



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

A Busca Pela Excelência

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

Diana Maria Queirós Ferreira

Abril de 2013



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

A Busca Pela Excelência

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

Por Diana Maria Queirós Ferreira

Sob orientação de Prof^a Lúcia Rocha

Abril de 2013

RESUMO

O presente relatório permite ilustrar o percurso efetuado ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que culminou com a realização de um estágio na área. Este engloba três módulos: módulo I – Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de Santa Maria da Feira; módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; e módulo III – Assistência Pré-Hospitalar na delegação norte do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Os objetivos que pretendo atingir com este relatório são: refletir sobre a aprendizagem e sua contribuição para a concretização dos objetivos propostos no projecto de estágio; analisar e refletir acerca das competências adquiridas/desenvolvidas nos vários domínios; e documentar a aprendizagem efectuada. Para a sua consecução a metodologia usada foi descritiva e critico-reflexiva, assentando nas experiências vivenciadas em contexto de estágio e sua reflexão, decorrente de uma pesquisa bibliográfica intensa e da troca de experiências entre os diferentes profissionais com quem contactei.

No sentido de enriquecer o percurso que culmina com a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista, foi elaborado, inicialmente, um projeto de estágio, que abordava os objetivos delineados e as atividades e estratégias traçadas para os concretizar. Este levou à elaboração de portefólios, cujo conteúdo consistiu na descrição das experiências vivenciadas em contexto de estágio e sua reflexão crítica, baseada em conhecimento científico, de forma a explicitar de que forma os objetivos tinham sido atingidos e as competências adquiridas/desenvolvidas. Todos os contextos de estágio foram uma mais-valia na minha evolução pessoal e profissional, na medida em que me proporcionaram experiências enriquecedoras, permitindo-me operacionalizar saberes, adquirir novos conhecimentos e implementar estratégias para a resolução/minimização dos problemas identificados. Estes ganhos pessoais e profissionais são fundamentais para a finalização do meu percurso, não só como enfermeira especialista, mas também para a aquisição do grau de mestre em enfermagem na área Médico-Cirúrgica. Em todos os locais por onde passei, deixei um contributo importante para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. As áreas de prevenção e controlo de infeção, a avaliação e gestão da dor, o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficiente e eficaz e os princípios éticos, foram motivo de reflexão e discussão, pela comparação entre as práticas observadas e os conhecimentos teóricos adquiridos. Algumas destas áreas suscitaram o meu investimento em sessões de formação, pelas oportunidades de melhoria consideradas. O esforço foi recompensado através da satisfação, colaboração e empenho dos participantes. Assim, o estímulo à investigação, a sua incorporação e a compreensão das suas implicações na prática, o espírito crítico, a criatividade e a necessidade de inovar foram uma constante durante todo este percurso e nortearam os três módulos de estágio.

O trajecto percorrido ficou marcado pela aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, indispensáveis à minha actividade profissional futura. Estas competências são, igualmente, indispensáveis num perito de enfermagem merecedor do título de mestre em enfermagem na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This report serves to illustrate the route made over the course of Masters in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing, which culminated with the completion of an internship in the field. This includes three modules: Module I - ER Hospital Center of Entre Douro e Vouga - Unit of Santa Maria da Feira, Module II - Intensive Care Unit of the Hospital Centre of Vila Nova de Gaia / Espinho, and Module III - Prehospital Care in the U.S. delegation at the National Institute of Medical Emergency.

The goals I want to achieve with this report are: learning and reflect on their contribution to achieving the objectives proposed in the draft stage, analyze and reflect upon the skills acquired / developed in various domains, and document the learning undertaken. Towards achieving the methodology used was descriptive and critical-reflective, becoming the experiences in the context of stage and its reflection, resulting from an intensive literature research and exchange of experiences among the different professionals with whom I had contact.

In order to enrich the journey that culminates in the acquisition and development of skills inherent in the nurse specialist, was developed initially stage of a project, which addressed the objectives and outlined the activities and strategies designed to achieve them. This led to the development of portfolios whose content consisted of a description of experiences in the context of stage and its critical reflection, based on scientific knowledge, in order to clarify how the objectives were met and skills acquired / developed. All contexts stage were an asset in my personal and professional development, as it provided me with enriching experiences, allowing me to operationalize knowledge, acquire new knowledge and implement strategies for solving / minimizing the problems identified. These personal and professional gains are critical to the completion of my journey, not only as a nurse specialist, but also to acquire a master's degree in nursing in the Medical-Surgical.

In all the places where I spent, I left an important contribution to the provision of nursing care excellence. The areas of prevention and control of infection, assessment and management of pain, the establishment of a therapeutic relationship based on efficient and effective communication and ethical principles, were cause for reflection and discussion, by comparing the practices observed and theoretical knowledge acquired. Some of these areas have raised my investment in training sessions, opportunities for improvement considered. The effort was rewarded by the satisfaction, collaboration and commitment of the participants. Thus, the stimulation of research, its incorporation and understanding of its implications in practice, the critical spirit, creativity and the need to innovate were a constant throughout this course and guided the three modules stage.

The route taken was marked by the acquisition of skills necessary for the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, essential for my professional future. These skills are also essential in a nursing expert worthy of the title of master in nursing in the area of Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Assistência Pré-Hospitalar
CHEDV – Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga
CHP – Centro Hospitalar do Porto
CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
DGS – Direção Geral da Saúde
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation
HSS – Hospital S. Sebastião
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
LASA – Look Alike e Sound Alike
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCR – Paragem Cárdio-Respiratória
PC – Pequena Cirurgia
PNCI – Plano Nacional Controlo de Infecção
SE – Sala de Emergência
SEMI – Sociedade Europeia de Medicina Intensiva
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SOD – Sala de Observação e Diagnóstico
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SNC – Sistema Nervoso Central
SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TOTE – Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	15
1.1.MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA	15
1.2.MODULO II: SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
1.3.MODULO III: ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	24
2. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC.....	33
3. CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	85
ANEXO I: SESSÃO DE FORMAÇÃO “VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM”	87
a. PANFLETO DE DIVULGAÇÃO.....	89
b. PLANEAMENTO DA SESSÃO.....	93
c. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	97
d. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	105
e. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO	109
ANEXO II: HIPOTERMIA TERAPÊUTICA	113
A. SUPORTE TEÓRICO	115
B. POSTER “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”	143
C. PROPOSTA DE PROTOCOLO “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”	147
ANEXO III: CONSULTAS DE FOLLOW UP: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.	161
ANEXO IV: PANFLETO “COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL”	167
ANEXO V: REFLEXÃO “DILEMAS ÉTICOS NO PRÉ-HOSPITALAR”	173
ANEXO VI: POSTER “GUIA DE ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	181
ANEXO VII: PROPOSTA DE ARTIGO “COMO LIGAR O 112” A PUBLICAR NO JORNAL VIVACIDADE DE GONDOMAR.....	185
ANEXO VIII: PANFLETO “COMO LIGAR O 112”	189

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no contexto da Unidade Curricular Relatório, inserida no segundo e terceiro semestres do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este documento tem por base todo o processo de desenvolvimento da aprendizagem ocorrido ao longo de todo o curso, que culminou com a realização de três módulos de estágio na área da especialidade. Estes módulos correspondem a áreas distintas consistindo o módulo I no Serviço de Urgência (SU); o módulo II em Cuidados Intensivos/Intermédios; e o módulo III um estágio opcional consoante o projecto profissional de cada aluno.

A escolha dos campos de estágio envolveu diversos critérios, dos quais destaco: objetivo pessoal de estágio, oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelos serviços, e disponibilidade dos serviços na aceitação de alunos e sua supervisão.

Desta forma, o módulo I foi realizado no SU do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), que, constituindo um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), permitiu a vivência de uma multiplicidade de experiências na área da urgência/emergência, promovendo, consequentemente, a aquisição/desenvolvimento de competências nessa área.

O módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E). Apesar de exercer funções como enfermeira numa unidade semelhante (UCIP do CHP), as diferentes experiências vivenciadas e a troca de contributos efectuada nas duas unidades, permitiu um aprofundamento das competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em especial às directamente relacionadas com o doente crítico que necessita de medidas de suporte avançado de vida para sobreviver. A minha escolha teve como finalidade a cooperação com as equipas das unidades a elevar o nível de cuidados nas mesmas.

O módulo III foi realizado em Assistência Pré-Hospitalar (APH) na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o que se deveu à minha grande curiosidade em compreender a forma como se organizavam os seus meios na assistência ao doente crítico emergente no pré hospitalar, num ambiente não controlado. A compreensão do papel do enfermeiro na APH e a sua contribuição para o assegurar da continuidade de cuidados entre a APH e as unidades de saúde, permitiu, de igual modo, a aquisição/desenvolvimento de competências na área da emergência.

O estágio, como facilitador da aprendizagem, permite aliar a teoria à prática, criando as pontes necessárias entre a sistematização e organização dos conhecimentos científicos e a sua aplicação num contexto de trabalho específico. Este contacto próximo com a realidade e as dificuldades inerentes aos diferentes contextos de trabalho, associado à reflexão crítica sobre a prática, promove a aquisição e desenvolvimento de competências fundamentais para o exercício profissional de enfermagem.

Segundo a OE (2011: p. 8648), o enfermeiro especialista é “*o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”. Estas competências especializadas derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se nas que são comuns a todos os enfermeiros especialistas e nas específicas de acordo com a sua área de intervenção. É através destas que a profissão de enfermagem consegue obter certificação junto das entidades reguladoras e da população em geral.

Assim, a experiência profissional e pessoal adquirida ao longo do curso permitiu o desenvolvimento de competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista em EMC, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e específica da EMC. São estas competências profissionais presentes nos recursos humanos, juntamente com a sofisticação dos recursos materiais que permitem a prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico.

Por tudo isto, é facilmente perceptível, a importância que a reflexão realizada até este momento, sob a forma de relatório, tem, como marco do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A construção deste relatório foi baseada no projeto de estágio elaborado no 2º semestre, constituído por objetivos específicos individuais e atividades/estratégias para a sua concretização, e nos portefólios de estágio redigidos ao longo do curso, apresentando como objetivos:

- Refletir sobre a aprendizagem e sua contribuição para a concretização dos objetivos propostos no projeto de estágio;
- Analisar e refletir acerca das competências adquiridas/desenvolvidas nos vários domínios;
- Documentar a aprendizagem efetuada;
- Elaborar um documento de avaliação.

Para a sua concretização, a metodologia utilizada foi descritiva e critico-reflexiva, apoiando-me numa extensa pesquisa bibliográfica, de forma a fundamentar cientificamente as afirmações realizadas. A nível estrutural encontra-se dividido em quatro partes distintas, sendo a primeira parte a introdução, onde é abordado o enquadramento do curso e os módulos de estágio realizados, bem como a sua respectiva caracterização, a importância justificada deste trabalho num contexto pessoal e profissional, e uma breve síntese relativa à constituição deste trabalho; a segunda parte consiste numa reflexão acerca dos locais de estágio escolhidos e a sua possível contribuição para o desenvolvimento da aprendizagem; a terceira parte abrange os domínios de manobra do enfermeiro especialista em EMC, incluindo em cada um as competências inerentes, os objetivos propostos para a sua aquisição e as atividades exercidas em contexto clínico que permitiram o seu atingimento; a quarta parte compreende a conclusão, onde constará num breve resumo a análise dos principais aspetos tratados, e os contributos essenciais dados e recebidos pelo contexto de estágio, à medida que o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional se realizava.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A fase final do caminho da aprendizagem engloba a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo da fase teórica do curso, pelo que o estágio com os seus três módulos obrigatórios assume grande importância neste processo. Assim, considero ser fundamental englobar neste relatório uma descrição crítico – reflexiva acerca dos locais de estágio por onde passei.

1.1.MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo I do estágio foi realizado no SU do HSS do CHEDV. Foi selecionado este campo de estágio, entre os disponibilizados pela UCP, pela expectativa de que proporcionasse uma multiplicidade de situações nas áreas da urgência e emergência, que contribuíssem de forma positiva para a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC.

O SU é frequentado por doentes que apresentam uma enorme variedade de problemas reais ou potenciais, podendo a sua condição mudar frequentemente, pelo que é fundamental existirem profissionais experientes na avaliação sistemática e contínua de doentes em situação de crise. Este serviço exige procedimentos perfeitos e de rápida execução, respeito pelas normas de segurança e conhecimento dos riscos inerentes ao serviço e responsabilidade no cumprimento das funções. Pelas características específicas que este serviço assume dentro de uma instituição, é de esperar que a instituição o prepare com os recursos adequados para a prestação de cuidados de qualidade. Neste contexto, considero importante fazer uma breve referência à caracterização do SU do CHEDV e de que forma esta influencia a prestação dos cuidados e, conseqüentemente o atingimento dos objectivos propostos inicialmente.

