúrbios tromboembólicos, incluindo tromboembolismo venoso, embolia pulmonar, fibrilhação auricular com embolismo, coagulopátias e tromboembolismo arterial periférico;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de hemorragias (gengivorragias, epistaxis, equimoses, fezes tipo borra de café, hematúria, hipotensão), de reacções anafiláticas (exantema, urticária e arrepios), vigilância no local de punção do aparecimento de hematomas, equimose ou inflamação e vigilância de trombocitopenia.
- Sene 24 mg – S.N.G. – uma vez/dia – indicado como laxante;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância do trânsito intestinal (para exclusão de obstrução), dores abdominais, náuseas, cólicas e diarreias, que poderão conduzir a desequilíbrio hidroelectrolítico.

- Leite de magnésia 15 ml – S.N.G. – 8/8 horas – indicado no tratamento da obstipação, acção laxante, como no tratamento de situações resultantes do refluxo gastro-esofágico e da hiperacidez tais como: azia, enfartamento e indigestão;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de hipermagnesémia (fraqueza muscular, alterações electrocardiográficas, bradicárdia, hipotensão e sonolência, que podem progredir para paragem respiratória e bloqueio cardíaco) e vigiar sinais de desidratação (causada pelas perdas nas dejeções).
- Aminofilina 240 mg – via endovenosa – 12/12 horas – broncodilatador – indicado no tratamento de obstruções reversíveis das vias aéreas devido a doença pulmonar obstrutiva crónica ou asma;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de parâmetros hemodinâmicos, uma vez que pode causar taquicardia e arritmias (extrassístoles auriculares e ventriculares, taquicardia supraventricular e fibrilhação ventricular), aumento da frequência respiratória, vigilância de náuseas, vômitos, anorexia e cólicas, vigilância de convulsões e tremores.
- Tiamina 100 mg – via endovenosa – uma vez/dia – vitamina B1 – indicada no tratamento das avitaminoses que podem conduzir, em casos extremos, a lesão cerebral irreversível;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de vômitos, náuseas e diarreia e a vigilância de exantema, dificuldade respiratória e choque.
- Tiapridal 100 mg – via endovenosa – 8/8 horas – neuroléptico – indicado no tratamento de perturbações do comportamento na abstinência alcoólica: abstinência alcoólica aguda e pós-abstinência alcoólica;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância do estado mental do doente (orientação, humor e comportamento) durante a administração, monitorizar a tensão arterial (tem efeitos anti-hipertensores), monitorizar balanço hídrico (pode provocar retenção urinária), vigiar o trânsito intestinal (pode causar obstipação), monitorizar a ocorrência de efeitos extra-piramidais (movimentos distónicos, crises oculogiras, síndromes parkinsónicas) desde acatísia no início da terapêutica até discinésias tardias após terapêutica prolongada, vigiar sinais e sintomas de síndrome maligno dos neurolépticos (rigidez dos músculos esqueléticos, palidez, hipertermia, disfunção autonómica, alteração do estado de consciência, leucocitose, aumento da função hepática, aumento de CPK) e vigilância de ocorrência de arritmias.
- Gluconato de cálcio 1 ampola – via endovenosa – 12/12 horas – indicado no tratamento e prevenção de depleção de cálcio em patologias associadas a

hipocalcemia, incluindo hiperfosfatemia; adjuvante na prevenção da osteoporose pós-menopáusia; tratamento de intoxicação por alguns metais pesados;

- As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização de tensão arterial, pulso e electrocardiograma, uma vez que pode originar vasodilatação com conseqüente hipotensão, bradicardia, arritmias e paragem cardíaca, a vigilância da permeabilidade do cateter (o extravasamento provoca necrose), vigilância de intoxicação por glicosídeos cardíacos e digitálicos e vigilância de náuseas, vômitos e anorexia.
- Cloreto de potássio 7,5% 120 meq – via endovenosa (distribuído nos soros) – indicado no tratamento ou prevenção da depleção de potássio em doentes incapazes de ingestão oral deste electrólito e tratamento de arritmias devidas a toxicidade digitálica;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais e sintomas de hipocaliémia (arritmias, fadiga, poliúria, polidipsia) e de hipercaliémia (fadiga, fraqueza muscular, parestesias, confusão, dispneia, arritmias - prolongamento do segmento ST, prolongamento do segmento QT, maior amplitude dos complexos QRS e abolição de ondas P), monitorização da função renal e vigilância de pulso e tensão arterial durante administração endovenosa.
- Captopril 25 mg – sub-lingual – se tensão arterial sistólica superior a 160 mm Hg – anti-hipertensor – indicado isoladamente ou em conjunto com outros anti-hipertensores no tratamento da hipertensão e da insuficiência cardíaca congestiva;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização da tensão arterial e pulso (pode causar hipotensão marcada, acompanhada de tonturas), a vigilância de tosse (efeito secundário comum), a vigilância de peso e de diminuição de volume (edemas periféricos, crepitações, dispneia), a vigilância de proteinúria (pode ocorrer durante o tratamento, assim como síndrome nefrótico) e de tolerância (pode causar náuseas, vômitos, diarreia, obstipação)
- Nutrison® – S.N.G. – contínuo, de acordo com tolerância – nutrição entérica - indicado no tratamento dietético de patologias relacionadas com a malnutrição, sendo adequado como única fonte de alimentação;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância da tolerância alimentar e a vigilância de enfartamento, náuseas, diarreia e aspiração.
- Dipeptiven® 1 ampola – via endovenosa – uma vez/dia – suplemento de aminoácidos alanina e glutamina - indicado como parte de um regime de nutrição parentérica intravenosa como suplemento das soluções de aminoácidos ou de um regime de perfusão contendo aminoácidos por exemplo em doentes em estados hipercatabólicos e/ou hipermetabólicos;

- As implicações para a prática de enfermagem incluem a monitorização da função hepática (pode causar aumento de enzimas hepáticas) e a vigilância do local de perfusão (preferencialmente, um cateter venoso central).
- Albumina humana 20% 1 ampola – via endovenosa – 2 vezes/dia – derivado do sangue e expansor de volume – indicado na expansão do volume plasmático e manutenção do débito cardíaco em situações associadas a défice de volume, incluindo choque, hemorragia, queimaduras e reposição de albumina em patologias associadas a baixos níveis de proteínas plasmáticas, tais como síndrome nefrótico ou doença hepática terminal;
 - As implicações para a prática de enfermagem incluem a vigilância de sinais vitais, pressão venosa central, registo de balanço hídrico, a vigilância de febre, taquicardia ou hipotensão e a vigilância de sinais de sobrecarga circulatória (aumento da pressão venosa central, hipertensão, ingurgitamento jugular e dispneia) e vigilância de urticária e erupção cutânea.

3 – CONCLUSÃO

Cada vez mais há necessidade de adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos, maior capacidade de decisão e verifica-se, também, uma necessidade crescente de registar e comunicar mais, de modo a promover a evolução da profissão de Enfermagem, acompanhando os avanços tecnológicos e utilizando uma linguagem própria e comum.

A documentação da prática de enfermagem documentam e regulam a qualidade dos cuidados a prestar, sendo por isso essenciais para que se consolide a área de actuação da profissão e se prestem mais e melhores cuidados em tempo útil.

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me reflectir sobre a prática de cuidados ao doente com pneumonia internado numa unidade de cuidados intensivos, para além de me possibilitar uma maior familiarização com a linguagem CIPE. Para além disso, devo também realçar que, não apenas na realização deste estudo de caso, mas também durante o estágio que desenvolvi, fui capaz de valorizar a importância da existência de uma linguagem comum no registo das actividades de enfermagem, devido a todas as suas vantagens como a uniformidade de critérios, a continuidade de cuidados, uma mais fácil compreensão dos resultados e ganhos em saúde do indivíduo obtidos e, principalmente, o facto de proporcionar uma documentação consistente dos cuidados de enfermagem.

Após a elaboração deste estudo, considero que os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, pese embora as limitações de tempo inerentes ao estágio.

4- BIBLIOGRAFIA

BIAL - **Pneumonia adquirida na comunidade** [em linha]. São Mamede do Coronado: Bial. [Consultado em 28 de Janeiro de 2010]. Disponível na Internet: <URL:http://www.bial.com/pt/a_sua_saude.10/areas_terapeuticas_bial.13/antibioterapia_bial.46/pneumonia_bial.51.html>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-5-3.

DEGLIN, Judith; VALLERAND, April - **Guia farmacológico para enfermeiros**. 10ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-972-8930-44-8.

DUHAMEL, Fabie; FORTIN, Marie-Fabienne - **Os estudos de tipo descritivo**. In: FORTIN, Marie-Fabienne. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999, 12, p. 161-172.

FERNANDEZ, Elaine - Só «fazer as observações»: a prática reflexiva na enfermagem. Lisboa: **Revista Nursing**. ISSN: 0871-6196. N.º 124 (1998), p. 18-22.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

LINO, Alexandrina. **Precauções Padrão ou Universais**. 2009. Material de apoio às aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I - Módulo III - Infecção hospitalar, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

MORGADO, Manuel; ROLO, Sandra - Pneumonia adquirida na comunidade no indivíduo imunocompetente. Lisboa: Boletim do CIM - Centro de Informação do Medicamento. (2005), p. 3-4.

Osuna, Alina, et al. - Pneumonia adquirida na comunidade e Pneumonia Severity Index 20 (PSI-20): um estudo de 262 doentes. Lisboa: Medicina Interna - Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. ISSN: 0872-671X. Vol. 13 (2006), p. 162-171.

PAULA, Filipe - **Pneumonia** [em linha]. Lisboa : Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2007. [Consultado em 28 de Janeiro de 2010]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.aefml.pt/download/comissao2004/annotadas%205%20ano%200708/Medicina%20II/Medicina/Doenas%20Infecciosas/Aula%20Pneumonia.pdf>>.

TAXA, Magda; REIGADA, Paula - **Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem**. 2006. Material de apoio à formação da Sub-Região de Saúde de Braga.

TRAVIS, William D.; BEASLEY, Mary Beth; RUBIN, Emanuel - **Sistema Respiratório**. In: RUBIN, Emanuel et al. Patologia: bases clinicopatológicas da medicina. 4ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006, 12. ISBN: 978-852-7713-09-2. p. 597-672.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. - **Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-08-6.

5 – ANEXOS

5.1 – ANEXO 1 – REGISTO DE VIGILÂNCIAS

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Parâmetro	Data	hora	Valor Parâmetro hora	Data	Valor
Monitorizar a dor através da Escala de BPS (Behavioral Pain Scale)	16-01	10:00	6		
	17-01	10:00	3		
	18-01	10:00	3		
	19-01	10:00	4		
	20-01	10:00	3		
	21-01	10:00	3		
	22-01	10:00	4		

6

4

2

0

Temperatura Corporal

42
41
40
39
38
37
36
35
34

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

NOTAS GERAIS

16-Jan 04:59 Obs. Turno: Deu entrada no serviço vindo do Hospital de Barcelos com o diagnóstico de Pneumonia, com entubação endotraqueal e com ventilação mecânica.
17-Jan 08:18 Obs. Turno: foi voltado a colocar em decúbito dorsal, pelas 4h, sem intercorrencias.
22-Jan 21:43 Obs. Turno: Executado técnica de tosse assistida mecanica.