O SU do HSS, inserido no CHEDV está classificado como um SUMC, segundo o Despacho nº 18459/2006, na medida em que acolhe situações de urgência de nível 2; possui uma

localização estratégica, para que, dentro das suas áreas de influência/atuação os transportes terrestres não excedam os 60 minutos entre o local de doença/acidente e o hospital. Dispõe das seguintes valências médicas: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório durante 24 horas, imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC) e patologia clínica durante 24 horas, o que lhe permite promover e salvaguardar a qualidade e a segurança da prestação dos cuidados nas situações de urgência/emergência. O SU do HSS, conta ainda com o apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia e medicina intensiva.

Em termos de recursos humanos, o SU, como SUMC, possui equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessárias ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU, o que se traduz na prática, por turno, em 9 enfermeiros, 2 médicos, 8 assistentes operacionais, 1 técnico de cardiopneumologia e 5 administrativos. Os enfermeiros encontram-se distribuídos pelas 6 áreas funcionais existentes, UDC, PC, triagem, SOD, SE e gabinetes urgentes, da seguinte forma: 1 responsável de turno, que dá apoio à UDC, triagem e SE, se necessário; 2 na SOD, em que um apoia também UDC; 1 na triagem; 2 na PC, em que um deles dá apoio à SE, sempre que necessário; 1 nos gabinetes urgentes; e 2 na UDC, sendo um deles responsável pela SE.

Relativamente às seis áreas funcionais existentes no SU, vale a pena clarificar as suas particularidades, na medida em que as suas diferenças contribuíram para a concretização de vários objectivos. Assim, inicio esta breve descrição pela triagem, que consiste no primeiro contato que o doente tem com o hospital.

A **triagem** é realizada num gabinete, localizado junto à porta de entrada da urgência, que dispõe do material indispensável para a monitorização base dos sinais vitais (PA, FC, oximetria de pulso, glicemia capilar. O sistema de triagem usado é a Triagem de Manchester, que permite realizar a seleção de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica (GRUPO DE

TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2004). Assim, os doentes são triados em cinco categorias diferentes identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo: **1-emergente-vermelho-0 minutos**; **2-muito urgente-laranja-10 minutos**; **3-urgente-amarelo-60 minutos**; **4-pouco urgente-verde-120 minutos**; e **5-não urgente-azul-240 minutos**. A compreensão do funcionamento da triagem de Manchester e do programa informático que a suporta foi um dos objetivos de estágio específicos propostos, pela sua importância no circuito que o doente percorre no SU.

Apesar da triagem de Manchester, quando implementada nos SU, ser considerado um sistema de melhoria da prestação de cuidados, pela informatização e organização da triagem, hoje são-lhe apontadas algumas lacunas pelos diversos profissionais, tais como: os fluxogramas não dão resposta a todo o tipo de sintomatologia apresentada pelos doentes, a avaliação de alguns sintomas, como a dor, é subjectiva, sendo que a objetividade exigida para a triagem depende do triador. Estas lacunas, para serem ultrapassadas, exigem treino, sensibilidade e perspicácia dos profissionais, pelo que, idealmente os profissionais triadores são dos mais experientes do serviço. Pude comprovar que nem sempre isto acontecia, pelo rejuvenescimento da equipa do SU, o que levava a que fossem integrados profissionais pouco experientes na área de forma abrupta e sem a preparação teórica e técnica necessária. Para além disso, os triadores devem possuir algumas características específicas como serenidade, paciência, e confiança, para que possam lidar com todo o tipo de abordagens dos doentes, visto que, são o primeiro contacto destes com o hospital e há uma imensidão de formas de resposta às situações de doença, que são percebidas como crises por quem as vivencia.

Do ponto de vista dos doentes, a vivenciar uma situação de crise, que querem ver resolvida o mais rapidamente possível, independentemente da sua natureza, a ida ao SU consiste na solução mais fácil e menos custosa a nível financeiro. É facilmente perceptível, que esta forma de pensar da população, provoca um aumento do número de pessoas a recorrer aos SU, sobrelotando-os. Segundo SHEEHY (2001) as causas fundamentais para o aumento desta afluência aos SU são: a inexistência de marcação; falta de acesso a médicos privados; vantajoso para quem tem poucos recursos; aberto 24 horas sobre 24 horas; e tratamento independente da capacidade de pagamento. Os indivíduos que recorrem ao SU, pelos fatores acima descritos, possuem uma indisponibilidade física, psicológica e emocional, para

comunicarem de forma eficiente e eficaz. Neste sentido, o enfermeiro triador tem de perceber qual é a queixa efectiva do doente, comprovando a veracidade e intensidade de um determinado sintoma, sem se deixar influenciar. Para que tal aconteça, tem obrigatoriamente que ultrapassar os limites da comunicação verbal e explorar a comunicação não-verbal do doente, pois é através desta que os indivíduos exteriorizam o seu ser psicológico, o que verdadeiramente os incomoda no seu íntimo. Atendendo a isto, atentei à postura corporal, expressões faciais, tom de voz, gestos e silêncios do doente, por forma a percepção a informação e queixas não referidas. Estas estratégias foram implementadas, com a finalidade de desenvolver as minhas competências comunicacionais e de relação com o doente e família.

Outro aspeto que não posso deixar de referir nesta área do SU é o pouco tempo que se tem para lidar com o doente de forma holística. A grande quantidade de pessoas a recorrerem ao SU não permite a valorização de outras dimensões do cuidar que não a sintomatologia física. No entanto, sempre que o serviço o permitia, a consciencialização destes aspectos levou-me a tentar colmatar esta falha.

A **SE** localiza-se em frente à triagem e é constituída por duas unidades, com possibilidade de separação por cortina, com monitor desfibrilhador, material para ventilação invasiva e não invasiva, fármacos emergentes e urgentes e material de circulação. Possui, ainda, dois planos duros montados e um plano duro pediátrico, um massajador cardíaco externo e um carro de apoio pediátrico, organizado segundo a fita de Broselow. Aqui, são admitidos os doentes emergentes, ou seja, aqueles que correm risco de vida pela situação sofrida de doença súbita ou acidente. Ao colaborar na prestação de cuidados neste local, tive oportunidade de compreender o seu funcionamento e compará-lo com a SE onde me encontro atualmente a exercer funções: SE do CHP. A conclusão que tirei foi que o modo de funcionamento das duas SE é muito semelhante (atendimento e encaminhamento dos doentes), sendo que a única diferença é a disposição dos dispositivos pela sala. Assim, não tive qualquer dificuldade neste local. Só tive pena de não ter vivido mais experiências neste local, principalmente traumas e emergências pediátricas.

A **PC** é constituída por dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de trauma, local onde se encontram os doentes com necessidade de monitorização, e um gabinete de ortopedia, local equipado com o material necessário para a colocação de gessos. Usualmente é

utilizada para vítimas de traumatismos, independentemente do mecanismo de lesão. Lamento o fato de esta área ter sido o local onde passei menos tempo pois era uma das áreas que mais me cativava e satisfazia pela receção de vítimas de trauma. Considero as situações de trauma complexas, para as quais é necessário uma grande diversidade de conhecimentos teóricos, mas ao mesmo tempo é necessário criatividade e inovação para a sua aplicação na prática, pelas alterações físicas e emocionais que a vítima de trauma sofre. Constatei que aqui, por norma, os doentes eram vistos mais depressa como pessoas e, conseqüentemente a humanização dos cuidados era maior, ao contrário do que possa parecer. A ideia geral que tinha de início era que este local era muito movimentado, o que se veio a confirmar, e que não havia tempo para valorizar mais do que a sintomatologia física do doente, ou seja, o (s) membro (s) afectado (s). Pude constatar que era errada a minha ideia pré-concebida: havia tempo e espaço para valorizar todas as dimensões da pessoa, mantendo a sua individualidade e dignidade e ainda, identificar necessidades de aprendizagem, para evitar que o evento traumático voltasse a acontecer ou minimizar as suas conseqüências. Neste contexto, esta área também permitia uma maior proximidade dos doentes, sendo mais fácil o estabelecimento e o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

A **UDC** é constituída por 12 camas com material indispensável para a monitorização de sinais vitais, em que uma delas consiste num quarto fechado para início e manutenção de isolamento. Usualmente é usada pelos doentes triados como muito urgentes e pelos doentes urgentes com dor abdominal ou dor torácica; e pelas vias verdes AVC, sépsis e coronária, ou seja é utilizada pelos doentes que necessitam de uma vigilância mais apertada, pela possibilidade de uma descompensação mais rápida. Apesar da afluência de doentes a este espaço ser grande, considero que a sua drenagem para os serviços, quando era decidido o internamento, era realizada de forma eficiente e célere, promovendo o verdadeiro conceito do SU.

A **SOD** localiza-se junto à UDC, havendo comunicação entre estas duas salas. Possui equipamento de monitorização, material para punção venosa e para a administração de terapêutica. Usualmente é usada pelos doentes urgentes.

Quer na UDC, quer na SOD, são prestados cuidados de enfermagem essencialmente interdependentes, sem espaço para a tomada de decisão e intervenções autónomas, pelo pouco tempo disponível para assistir uma grande quantidade de doentes. São valorizadas em demasia

as intervenções técnicas, havendo um esquecimento de tudo o resto, o que promove uma desumanização dos cuidados, pois permite a redução da pessoa humana à soma das suas partes orgânicas. Não existe espaço, tempo ou disponibilidade para o desenvolvimento de uma relação terapêutica e o acompanhamento familiar é praticamente nulo, apesar das últimas disposições legais que foram publicadas acerca desta matéria.

No entanto, nestes locais, é incomportável que seja de outra forma, pela grande quantidade de doentes e carga de trabalho associada e pelo número reduzido de profissionais. Desta forma, pelas características destes locais, já referidas, constatei que é difícil evitar os erros associados a estes fatores, sendo os de administração de terapêutica os que ocorrem com maior frequência. Por tudo isto, considero que a qualidade dos cuidados prestados é um aspeto a melhorar. A minha contribuição a este nível consistiu na reflexão na ação, enaltecendo os pontos positivos e arrançando soluções para a melhoria dos pontos negativos. Assim, através da sensibilização dos profissionais para a importância da permanência dos familiares junto dos doentes, do estabelecimento de uma relação terapêutica, quer com os doentes, quer com os familiares, a valorização dos doentes em fim de vida e todos os aspetos associados, a avaliação e monitorização da dor no SU, a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, promovi um ambiente de partilha de conhecimentos e opiniões, que motivou os profissionais a reflectirem criticamente na sua prática, consciencializando-se dos aspectos a mudar, a melhorar e a manter, de forma a preservar um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados no SU.

Os **gabinetes urgentes** são constituídos por gabinetes médicos e de enfermagem, onde são atendidos os doentes pouco urgentes e os não urgentes.

A estrutura do SU implica que os doentes percorram um circuito habitual. A entrada pode ser realizada por dois locais diferentes: urgência geral e emergência médica, e só devendo entrar pela emergência médica as pessoas cujo estado implica perigo iminente de vida. Se o doente entrar pela urgência geral deve retirar uma senha para atendimento na triagem e aguardar a chamada, se o doente entrar pela emergência deve dirigir – se imediatamente à triagem. Na triagem é utilizado o sistema de Triagem de Manchester, em que se estabelecem prioridades no atendimento dos doentes em função da gravidade da situação clínica. Consoante a prioridade atribuída os doentes são encaminhados, após a apresentação dos documentos de

identificação aos administrativos, para os locais específicos para serem avaliados: UDC, SOD, PC, gabinetes urgentes e SE.

O conhecimento, aqui partilhado, da organização e funcionalidade do SU do HSS, quer a nível estrutural, quer a nível de recursos permitiu uma integração e adaptação favorável na equipa multidisciplinar e serviço. A equipa mostrou disponibilidade para partilhar conhecimentos e experiências, reconhecendo o meu histórico profissional e pessoal, fazendo-me sentir como membro integrante da equipa, promovendo, conseqüentemente, um ambiente propício à aprendizagem.

1.2.MÓDULO II: SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O módulo II do estágio foi realizado na UCIP do CHVNG/E. A minha escolha deste campo de estágio partiu da possibilidade de trocar experiências e contributos com outros profissionais peritos na área do doente crítico.

A criação de locais específicos, as UCI, onde são abordadas a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais potencialmente reversíveis, deveu-se à evolução da medicina nos âmbitos da fisiopatologia, terapêutica e tecnologia (DGS, 2003). Estes espaços encontram-se dotados de recursos humanos e tecnológicos adequados (VALENTIM, 2011), permitindo o suporte e a recuperação das funções vitais, de forma a criar o ambiente ideal para tratar a doença e proporcionar qualidade de vida futura.

Estas unidades podem ter diversos graus de assistência, de acordo com as técnicas usadas e as valências disponíveis, classificando-se em três níveis, segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (SEMI), citada por DGS (2003):

- **Nível I** – visa a monitorização, normalmente a não invasiva e assegura as manobras de reanimação e a articulação com outros serviços de nível superior.
- **Nível II** – possui capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, mas pode não proporcionar acesso a meios de diagnóstico ou especialidades diferenciadas.

- **Níveis III** – possuem equipas próprias de profissionais treinados, assistência médica disponível durante 24 horas por dia, acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários, dispõem de medidas de controlo contínuo de qualidade e têm programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Apesar da existência desta classificação ao nível europeu, em Portugal, só são considerados UCI as que satisfaçam os critérios de nível III, pelo que se pode concluir que a UCIP do CHVNG/E satisfaz estes critérios.

De uma forma mais detalhada, as recomendações da SEMI (VALENTIM, 2011) para as UCI incluem: estar inserida num hospital com os departamentos necessários para garantir uma assistência multidisciplinar aos doentes (meios de diagnóstico e terapêuticos disponíveis, bem como as especialidades de anestesia, cirurgia e radiologia disponíveis durante 24 horas por dia); possuir no mínimo 6 camas, sendo o número óptimo de 8 a 12, em que o número total de camas de CI varia de 5 a 10% do número de camas totais de um hospital, para que a instituição consiga obter uma relação benefício/custo positiva (VINCENT, 1997); possuir um director e uma equipa de médicos intensivistas própria (disponível em presença física durante 24h/dia); existir normas que definam as competências, habilidades e responsabilidades de cada grupo profissional que compõe a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnicos de radiologia, técnicos de manutenção, nutricionista, terapeuta da fala, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, administrativo, pessoal auxiliar) e as suas relações de cooperação, bem como a sua função na hierarquia de trabalho e na tomada de decisões; possuir passagens de turno de dimensão multiprofissional; possuir um sistema de passagem de informação; possuir um ratio enfermeiro/doente mínimo de 1/2; possuir um programa de melhoria da qualidade, em que são reportadas complicações e eventos adversos e monitorizados continuamente indicadores de qualidade (de estrutura, de resultado e de processo); possuir uma política de revisão frequente de material descartável; possuir entrada de visitas controlada e diferente da dos profissionais; possuir uma área total 2 a 3 vezes superior à área da prestação de cuidados aos doentes; ser facilmente acedida pelos serviços de urgência e emergência, bloco operatório e recobro, departamento de imagiologia, laboratório, serviço de sangue, farmácia, serviços de apoio técnico, possuir uma área de prestação de cuidados por doente mínima de 20m²; possuir quartos de isolamento com uma antecâmara de

3 metros, cujo ratio mínimo deveria ser de 2 por cada 10 camas; possuir uma central de enfermagem que permita um contacto visual permanente com todos os doentes; possuir entradas de luz natural perto de cada doente; possuir equipamento distribuído pelos dois lados da cama dos doentes, com uma elevação do chão entre 120 a 180 cm e sem possibilidade de interferir com a prestação dos cuidados; possuir um armazém de material a 30m de distância máxima das camas dos doentes; possuir um circuito de eliminação de resíduos separados do circuito de movimentação de pessoas.

Estabelecendo a comparação entre as recomendações da SEMI e noções teóricas acerca das UCI com o contexto prático da UCIP do CHVNG/E, constato que são cumpridas a maior parte das recomendações propostas. Apenas a nível estrutural (ANEXO I) é encontrada a seguinte discrepância: falta da visibilidade da totalidade das camas da central de vigilância. No entanto, esta lacuna foi colmatada pelo acréscimo de um balcão extra, junto das camas localizadas mais afastadas da central (camas da 7 à 10) e um sistema de monitorização computadorizado de vigilância, em que são visíveis os parâmetros vitais dos doentes internados por quem se encontra na central.

As causas de internamento na UCIP são múltiplas, devido ao seu conceito de polivalência, ou seja, permite assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes pelos quais se é responsável (DGS, 2003). Neste contexto, podemos dividir os doentes internados em três grupos: internamento por ameaça de falência aguda ou falência aguda efectiva de uma ou mais função vital, como os traumas; internamento por falência de uma ou mais função vital causada por uma agudização de uma doença crónica, como as pneumonias, pós PCR; e internamento para a manutenção de suporte avançado de vida em dadores de órgãos.

Também a nível dos recursos humanos se pode falar de polivalência, na medida em que, a equipa que presta cuidados possui conhecimentos e habilidades alargadas na área do doente crítico, trabalhando em complementaridade. A minha consciencialização deste conceito integrado na prática dos cuidados influenciou positivamente a minha integração e adaptação à equipa e funcionalidade do serviço, abrindo espaço para revelar os meus conhecimentos e habilidades na área da EMC e criando um ambiente de disponibilidade e troca de experiências. Graças à criação deste ambiente propício à aprendizagem, foi-me possível desenvolver um

projeto para implementação futura: um protocolo acerca da hipotermia terapêutica e sua aplicação prática.

Dada a polivalência da UCIP do CHVNG/E ser relativamente recente, nomeadamente a nível da receção de vítimas de trauma, a minha colaboração, baseada nos conhecimentos teóricos adquiridos e experiência profissional, foi fundamental para a melhoria dos cuidados prestados a este tipo de doentes. No entanto, a sua vasta experiência em doentes com patologias cardíacas e cirurgias de especialidades, como a plástica, permitiu um alargamento dos meus conhecimentos na área da EMC, contribuindo, conseqüentemente, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

1.3.MÓDULO III: ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O módulo III é de carácter opcional em termos de tipo e local de estágio, mas desde o início do curso que a minha opção estava tomada, em favor da assistência pré-hospitalar no INEM. Esta escolha deveu-se ao meu grande interesse e necessidade de compreender como ocorre o processo de assistência ao doente crítico antes das vítimas recorrerem a uma unidade de saúde e a forma como os profissionais ultrapassam as dificuldades inerentes à prestação de cuidados num ambiente não controlado. O interesse por este contexto foi aumentado à medida que a minha experiência profissional na prestação de cuidados ao doente crítico, quer na UCIP do CHP, quer na sala de emergência do mesmo hospital, ia crescendo. Assim, apesar das vítimas em situação crítica e os cuidados que lhe são prestados não serem propriamente novos para mim, o contexto em que esses cuidados eram prestados e tudo o que lhe está subjacente exigiu integração e adaptação, pela sua especificidade.

Os meios e serviços que constituem o INEM são muitos, pelo que considero importante fazer uma abordagem resumida a cada um deles, dando especial ênfase à sua contribuição para a satisfação dos objetivos traçados.

O INEM é o organismo público responsável por coordenar o funcionamento do SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica), em Portugal, que é constituído por um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou

doença súbita, e é iniciado quando é feita a chamada para o número europeu de emergência – 112. Este pedido de ajuda consiste no primeiro passo da cadeia de sobrevivência. Após a comprovação de uma situação de emergência médica pela PSP nas centrais de emergência, a chamada é reencaminhada para o CODU, que é responsável pelo atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio dos meios de socorro adequados de acordo com a situação da vítima, a proximidade e acessibilidade ao local do acidente. Para além disso prepara a receção hospitalar das vítimas através da transmissão da informação clínica realizada pelos meios destacados para o local da ocorrência (INEM, 2009).

Este serviço do INEM sofreu modificações recentes, na medida em que anteriormente a 2011, existiam quatro CODUs nacionais: Porto, Lisboa, Coimbra e Faro, dividindo o país em quatro grandes zonas, de acordo com a área e densidade populacional, em que cada CODU era responsável pelo atendimento às vítimas da sua região. A partir de 2011 foi criado um CODU nacional, em que as chamadas são atendidas e triadas pelo operador livre há mais tempo, independentemente do local de atendimento. Isto é vantajoso, visto que permite uma redução do número de chamadas em espera, redução do número de chamadas desligadas na origem, distribuição equitativa das chamadas a nível regional, diminuição do tempo de espera da pessoa que realizou a chamada, rentabilização dos recursos humanos e aumento da eficiência em simultâneo. No entanto, a meu ver, possui uma desvantagem, que consiste no desconhecimento da área do operador do CODU caso a chamada seja atendida por alguém que desconheça o local para onde o meio foi acionado. Isto faz com que seja impossível ao operador dar pontos de referência à equipa que está no local, caso esta necessite, podendo atrasar, inadvertidamente, o auxílio à vítima de doença súbita ou acidente. Quer as vantagens, quer as desvantagens do CODU nacional puderam ser comprovadas por mim durante o meu tempo de permanência neste serviço do INEM.

Pude constatar também que este serviço é constituído por três áreas funcionais: atendimento, acionamento e regulação médica. No **atendimento** é realizada a recepção da chamada e a recolha de dados essenciais para uma triagem de prioridades o mais exacta possível, segundo um fluxograma pré estabelecido. No **acionamento** é realizado a activação dos meios, em que o nível de diferenciação destes varia consoante a prioridade atribuída no atendimento. A **área de regulação médica** é o local onde se encontra o médico para validar os protocolos em

execução e recepção dos dados das situações em que foi necessário a ativação de meios mais diferenciados.

Em termos de recursos humanos o CODU é constituído por técnicos operadores de telecomunicações de emergência (TOTE), dois médicos reguladores e um responsável de turno. O responsável de turno coordena a equipa na distribuição dos horários das refeições, presta auxílio na existência de dúvidas e tem um papel fundamental na tomada de decisão na resolução de problemas. Os TOTE encontram-se distribuídos pelas áreas de atendimento e acionamento. Existe uma rotação dos TOTE pelas duas áreas para que todos tenham a mesma oportunidade de desenvolvimento profissional e satisfação no trabalho.

A minha passagem pelo CODU foi breve, mas consegui compreender as principais dificuldades sentidas pelos TOTE na comunicação com a pessoa que se encontra do outro lado do telefone. A maior parte das pessoas não têm conhecimento do modo como se processa a ativação do SIEM e não dão as informações relevantes de forma concreta, rápida e perceptível. Por outro lado, pude constatar que, em algumas situações acontece o inverso: quem realiza a chamada para o número europeu de emergência já tem alguma experiência no assunto e manipula a informação dada ao CODU, com a finalidade de obter no local o meio mais diferenciado possível, apesar de terem plena consciência de que a situação não o justifica.

A interação entre o CODU e os meios de assistência pré-hospitalar é de extrema importância para o bom funcionamento da cadeia de sobrevivência, visto que influencia a rapidez da chegada dos meios ao local e conseqüentemente, a rapidez do início dos terceiro e quarto elos da cadeia: a desfibrilhação precoce e o SAV precoce. Comprovei a importância desta interação quer quando estive nos meios, quer quando estive no CODU.

Relativamente aos meios, posso referir que o meu estágio se desenrolou em ambulâncias de SBV, ambulâncias de SIV e em VMER e que, apesar da diferença do número de turnos executados nos diferentes meios (12h em SBV, 96h em SIV e 60h em VMER) todos eles, cada um à sua maneira, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através da oportunidade de colaboração na prestação de cuidados à vítima de doença súbita e acidente.

Os turnos de SBV foram realizados em Rio Tinto, os de SIV foram realizados em Gondomar/Porto e os de VMER foram realizados no Santo António, São João e Gaia. A

escolha destes meios prendeu-se com a sua prestação de assistência à população da minha área de residência, o que me permitiu compreender a realidade da população que me é mais próxima e facilitou a interacção entre a equipa e a população. Consequentemente, a minha integração e adaptação às equipas e à sua forma de trabalhar foi mais rápida, pelo desenvolvimento de laços de confiança, promovendo uma postura proativa e colaborativa da minha parte na prestação e gestão dos cuidados às vítimas. Por outro lado, as experiências vivenciadas nas diferentes VMER permitiram-me distinguir realidades diferentes, desde o contexto de inserção das vítimas até ao seu posterior acompanhamento às diferentes unidades de saúde do grande Porto, o que constituiu uma mais valia para o meu processo de aprendizagem.