SEDAÇÃO

21-Jan Manhã Não Realizado por: Suspendeu sedação.

Vigiar a eliminação urinária

16-Jan 04:57 Cor Amarelo citrino
Aspecto Límpido
16-Jan 13:23 Cor Amarelo escuro
Aspecto Límpido
16-Jan 18:15 Cor Amarelo escuro
Aspecto Límpido
17-Jan 08:14 Cor Amarelo citrino
Aspecto Límpido
17-Jan 15:09 Aspecto Límpido
17-Jan 20:54 Cor Amarelo escuro
Aspecto Límpido

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE//MISTO

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

18-Jan 01:05 Cor Amarelo citrino

Vigiar drenagem gástrica

16-Jan 04:57 aspecto acastanhado

16-Jan 13:23 drenagem de características hemáticas.

16-Jan 21:27 sem drenado

17-Jan 08:13 drenagem de características hemáticas.

17-Jan 14:01 Esverdeada.

Vigiar a pele

16-Jan 04:59 normal

16-Jan 13:26 sem sinais inflamatórios

16-Jan 18:17 pele integra

17-Jan 08:16 pele integra

17-Jan 15:10 Normal.

Vigiar a eliminação intestinal

16-Jan 04:59 Quantidade Sem dejecções

16-Jan 13:27 Quantidade Sem dejecções

16-Jan 18:17 sem dejecções

17-Jan 08:17 Quantidade Sem dejecções

17-Jan 15:10 Quantidade Sem dejecções

17-Jan 20:54 Quantidade Sem dejecções

18-Jan 01:07 Quantidade Sem dejecções

18-Jan 13:51 Quantidade Sem dejecções

18-Jan 18:18 Quantidade Sem dejecções

19-Jan 08:00 ausentes

19-Jan 15:58 Quantidade Sem dejecções, feito toque rectal não apresenta fezes na ampola.

19-Jan 19:33 Quantidade Sem dejecções

20-Jan 06:55 Sem dejecções no turno

20-Jan 13:18 Quantidade Abundante (++++++)
Cor Castanha
Consistência Líquida

20-Jan 17:56 Quantidade Escassa (+)
Cor Castanha
Consistência Líquida

21-Jan 08:05 Quantidade Sem dejecções

21-Jan 14:43 Quantidade Sem dejecções

21-Jan 20:04 Quantidade Sem dejecções

22-Jan 08:04 Quantidade Sem dejecções

22-Jan 15:02 Quantidade Moderada (+++)
Consistência Líquida

22-Jan 20:47 ausente.

22-Jan 23:58 Quantidade Sem dejecções

23-Jan 11:31 sem dejecções

Vigiar a expectoração

16-Jan 04:58 Aspecto mucopurulentas
Quantidade abundantes

16-Jan 13:25 Aspecto hemáticas
Quantidade abundantes

16-Jan 18:17 Quantidade abundantes
Aspecto hemáticas no tot

Quantidade abundantes e viscosas na orofaringe

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE//MISTO

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

17-Jan 08:16	Aspecto mucopurulentas Quantidade abundantes
17-Jan 15:10	Quantidade moderada
17-Jan 20:54	Aspecto mucopurulentas Quantidade moderada
18-Jan 01:07	Quantidade moderada amarelas
18-Jan 13:52	Aspecto mucopurulentas Quantidade moderada no tubo e boca
18-Jan 18:18	Aspecto mucopurulentas Aspecto hemáticas Quantidade abundantes
19-Jan 08:00	Quantidade moderada. viscosas com vestígios hemáticos na orofaringe Quantidade escassas, aspecto hemáticas endotraqueais
19-Jan 15:58	Aspecto mucopurulentas Quantidade moderada
19-Jan 19:34	Quantidade escassas no TOT Aspecto mucopurulentas Quantidade abundantes na Orofaringe
20-Jan 06:55	Quantidade escassas
20-Jan 13:18	Aspecto mucosas Quantidade escassas no TOT Aspecto mucopurulentas Quantidade abundantes na OF
20-Jan 17:57	Quantidade escassas, no tubo. Quantidade moderada, viscosas acastanhadas na orofaringe.
21-Jan 08:05	Aspecto mucopurulentas Quantidade moderada
21-Jan 14:46	Quantidade moderada
21-Jan 20:04	Aspecto mucosas Quantidade moderada
22-Jan 00:35	Aspecto mucopurulentas Quantidade moderada
22-Jan 15:02	Moderadas, amareladas no TOT, amareladas/viscosas na orofaringe.
22-Jan 20:47	Escassas na orofaringe
23-Jan 08:32	Tosse e deglute
23-Jan 11:31	Quantidade moderada Aspecto mucopurulentas
Vigiar a pele no local de inserção do catéter arterial	
16-Jan 04:58	sem sinais inflamatórios
16-Jan 13:25	apresenta hematoma e sangramento no local de inserção
16-Jan 18:17	sem sinais inflamatórios
17-Jan 08:16	sem sinais inflamatórios
Vigiar cavidade oral	
16-Jan 04:58	Língua Saburreica Lábios Secos
16-Jan 13:24	Mucosa oral Com lesões Língua Seca Lábios Com fissuras
16-Jan 18:15	Mucosa oral Seca Lábios Secos
17-Jan 08:15	Mucosa oral Com lesões Língua Seca Lábios Lisos e rosados
17-Jan 15:10	Lábios Secos
17-Jan 20:54	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
18-Jan 01:07	Mucosa oral Rosada e húmida

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE//MISTO

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

18-Jan 13:53	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
18-Jan 18:17	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Saburreica Lábios Lisos e rosados
19-Jan 08:00	Mucosa oral Com lesões Língua Saburreica Lábios Lisos e rosados
19-Jan 15:59	Língua Seca Lábios Secos
19-Jan 19:34	Mucosa oral Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
20-Jan 06:55	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
20-Jan 13:19	Língua Seca Lábios Secos
20-Jan 17:57	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Com fissuras
21-Jan 08:05	Língua Seca Lábios Secos
21-Jan 14:46	Lábios Secos
21-Jan 20:04	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
22-Jan 00:36	Mucosa oral Rosada e húmida
22-Jan 15:04	Mucosa oral Rosada e húmida Língua Rosada e húmida Lábios Lisos e rosados
22-Jan 20:47	Lábios Secos Língua Rosada e húmida Mucosa oral Rosada e húmida
23-Jan 08:32	Mucosa oral Seca Lábios Secos Língua Saburreica
23-Jan 11:31	Mucosa oral Seca Lábios Secos

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter

16-Jan 04:58	sem sinais inflamatórios
16-Jan 13:25	sem sinais inflamatórios
16-Jan 18:16	sem sinais inflamatórios
17-Jan 08:15	sem sinais inflamatórios

Vigiar sinais de úlcera de pressão

16-Jan 04:58	ausentes
16-Jan 13:23	sem sinais de pressão
16-Jan 18:16	sem sinais de ulcera de pressão
17-Jan 08:14	sem sinais de pressão
17-Jan 15:10	ausente.
17-Jan 20:54	sem

Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central

16-Jan 04:58	sem sinais inflamatórios
16-Jan 13:23	apresentava penso repassado de sangue.
16-Jan 18:15	sem sinais inflamatórios
17-Jan 08:15	sem sinais inflamatórios

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE//MISTO

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

Executar técnica de arrefecimento natural

16-Jan 02:00 Realizada em SOS

Executar tratamento ao local de inserção do catéter arterial

16-Jan 13:27 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso central

16-Jan 13:27 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso periférico

16-Jan 13:27 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

Vigiar a pele no local de inserção do catéter arterial

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 sem sinais inflamatórios

Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 sem sinais inflamatórios

Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central

19-Jan 11:00 Realizada em SOS

19-Jan 11:00 sem sinais inflamatórios

Vigiar conteúdo gástrico

17-Jan 20:54 sem residuos

18-Jan 01:07 apresentava nutrison na boca, colocado em drenagem antes de colocar em decubito ventral

18-Jan 13:52 Aspecto aquoso

18-Jan 18:18 Aspecto alimentos não digeridos

19-Jan 08:01 Aspecto biliar, quantidade escassa

19-Jan 15:59 Aspecto biliar

19-Jan 19:35 Aspecto alimentos não digeridos

20-Jan 06:56 Aspecto alimentos não digeridos

Aspecto biliar

20-Jan 13:19 Aspecto aquoso

20-Jan 17:59 Sem estase gástrica.

21-Jan 08:05 Aspecto aquoso

21-Jan 14:45 Ausente.

21-Jan 20:05 Está a tolerar a alimentação entérica

22-Jan 00:36 Sem estase.

22-Jan 15:03 S/ conteúdo.

22-Jan 20:47 não apresenta conteúdo biliar.

22-Jan 23:58 Ausente

23-Jan 11:31 tolerou alimentação

Vigiar a eliminação urinária

18-Jan 18:18 Realizada em SOS

18-Jan 18:18 Cor Amarelo citrino

Aspecto Límpido

19-Jan 16:01 Realizada em SOS

19-Jan 16:01 Cor Amarelo escuro

Aspecto Límpido

22-Jan 23:58 Realizada em SOS

22-Jan 23:58 Cor Amarelo citrino

Aspecto Límpido

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE//MISTO

Folha de Vigilância das últimas 24h

Cama:

Internado em:

16 Janeiro 2010 01:32

Período: 16 Jan 2010 a 23 Jan 2010 00:00 17:00

Outros Parâmetros

Registado em Enfº

Notas

Executar técnica de exercitação musculoesquelética passiva

18-Jan 15:18 Realizada em SOS
 20-Jan 14:49 Realizada em SOS
 20-Jan 17:00 Realizada em SOS
 21-Jan 14:44 Realizada em SOS
 21-Jan 16:15 Realizada em SOS
 23-Jan 10:00 Realizada em SOS

Executar cinesioterapia respiratória

18-Jan 15:18 Realizada em SOS
 18-Jan 21:29 Realizada em SOS
 19-Jan Manhã Não Realizado por: por indicação médica
 19-Jan 19:35 Pelo Snr Enf Pascoal
 20-Jan 13:19 Executado pelo enfermeiro especialista de reabilitação
 20-Jan 14:49 Realizada em SOS
 21-Jan 16:35 Realizada em SOS
 22-Jan 21:42 Realizada em SOS

Vigiar dor

22-Jan 15:04 S/ dor.
 22-Jan 20:48 Não refere dor, nem apresenta sinais indicativos de dor.
 23-Jan 08:32 Não refere dor
 23-Jan 11:32 não refere dor

Vigiar reflexo de tosse

22-Jan 15:05 Ineficaz
 22-Jan 20:48 Reflexo de tosse presente e eficaz.
 23-Jan 08:32 Presente
 23-Jan 11:32 presente e espontaneo/voluntario

Novos Status/Fenómenos

Registado em	Enfº	Fenómeno	Status
16 Jan 02:26		Aspiração	risco de aspiração
16 Jan 02:39		Membrana Mucosa	membrana mucosa alterado boca
16 Jan 02:39		Úlcera de Pressão	úlceras de pressão alto risco de úlcera de pressão
16 Jan 02:39		Pé Equino	risco de pé equino
16 Jan 02:39		Obstipação	risco de obstipação
16 Jan 02:40		Auto Cuidado: Higiene	dependência no auto cuidado: higiene , em grau elevado
16 Jan 02:40		Posicionar-se	posicionar-se dependente, em grau elevado
16 Jan 02:40		Auto Cuidado: Uso do Sanitário	dependência no auto cuidado: uso do sanitário , em grau elevado
16 Jan 02:40		Úlcera	risco de úlcera córnea
18 Jan 01:14		Expectorar	expectorar ineficaz, em grau elevado
22 Jan 15:04		Expectorar	aprendizagem de habilidades para tossir no expectorar não demonstrado
22 Jan 15:04		Expectorar	conhecimento sobre técnica de tosse no expectorar não demonstrado

5.2 – ANEXO 2 - ATITUDES TERAPÊUTICAS

Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.
2010/01/16	Manhã	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			
2010/01/16	Manhã	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO FC			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO FC			
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA DOR			
2010/01/16	Manhã	CATÉTER ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Manhã	CATÉTER VENOSO CENTRAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	CATÉTER ARTERIAL			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃ O DE PESO CORPORAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE FR			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			
2010/01/16	Manhã Peq	BALANÇO HIDRICO			
2010/01/16	Manhã	BALANÇO HIDRICO			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	PAUSA ALIMENTAR			
2010/01/16	Manhã	PAUSA ALIMENTAR			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	VENTILAÇÃO MECÂNICA			
2010/01/16	Manhã	VENTILAÇÃO M ECÂNICA			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	SEDAÇÃO			
2010/01/16	Manhã	SEDAÇÃO			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	ISOLAMENTO			
2010/01/16	Manhã	ISOLAMENTO			Sim
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE FR			
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			
2010/01/16	Manhã Peq	ALGALIAÇÃO			
2010/01/16	Manhã	ALGALIAÇÃO			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			
2010/01/16	Manhã Peq	CATÉTER VENOSO CENTRAL			
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			Sim
2010/01/16	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA DOR			Sim
2010/01/16	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			
2010/01/16	Manhã	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			Sim
2010/01/16	Tarde	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO FC			Sim
2010/01/16	Tarde	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			Sim
2010/01/16	Tarde	PAUSA ALIMENTAR			Sim
2010/01/16	Tarde	VENTILAÇÃO MECÂNICA			Sim
2010/01/16	Tarde	SEDAÇÃO			Sim
2010/01/16	Tarde	ISOLAMENTO			Sim

S
Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE FR			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			Sim
2010/01/16	Tarde	ALGALIAÇÃO			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			Sim
2010/01/16	Tarde	BALANÇO HIDRICO			Sim
2010/01/16	Tarde	CATÉTER VENOSO CENTRAL			Sim
2010/01/16	Tarde	CATÉTER ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			Sim
2010/01/16	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA DOR			Sim
2010/01/16	Tarde	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			Sim
2010/01/16	Noite	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			Sim
2010/01/16	Noite	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			Sim
2010/01/16	Noite	PAUSA ALIMENTAR			Sim
2010/01/16	Noite	VENTILAÇÃO MECÂNICA			Sim
2010/01/16	Noite	SEDAÇÃO			Sim
2010/01/16	Noite	ISOLAMENTO			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DE FR			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Noite	BALANÇO HIDRICO			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			Sim
2010/01/16	Noite	ALGALIAÇÃO			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			Sim
2010/01/16	Noite	CATÉTER VENOSO CENTRAL			Sim
2010/01/16	Noite	CATÉTER ARTERIAL			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO DA DOR			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO FC			Sim
2010/01/16	Noite	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			Sim
2010/01/16	Noite	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			Sim
2010/01/17	Manhã	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			
2010/01/17	Manhã Peq	BALANÇO HIDRICO			
2010/01/17	Manhã	BALANÇO HIDRICO			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	ALGALIAÇÃO			
2010/01/17	Manhã Peq	CATÉTER VENOSO CENTRAL			
2010/01/17	Manhã	CATÉTER VENOSO CENTRAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	CATÉTER ARTERIAL			
2010/01/17	Manhã	CATÉTER ARTERIAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA DOR			
2010/01/17	Manhã Peq	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			
2010/01/17	Manhã	ISOLAMENTO			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	VENTILAÇÃO MECÂNICA			
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			

UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE

Plano de Cuidados entre 16/01/2010 01:32 a 24/01/2010 14:13

Cama: em

Entrada às:

01:32

16 Janeiro 2010

S **Atitudes Terapêuticas**

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE FR			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE FR			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			Sim
2010/01/17	Manhã	ALGALIAÇÃO			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO FC			
2010/01/17	Manhã	PAUSA ALIMENTAR			Sim
2010/01/17	Manhã	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			Sim
2010/01/17	Manhã	VENTILAÇÃO MECÂNICA			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	SEDAÇÃO			
2010/01/17	Manhã	SEDAÇÃO			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	PAUSA ALIMENTAR			
2010/01/17	Manhã Peq	ISOLAMENTO			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO DA DOR			Sim
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO FC			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			
2010/01/17	Manhã	MONITORIZAÇÃO ELECTROCARDIOGRÁFICA			Sim
2010/01/17	Manhã Peq	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			
2010/01/17	Manhã	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			Sim
2010/01/17	Tarde	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL			Sim
2010/01/17	Tarde	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO			Sim
2010/01/17	Tarde	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : DRENAGEM GÁSTRICA			Sim
2010/01/17	Tarde	PAUSA ALIMENTAR			Sim
2010/01/17	Tarde	SEDAÇÃO			Sim
2010/01/17	Tarde	VENTILAÇÃO MECÂNICA			Sim
2010/01/17	Tarde	ISOLAMENTO			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE PESO CORPORAL			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE FR			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE TENSÃO ARTERIAL			Sim
2010/01/17	Tarde	INTUBAÇÃO NASO-GÁSTRICA : GAVAGEM			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA SAT O2			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL			Sim
2010/01/17	Tarde	ALGALIAÇÃO			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO GLICEMIA CAPILAR			Sim
2010/01/17	Tarde	BALANÇO HIDRICO			Sim
2010/01/17	Tarde	CATÉTER VENOSO CENTRAL			Sim
2010/01/17	Tarde	CATÉTER ARTERIAL			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO DA DOR			Sim
2010/01/17	Tarde	MONITORIZAÇÃO FC			Sim

5.3 – ANEXO 3 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES

PS	Início		Diagnóstico de Enfermagem	Termo
	Data/Hora Enfº	Data/Hora Enfº		
	2010/01/16	02:25	Aspiração	
			Especificações	
	2010/01/16	02:26	<i>risco de aspiração</i>	
	2010/01/16	02:38	Membrana Mucosa	
			Especificações	
	2010/01/16	02:39	<i>membrana mucosa alterado boca</i>	
	2010/01/16	02:39	Úlcera de Pressão	
			Especificações	
	2010/01/16	02:39	<i>úlceras de pressão alto risco de úlcera de pressão</i>	
	2010/01/16	02:39	Pé Equino	
			Especificações	
	2010/01/16	02:39	<i>risco de pé equino</i>	
	2010/01/16	02:39	Obstipação	
			Especificações	
	2010/01/16	02:39	<i>risco de obstipação</i>	
	2010/01/16	02:40	Auto Cuidado: Higiene	
			Dependência	
	2010/01/16	02:40	<i>dependência no auto cuidado: higiene , em grau elevado</i>	
	2010/01/16	02:40	Posicionar-se	
			Dependência	
	2010/01/16	02:40	<i>posicionar-se dependente, em grau elevado</i>	
	2010/01/16	02:40	Auto Cuidado: Uso do Sanitário	
			Dependência	
	2010/01/16	02:40	<i>dependência no auto cuidado: uso do sanitário , em grau elevado</i>	
	2010/01/16	02:40	Úlcera	
			Especificações	
	2010/01/16	02:40	<i>risco de úlcera córnea</i>	
	2010/01/18	01:14	Expectorar	
			Especificações	
	2010/01/22	15:04	<i>aprendizagem de habilidades para tossir no expectorar não demonstrado</i>	
	2010/01/22	15:04	<i>conhecimento sobre técnica de tosse no expectorar não demonstrado</i>	
			Ineficácia	
	2010/01/18	01:14	<i>expectorar ineficaz, em grau elevado</i>	

PS	Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
	Data / Hora Enfº	Data / Hora Enfº			
			Executar		
	2010/01/16	04:47	Aspirar secreções pelo tubo traqueal (procedimento)	S/ Horário	2010/01/22 15:00
	2010/01/16	04:47	Aspirar secreções da cavidade oral (procedimento)	S/ Horário	
	2010/01/16	04:48	Dar banho na cama	T:Manhã	
	2010/01/16	04:48	Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	S/ Horário	2010/01/17 17:24
	2010/01/16	04:48	Executar técnica de arrefecimento natural	S.O.S.	
	2010/01/16	04:49	Executar tratamento ao local de inserção do catéter arterial	S.O.S.	
	2010/01/16	04:49	Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso central	S.O.S.	2010/01/23 13:41
	2010/01/16	04:49	Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso periférico	S.O.S.	
	2010/01/16	04:50	Lavar a boca	S/ Horário	2010/01/18 01:06