Durante a minha permanência nestes meios, tive cerca de 66 ativações, das quais 80% foi por doença súbita, 14% foi por trauma, 1% foi de outra etiologia e os restantes 5% foram ativações abortadas. De acordo com os dados apresentados, o maior número de ativações, doença súbita, a vítima era portadora de uma patologia crónica que agudizou. As patologias mais comuns são do foro cardíaco, respiratório e neurológico e englobam as ativações por dispneia, dor torácica, crise convulsiva e alteração do estado de consciência.

A população que recorre aos serviços de INEM é, normalmente, de nível socioeconómico médio/ baixo e de idade superior a 60 anos, o que reflecte as características da nossa sociedade actual - uma sociedade envelhecida e cada vez mais pobre em termos económico-financeiros.

Relativamente às ativações por trauma, estas foram essencialmente devidas a acidentes de viação, com necessidade de uma avaliação e intervenção mais diferenciada, quer por SIV, quer por VMER.

As restantes ativações consistiram numa retenção urinária e numa intoxicação medicamentosa.

As saídas abortadas resultam de uma reavaliação da situação das vítimas realizada pela primeira equipa que chega ao local. Esta informa o CODU da não necessidade do envio de outros meios, sendo estes informados do motivo e justificação que levou ao cancelamento da sua activação. Considero que a percentagem de ativações abortadas foi significativa, pelo que deve ser alvo de reflexão. Estes dados reflectem aspetos importantes, nomeadamente a abrangência dos critérios pré estabelecidos de triagem do CODU, que permitem a ativação de

um determinado meio e a impossibilidade de confirmação da veracidade da informação dada pelas pessoas, que de alguma forma, têm contacto com a situação urgente/emergente, e que ativam o SIEM.

De uma forma específica, as ambulâncias de SBV destinam-se à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. São tripuladas por dois TAE. Esta tripulação e o seu equipamento permitem a aplicação de medidas de SBV. A maior parte destas ambulâncias já possui um DAE, com o objectivo de se iniciar o terceiro elo da cadeia de sobrevivência o mais cedo possível: a desfibrilhação precoce. Para além disto, possuem material de imobilização (plano duro, cintos, aranha, imobilizadores laterais de cabeça, colares cervicais, talas) e material de apoio à primeira abordagem à vítima (oxigénio, máscaras, nebulizador, aspirador). Apesar da simplicidade de equipamento, o seu apoio em situações de emergência é fundamental, visto que normalmente é o primeiro meio a chegar ao local, devido a serem em maior número e estarem localizadas estrategicamente, identificando a situação de emergência/urgência e estabilizando a vítima até à chegada de um meio mais diferenciado ou até à chegada a uma unidade de saúde.

A integração foi positiva, o que se deveu à boa receptividade da equipa de TAE. Isto optimizou a minha colaboração na execução prática dos protocolos de actuação propostos para cada situação específica. Apesar da minha colaboração se basear nos procedimentos executados pelos TAE, por vezes, foram-me solicitadas opiniões e a partilha de ideias e experiências sobre as situações encontradas, baseadas na minha experiência profissional como enfermeira. Esta interação partilhada entre diferentes profissionais é uma mais valia, na medida em que permite que cada um reconheça os seus limites profissionais e a necessidade do trabalho em equipa, valorizando os conceitos de cooperação e entreajuda.

As ambulâncias SIV destinam-se a prestar uma assistência mais diferenciada do que as SBV às vítimas de doença súbita ou acidente. A sua tripulação é constituída por um enfermeiro e por um TAE. O material disponível consiste no existente nas ambulâncias SBV (material de imobilização e de primeira abordagem à vítima) complementado com um monitor/desfibrilhador, ventilador, seringa eléctrica, material necessário para assegurar a via aérea avançada (tubos endotraqueais, máscaras laríngeas, laringoscópio e lâminas) e a medicação de emergência de primeira linha bem como o respectivo material de preparação e

administração. No entanto, a medicação necessita de validação médica para a sua administração e a desfibrilhação só pode ser realizada em modo de DAE, ou seja, toda a atuação dos enfermeiros é guiada por protocolos pré-instituídos. Apesar destas limitações de atuação, considero que os enfermeiros inseridos nas equipas da APH executam na perfeição as suas intervenções autónomas, na medida em que, em todos os momentos da sua prestação de cuidados está subjacente a identificação de problemas/necessidades das vítimas, sendo possível a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, o planeamento e intervenção e a sua avaliação com vista ao atingimento de ganhos em saúde. Isto permite um alargamento dos cuidados de enfermagem à comunidade, visto que, os meios da APH fazem a interligação entre a comunidade e as unidades de saúde. Assim, consoante a visibilidade dada pelos profissionais de enfermagem ao exercerem as suas funções nestes meios, varia o desenvolvimento da profissão.

Segundo o Despacho nº 14898/2011, as ambulâncias SIV deveriam encontrar-se integradas nos SUB, e as responsabilidades financeiras e de gestão deveriam ser partilhadas entre o INEM e a unidade de saúde na qual o meio fica sediado. Algumas SIV do país já se encontram integradas nos SUB, nomeadamente Santo Tirso, Lamego, Ponte de Lima, Mirandela, Amarante, entre outras (INEM, 2012). A vantagem desta integração consiste na garantia de uma resposta melhorada às necessidades de cuidados dos doentes emergentes, condicionada pela formação específica e experiência em meio pré-hospitalar dos profissionais, manutenção de competências técnicas de elevado grau de complexidade e potenciais ganhos de eficiência de gestão. No entanto, ainda existem exceções, nomeadamente a SIV Gondomar, meio no qual realizei o número total de turnos. Esta SIV tem a base no Centro de Saúde de Gondomar, mas a responsabilidade do bom funcionamento do meio (limpeza e desinfeção, tratamento dos lixos e material infectado, reposição de material) é exclusivamente do INEM.

As VMER destinam-se ao transporte rápido de uma equipa médica até ao local onde se encontra a vítima. Visam a estabilização e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas em situação de emergência e asseguram os cuidados mais especializados no pré-hospitalar: o SAV. A sua tripulação é composta por um médico e um enfermeiro. Em termos de recursos materiais, apresentam o material indispensável para a realização do SAV, nomeadamente, o material disponível na SIV, complementado com alguns fármacos de

utilização secundária em situações de emergência. Apesar dos recursos serem standardizados para todas as VMERs, estas possuem ligeiras diferenças em relação à sua organização. Tive oportunidade de verificar isto mesmo aquando da minha passagem pelas VMER do São João, Gaia e Santo António, na medida em que os dois primeiros dividem o material de abordagem à vítima em duas malas distintas, separando o material essencial à primeira abordagem do secundário, para que o transporte do material indispensável à abordagem primária seja realizado de uma forma mais rápida e segura. Deste modo, a chegada à vítima encontra-se facilitada, pela menor quantidade de material levado até ela, o que implica uma melhor distribuição de peso e garante acessibilidade a todos os locais onde a vítima necessita de ser socorrida, mesmo naqueles em que o espaço é exíguo.

Estas viaturas têm base hospitalar e, segundo o Despacho nº14898/2011 do Ministério da Saúde, deveriam ser integradas nos SUP e SUMC. Apesar de não estarem integradas a 100% nos SU, na medida em que as equipas que tripulam as VMER não se encontram integradas nos SU dos hospitais onde estão sediadas, beneficiam de algumas vantagens, tais como a racionalização de recursos e a reposição de stocks ser da responsabilidade dos hospitais em questão, o que permite aumentar a eficácia da gestão de recursos na assistência pré-hospitalar.

As áreas geográficas cobertas pelos meios nos quais estagiei incluíam a minha área de residência e local de trabalho efetivo, o que me trouxe algumas vantagens, nomeadamente, compreensão rápida da interacção entre os meios da APH e as unidades de saúde, acompanhamento efetuado às vítimas e estabelecimento de uma relação terapêutica com elas e respetivas famílias de uma forma eficaz e eficiente, pelo conhecimento que disponho acerca das características da população a atender.

Qualquer destes meios aqui descritos estava equipado com aparelhos de comunicação, com o objectivo de transmitir as informações da situação de doença súbita ou acidente para o CODU e para a unidade local de saúde recetora da vítima. A sua existência era vantajosa pela rapidez da transmissão de informação, colocando as unidades de saúde recetoras dos doentes de sobreaviso, para que à sua chegada se pudesse proceder à continuidade dos cuidados o mais precocemente possível.

Após esta breve reflexão, é possível constatar que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, na medida em que, tive oportunidade de compreender a forma de organização do CODU e sua funcionalidade, a sua interacção com os meios e de que forma esta influencia a chegada dos meios ao local do incidente/acidente; identificar as necessidades educativas da população acerca da importância da correta utilização do número 112; identificar as principais dificuldades dos profissionais que integravam as equipas do CODU e meios; compreender a dinâmica de funcionamento dos diversos meios, desde a sua activação até ao seu regresso à base; conhecer os protocolos, procedimentos e normas em acção; desenvolver competências comunicacionais e relacionais com as equipas multidisciplinares, doentes e famílias; participar nas intervenções ao doente crítico emergente, aplicando os conhecimentos adquiridos e habilidades aprendidas; e assumir uma atitude de aprendizagem.

2. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC

As competências especializadas derivam do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e da aquisição de competências específicas no domínio da EMC. Tomando este pressuposto como guia orientador deste relatório é lícito descrever as competências de especialista adquiridas e os objetivos que, ao serem cumpridos levaram à sua aquisição, em função dos seus domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e EMC.

O *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* é considerado fundamental em qualquer profissão. No entanto, nas profissões cujo “objeto de trabalho” são as pessoas e o seu bem estar, como é o caso da enfermagem, estes aspectos ainda assumem um papel mais preponderante.

No contexto profissional da enfermagem, o processo de tomada de decisão engloba a identificação de uma situação problemática, através da colheita de dados, ou seja, o reconhecimento de uma necessidade de cuidados e o planeamento dos cuidados a prestar, identificando os resultados esperados baseados em experiências anteriores. Assim, exige que o profissional de enfermagem procure a verdade, dispondo-se a rever a sua opinião e a aceitar diferentes alternativas para a realização de uma tarefa particular; possua abertura de pensamento, aceitando as opiniões dos outros membros da equipa, sem as criticar destrutivamente, nem as censurar com base em conflitos pessoais; possua espírito analítico, ou seja, capacidade de observar e analisar uma determinada situação, baseando-se nos conhecimentos teóricos científicos e na sua experiência profissional e pessoal, antevendo os eventos consequentes e prevendo a sua forma de agir/intervir; seja curioso acerca de tudo o que o rodeia, procurando informação sobre novas situações que surjam; possua uma atitude de sensatez, prudência, reflexão, autoconfiança nos seus processos de raciocínio e de

sistematização. Isto pressupõe não só uma atuação em consonância com os protocolos pré-definidos e regras institucionais e profissionais, mas também o respeito pela individualidade de cada doente como pessoa, atendendo às suas necessidades de saúde; o respeito pela particularidade de cada situação clínica, e a especificidade de cada contexto de prestação de cuidados. Por mais emergente que seja a tomada de decisão, pelo risco de vida que o doente corre, ela engloba e atenta a todos estes aspetos, bem como às crenças, valores e costumes dos doentes, seus familiares e contexto no qual estão inseridos. É através deste processo que o enfermeiro promove as práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos, atentando à dignidade da pessoa humana assistida; reconhece as práticas de risco, bem como a necessidade de as prevenir, avaliando as condições iniciais de segurança para cuidar da vítima, mantendo presentes na prática clínica os conceitos essenciais do cuidar, como a privacidade, confidencialidade e segurança da informação ministrada. Esta unicidade e dignidade inerente a cada pessoa como ser humano pressupõe uma inclusão do doente e família na tomada de decisão, de forma a que estes participem no seu próprio plano de cuidados.

No entanto, o processo de inclusão do doente e família na tomada de decisão não é fácil quando estamos perante um doente crítico. Independentemente do local onde se encontre (SU, UCIP, ambiente extra-hospitalar), este tipo de doentes, pela sua dependência devida à sua situação de risco ou disfunção efetiva de um ou mais órgãos, que põe em causa a sua sobrevivência, e pelas diversas barreiras de comunicação existentes, não se apresentam capazes de participar na tomada de decisão. Para além disso, os fatores associados às características dos contextos de cuidados ao doente crítico, como a elevada tecnologia, a diversidade de procedimentos/técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, hostilidade do ambiente ou ambiente não controlado, impossibilidade de permanência de familiares junto do doente durante muito tempo, dificulta também a inclusão da família neste processo, pela sua ausência no momento da tomada de decisão. Mesmo assim, apesar das dificuldades, e de forma a manter a boa prática de cuidados, tentei incluir a família na prestação de cuidados em todos os campos de estágio. Foi através dela que procurei obter informações acerca das crenças em saúde e valores dos doentes, bem como as características dos meios social e cultural em que estavam inseridos, e tentei que a minha prestação de cuidados o demonstrasse. Isto permitiu o desenvolvimento da minha prática segundo a ética, pela valorização da existência

do ser humano como pessoa, e a prestação de cuidados ao doente como ser biopsicosociocultural.

Nesta perspectiva, os cuidados não se encontram centrados apenas na sua componente biológica, isto é em aspetos técnicos do cuidar, mas também incluem o desenvolvimento de uma relação terapêutica com o doente e família, com a finalidade de cuidar a pessoa humana. Segundo MORRISON (2001), tornar a ajuda mais técnica, aumenta o poder dos enfermeiros perante o doente, seguindo uma forma de cuidar paternalista e biomédica. Segundo REDMAN (2003), quanto mais paternalista e biomédica for a orientação do profissional de saúde, menor a independência e autonomia do doente para a tomada de decisões acerca dos cuidados a que deve ser submetido, por diminuição da sua autoconfiança. Este tecnicismo do cuidar contribui para a despersonalização dos cuidados, em que o doente é visto como um objeto que não desempenha um papel ativo no seu processo de cura. Consciencializando-me deste facto, a demonstração de respeito para com o doente e família, bem como para com as suas decisões; a preservação da sua dignidade e privacidade e da garantia da confidencialidade e segurança da informação transmitida, consistiram sempre uma constante na prestação dos cuidados, garantindo a protecção e preservação do ser humano como pessoa.

Ao guiarmos a nossa conduta pelos princípios éticos e direitos humanos, para além do conhecimento científico, estamos a valorizar a inteligência e liberdade do ser humano, ou seja, as características que nos tornam pessoas. Estes princípios éticos, aos quais me refiro e que orientaram em todo o momento a minha prática profissional, consistem nos quatro princípios básicos, propostos por Beauchamp e Childress, baseados, por sua vez, no “Relatório Belmont” de 1978, que compreendem o respeito pela autonomia, através da regra da veracidade; a não maleficência, que decorre da regra da fidelidade à promessa de procurar sempre o bem estar do doente; a beneficência, cujo fundamento consiste na regra da confidencialidade, obrigando o profissional a promover prioritariamente o bem estar do doente/vítima; e a justiça, que impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças, e da qual parte a regra da privacidade (NEVES, 2002).

A valorização dos direitos humanos também assume grande importância no cuidar em enfermagem, como já foi referido anteriormente. Neste contexto, a minha atuação na prática clínica baseou-se nos direitos humanos, dos quais destaco os direitos: à vida, à integridade

peçoal, sem tortura ou maus tratos, à intimidade da vida privada, ao segredo, à livre expressão do pensamento, à informação, à assistência médica, à educação, à prática da sua religião e cultura. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1978)

Para além dos princípios e direitos, anteriormente referidos, ao longo dos módulos de estágio foram tidos outros aspectos em consideração, tais como: a prevalência do interesse público ao privado, legalidade, neutralidade, igualdade, integridade, dedicação, competência, respeito, continuidade e adaptabilidade, que se apresentam como princípios institucionais. A sua aplicação prática é complexa e multifacetada, mas, ao mesmo tempo, é impossível manter estes conceitos num nível exclusivamente teórico, pelo que são aplicados permanentemente na prestação de cuidados ao doente crítico.

Neste âmbito, não posso deixar de referir uma situação particular na APH que suscitou o meu interesse e reflexão: a PCR. Nestas situações, as indicações protocoladas consistem na reanimação de todas as vítimas, independentemente do desconhecimento dos profissionais em relação à situação clínica que levou à emergência médica e dos desejos da vítima, excepto nas situações específicas em que as lesões da vítima são incompatíveis com a vida: decapitação, incineração, *rigor mortis*, decapitação e hemicorporetomia (INEM.c, 2012). No entanto, não se encontram aqui contempladas as situações clínicas não tratáveis, sem nenhuma hipótese de recuperação completa, o que leva à reanimação de vítimas em estado terminal, em que as intervenções não trazem qualquer benefício nem em termos fisiológicos, nem em termos de melhoria de qualidade de vida. Consequentemente, nestes casos, a reanimação consiste num conjunto de medidas agressivas e inúteis, capazes de aumentarem o sofrimento e de constituírem uma ofensa à integridade física e moral dos indivíduos, colocando em risco o cumprimento dos princípios éticos referidos anteriormente. Desta forma, após a discussão desta temática com as várias equipas em que me inseri na APH, considero que a rigidez de alguns protocolos de atuação, apesar de se encontrarem baseados em conhecimento científico e em regras institucionais, possam influenciar negativamente a atuação ética dos profissionais. Como tal, de maneira a sensibilizar e incentivar estes profissionais para a atuação ética, realizei uma reflexão crítica, baseada em pesquisa bibliográfica e nos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos através da minha experiência profissional.

O enfermeiro guia-se por princípios de atuação, que abrangem as diversas áreas da prática clínica. O seguimento destes princípios pelos profissionais, traduz-se na prestação de cuidados de excelência, pelo que a sua utilização deve ser promovida e supervisionada pelo enfermeiro especialista, que deve dar o exemplo. Apesar do reconhecimento deste papel ao enfermeiro especialista ou equiparado, constatei que, por várias vezes, as suas intervenções mais valorizadas no seio da equipa eram as interdependentes, ou seja, as *“realizadas pelos enfermeiros 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”* (REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO - REPE, 1996: pp.11-12). A razão para que isto aconteça é a falta de visibilidade que o próprio enfermeiro especialista ou equiparado dá aos restantes profissionais da sua atuação e da atuação da equipa que tem a seu cargo, principalmente ao nível da sua autonomia. Esta consiste nas ações *“realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”*, que se traduz na prática, pela aplicação de um plano de cuidados, tendo em conta a individualidade e dignidade de cada pessoa doente. A minha atuação a este nível foi essencialmente de sensibilização dos profissionais para estes aspectos, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Assim, considero que desenvolvi uma prática profissional ética baseada no respeito pelos direitos humanos, assumindo a responsabilidade profissional a eles inerente, atingindo os seguintes objectivos: manter de forma contínua e autónoma o meu processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional; gerir e interpretar adequadamente informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós graduada; comunicar aspetos complexos de âmbito profissional a enfermeiros; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família na área EMC; e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

No *domínio da melhoria da qualidade*, o enfermeiro especialista possui um papel fundamental, na medida em que colabora na concretização, conceção e operacionalização de

projetos institucionais, reavalia e analisa a qualidade dos cuidados na prática, obtendo respostas para criar e manter um ambiente de cuidados seguro e centrado no doente e seu bem-estar.

Para a intervenção nesta área ser a adequada, considero ser importante a definição do conceito de qualidade em saúde, no qual se baseia toda uma rede de cuidados, e, de uma forma mais específica, a qualidade dos cuidados de enfermagem, adaptando-os aos locais de estágio consoante as suas características fundamentais. Assim, a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (PNS, 2011). Segundo QUIGLEY et al (2008) e PNS (2011) o conceito da qualidade em saúde baseia-se nas seguintes dimensões: efectividade, eficiência, acessibilidade, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, satisfação e continuidade.

É previsível que o conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem proposto tenha muito em comum com o conceito anteriormente descrito, sofrendo apenas ligeiras modificações e especificações. Assim, segundo a OE (2001), este conceito engloba a satisfação do doente, que incorpora o respeito pelos princípios humanistas, pelos valores, costumes, religiões, o estabelecimento de uma relação terapêutica, através de uma comunicação eficaz e eficiente, o processo de englobar o doente e suas pessoas significativas no planeamento e prestação de cuidados, e a promoção de um ambiente de cuidados seguro; a promoção da saúde, que abrange a identificação de situações de saúde da população e dos recursos do doente/família/comunidade, o fornecimento de informação e o desenvolvimento de capacidades ao doente/família que lhe permita a adaptação aos processos de vida e a adoção de estilos de vida saudáveis; a prevenção de complicações, que incorpora a identificação precoce dos problemas potenciais do doente e o planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem que os previna ou minimize; a readaptação funcional, que inclui a optimização das capacidades e conhecimentos dos doentes e conviventes significativos para gerir a sua situação de saúde/doença; e a organização dos cuidados, que abrange a teoria aliada à prática, em que são prestados cuidados com base em recomendações resultantes de estudos de investigação, a formação contínua em enfermagem e os registos de enfermagem.

Neste sentido, atendendo aos aspectos comuns entre os dois conceitos, é lícito admitir que os enfermeiros inseridos numa instituição de saúde, seja ela o INEM, CHVNG/E ou o CHEDV, têm conhecimento acerca dos objetivos da instituição sobre a temática da qualidade e os projectos que lhe estão subjacentes, o que os leva a participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional e a contribuírem no planeamento e análise da qualidade desses mesmos cuidados. Consequentemente estão aptos para comunicarem os resultados encontrados à sua e a outras instituições, podendo colaborar na promoção de projetos de qualidade externos, dando visibilidade não só à sua instituição, como à profissão de enfermagem perante leigos e peritos na área.

Com vista a ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, tive sempre a preocupação em conhecer os protocolos institucionais dos locais de estágio por onde passei, na área da qualidade, adaptando-os aos serviços e meios em questão (UCIP, APH, e SU) e divulgando-os entre os profissionais de saúde, para que os integrassem na prática dos cuidados. Assim, considero ter atingido o objetivo proposto: promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, através da comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e institucional.

Pela especificidade da área da APH, considero relevante referir-me ao seu conceito de qualidade e seus carizes subjacentes. O conceito de qualidade aborda uma filosofia de tratamento diferenciado no local da ocorrência, que engloba todos os aspetos descritos anteriormente. De facto, o INEM como instituição responsável pela coordenação da APH, procura promover a melhoria contínua, avaliando o desempenho do sistema de gestão integrado, estabelecendo e revendo os objetivos propostos; promover, junto dos seus colaboradores, programas de sensibilização/formação nas áreas da qualidade, ambiente e segurança, consciencializando-os das suas responsabilidades sociais e colectivas; prevenir, controlar e monitorizar a ocorrência de incidentes, melhorando as condições de trabalho e mantendo elevados padrões de desempenho; minimizar os impactos ambientais decorrentes das suas atividades, promovendo a utilização racional dos recursos naturais e prevenindo a poluição; envolver os trabalhadores na participação e consulta nas áreas da segurança e ambiente; formar os seus profissionais proporcionando-lhes o desenvolvimento das suas competências e promovendo a sua satisfação; garantir a satisfação dos doentes através da

prestação de cuidados com profissionalismo e de acordo com as suas necessidades e expectativas; envolver as partes interessadas no respeito pelos princípios e compromissos anteriormente referidos; e assegurar o cumprimento da legislação, regulamentação e requisitos em vigor aplicáveis às suas actividades (INEM, 2009).

Neste contexto, a APH requer dedicação e controlo. A dedicação é apresentada pelos profissionais da instituição, através do cumprimento dos protocolos pré-estabelecidos, informação à instituição (com seguimento da hierarquia instituída) dos resultados positivos e negativos dos protocolos aplicados, participação em acções de formação, com vista ao desenvolvimento do seu desempenho. O controlo abrange o planeamento e fundamentação dos protocolos e sessões formativas a instituir, bem como a sua avaliação e reavaliação. Para além disso, abrange a análise dos resultados das intervenções efectuadas e criticadas pelos profissionais do terreno, para que possa ser estudada a sua melhoria (AMARO, 2004). Só um sistema com estas características pode incorporar e suportar um processo de melhoria da qualidade.

O sucesso desta instituição na área da qualidade é reconhecido, na medida em que obteve certificação de qualidade pelo IQNet (Internacional Certification Network) e APCER (Associação Portuguesa de Certificação), nas seguintes áreas: formação em emergência médica, acreditação de entidades para formação em emergência médica, concessão de alvarás e/ou certificados de vistoria a empresas de transporte de doentes, e programa nacional de desfibrilhação automática externa (INEM, 2009). Este reconhecimento público do INEM como instituição que aposta na qualidade dos seus serviços motiva os profissionais que lá trabalham, nomeadamente os enfermeiros, a interiorizarem e atuarem segundo os objectivos da instituição na área da qualidade.