Início					Termo
Data / Hora	Enfº	Intervenções de Enfermagem	Data / Hora	Enfº	Horário
2010/01/16	04:50	Lavar os olhos com solução salina			S/ Horário
2010/01/16	04:51	Posicionar o doente (procedimento)			3/3 horas
2010/01/16	04:52	Trocar cachimbo			T:Manhã
2010/01/16	04:52	Trocar filtro			T:Manhã
2010/01/16	04:52	Trocar transdutor arterial			4/4 dias
2010/01/16	04:52	Trocar sensor CO2			3/3 dias
2010/01/16	04:52	Trocar catéter urinário			7/7 dias
2010/01/16	04:52	Trocar sonda nasogástrica			7/7 dias
2010/01/16	04:52	Trocar traqueias do ventilador			7/7 dias
2010/01/17	17:26	Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica			S/ Horário
2010/01/17	17:26	Elevar a cabeceira da cama			S/ Horário
2010/01/17	17:26	Executar higiene oral			S/ Horário
2010/01/17	17:27	Trocar perfusões			3/3 dias
2010/01/18	15:17	Executar técnica de exercitação musculartoarticular passiva			S.O.S.
2010/01/18	15:17	Executar cinesiterapia respiratória			T:Tarde T:Manhã
2010/01/18	15:17	Aspirar secreções da cavidade oral			S/ Horário
2010/01/18	15:17	Aspirar secreções pelo tubo traqueal			S/ Horário
2010/01/22	15:04	Estimular reflexo da tosse			S/ Horário
Gerir					
2010/01/16	02:43	Manter medidas de prevenção de contaminação			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar a fralda			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar catéter arterial			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar catéter central			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar catéter urinário / algália segundo PRO.438.HSM.348			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar catéter venoso periférico			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar "cuff" do tubo traqueal			S/ Horário
2010/01/16	02:43	Optimizar sonda nasogástrica			S/ Horário
2010/01/16	02:44	Optimizar tubo traqueal			S/ Horário
2010/01/16	02:44	Optimizar ventilador por procedimento			S/ Horário
2010/01/22	15:02	Optimizar máscara de oxigénio			S/ Horário
Informar					
2010/01/22	15:04	Ensinar sobre a técnica de tosse			Agora
2010/01/22	15:04	Instruir técnica de tosse			T:Tarde T:Manhã
2010/01/22	15:04	Treinar a técnica de tosse			T:Tarde T:Manhã
Observar					
2010/01/16	02:41	Monitorizar a dor através da Escala de BPS (Behavioral Pain Scale)			7/7 dias
2010/01/16	02:41	Vigiar a eliminação urinária			S/ Horário
2010/01/16	02:41	Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden			7/7 dias
2010/01/16	02:41	Vigiar drenagem gástrica			S/ Horário
2010/01/16	02:41	Vigiar a pele			S/ Horário
2010/01/16	02:41	Vigiar a eliminação intestinal			S/ Horário
2010/01/16	02:42	Vigiar a expectoração			S/ Horário
2010/01/16	02:42	Vigiar a pele no local de inserção do catéter arterial			S/ Horário
2010/01/16	02:42	Vigiar cavidade oral			S/ Horário

Início					Termo
Data / Hora	Enf°	Intervenções de Enfermagem	Data / Hora	Enf°	Horário
2010/01/16	02:42	Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter			S/ Horário 2010/01/17 08:17
2010/01/16	02:42	Vigiar sinais de úlcera de pressão			S/ Horário 2010/01/18 01:06
2010/01/16	02:43	Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central			S/ Horário 2010/01/17 08:17
2010/01/16	02:51	Monitorizar a dor através da Escala de BPS (Behavioral Pain Scale)			10:00 2010/01/22 15:00
2010/01/17	08:17	Vigiar a pele no local de inserção do catéter arterial			S.O.S.
2010/01/17	08:17	Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter			S.O.S. 2010/01/23 13:41
2010/01/17	08:17	Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central			S.O.S. 2010/01/23 13:41
2010/01/17	17:26	Vigiar conteúdo gástrico			S/ Horário
2010/01/18	01:06	Vigiar a eliminação urinária			S.O.S.
2010/01/22	15:01	Vigiar dor			S/ Horário
2010/01/22	15:04	Vigiar reflexo de tosse			S/ Horário

ANEXO XV – RECOMENDAÇÕES PARA O TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Transporte de Doentes Críticos

Recomendações

2008

**Transportes de Doentes Críticos
Recomendações
2008**

Documento elaborado por:
Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica)
e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Edição:
Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Paginação e Impressão:
DPI Cromotipo

PREÂMBULO

Em 2005, sob proposta do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos nomeou um grupo de trabalho para a elaboração de um documento, com vista à implementação de normas de boas práticas no transporte do doente crítico.

Em 2005, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (S.P.C.I.) avançou com um projecto de actualização do “Guia de Transporte de Doentes Críticos”. Já em 1997, a S.P.C.I. teve oportunidade de, pela primeira vez em Portugal, compilar, divulgar e entregar, oficialmente à então Ministra da Saúde, o referido Guia. Embora se mantenha como documento de referência nesta área, é chegado o momento de o rever e actualizar, tendo em consideração a legislação entretanto publicada e as normas e referências da literatura especializada.

Reconhecendo o trabalho já realizado nesta matéria pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e o interesse da colaboração da Ordem dos Médicos com as Sociedades Científicas, foi aceite a elaboração de um documento conjunto, para apreciação pela Ordem dos Médicos e S.P.C.I.. Esta colaboração é consentânea com o descrito no Estatuto da Ordem dos Médicos, no seu artigo nº 93, alínea a), e no artigo nº 89, alínea g), e dá seguimento ao Ponto nº 3 do Despacho nº 291/2006 do Ministério da Saúde .

A Comissão da Competência em Emergência Médica, necessariamente interessada neste assunto, propôs ao Conselho Nacional Executivo que o documento fosse reconhecido pela Ordem dos Médicos.

A Ordem dos Médicos e a S.P.C.I., ao elaborarem um documento desta natureza, vão ao encontro das preocupações de todos os Médicos que, no seu quotidiano, se vêem confrontados com a decisão de transferir doentes graves ou críticos. Essa decisão é um acto médico. Na prática, os médicos assumem todos os riscos e complicações que podem surgir durante o transporte e as suas consequências, devendo constituir preocupação acrescida da Ordem dos Médicos que as regras das boas práticas sejam implementadas e respeitadas.



Elaboração:



**SOCIEDADE PORTUGUESA
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Edição:



CELOM

ÍNDICE

PREÂMBULO	3
NOTA INTRODUTÓRIA	7
■ PRINCÍPIOS GERAIS	9
1. Decisão	9
2. Planeamento	9
3. Efectivação	10
■ QUESTÕES ÉTICAS	11
■ FORMAÇÃO	11
■ CONTROLO DA QUALIDADE E ACOMPANHAMENTO	12
<hr/>	
■ TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS	
1. Introdução	13
2. Coordenação do transporte	13
3. Profissionais que acompanham o doente	14
4. Equipamento que acompanha o doente	14
5. Monitorização durante o transporte	15
<hr/>	
■ TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES CRÍTICOS	
1. Introdução	16
2. Coordenação do transporte	17
3. Profissionais que acompanham o doente	18
4. Equipamento	18
5. Monitorização	19
6. Decisão para transporte secundário de doentes críticos	19
<hr/>	
■ TRANSPORTE AÉREO/HELITRANSPORTE	
1. Introdução	20
2. Indicações, Contra-Indicações e Segurança	20
3. Considerações Clínicas	21
4. Efectivação	21
<hr/>	
■ TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO: COMO EVITAR COMPLICAÇÕES	
1. Introdução	23
2. Princípios	23
3. Caracterização da população	24
4. Soluções propostas	24
5. Medidas preventivas das complicações	25
6. Erros mais comuns	28
<hr/>	
ANEXO 1	
Fármacos à disposição da equipa de transporte	31
ANEXO 2	
Avaliação para o transporte intra-hospitalar	33
ANEXO 3	
Algoritmo de decisão para o transporte secundário	35
ANEXO 4	
Avaliação para o transporte secundário	37
ANEXO 5	
Lista de verificação para o transporte secundário	39
ANEXO 6	
Formulário para o transporte hospitalar	45



Transporte de Doentes Críticos

Recomendações

Objectivo: Elaboração de normas práticas para o transporte intra-hospitalar e secundário de doentes em estado crítico.

Fontes: Revisão de bases de dados bibliográficos e exposição sistematizada de experiência profissional acumulada.

Grupo de Trabalho: Dr. Fernando Rua (Coordenador), Dr. António Marques, Dr. João Paulo Almeida e Sousa e Dr. Paulo Telles Freitas.



NOTA INTRODUTÓRIA

Em função das exigências clínicas dos doentes em causa e reconhecendo a diferenciação técnica da Medicina Intensiva, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (S.P.C.I.) considera ser sua obrigação intervir na normalização da boa prática no transporte do doente crítico. Em 1997, foi elaborado e divulgado pela S.P.C.I. o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Nessa altura, a S.P.C.I. assumiu a reavaliação periódica das suas recomendações, de acordo com os princípios do processo de melhoria contínua de qualidade. A S.P.C.I. e a Ordem dos Médicos possuem o firme propósito de continuar a promover actualizações com uma periodicidade não superior a cinco anos.

Em 2005, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos nomeou uma Comissão para o Transporte dos Doentes Críticos. Os elementos integrados na referida Comissão foram, igualmente nomeados, pela S.P.C.I., para a revisão do “Guia para o Transporte de Doentes Críticos” existente. A Ordem dos Médicos assume o transporte de doentes críticos como parte integrante do seu tratamento. As normas propostas visam a promoção da segurança e da boa prática clínica no tratamento do doente crítico.

A presente iniciativa é consentânea com o esforço organizativo, assumido por outras entidades congéneres. Em 2002, a Intensive Care Society (Grã Bretanha) publicou as *Guidelines for the Transport of the Critically Ill Adult*. Em 2004, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos divulgou normas de boa prática no transporte secundário de doentes (actualização das suas recomendações de 1992).

Em Portugal, existem instrumentos legais relevantes: Portaria n.º 493/93 (Regulamento de Transporte de Doentes), Decreto-Lei n.º 38/92 (Enquadramento Legal do Transporte de Doentes), Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), Lei n.º 12/97 (que regula a actividade de transporte de doentes por Corpos de Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa). Posteriormente, como actualização da Portaria n.º 439/93, de 27 de Abril, foi publicada a Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro, que define o Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal, incluindo as características das Ambulâncias tipo C (medicalizadas), apropriadas para o transporte inter-hospitalar de doentes graves/críticos. Foi ainda publicada a Portaria n.º 402 / 2007, de 10 de Abril, alterando o número de tripulantes na Ambulância de Socorro e mandatando o licenciamento e a vistoria prévia pelo I.N.E.M. das ambulâncias de todas as entidades, incluindo dos Corpos de Bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa.

As recomendações que agora se apresentam constituem uma compilação actualizada de normas divulgadas, uma actualização das mesmas e um veículo para a divulgação de conhecimentos



práticos, úteis para o transporte do doente (adulto) crítico, promovendo a segurança do doente e dos profissionais. É, igualmente, pertinente a crescente sistematização de recomendações para o transporte pediátrico.

Este documento apresenta os requisitos mínimos, que devem ser disponibilizados, durante o transporte de qualquer doente crítico. Para a operacionalidade do proposto é fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na **formação** (emergência em geral e no transporte aéreo) e a implementação de programas de **acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico** (com o envolvimento e o compromisso das instituições intervenientes).

É pertinente e relevante que se mantenha uma colaboração estreita com o Instituto Nacional de Emergência Médica (Despacho nº 291/2006 do Ministério da Saúde).



■ PRINCÍPIOS GERAIS

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.

O transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado.

É fundamental reflectir sobre o risco / benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve então pôr-se em causa a necessidade do transporte. Quando é possível e seguro, alguns testes diagnósticos e alguns procedimentos podem ser realizados no local, onde o doente se encontra.

Os problemas económicos não devem constituir, em qualquer circunstância, um impedimento para a transferência do doente crítico para um local, onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados. O transporte de doentes críticos envolve as seguintes fases: **Decisão, Planeamento e Efectivação.**

1. Decisão

A decisão de transportar um doente crítico é um acto médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director de serviço.

Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e agravamento de lesão vértebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir directa ou indirectamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente.

2. Planeamento

O planeamento da acção é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, e tomará em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. Este planeamento deverá incluir:

- Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de trajecto estimado;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar, com protecção individual assegurada – seguro/



cobertura em caso de acidente). Escolha do meio de transporte (por exemplo, segundo os critérios propostos nos anexos 2 e 4);

- Selecção dos meios adequados de monitorização;
- Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecção adequada de equipamento e terapêutica;
- Previsão das complicações possíveis.

Proactivamente, deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respectiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco: nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (> 30 minutos). Deve ter-se em atenção, nomeadamente, a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria de ventilador de transporte, a exteriorização ou “clampagem” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria / carga eléctrica de equipamentos.

3. Efectivação

A efectivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou actos terapêuticos). Idênticas responsabilidades cabem aos médicos, que decidiram o transporte. O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.



■ QUESTÕES ÉTICAS

O médico que acompanha o doente num transporte em quaisquer circunstâncias (primário, secundário ou intra-hospitalar), é responsável pelos cuidados ministrados até à sua entrega no serviço/instituição de destino. As instituições são responsáveis pela organização dos meios necessários, para que o transporte de doentes se coadune com as normas de boa prática médica vigentes, salvaguardando-se a necessidade de contacto prévio com o serviço/instituição de destino, de forma a garantir condições de acolhimento idênticas às de que o doente era alvo, no momento da transferência.

■ FORMAÇÃO

A qualificação técnica, aspecto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte.

Para todos, mesmo para os profissionais que, habitualmente, tratam de doentes críticos, deve promover-se a formação específica em transporte desses doentes. Esta formação é relevante, no âmbito do ensino respeitante à Medicina Intensiva, às diversas Especialidades mais relacionadas e que colaboram na Emergência Médica. No mínimo, a preparação da equipa de transporte deve incluir o suporte avançado de vida e, desejavelmente, o suporte avançado de trauma. As equipas específicas de pediatria, ou as que poderão ter necessidade de transportar crianças, devem ter preparação e recomendações específicas.

No caso do transporte aéreo, apenas devem fazer o acompanhamento os profissionais habilitados em suporte avançado de vida e que encontram-se, especificamente, treinados para este tipo de transporte, com formação em fisiologia de voo, nas regras de segurança durante o helitransporte e nos heliportos.



■ CONTROLO DE QUALIDADE E ACOMPANHAMENTO

O controlo da qualidade do transporte e o respeito pelas normas de boa prática nesta matéria devem ser alvo de acompanhamento e auditoria.

A existência de dados objectivos, com a utilização de escalas de pontuação para a definição das necessidades logísticas do acompanhamento durante o transporte, bem como a consignação de metodologias tipificadas para os registos clínicos, permitirão a avaliação do nível de desempenho e do rigor assistencial.

Para esse fim, é fundamental considerar:

- A existência de auditoria sistemática aos transportes efectuados pela instituição;
- A possibilidade da utilização de escalas de pontuação e de formulários de registo clínico como referências para a comparação entre o efectuado e o previsto nas recomendações, analisando as causas dos desvios;
- A disponibilidade para, em cada unidade de saúde, as Direcções Técnicas reverem e analisarem os processos de transporte promovidos pela instituição (internos ou externos); este acompanhamento deve ter periodicidade regular;
- A consignação de estrutura regional (Comissão Regional de Transportes) por área de administração regional de saúde ou, em alternativa, por área de influência de cada hospital com serviço de urgência polivalente, para proceder à análise dos transportes secundários. As estruturas regionais devem contar com o envolvimento de interlocutores dos hospitais, de entidade gestora da região, com responsabilidade executiva, e de peritos indicados por instituições autónomas de índole técnica e científica. Esta estrutura deve avaliar as situações mais relevantes, promovendo reuniões de “feed back” regulares.

Recomenda-se a existência de um sistema de acompanhamento e de auditoria local (nas instituições) e regional (por área regional ou de hospital central e polivalente).

Os auditores devem utilizar instrumentos de avaliação apropriados (baseados nas tabelas e nos formulários de registo preconizados), para a análise do respeito pelas boas práticas das presentes recomendações e implementação de medidas correctivas.



■ TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS

1. Introdução

Os doentes críticos são frequentemente transportados de salas de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro ou para unidades de cuidados intensivos.

Os doentes com estas características ainda necessitam, por vezes, de ser transportados, dentro do hospital, a fim de serem submetidos a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Torna-se cada vez mais necessária a deslocação de doentes das unidades para outras áreas do hospital, onde as possibilidades de actuação em situações de emergência são muitas vezes inadequadas.

O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas.

Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente e se o transporte constitui um risco significativo, então a sua realização deve ser reavaliada e adiada.

2. Coordenação do transporte

- Confirmação prévia de que a área, para onde o doente vai ser transportado, está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada;
- O médico responsável deverá acompanhar o doente ou, quando a responsabilidade do transporte é assumida por uma equipa diferente, deve efectuar-se uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte;
- Determinação do risco de "inoculação" ou "contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas. Os doentes com estes riscos devem ficar para o fim dos procedimentos programados se a necessidade do exame não for emergente. Deve notificar-se o Serviço de modo a que todos os profissionais tenham protecção adequada à situação clínica em causa, antes da chegada do doente;
- Registo no processo clínico das indicações para o transporte e da evolução do estado do doente durante o mesmo.

3. Profissionais que acompanham o doente

- A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efectuadas em função de critérios objectivos, como o proposto no anexo 2;
- Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos;
- Um médico e um enfermeiro devem acompanhar o doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente;
- Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para o serviço destino / receptor (inexistência de profissionais treinados naquela área), a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos.

4. Equipamento que acompanha o doente

- Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos;
- Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e F1O2, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea.
- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

Nota: Em qualquer ponto do trajecto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência (com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos).



5. Monitorização durante o transporte

Níveis de monitorização, segundo a seguinte classificação:

Nível 1 - Obrigatório

Nível 2 - Fortemente recomendado

Nível 3 - Ideal

Nível 1 - Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico
- Frequência respiratória
- FiO₂
- Oximetria de pulso
- ECG contínuo
- Frequência cardíaca
- Pressão arterial (não invasiva)
- Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)
- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente). O reequipamento de unidades e serviços deve prever, desde já, a aquisição de capnógrafos, para a desejável monitorização do CO₂ "end-tidal".

Nível 2 - Fortemente recomendado

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)
- ECG com detecção de arritmias

Nível 3 – Ideal (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico)

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central
- Medição da pressão da artéria pulmonar
- Medição da pressão intracraniana



■ TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES CRÍTICOS

1. Introdução

A principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado. Não é de excluir a possibilidade de transporte secundário para a realização de exames complementares, não disponíveis no hospital de origem.

A decisão de transferência de um doente com estas características pressupõe que houve avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. O risco de transporte envolve duas componentes: o risco clínico, que depende dos factores que afectam a fisiologia cárdio-respiratória e a fiabilidade da monitorização – efeitos das vibrações e das possíveis mudanças de temperatura – e o risco de deslocação (aceleração-desaceleração, risco de colisão, todos eles elevando-se, significativamente, com a velocidade).

No sentido de minimizar estes riscos, o doente deve ser, previamente, estabilizado no hospital de origem, devendo aí efectuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, etc...).

Antes de se efectuar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal deverão ser informados do facto, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino e, quando praticável, obtendo, desejavelmente, o seu consentimento expresso.

O transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa da Efectivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.

Podem existir dificuldades na formação destas equipas, pelo facto de muitos Hospitais não disporem de recursos humanos adequados (em número ou diferenciação suficientes), para dispensarem uma equipa médica no acompanhamento do doente transferido até ao hospital de destino. Com a elaboração das Redes de Referência Cardiovascular de Urgência, das Vias Verdes de Enfarte Agudo do Miocárdio e de Acidente Vascular Cerebral e do processo de Requalificação das Urgências, é previsível que o número de doentes críticos, com necessidade de serem submetidos a transporte, venha a aumentar. Apesar



das reconhecidas dificuldades, considera-se que cada instituição deve preparar e manter operacionais equipas de transporte, particularmente para as deslocações entre hospitais. Acessoriamente, num conceito de gestão integrada de recursos, deverão ser rentabilizados os meios disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica em apoio ao transporte do doente crítico.

2. Coordenação do transporte

- O contacto inicial realiza-se, após a decisão de transportar e, obrigatoriamente, antes do transporte, devendo este ser personalizado;
- Ao contactar a unidade ou serviço para onde se pretende enviar o doente, o médico responsável pela transferência deve confirmar se o hospital receptor / destino pode disponibilizar os meios necessários ao tratamento e se tem vagas. O serviço que vai receber o doente deve ser informado, detalhadamente, da situação clínica e das intervenções terapêuticas previsíveis, indicando a hora adequada para a recepção do doente;
- No processo de transferência, ficarão registados os nomes e os contactos dos intervenientes;
- Uma vez tomada a decisão, a transferência deve ser efectuada o mais rapidamente possível;
- Os registos clínicos e de enfermagem (notas de transferência ou fotocópias) e os exames complementares de diagnóstico devem acompanhar o doente;
- Se existir risco de "inoculação" ou "contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas, deve ser avisado o hospital / serviço destino, de forma a serem proporcionadas as condições adequadas para a recepção do doente (quarto de isolamento, etc...);
- Se existir atraso no transporte do doente, deve ser efectuada um novo contacto, para informar a hora previsível de chegada;
- Em caso de cancelamento da transferência, deve ser notificado o hospital / serviço destino;
- A escolha do meio de transporte deve ter em conta:
 - A situação clínica do doente (transporte "emergente", "urgente" ou "electivo");
 - As intervenções médicas necessárias durante o transporte;
 - A disponibilidade de profissionais e dos recursos necessários;
 - A distância/duração do transporte, considerando as acessibilidades rodoviárias, estado do trânsito, dificuldades geográficas e possíveis locais de aterragem do helicóptero;
 - As informações meteorológicas;
 - O custo relativo das alternativas (sem colocar em causa as necessidades clínicas dos doentes).

Nota: Se o transporte se efectuar por via aérea, é importante o conhecimento das possíveis alterações fisiológicas com a altitude e suas influências na clínica (ver capítulo específico).

- Deve existir um processo uniforme de registo do transporte, transversal às instituições (baseado no Anexo 5);



- Deve ser previsto um meio de comunicação bidireccional durante o transporte (por ex., telemóvel).

3. Profissionais que acompanham o doente

A equipa que acompanha o doente crítico deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento.