De uma forma geral, existe uma grande quantidade de projetos implementados no seio das instituições de saúde, que permitem a criação de normas orientadoras de melhoria da qualidade ao nível dos serviços, promovendo uma tomada de decisão fundamentada e informada por parte dos profissionais que lá trabalham, prevenindo a duplicação desnecessária de procedimentos, reduzindo os erros de medicação e todos os outros eventos adversos relacionados à prestação de cuidados, e optimizando os recursos disponíveis, cujo resultado assenta num balanço custo/benefício positivo para as intervenções/procedimentos executados

(PNS, 2011). Estas estratégias/planos tornam-se essenciais para a promoção da segurança dos doentes, que é considerada a base da qualidade dos cuidados de saúde e um dos aspetos valorizados no âmbito do programa nacional de acreditação em saúde (DGS, 2009).

O domínio da segurança dos doentes inclui o tipo de incidente, consequências para o doente, características do doente, factores contribuintes/perigos, consequências organizacionais, detecção, factores atenuantes do dano, acções de melhoria e acções para reduzir o risco. (DGS, 2011) A esquematização destes aspectos permite a sistematização e categorização da informação para que possa ser medida, monitorizada e analisada por todos os envolvidos no planeamento de políticas de saúde. Para que ocorra esta monitorização e análise no seio das instituições é fundamental o uso da gestão do risco como instrumento promotor da segurança dos doentes. A gestão do risco aborda sistemas de notificação e alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar e formação contínua (PNS, 2011). Atentando a isto, posso referir que qualquer dos serviços e meios nos quais estagiei (UCIP, SU, CODU, VMER, SIV, SBV) aplica a gestão do risco na prática, na medida em que possuem um plano anual de formação contínua; são seguidos protocolos e normas de prestação de cuidados, criando uma actuação standard para uma determinada situação, com a finalidade de otimizar os recursos disponíveis, prevenir o erro e esclarecer os profissionais de saúde acerca da forma de actuação mais correcta. A título de exemplo posso referir os protocolos de colocação e manuseamento de cateter venoso central e linha arterial, administração de componentes sanguíneos, monitorização de glicemia capilar e administração de insulina, transporte de doentes (SU e UCIP), utilização do *cough assisted*, depuração extra-renal (UCIP), triagem de prioridades (SU e CODU) e protocolos de atuação em APH, nomeadamente: abordagem inicial à vítima adulta e pediátrica, dispneia, choque e hipoperfusão, dor toraco-abdominal, alteração do estado de consciência, abordagens das emergências obstétricas, transporte do doente crítico e trauma.

Neste contexto, colaborei com as equipas de profissionais dos serviços e meios, seguindo os protocolos implementados e normas instituídas, e criando novos procedimentos, como é o caso da aplicação da hipotermia terapêutica em vítimas de pós PCR (UCIP), cuja novidade em termos de cuidados pode colocar em causa a segurança dos doentes, por inexperiência e falta de informação. Para além disso, em todos os campos de estágio colaborei com as equipas na

área da formação, essencial na gestão do risco, identificando necessidades de formação nos diferentes locais e colmatando-as com sessões de formação adequadas, como é o caso da apresentação de um poster acerca do acompanhamento dos doentes no SU, apresentação das seguintes sessões formativas e informativas: cuidados de enfermagem associados à ventilação mecânica invasiva no SU, hipotermia terapêutica na UCIP, consultas de follow up na UCIP, colocação do colar cervical na UCIP, sob a forma de panfleto, dilemas éticos no pré-hospitalar sob a forma de reflexão e a forma mais correta de ligar o 112, sob a forma de artigo e panfleto. Estes serão contextualizados posteriormente no respetivo domínio (domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais).

Outra questão, considerada por mim relevante, abordada pela gestão do risco consiste na decisão em equipa multidisciplinar, que implica a existência de equipas funcionais em todos os serviços e meios. Verifiquei que as decisões eram tomadas pelas equipas após a partilha de conhecimentos e saberes, que fluíam para um objectivo comum: a prestação de cuidados de qualidade ao doente, denotando uma ambiente de harmonia profissional e de cooperação entre os membros das equipas. Estes aspectos encontram-se contemplados no Código Deontológico do Enfermeiro nos artigos 90º e 91º, na medida em que, são referidos como deveres dos enfermeiros a solidariedade entre os profissionais, sem se procederem a críticas destrutivas pessoais ou profissionais; a atuação responsável na área profissional, reconhecendo os seus limites e especificidades, bem como das outras profissões de saúde, trabalhando em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde.

Não posso deixar de referir que o ambiente de partilha de experiências proporcionado pela funcionalidade das equipas contribuiu positivamente para a minha integração e adaptação às diferentes formas de trabalho e características das equipas, promovendo uma evolução favorável da aprendizagem. Desta forma, considero ter atingido os seguintes objectivos propostos: demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; e produzir um discurso pessoal fundamentado, atendendo às diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde encontrados.

Ainda no âmbito da gestão do risco, apercebi-me de uma lacuna, comum ao SU e à UCIP, que consiste na falta de valorização do papel do gestor do risco local. Encontra-se efectivamente destinado o cargo a um elemento do serviço, mas esse elemento possui, a meu ver, uma

autonomia insuficiente para a execução das suas funções. Um exemplo disto é o papel de notificador do gestor de risco. Por norma, qualquer evento efectivo ou potencial é comunicado diretamente à enfermeira chefe dos serviços, sem utilizar os meios de notificação disponíveis, que consistem no preenchimento de um formulário no portal interno do CHEDV e do CHVNG/E. Isto leva, por vezes, à perda da informação, impedindo que as possíveis causas do evento adverso sejam corrigidas ou minimizadas. (DGS, 2012) Para tentar minimizar esta falha, informei os enfermeiros do serviço sobre a importância das notificações na gestão do risco, apoiando-me nos documentos emitidos pela DGS (2012; 2011; 2009). Para além disso, colaborei na identificação de aspetos passíveis de serem notificados, que eram considerados irrelevantes pelos profissionais, cujo reconhecimento foi facilitado pela vivência de experiências anteriores idênticas no serviço onde exerço funções. Tudo isto permitiu uma sensibilização dos profissionais dos serviços para a importância das notificações na área da gestão do risco.

No contexto da segurança dos doentes, vários autores referem que os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional da saúde, por representarem cerca de 31% do número total de recursos humanos da saúde e serem os profissionais que passam mais tempo junto dos doentes. (MANSOIA, 2010). Por sua vez, qualquer ambiente de prestação de cuidados ao doente crítico, incluindo o SU, APH e UCIP, é propício a erros, pelo stress associado a situações urgentes/emergentes, à necessidade de rapidez de atuação e tomada de decisão, padrão do trabalho em equipa, necessidade de monitorização contínua, imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise, pouco apoio de outras equipas (APH), ambiente não controlado e, por vezes, hostil (APH), e elevado grau de tecnologia disponível (UCIP) (FRAGATA; MARTINS, 2004).

O mesmo autor considera que os erros de enfermagem mais frequentes se relacionam com a administração de medicação, pelo que considero fundamental aprofundar a questão do uso seguro da medicação. Segundo DGS (2012), erros de medicação consistem em qualquer evento passível de ser prevenido, que pode culminar no uso inapropriado de medicamentos ou causar danos ao doente, colocando em causa a sua segurança. Pode ocorrer ao longo de todo o circuito do medicamento. Dada a responsabilidade do enfermeiro na administração da medicação, é fundamental que os enfermeiros identifiquem os fatores de risco que podem

levar ao erro, à identificação e avaliação das condutas após o erro, e medidas que minimizem estes incidentes. (CARVALHO, 1999) Os fatores de risco que podem levar ao erro são: medicação que apresenta aparência ou ortografia semelhante ou contém nome foneticamente similar (medicação LASA), falta de atenção, distração, negligência, stress, cansaço, inexperiência ou falta de conhecimento do profissional; sobrecarga de trabalho e falha em entender as prescrições. Muitos destes fatores encontravam-se presentes nos diversos campos de estágio, na medida em que, não era raro os profissionais acumularem turnos, cujo somatório de horas ultrapassa o limite estipulado por lei, o que poderia levar ao cansaço e consequentes momentos de falta de concentração.

Relativamente à medicação LASA, a sua existência é responsável por cerca de 10% dos erros. (DGS, 2012) Posso referir como exemplo os antibióticos cefotaxima, ceftazidima e cefazolina, existentes no SU e UCIP, que são semelhantes quer em termos de aspeto, quer em termos de nome. Outro exemplo deste tipo de medicação que poderá ser mais prejudicial para os doentes consiste na semelhança das ampolas da furosemida, ranitidina e adrenalina, existentes em todos os campos de estágio.

As estratégias mais usadas na minimização do erro consistem em educação, ensino e treino dos profissionais, com vista a evitar erros por falta de conhecimento ou inexperiência; promoção de uma comunicação eficaz no seio da equipa multidisciplinar; supervisão do profissional inexperiente ou que apresenta dúvidas em relação a uma determinada medicação; e a notificação. Não posso deixar de referir, que no caso particular da APH, é fundamental e obrigatório assegurar as condições de segurança, com vista à prestação de cuidados de qualidade. No geral, todas estas estratégias eram exploradas nos campos de estágio por onde passei. Desta forma, só me restava colaborar com as equipas na promoção de um ambiente de cuidados seguro, para maximizar a satisfação dos doentes em relação aos cuidados prestados.

Especificamente na APH, as dificuldades para a manutenção de um ambiente seguro eram muitas e, tendo consciência disso, colaborei com esses profissionais na prevenção de incidentes, promovendo a envolvência do meio adequada ao bem estar e gerindo os riscos, o que se traduz, concretamente, em: estabilizar a vítima o mais rapidamente possível, de forma a que o seu transporte para a ambulância fosse realizado precocemente, para que fossem prestados cuidados mais diferenciados num ambiente mais dominado pelos profissionais de

saúde, para minimizar os efeitos da hostilidade dos contextos na prestação dos cuidados; durante o transporte das vítimas, o profissional que permanecia junto da vítima ia sentado e com o cinto de segurança colocado e se fosse necessário realizar alguma intervenção, era pedido ao condutor que parasse ou abrandasse. O uso de dispositivos que minimizem o erro também é fundamental, principalmente na APH, pelo que constatei que os cateteres venosos periféricos disponíveis em alguns meios (SIV) possuíam um sistema de recolha do mandril, que evitava a picada acidental, auxiliando na promoção de um ambiente de cuidados seguro.

No caso particular do SU do HSS, verifiquei que o sistema de distribuição de medicação por unidose, em que apenas é possível retirar a medicação prescrita para o doente, contribui eficazmente para a promoção de ambiente de cuidados seguro, prevenindo e minimizando os erros de administração de terapêutica.

Para além da segurança, existem outros aspectos inseridos no âmbito da satisfação dos doentes que comprometem a qualidade dos cuidados e que, por isso, merecem uma reflexão individualizada.

Segundo a DGS (2011) a qualidade percebida pelo doente depende da satisfação das suas necessidades e expectativas. Para se conseguir alcançar a satisfação do doente na sua totalidade é necessário o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre a equipa de saúde e o doente e família. É através da comunicação que as relações interpessoais se desenvolvem, pelo que considero ser este um “ponto chave” de qualquer relação terapêutica. De facto, os doentes tendem a ficar mais insatisfeitos com uma má comunicação do que com qualquer outro aspeto dos cuidados que lhes são prestados (DOUGHERTY e MALLETT, 2000). No entanto, não é fácil o estabelecimento de uma relação terapêutica nestes locais (SU, UCIP e APH), pelas suas características e funcionalidade como atrás já foi referido.

Outro dos aspetos englobado na satisfação dos doentes, e que é frequentemente esquecido nestes meios, por desconhecimento ou imposição de outras prioridades, como a salvaguarda da vida humana, consiste na manutenção da individualidade dos seres humanos, valorizando as suas crenças e cultura.

Por fim, ainda neste âmbito, considero relevante referir a dificuldade acrescida de englobar o doente e seus familiares no planeamento e prestação de cuidados, pela situação clínica urgente/emergente do doente, que implica uma tomada de decisão rápida e eficaz.

Referindo-me agora a outra área da qualidade, a organização dos cuidados, creio que, em qualquer local de estágio, colaborei nos registos de enfermagem, das situações ocorridas e sua transferência para os profissionais da unidade de saúde onde era recebido o doente, colaborando para a institucionalização de um processo de melhoria de qualidade, na medida em que, a documentação dos cuidados prestados e protocolos efectuados permite a continuidade dos cuidados e o aumento da sua eficácia e eficiência (FERNANDES, 2007).