4. Equipamento

Equipamento que acompanha o doente (equipamento mínimo):

- Monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador , em conformidade com as exigência de monitorização;
- Material de intubação com tubos traqueais adequados ao doente e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio com capacidade adequada – $O_2 \text{ necessário} = [(20 + V_{\text{min}}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$
- Aspirador eléctrico (com baterias) e sondas de aspiração;
- Drenos torácicos, conjunto de introdução e acessórios;
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respectivas seringas ou bombas volumétricas com bateria (agulhas, catéteres venosos, seringas, sistemas de soros, etc...);
- Soros (cristalóides e colóides) com mangas para administração sob pressão;
- Fármacos, para suporte avançado de vida, e outros que se julguem necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas (Anexo 1);
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO_2 , reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Equipamento de comunicações (permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino).

Fármacos que devem estar disponíveis para o transporte:

- Fármacos - Anexo 1.



5. Monitorização

Níveis de monitorização, segundo a seguinte classificação:

Nível 1 - Obrigatório

Nível 2 - Fortemente recomendado

Nível 3 - Ideal

Nível 1 - Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico
- Frequência respiratória
- FiO₂
- Oximetria de pulso
- ECG
- Frequência cardíaca
- Pressão arterial (não invasiva)
- Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)
- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente). O reequipamento de unidades e serviços deve prever, desde já, a aquisição de capnógrafos para a desejável monitorização do CO₂ "end-tidal".

Nível 2 - Fortemente recomendado

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)
- ECG com detecção de arritmias

Nível 3 – Ideal (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico)

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central
- Medição da pressão da artéria pulmonar
- Medição da pressão intracraniana
- Temperatura corporal

6. Decisão para transporte secundário de doentes críticos

A decisão de transporte é um acto médico com riscos para o doente. Propõe-se um algoritmo (anexo 3), para auxiliar a tomada de decisão e a sua fundamentação objectiva.



■ TRANSPORTE AÉREO/HELITRANSORTE

1. Introdução

O transporte aéreo/helitransporte, com equipa médica dedicada, constitui um meio eficaz para a provisão do transporte rápido até ao local mais adequado, mantendo os cuidados diferenciados necessários ao doente. Para além das vantagens óbvias, o helitransporte representa uma mais valia, quando o doente necessita de um tratamento diferenciado em áreas com recursos específicos (por exemplo, unidades de queimados) e se o destino mais adequado não corresponde ao serviço de urgência mais próximo (por exemplo, necessidade de transporte até centro de trauma).

As especificidades do helitransporte implicam formação e conhecimento sobre fisiologia de voo (e o seu impacto nos doentes), comunicações e segurança no voo e nos locais de aterragem. Complementam estas informações as normas do Instituto Nacional de Emergência Médica (I.N.E.M.).

2. Indicações, Contra-Indicações e Segurança

São possíveis indicações para a utilização do helitransporte:

- Duração prevista do transporte terrestre superior a 1 hora;
- Locais com acessibilidade difícil ou demorada;
- Transporte até local longínquo.

São contra-indicações para o helitransporte:

- Alterações meteorológicas;
- Perturbações psiquiátricas – doentes violentos.

São considerações de segurança no local de aterragem:

- Manter zona livre com mínimo de 30 metros de diâmetro (idealmente, 50 metros);
- Zona com inclinação não superior a 10%;
- Bloqueio da estrada nos dois sentidos;
- Piso estável (sem areia ou terra solta);
- Sem postos de iluminação nem cabos eléctricos perto do local;
- Existência de perímetro de segurança, para evitar aproximação de pessoal não autorizado;
- Proibição de qualquer abordagem do helicóptero pela retaguarda.



3. Considerações Clínicas

São cuidados clínicos necessários na preparação para o helitransporte:

- Insuflação do “cuff” com soro em vez de ar;
- Sempre que possível, estudo (no período de espera do helicóptero) e estabilização prévia do traumatizado (excluir existência de pneumotórax);
- Assegurar a via aérea e acessos venosos;
- Proceder à imobilização do doente.

São problemas específicos, durante o helitransporte (as equipas médicas devem possuir formação):

- Redução da pressão atmosférica com correspondente diminuição na pressão parcial alveolar de oxigénio e saturação arterial de oxigénio, com necessidade de FiO₂ mais elevado para manter oxigenação;
- Expansão de espaços gasosos (pneumoencéfalo, pneumotórax, pneumoperitoneu, “cuff” do tubo endotraqueal...), com necessidade de drenar espaços fechados com gás, antes do transporte (no caso de pneumotórax), ou voar a baixa altitude (no caso de trauma crânio-encefálico). Necessidade de insuflar “cuffs” com soro em vez de ar;
- Necessidade de deixar catéteres/drenos em drenagem aberta (não “clampar”);
- Aumento de hemorragia, com necessidade do controlo da mesma, previsão de equipamento para infusão rápida de fluidos e a possibilidade de perfusão de aminas;
- Aumento de edema, com necessidade de abrir talas de imobilização;
- Diminuição no ritmo de fluxo dos fluidos endovenosos, com necessidade de recurso a bombas perfusoras;
- Trepidação;
- Hipotermia, com necessidade de tapar e aquecer o doente;
- Náusea e vómito;
- Ruído, que dificulta comunicação com doente ou entre a equipa de apoio, com necessidade de utilizar auscultadores, para isolamento acústico e comunicação;
- Previsão de monitorização com alarmes visuais (não apenas sonoros);
- Necessidade de aviso aos pilotos, antes de desfibrilhação.

4. Efectivação

São questões a considerar na activação do helitransporte:

- O Serviço de Helicópteros deverá estar disponível nas 24 horas;



- O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (C.O.D.U.) do I.N.E.M. deverá ser contactado via 112;
- Cada caso é avaliado pelo médico de serviço no C.O.D.U.:
 - Urgência relativa com demora no transporte terrestre não desejável para a prioridade clínica;
 - Necessidade de equipas médica e enfermagem diferenciadas (nível cuidados intensivos) e recursos disponíveis.
- Poderá ser necessário (assunto a acertar com o C.O.D.U.) transportar o doente até ao local de aterragem indicado pelo CODU;
- O I.N.E.M. assume os encargos do helitransporte, em helicópteros I.N.E.M., ou por si accionados.



■ TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO: COMO EVITAR COMPLICAÇÕES

1. Introdução

Ao longo dos últimos anos, têm sido publicados, na literatura, os riscos inerentes ao transporte do doente crítico. Este doente deve ser transferido em unidades de cuidados intensivos móveis sob a supervisão de equipas qualificadas.

A realidade actual não é aceitável. O doente crítico é transportado, na grande maioria das vezes, por equipas inexperientes, que conhecem mal o doente e o equipamento de suporte de vida que o acompanha, em ambulâncias com condições deficientes, para uma instituição hospitalar que, muitas vezes, não tem condições para o receber, correndo o risco de ser retransferido para outros centros.

Sendo estes factos conhecidos de todos, cabe às instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a que seja reduzida a taxa de complicações inerente ao transporte do doente crítico.

Os países, que implementaram esta organização de transporte, conseguiram reduzir, significativamente, a morbilidade e mortalidade associadas ao transporte destes doentes, estando o prognóstico final do doente associado à gravidade da doença de base e não ao transporte em si.

Em Portugal, já existem exemplos de organização de transporte de doentes críticos, nomeadamente, em neonatologia, com resultados idênticos aos atrás descritos.

Não se prevê, a curto prazo, que, no nosso país, este esquema organizativo seja implementado para o doente crítico adulto, pelo que caberá às instituições hospitalares a responsabilidade do transporte secundário desse doente.

Deste modo, caberá aos responsáveis dessas instituições a implementação de esquemas organizativos, que garantam a segurança e a ausência de complicações, resultantes do transporte destes doentes.

2. Princípios

- Não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde de um doente crítico, que não esteja directamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte.
- A segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objectivo, em todas as fases do transporte.



3. Caracterização da população

Os doentes transportados têm, ou estão em risco de apresentar falência múltipla de órgãos. Na prática, a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas, durante o transporte (hipoxia, por exemplo) é, praticamente, nula, podendo pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e consequente deterioração clínica.

Ao expor esta população ao risco de transporte, o médico responsável tem de ter consciência de que os múltiplos factores de risco têm efeito multiplicativo e não aditivo no agravamento da situação clínica do doente.

4. Soluções Propostas

A nomeação, em cada instituição hospitalar, de um médico e de um enfermeiro, responsáveis pelo transporte intra-hospitalar e secundário do doente crítico, é fundamental, de modo a que sejam organizados e auditados os processos dos doentes transportados e recepcionados pela instituição. A existência destes responsáveis (equipa institucional) facilita, ainda, a organização regional do transporte, de maneira a que os problemas, identificados por todas as instituições, tenham interlocutores com capacidade para os resolver.

Na literatura, é factor independente de morbilidade a instituição que referencia o doente. Com equipas institucionais, com responsabilidade e capacidade de decisão, essa causa de morbilidade foi reduzida. A Formação de equipas de transporte das instituições é uma das prioridades, uma vez que já foi identificada, na literatura, que a inexistência de uma equipa qualificada é um factor de risco independente na mortalidade e na morbilidade do transporte do doente crítico.

Embora a responsabilidade da transferência seja do Médico Chefe de Equipa, a responsabilidade médica do transporte é partilhada com a equipa que transporta o doente. A equipa, que transporta o doente crítico, deve verificar que se encontra assegurada toda a logística adequada, não devendo, portanto, aceitar transportar o doente se não verificarem essas condições de segurança.

A utilização de listas de verificação (check-lists) foi implementada pela "The Intensive Care Society", em 2002, pretendendo a sociedade inglesa, com a sua introdução, reduzir o risco do transporte, com a verificação dos múltiplos factores que interferem com o resultado final.

A regionalização do transporte e o tratamento de doentes são fundamentais, sendo os diferentes centros hospitalares parceiros para o tratamento do mesmo doente, devendo, por isso, funcionar em rede, de modo a garantir que o doente seja encaminhado para a instituição hospitalar mais adequada, mais próxima, que possa promover o seu tratamento definitivo.

O fluxo destes doentes deve ser assegurado, dentro das instituições receptoras, de modo a que o nível de cuidados pedido para o doente transferido esteja imediatamente disponível, não introduzindo factores adicionais de risco, nomeadamente tempo de espera em áreas com níveis de cuidados inferiores ao solicitado.



São objectivos da equipa institucional de transporte:

- **Definição de requisitos mínimos para as ambulâncias**

Com a contratualização crescente pelas instituições hospitalares de empresas que fornecem estes serviços, devem ser definidos pela equipa institucional os níveis de serviços (tempo de resposta) e o equipamento adequado (carga) para o transporte deste tipo de doentes. O não envolvimento destes profissionais leva a que sejam transportados doentes em ambulâncias e com requisitos técnicos base não adequados.

- **Equipamento**

O equipamento deve ser uniformizado para todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento. A definição dos requisitos mínimos para esse equipamento deve ser planeada, atendendo ao tipo de doentes que a instituição prevê transportar (por exemplo, trauma). Esse equipamento deve estar localizado nos serviços que maior número de doentes transportam (por exemplo, Serviços de Urgência) e a sua quantidade adequada ao número de transportes efectuado por mês (possibilidade de transporte simultâneo de dois doentes). A responsabilidade da verificação técnica deve ser atribuída pela equipa institucional ao serviço onde se localiza o equipamento, auditando-o periodicamente.

- **Equipa de transporte**

Deve existir uma equipa de profissionais, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes. A prática corrente é o acompanhamento dos doentes pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida. A rentabilização da formação dessas equipas pode ser assegurada por esquemas de formação regional ou institucional. Devem ser definidos a reacreditação desta formação e o número mínimo de transportes a efectuar. Deve ser assegurado que o transporte dos doentes mais graves seja efectuado, no mínimo, por um médico e um enfermeiro devidamente treinados.

5. Medidas preventivas das complicações

As complicações graves, durante o transporte, acontecem, normalmente, na passagem do doente do serviço de origem para a maca do transporte, no início do trajecto, nos transportes de longa duração, ou na recepção do doente no hospital/serviço de origem (ver página 9).



Apresentam-se algumas das metodologias que podem ser usadas para redução de incidência dessas complicações e, para complementar o texto, anexa-se lista de verificação, para simplificar e sistematizar as diferentes fases do transporte (anexo 5).

Preparação para o transporte

A equipa de transporte deve ter contacto com o doente, previamente ao início do transporte. Esse período de contacto destina-se:

- **Observação do doente**

A observação do doente é fundamental, antes do início do transporte, de modo a que essa observação inicial possa detectar alterações que, eventualmente, venham a surgir, durante o transporte. Devem rever-se, igualmente, a história clínica e os exames complementares que o doente efectuou até à altura. Deste modo, antecipam-se as necessidades do doente, durante o transporte (suporte transfusional, por exemplo). A ressuscitação e a estabilização do doente antes do transporte são, igualmente, fundamentais, sendo um factor de risco independente para as complicações. A constatação de instabilidade hemodinâmica pode permitir, por exemplo, que a equipa de transporte participe na tentativa de estabilização prévia e na tomada imediata de decisões terapêuticas.

- **Passagem do doente**

Deve existir uma passagem formal à equipa de transporte pelos médicos e enfermeiros do serviço de origem. Essa passagem, para além dos dados clínicos, inclui uma nova observação clínica, segundo a metodologia do ABCDE. Ao fazê-lo, a equipa de transporte, ainda com o doente na cama do serviço de origem, regista todos os parâmetros fisiológicos e outros, fundamentais como, por exemplo, o número e o nível do tubo traqueal, etc... É nesta fase que devem decidir-se as intervenções técnicas ou terapêuticas adicionais a efectuar, antes do transporte, como, por exemplo, entubação traqueal. Proceder-se à fixação, de forma redundante, de todos os acessos vasculares, tubo traqueal, sonda gástrica, cateter vesical, de modo a resistir à sua exteriorização acidental, se traccionados durante qualquer fase do transporte.

- **Mudança para a maca de transporte**

A mudança para a maca de transporte constitui um dos períodos de risco para o doente. Deve manter-se o doente monitorizado e ventilado com o equipamento do serviço de origem. Após a mudança, utilizando a metodologia do ABCDE, deve verificar-se o posicionamento de todas as linhas, tubos e catéteres e assegurar a sua permeabilidade. Se for o caso, muda-se, então,



para o ventilador de transporte. Transferem-se, de seguida, as seringas ou bombas perfusoras. Promove-se, então, a correcta fixação do doente à maca de transporte. A equipa de transporte efectua nova observação do doente, já conectado ao ventilador de transporte, de modo a detectar alterações em relação à observação inicial. Se não existirem alterações, transfere-se a monitorização para a de transporte, tapando-se, de seguida, o doente. A estabilidade é assegurada pela fixação do doente à maca de transporte e o respectivo equipamento.

- **Verificação final**

Procede-se, então, à verificação final, assegurando-se a equipa de transporte se os familiares foram informados do destino final do doente. No caso do doente estar consciente, deve manter-se diálogo informativo e que inspire segurança. Antes da partida, a equipa verifica se possui o número do telefone do serviço de destino e de origem e o funcionamento do sistema de comunicações a usar (telemóvel, por exemplo). O início do afastamento da cama deve ser lento, de modo a não serem exteriorizados, acidentalmente, tubos ou linhas.

Início e efectivação do transporte

- **Trajecto até à ambulância**

O trajecto deve ser efectuado calmamente, assegurando a equipa de transporte, antes da saída do serviço de origem, um novo contacto com o hospital receptor. Desejavelmente, o trajecto até à ambulância deve evitar zonas congestionadas do hospital, ainda que o mesmo seja mais longo. É, igualmente, essencial a manutenção de distâncias de segurança e o conhecimento, ao longo do trajecto, da localização de equipamentos que possam ser necessários ao doente.

- **Colocação na ambulância**

A colocação do doente, sua fixação, fixação do equipamento de monitorização e perfusão são fundamentais, de modo a evitar acidentes com o doente e os profissionais que o transportam. Antes de iniciar a marcha, deve ser efectuada nova observação ao doente, segundo a metodologia ABCDE, e verificação da permeabilidade de tubos e linhas. Deve tornar-se acessível o acesso vascular, onde vai ser efectuada a terapêutica pontual durante o transporte. Depois desta verificação final, inicia-se o transporte para a instituição receptora.

- **Chegada ao hospital/serviço destino**

Antes da transferência do doente, deve ficar claro para a equipa de transporte qual o serviço de destino do doente. Não é aceitável a existência de tempos de espera adicionais, em serviços sem o mínimo de condições para este tipo de doentes, enquanto a instituição receptora promove a



libertação de vaga para o doente. Tem, por isso, de ser assumido o compromisso de que a vaga está disponível, antes do início do transporte.

- **Passagem do doente**

A passagem do doente pela equipa de transporte deve ser efectuada de maneira formal, devendo a nova equipa responsável efectuar uma observação, segundo a metodologia ABCDE. A equipa de transporte procede à entrega de toda a documentação e registos, cessando, apenas a sua responsabilidade aquando da transferência para o equipamento do hospital/serviço destino.

- **Registos**

Devem ser efectuados, ao longo do transporte, os registos, com intervalos adequados, da situação clínica do doente, nomeadamente todas as alterações ou terapêuticas administradas. Devem ficar, igualmente, registados os últimos parâmetros, após a entrega no serviço que o recepcionou.

- **Regresso ao hospital**

Ao regressar ao hospital de origem, o equipamento deve ser verificado pelo serviço por ele responsável. A equipa deve encerrar o registo de transporte, colocando a hora de regresso, e arquivá-lo em local previamente estabelecido, de modo a ser analisado pela equipa institucional.

6. Erros mais comuns

De seguida, enumeram-se alguns dos erros mais comuns efectuados pela equipa de transporte do doente crítico:

- **Avaliação inicial do doente**

Uma avaliação inicial, efectuada de forma incorrecta, compromete a assistência ao doente. A observação inicial dá à equipa a base fisiológica do doente antes do transporte. Permite a antecipação de problemas, nomeadamente a preparação de terapêutica e equipamento adequados ao transporte.

- **Estabilização hemodinâmica**

A estabilização hemodinâmica, antes do transporte, é fundamental para a redução da morbilidade e da mortalidade destes doentes. Deve ser questionada pela equipa de transporte a efectivação



da transferência, na ausência dessa estabilidade. A manter a indicação para transferência, a equipa de transporte deve assegurar-se de que tem todos os meios terapêuticos ao seu alcance (por exemplo, suporte transfusional), para que o transporte seja o mais seguro possível.

- **Via aérea**

Todo o doente, em que a equipa de transporte tenha dúvidas na capacidade de manutenção de uma via aérea permeável, deve ser entubado no serviço que o transfere. Deste modo, este procedimento é efectuado com todas as condições de segurança. A entubação traqueal, durante o trajeto, tem dificuldades e complicações acrescidas, pelo que deve ser desencorajada, a não ser em situações de agravamento súbito. Os doentes com entubação traqueal devem ser sedados e, desejavelmente, curarizados, de modo a reduzir o risco de transporte. A equipa de transporte, após a entubação no serviço de origem, deve dar um tempo adicional para as estabilizações hemodinâmica e ventilatória, antes de iniciar o transporte. Não deve ser esquecida a manutenção da humidificação da via aérea e o incremento necessário do nível de monitorização destes doentes. Deve proceder-se à verificação da detecção de CO₂ “end tidal”. Se necessário, deve proceder-se à execução de radiografia de tórax, para documentar o correcto nível do tubo traqueal. A protecção de uma via aérea permeável e a redução de complicações por aspiração devem levar a equipa de transporte a reflectir sobre a necessidade de ponderar a entubação gástrica em alguns doentes.

- **Pneumotórax / Hemotórax**

A existência ou o risco elevado de pneumotórax deve obrigar à sua drenagem, antes do início do transporte. Os drenos torácicos não devem ser “clampados”, durante o transporte. Embora já não disponíveis, na maioria das instituições, não devem ser utilizados frascos colectores de vidro.

- **Acessos vasculares**

Dado o elevado risco, estes doentes devem ser transportados com um mínimo de dois acessos periféricos de grande calibre. É frequente a necessidade de administração de fármacos incompatíveis, pelo que deve ser privilegiado um acesso para terapêuticas pontuais, durante o transporte. Todo o doente, em que se preveja transporte de longa duração ou necessidade de ter avaliação da volémia, deve ter um cateter venoso central, colocado previamente ao transporte. Não deve ser descurada a correcta sinalização do lúmen terapêutico.

- **Monitorização**

A equipa deve estar familiarizada com o equipamento da monitorização, devendo ser programados os limites dos alarmes, antes do início do transporte. O equipamento deve ter

a possibilidade de indicar o tempo de bateria disponível. O nível de monitorização deve ser adequado à gravidade do doente, estando já definido em capítulo prévio.

- **Equipamento de perfusão**

A manutenção de uma fluidoterapia adequada é fundamental para a estabilidade do doente, durante o transporte, pelo que deve ser efectuada através de bombas e seringas perfusoras, de modo a que a equipa de transporte tenha a noção correcta do volume administrado. Este ponto é, particularmente, pertinente nos transportes de longa duração.

- **Fármacos**

Os fármacos devem estar acondicionados em mala de transporte específica e organizados por grupos terapêuticos de forma legível, de modo a que, durante o transporte, a equipa os localize com rapidez. Deve privilegiar-se a utilização de seringas pré-preparadas para as situações mais previsíveis (sedação ou analgesia adicional) ou na situação de deterioração súbita (fármacos de reanimação). A preparação de fármacos de urgência, durante o trajecto, pode revelar-se uma dificuldade adicional e inesperada.