Especificamente na APH, todas as ocorrências eram recebidas pelos meios através do rádio SIRESP (Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal) e *mobile clinic*. Através destes sistemas de comunicação o CODU obtinha a informação acerca da disponibilidade do meio, fazendo com que o seu acionamento fosse rápido, permitindo, conseqüentemente, um envio precoce de auxílio às vítimas de acidente ou doença súbita. O *mobile clinic* permitia a recepção da informação dos serviços, o registo de dados clínicos da vítima, e o envio desses dados para o hospital de destino e para o CODU. Este programa obrigava os profissionais a indicarem as seguintes informações: identificação do evento, que abordava a folha do CODU, a identificação da vítima, a monitorização dos sinais vitais, sinais clínicos identificados, procedimentos e terapêutica efetuada, antecedentes pessoais, diagnósticos e observações; e ainda, a decisão do transporte, com direito a justificação caso este não fosse efetuado (INEM.d, 2012).

De uma forma particular no SU do HSS, verifiquei que os registos de enfermagem constituíam um ponto fraco do serviço, na medida em que, não incorporavam as necessidades de cuidados ao doente/família, as intervenções realizadas, nem os resultados obtidos sensíveis às intervenções aplicadas. Isto é facilmente explicado pela enormidade de fatores condicionantes, nomeadamente: falta de espaço no processo do doente para os registos de enfermagem, inexistência de programa informático destinado aos registos de enfermagem, pouco tempo de permanência dos doentes no SU (<24 horas), e grande rotatividade de doentes. O meu contributo nesta área foi a sensibilização dos profissionais para a importância dos registos,

expondo alguns pontos da minha experiência profissional relativamente ao uso do *alert* na sala de emergência.

Segundo o PNS (2011), a qualidade em saúde pode ser avaliada em três níveis, que se complementam entre si: estrutura, processo e resultado. A estrutura engloba os recursos materiais e humanos, o ambiente físico, organização da instituição e serviços. O processo engloba a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e a validade da informação produzida, a integração e a continuidade dos cuidados. O resultado engloba a reabilitação e a prevenção de complicações aos doentes, a educação em saúde e a satisfação com os cuidados. Qualquer um destes níveis é avaliado sob forma de indicadores. Estes indicadores apresentam as boas práticas de cuidados ou potenciais problemas que possam ocorrer e não proporcionam respostas definitivas (LACERDA, 2006), permitindo comparar o desempenho real com o esperado. O facto de reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, permitiu que colaborasse na avaliação da qualidade dos cuidados, ponto essencial de intervenção do enfermeiro especialista.

Assim, são vários os indicadores que poderemos ter em conta para a realização de uma avaliação efetiva, dos quais destaco os mais relevantes nos três campos de estágio: satisfação dos enfermeiros relativamente ao seu exercício de funções; baixas dos profissionais; acidentes de trabalho dos profissionais; formação dos elementos da equipa prestadora de cuidados (cursos de trauma, SAV, SAV pediátrico, monitorização invasiva, transporte do doente crítico, DAE); prevenção de complicações (mortalidade, úlceras de pressão, infeção, quedas, reações adversas medicamentosas, reações transfusionais, aspiração, rigidez articular, infiltração de cateteres venosos periféricos); ganhos em saúde esperados conseguidos através da prestação dos cuidados de enfermagem (controlo da dor, conforto e bem estar do doente, controlo do medo, ansiedade e stress do doente e familiares); satisfação dos doentes e familiares face aos cuidados prestados (desenvolvimento de uma relação terapêutica, comunicação eficaz). Posso ainda referir alguns indicadores específicos para cada um dos campos de estágio: reinternamentos na UCIP; tempo de permanência na UCIP; número de episódios de urgência; número de acidentes sofridos pelos meios entre o acionamento e a sua chegada à vítima ou entre a estabilização da vítima e o seu transporte para a unidade de saúde de referência (OE, 2004).

Com base nesta reflexão é possível compreender que foi concretizado o objetivo: zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da EMC.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro realiza-a otimizando as respostas da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais indicado à promoção da qualidade dos cuidados.

Assumimos que, para a realização destas tarefas de forma eficiente e eficaz, o enfermeiro tem que ser reconhecido como parte integrante de uma equipa, pois nenhum individuo reúne toda a experiência técnica em todas as áreas do conhecimento (NUNES et al, 2008). É esta interação entre profissionais de categorias e formações diferentes que promove a prestação de cuidados de excelência. Para que esta interação entre os diferentes profissionais seja adequada, é necessário o cumprimento de alguns princípios, nomeadamente: todos os membros do grupo, bem como as suas contribuições, devem ser considerados igualmente importantes; os membros do grupo devem dispor-se a ajudar e a serem ajudados quando necessário; os membros da equipa reconhecem-se como membros de um grupo, cujo sucesso depende da sua interação; a interdependência da equipa deve ser promovida, e o seu desempenho é influenciado pela sua liderança.

Em cada equipa, independentemente da sua constituição, existe sempre, pelo menos um elemento, que é considerado perito na área. É este elemento que deve ser responsável pela coordenação e orientação da equipa, sem desvalorizar o processo de delegação. Uma boa orientação e coordenação do grupo, tendo em conta os pontos fortes e fracos de cada elemento promove um ambiente favorável à prestação de cuidados de qualidade. Assim, este elemento deve, através das suas características e do reconhecimento das características da equipa e das tarefas a cumprir, motivar todos os elementos a utilizarem as suas capacidades e suas energias no desempenho profissional, através da promoção da satisfação no contexto de trabalho. A satisfação dos profissionais pode ser influenciada pelas condições de trabalho, clima de relação com as chefias e os colegas, competência da chefia no desempenho da sua função e capacidade de resolução dos problemas, remuneração salarial, segurança no desempenho das suas funções, êxito no trabalho, reconhecimento, possibilidade de desenvolvimento profissional.

Tal como já foi referido, o processo de liderança pode ser aplicado de diferentes formas, consoante as características dos elementos do grupo liderado, do líder e das tarefas a cumprir. Tendo isto em conta, considero que as equipas de profissionais com que lidei nos distintos campos de estágio, eram constituídas por elementos mais e menos experientes, mas todos eles com conhecimentos e habilidades indispensáveis na prestação de cuidados ao doente crítico, motivados para a aprendizagem e com uma noção de responsabilidade elevada, pelo que o líder, normalmente, se limitava a orientar e a apoiar a equipa na prestação dos cuidados e na tomada de decisão. Da parte das equipas, estas reconheciam aos líderes as suas competências, seguindo as suas orientações, e consultando-os quando surgiam dúvidas.

Concretamente, no SU e UCIP, tive oportunidade de colaborar com os tutores na organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados, ao realizar o plano de trabalho de turno. No SU os enfermeiros são distribuídos pelas diversas áreas que o constituem, enquanto que na UCIP os doentes são distribuídos pelos enfermeiros, num ratio de 2 doentes por enfermeiro, ficando cada um responsável pelos cuidados totais dos 2 doentes que lhe foram atribuídos. Esta distribuição tinha em conta alguns fatores, nomeadamente: a exigência de conhecimentos e habilidades específicas para a prestação de cuidados a um determinado doente (cuidados ao doente dependente de ECMO), ou numa determinada área do SU (triagem), em que o doente ou a área que exigia cuidados mais específicos ficava a cargo da pessoa melhor preparada em termos de conhecimentos, habilidades e experiência. Esta organização não se limitava aos enfermeiros, mas também aos assistentes operacionais, pelo que é importante a compreensão e o reconhecimento dos seus papéis e funções no seio da equipa de prestação de cuidados.

Na área da APH, o conceito de liderança tinha uma aplicação ligeiramente diferente. Em cada equipa existia um líder, independentemente da sua composição (dois TAE; enfermeiro e TAE; enfermeiro e médico), que possuía as funções acima descritas e eram responsáveis pela gestão dos recursos materiais, função na qual colaborei. Verifiquei que existia uma lista de material obrigatório em cada meio, cuja existência era comprovada ao início de cada turno, através de uma revisão geral do meio (ambulância ou VMER). Era efectuada, ainda, uma verificação mais detalhada do material, englobando a verificação dos prazos de validade, e a lavagem e limpeza do meio, através do cumprimento de um plano pré-definido de tarefas semanais. Para além disso, o profissional responsável pela condução da viatura ou ambulância era responsável

por assegurar o bom funcionamento do meio, incluindo depósito de combustível, níveis de óleo, e estado dos pneus. A reposição do material em falta era realizada e registada no final de cada ativação. A forma como o material era repostado variava de meio para meio, na medida em que, nas VMER, a reposição do material era da responsabilidade do hospital ao qual estas se encontravam anexadas, sendo repostado por níveis; nas ambulâncias SIV e SBV, a reposição do material era da responsabilidade do departamento da logística do INEM, baseado nos registos efetuados do material gasto. Neste último caso, havia um dia específico da semana para o reabastecimento de material nas bases das ambulâncias.

Apesar destas funções de coordenação e gestão da base atribuídas ao elemento mais experiente em cada turno, em cada base existia um líder de cada classe profissional, que informava o coordenador geral de cada classe profissional acerca do desempenho dos seus profissionais, e suas dificuldades. Para além disso, não posso deixar de referir que qualquer das equipas estava dependente de um outro órgão de coordenação, o CODU.

O conceito de liderança que tem sido discutido até agora está intimamente ligado aos conceitos de supervisão e delegação da área de gestão dos cuidados, pelo que é importante o seu esclarecimento.

Neste contexto, a supervisão consiste na monitorização da prática dos profissionais de enfermagem a seu cargo, através da reflexão e experimentação, com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional, a aquisição de conhecimentos e competências e o apoio emocional dos supervisados. Permite uma melhoria constante da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que se torna indispensável a sua realização. A supervisão é característica de uma prática de enfermagem avançada, em que o exercício profissional é realizado por um enfermeiro perito na área da EMC, que pelo seu desenvolvimento do pensamento de enfermagem é capaz de prestar cuidados de qualidade, gerando ganhos em saúde. Isto espelha a realidade de cuidados dos diversos locais onde estagiei e o contributo dado pelo enfermeiro especialista como perito na área da EMC. É importante que o especialista tenha conhecimentos técnicos e científicos sobre a área de EMC, tenha capacidade de orientar eficazmente os supervisados para o desenvolvimento das suas potencialidades para a resolução de problemas comuns da prática profissional, tenha conhecimento de si próprio, para poder identificar os fatores capazes de interferirem na relação com a equipa, mostrar

disponibilidade para ouvir e compreender os outros, sem julgamentos pessoais, nem críticas destrutivas, estabelecendo uma relação empática com os outros elementos da equipa e tenha capacidade para gerir os conflitos provenientes da prática profissional. A observação destas características nos profissionais peritos que acompanhei promoveu a minha reflexão sobre a sua importância para a prestação de cuidados de qualidade, levando-me a seguir estes profissionais como exemplo para o meu desenvolvimento nesta área.

A delegação consiste no processo de transferir a autoridade para realizar uma determinada tarefa de enfermagem, escolhida numa situação concreta a um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro. Pressupõe a responsabilização pela tarefa delegada, bem como níveis de qualidade nos cuidados prestados semelhantes aos prestados por quem delega. Este processo aborda um conjunto de passos: a verificação dos critérios para a delegação (competência e autoridade do enfermeiro para delegar e preparação adequada da pessoa a quem é delegado); avaliação da situação, atentando as necessidades do doente, o planeamento dos cuidados, o contexto e os recursos disponíveis, com a finalidade de averiguar a manutenção da segurança do doente; planeamento da tarefa específica a delegar, especificando a natureza da tarefa, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações para o doente, com a mesma finalidade do passo anterior; aceitação da responsabilidade por parte de quem delega e em quem é delegado; fornecimento de orientações claras e concisas acerca da tarefa delegada; supervisão, acompanhamento e avaliação da tarefa delegada; registo adequado; reavaliação e reajuste adequado do plano de cuidados com base nessa avaliação (NUNES, 2007). Atendendo à natureza deste processo, é facilmente perceptível que o enfermeiro especialista como perito na área de EMC possui as competências necessárias para delegar.

Assim, de uma forma geral, colaborei na gestão dos cuidados e na liderança de equipas de prestação de cuidados especializados, gerindo eficazmente os recursos disponíveis, adequando-os às situações e contextos específicos, visando a prestação de cuidados de qualidade e garantindo a eficácia, segurança e qualidade das tarefas delegadas, cumprindo com sucesso os seguintes objectivos: realizar a gestão de cuidados na área de especialização em EMC, e liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EMC.

Relativamente ao *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, constatei que o autoconhecimento interfere no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais, e que, juntamente com a prática baseada na evidência, assumem um papel fundamental em todos os contextos da pessoa como profissional de enfermagem: pessoal, profissional e organizacional.