- **Suporte ventilatório**

A necessidade de suporte ventilatório, durante o transporte, deve ser antecipada. Os ventiladores de transporte, normalmente disponíveis nos hospitais, não possuem os mesmos modos ventilatórios, pelo que a conexão a esses equipamentos deve ser efectuada nos serviços de origem, devendo ser dado o tempo necessário para adaptação do doente a esse novo equipamento. O doente só deverá ser deslocado, após estabilização e, desejavelmente, a documentação com gasimetria arterial.

- **Doente agitado**

É contra-indicado o transporte de doentes com agitação psicomotora sem sedação prévia. Mesmo após a sedação, devem aplicar-se imobilizadores de tórax e membros. O cuidado com a fixação do acesso vascular é, igualmente, uma prioridade para impedir o seu arrancamento. A terapêutica, em caso de agudização, deve estar imediatamente disponível.

- **Avaliação e Registos durante o transporte**

Mesmo com aparente estabilidade do doente, a equipa deve reavaliá-lo com periodicidade curta e proceder aos respectivos registos. Corre-se o risco de serem detectadas, tardiamente, pela monitorização alterações que poderiam ter sido detectadas, previamente, pela observação do doente (por exemplo, desconexão de linhas de terapêutica).



ANEXO 1

Fármacos à disposição da equipa de transporte

Listagem mínima recomendada:

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina s.l.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil.
- Cristalóides/colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.





ANEXO 2

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

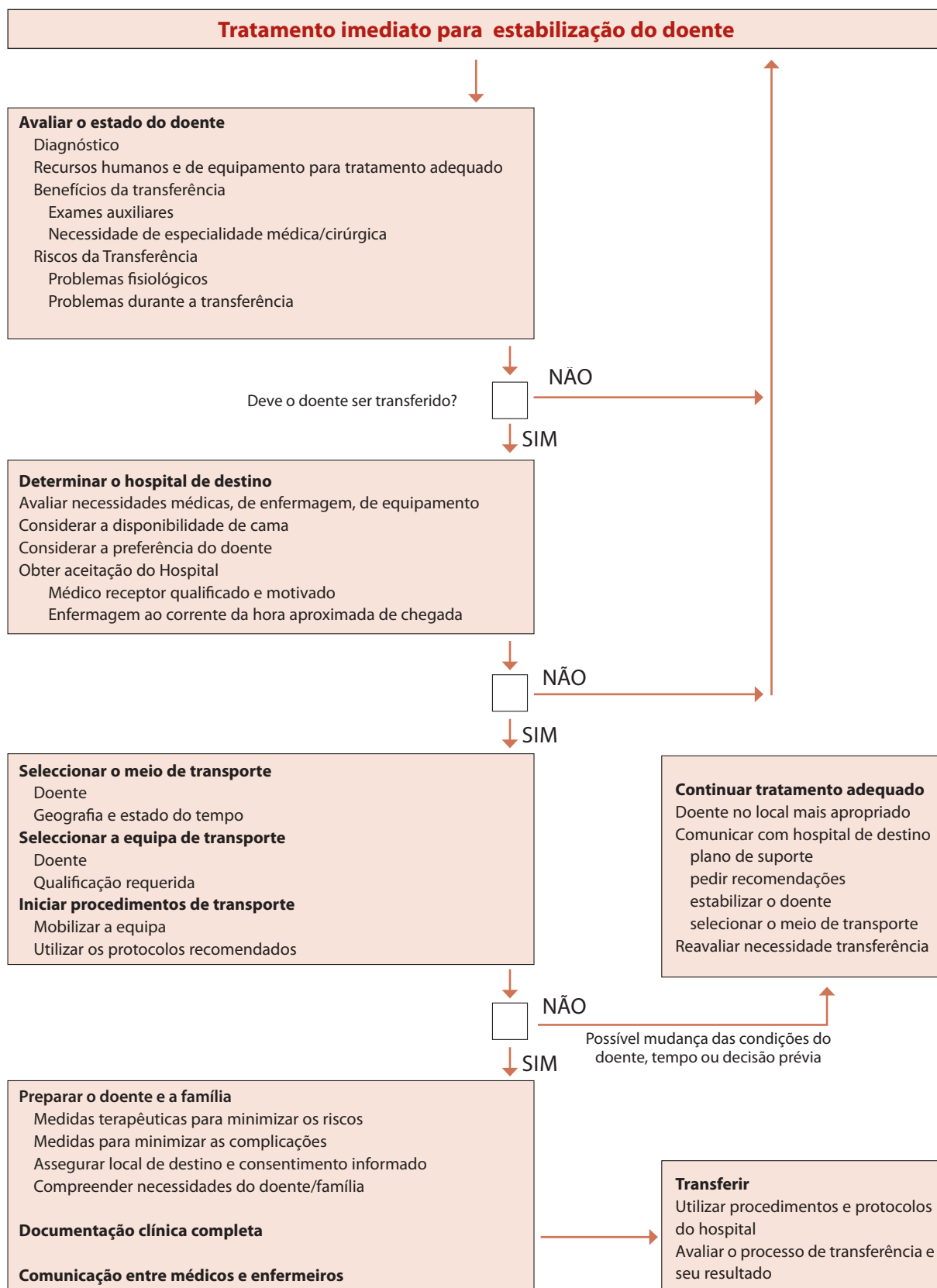
* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.





ANEXO 3

Algoritmo de decisão para o transporte secundário





ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuada o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.





ANEXO 5

Lista de verificação para o transporte secundário

(a preencher pela equipa de transporte, em complemento ao formulário de transporte inter-hospitalar – anexo 6)

I	CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
	<input type="checkbox"/> Registar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> N° telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> N° de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
II	AVALIAÇÃO DO DOENTE
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registar pontos relevantes do exame físico
III	OBSERVAÇÃO DO DOENTE
A	VIA AÉREA
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
B	VENTILAÇÃO
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 ____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 _____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria (h min) pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ FIO2 _____ % Bicarbonato _____



C	HEMODINÂMICA
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____g / ____g Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
D	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais ____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco ____ RAMSAY ____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
E	TRAUMA
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
F	AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) ____ / ____ h ____ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
G	MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
H	VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos



IV	INÍCIO DE TRANSPORTE
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço

V	NA AMBULÂNCIA
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância

VI	TRAJECTO
	<input type="checkbox"/> Registar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registar hora de início e fim de marcha

VII	ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte

VIII	REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo



ANEXO 6

Formulário para o transporte hospitalar

NOME	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 1:	<input type="text"/>
IDADE	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 2:	<input type="text"/>
HOSPITAL ORIGEM:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 3:	<input type="text"/>
HOSPITAL DESTINO:	<input type="text"/>		
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE:	<input type="text"/>		
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	<input type="text"/>		

A - VIA AÉREA

Oxigénio ventimask	<input type="text"/>	Fi O2 (%)	<input type="text"/>	Tubo Oro-traqueal	<input type="text"/>	Tubo Naso-traqueal	<input type="text"/>	Outra via aérea	<input type="text"/>
Dreno Torácico	<input type="text"/>	Onde:	<input type="text"/>						

B - VENTILAÇÃO

Espontânea	<input type="text"/>	Controlada	<input type="text"/>
------------	----------------------	------------	----------------------

C - CIRCULAÇÃO

Acessos venosos	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Flúidos (> 2000 ml)	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Linha arterial	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>			NÃO		
Cateter central	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Aminas/Inotrópicos	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Diurese (ml)	<input type="text"/>					NÃO		

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vértebro-medular	<input type="text"/>	SIM	Lesões neurológicas	<input type="text"/>	SIM	Nível	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	NÃO		<input type="text"/>	NÃO		

Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>		<input type="text"/>

E - EXPOSIÇÃO

Queimado	<input type="text"/>	SIM	% atingida	<input type="text"/>	Envolvimento de:	FACE	<input type="text"/>	MÃOS	<input type="text"/>	PÉS	<input type="text"/>	PERÍNEO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	NÃO			Tipo de queimadura:	FOGO	<input type="text"/>	ÁGUA	<input type="text"/>	QUÍMICO	<input type="text"/>	EXPLOSÃO	<input type="text"/>
Feridas	<input type="text"/>	SIM	Tipo:	<input type="text"/>	Local:	<input type="text"/>							
	<input type="text"/>	NÃO											

INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem:	<input type="text"/>	SIM	Qual	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>	NÃO								
Cirurgião:	<input type="text"/>	Drenos	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>					
Anestésista:	<input type="text"/>		SIM							
			NÃO							
Imagiologia	TAC	<input type="text"/>	Fracturas	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>				
	Ecografia	<input type="text"/>		SIM						
	RX cervical (face+perfil)	<input type="text"/>		NÃO						
	RX tórax	<input type="text"/>								
	RX bacia	<input type="text"/>								
Sinais vitais (saída hospital de origem)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>

OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

<input type="text"/>									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>
---	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

TERAPÉUTICA EM CURSO	DOSE
SEDAÇÃO	<input type="text"/>
RELAXANTES MUSCULARES	<input type="text"/>
AMINAS	<input type="text"/>
INOTRÓPICOS	<input type="text"/>
MANITOL	<input type="text"/>
OUTROS	<input type="text"/>

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino









ANEXO XVI – FUNÇÕES DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

As funções do enfermeiro responsável de turno encontram-se definidas através de protocolo no Hospital de Braga.

Incluem:

- providenciar a substituição de enfermeiros em caso de ausência imprevista;
- providenciar a substituição das assistentes operacionais em caso de ausência imprevista;
- elaborar o plano de trabalho;
- actualizar o plano de trabalho;
- providenciar a reparação de anomalias nas instalações e equipamentos;
- providenciar a reposição de fármacos ou material necessário à prestação de cuidados;
- garantir quantidade e qualidade na alimentação requisitada para os doentes;
- garantir a reposição e selagem do equipamento e material de reanimação;
- gerir a distribuição do equipamento de precisão e distribuição automática de fármacos face às necessidades dos doentes;
- zelar pela utilização dos materiais nos fins para os quais foram adquiridos;
- coordenar a permanência de familiares junto de doentes terminais ou daqueles cuja situação clínica o justifique;
- coordenar as pausas durante o turno;
- zelar pelo cumprimento das normas;
- elaborar um registo de ocorrências;
- solicitar o apoio do Enfermeiro Coordenador sempre que necessário.

Em particular na Unidade de Cuidados Intensivos aplicam-se ainda as seguintes funções:

- atribuir enfermeiro de referência na admissão do doente;
- efectuar registos diários, ao fim de semana, no turno da manhã, das condições ambientais da sala UCIP e de cuidados intermédios, temperatura do frigorífico, teste do desfibrilador e folha-calendário;
- conferir e registar o stock de estupefacientes no turno da noite;
- registar o número de derivados de sangue em stock, no turno da noite;
- autorizar pedidos de empréstimos de e para a UCIP;
- tomar conhecimento de avarias do equipamento diverso durante o turno e supervisionar o registo da referida avaria;
- comunicar à Enfermeira Chefe eventuais roturas de stock de material e medicação.