O desenvolvimento humano, quer pessoal, quer profissional, é realizado através da educação e formação dependendo da estrutura cognitiva de cada indivíduo, o que consiste na atribuição de um significado a uma experiência individual vivenciada. Por sua vez, a formação permite equacionar os aspetos essenciais para que a intervenção crie contextos facilitadores de desempenhos adequados, ou seja, consiste num processo de socialização que acompanha o percurso profissional de cada indivíduo, permitindo adquirir ou aperfeiçoar conhecimentos, capacidades e comportamentos para exercer as suas funções com competência, e estar preparado para os futuros desafios profissionais.

A formação em enfermagem é um instrumento preponderante de reflexão e mudança, proporcionando a crítica e a renovação, sendo estes elementos pilares na aquisição de novas competências (CASTRO, 2007). FREDERICO e LEITÃO (1999) defendem que a formação em enfermagem teve, desde sempre, uma ligação ao contexto de trabalho, pelas suas características. A formação em contexto de trabalho permite rentabilizar saberes e espaços integrando na prática clínica uma dinâmica formativa. O contexto de trabalho possibilita a aplicação da teoria à prática, mobilizando os conhecimentos teóricos e aplicando-os sob a forma de intervenções de enfermagem. A reflexão sobre a experiência adquirida no contexto de trabalho permite aumentar a percepção sobre o que é mais importante no local de trabalho e adquirir as competências adequadas à resolução de problemas concretos. Desta forma, a prática reflexiva é fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional e é imperativo para a prestação de cuidados de qualidade.

De facto, esta atualização, aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos no curso de base e pós- básico de enfermagem, reconhecida como formação em serviço, promove o desenvolvimento da profissão através da prestação de cuidados mais humanos e baseados em conhecimento científico (PARAÍSO; LIMA, 2004). Segundo BÁRTOLO (2008), a formação em serviço é condicionada pelo local, pelas relações existentes, pelas decisões

tomadas, e pela comunicação que se estabelece. Assim, as dinâmicas formativas em qualquer instituição devem passar por formação formal e informal, pelo trabalho em equipa e pelos contactos interpessoais. Atentando a isto, pude constatar que os elementos constituintes das equipas em que me integrei nas áreas do SU, UCIP e APH, para além da formação de base (curso académico), vão obtendo reciclagem dos seus conhecimentos e habilidades de forma contínua ao longo do tempo. Este processo de reciclagem de conhecimentos engloba quer os cursos estruturados e planeados pela instituição, em que existe uma avaliação formal, qualitativa ou quantitativa quer a troca e discussão de ideias e experiências que vão surgindo no dia-a-dia.

Neste contexto, colaborei na formação dos profissionais constituintes das equipas do SU, UCIP e APH, criando um ambiente favorável à troca de experiências vivenciadas e sua reflexão. Inserem-se aqui, a sessão de formação acerca dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes dependentes de ventilação mecânica invasiva, realizada no SU; a sessão de formação sobre a hipotermia terapêutica, a reflexão efectuada acerca das consultas de follow up e colocação do colar cervical, realizadas na UCIP; e a reflexão efectuada sobre os dilemas éticos mais comuns no pré-hospitalar.

A sessão de formação apresentada no SU (ANEXO I) surgiu para dar resposta a uma necessidade do serviço de optimização dos cuidados de enfermagem a doentes ventilados. O curto período de tempo que estes doentes passam no SU, fator causador de alguma inexperiência nos profissionais relativamente a esta temática, e a minha experiência de quatro anos em lidar com este tipo de doentes, promoveu a seleção deste tema para a apresentação de uma sessão formativa. Esta abordou não só os cuidados de enfermagem a serem prestados aos doentes dependentes de ventilação mecânica invasiva, mas também todos os seus outros aspectos a eles associados, nomeadamente: parâmetros e modos ventilatórios mais comuns e os diversos significados práticos dos alarmes do ventilador, para que todos compreendessem a importância da observação do doente sempre que o ventilador indicasse alguma anomalia.

Foram realizadas no total três apresentações ao longo do dia programado, a fim de que pudessem assistir o maior número possível de profissionais. Esta estratégia resultou na perfeição, na medida em que assistiram à formação profissionais a exercer funções em mais do que um turno (turno da noite e da manhã, o que se traduziu num número elevado de

participantes, motivando-me a persistir na procura do conhecimento verdadeiro, para que o pudesse apresentar sob a forma de cuidados de enfermagem de excelência.

A sessão de formação sobre hipotermia terapêutica (ANEXO II) surgiu para melhorar a prestação dos cuidados aos doentes, cujo diagnóstico principal de internamento é a PCR revertida, que ocupavam cerca de 25% das vagas na UCIP. A inexperiência dos profissionais no uso da técnica, a sua relativa novidade e a minha experiência na sua utilização na UCIP do CHP, contribuíram para a seleção desta temática. A aprovação, interesse e dedicação da equipa multidisciplinar da UCIP aquando da apresentação sistematizada do tema, estimulou-me a investir mais tempo nesta temática, o que culminou na apresentação de um protocolo de serviço para futura implementação.

A reflexão efetuada acerca das consultas de follow up (ANEXO III) surgiu em resposta a um pedido da equipa da UCIP do CHVNG/E, uma vez que eu tinha experiência nessa área, e que estas consultas já se encontram implementadas no CHP e são realizadas por uma equipa da UCIP (local onde me encontro a exercer funções como enfermeira) com apoio externo de um psicólogo. O interesse acrescido dos profissionais da UCIP neste tema deve-se à sua possibilidade de implementação no CHVNG/E. As consultas de follow up consistem no acompanhamento dos doentes na fase pós alta da UCI, com os objetivos de avaliar a evolução e qualidade de vida do doente após a alta e identificar e corrigir os fatores de desconforto associados ao serviço/internamento (ansiedade, depressão, SSPT, alterações do padrão de sono, sensação de isolamento). Esta temática foi abordada e discutida na fase final do estágio, por isso, considero que não foram esclarecidos nem aprofundados todos os seus aspectos. Exigia mais pesquisa e, conseqüentemente, um período de tempo mais longo. No entanto, considero ter prestado os esclarecimentos fundamentais acerca do funcionamento das consultas de follow up, suscitando o interesse dos profissionais, levando-os a querer procurar mais informação acerca deste tema.

A reflexão acerca da colocação do colar cervical (ANEXO IV) ocorreu em resposta a uma dúvida que surgiu durante a decisão de mobilização de um doente politraumatizado. O aparecimento de questões e dúvidas nesta temática é perfeitamente aceitável, na medida em que, a receção de doentes vítimas de trauma na UCIP é relativamente recente, e, por norma, os doentes recebidos já trazem o colar cervical colocado. A resposta a estas dúvidas e questões é

de uma relevância extrema, devido à possibilidade de ser necessário trocar o colar no serviço, pela prestação de cuidados de higiene, inspeção do pescoço e sujidade do colar. Assim, após explicar as vantagens e inconvenientes dos dois colares mais utilizados no norte de Portugal (nec lock e philadelphia), demonstrei a colocação de cada um deles e elaborei um folheto como forma de auxílio para a demonstração.

Considero que, através da reflexão acerca dos dilemas éticos mais comuns no pré-hospitalar (ANEXO V), consegui sensibilizar os profissionais para uma tomada de decisão cada vez mais ética e conscienciosa ao longo da sua prática, esclarecendo dúvidas sobre os princípios éticos fundamentais e sua interligação com os protocolos de atuação e códigos legais e profissionais.

Para além das sessões de formação formais apresentadas às equipas, não posso deixar de referir o momento formativo informal fundamental em qualquer campo de estágio, que consiste na passagem de turno. É nesta altura que as situações do dia-a-dia e as experiências, positivas ou negativas, são partilhadas, onde são refletidos e analisados os incidentes e apresentadas as inovações. Cria-se um espaço de diálogo, onde são tomadas deliberações, fomentada a redefinição de objetivos para a atividade profissional, facilitada a elaboração de projetos para o futuro e, onde se promove a reflexão e a troca de opiniões, usando uma linguagem específica usada por todos. Este momento é potencialmente formativo, pois promove a interação e discussão dos profissionais sobre os cuidados efetuados, o estado clínico do doente e a continuidade dos cuidados no turno seguinte, levando a uma reflexão individual e em grupo e consequentemente à construção de conhecimento.

O desenvolvimento pessoal e profissional das equipas de saúde foi juntamente promovido com o desenvolvimento pessoal da população abrangida pelos serviços e meios nos quais estagiei. Para isso, no SU, para além de instruir os familiares/prestadores de cuidados/doentes relativamente a alguns procedimentos básicos que podiam ser executados no domicílio, como a alimentação através de sonda nasogástrica, e os cuidados a ter com um membro gessado; apresentei um poster informativo à população, em colaboração com a equipa do serviço, acerca do acompanhamento dos doentes no SU (ANEXO VI). Esta necessidade surgiu devido à alteração legal, relativamente recente, que explana o direito de acompanhamento dos utentes dos SU do Sistema Nacional de Saúde.

Também a área de APH foi contemplada com uma sessão de educação para a saúde dedicada à população, traduzida na redação de um artigo (ANEXO VII) a ser publicado no jornal local de Gondomar “*Vivacidade*” e, a apresentação de um panfleto (ANEXO VIII) acerca da forma mais correta de ligar o 112, aproveitando uma sessão educativa realizada por outra colega que se encontrava em estágio numa escola de Gaia. Esta sessão foi planeada e realizada em conjunto com outra colega de curso, e surgiu da necessidade de dar resposta a um problema identificado aquando a nossa permanência no CODU e nos diversos meios, que consistia na falta de conhecimento da população sobre as informações relevantes a dar ao telefone quando se deparam com uma situação de emergência médica e a ausência de uma postura e linguagem adequada à fácil compreensão da situação por quem está a atender a chamada no CODU. Consideramos importante colmatar esta ignorância da população, dado que esta pode atrasar o socorro apropriado às vítimas de doença súbita ou acidente, que dele necessitam. Para além disso, pretendemos sensibilizar a população para reportar as informações verídicas das situações, sem exageros ou minimizações, de forma a evitar a manipulação dos dados fornecidos, com a finalidade do envio do meio adequado à situação de urgência/emergência.

Por toda a reflexão crítica aqui apresentada, creio que promovi e participei na formação e investigação em serviço, suportando a minha prática na investigação e no conhecimento, tornando-me facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho e liderando a implementação de procedimentos para a prática especializada em contexto de trabalho, atingindo os seguintes objetivos: incorporar na prática os resultados da investigação, participar e promover a investigação em serviço, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação da prática baseada na evidência, identificar as necessidades formativas na área de EMC, promover a formação em serviço na área da EMC, manter de forma contínua e autónoma o meu processo de auto - desenvolvimento pessoal e profissional, formular/analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; comunicar aspectos complexos de âmbito académico e profissional a enfermeiros e ao público em geral; e gerir e interpretar adequadamente informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada.

Durante o estágio, rentabilizei todas as oportunidades de aprendizagem, através da participação proactiva supervisada em novos procedimentos/técnicas/situações que iam surgindo nos locais de estágio, o que me permitiu desenvolver de forma contínua e autónoma o meu desenvolvimento profissional e pessoal. O aparecimento de situações novas permitiu o reconhecimento dos meus limites profissionais e pessoais, na medida em que constatei que as minhas habilidades e conhecimentos não eram suficientes para lidar com algumas dessas situações, o que me fez sentir necessidade de realizar pesquisas bibliográficas e de pedir colaboração a outros profissionais inseridos na equipa multidisciplinar. Isto permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Consistem exemplos destas situações: emergências pediátricas, prestação de cuidados ao doente em ECMO, em depuração extra renal, e situações de traumas complexas, em que foi necessário a utilização de material específico, que, habitualmente, não é usado nas unidades de saúde.

Relativamente às emergências pediátricas, para além da abordagem primária do ABCDE, realizada da mesma forma que para as vítimas adultas, existe uma forma de abordagem baseada na observação que permite determinar nos primeiros segundos (até 15 segundos) se a situação da criança é ou não crítica. Este processo denomina-se por triângulo de avaliação pediátrica (TAP) e é constituído pela avaliação da aparência, trabalho respiratório e circulação periférica, permitindo a identificação da categoria da alteração fisiológica, isto é, se a causa da emergência é do foro respiratório, circulatório ou neurológico. Na avaliação do trabalho respiratório são tidos em consideração os seguintes indicadores: sons anormais da via aérea (ressonar, estridor, sibilância), posicionamento mais confortável para a entrada de ar, que não é habitual, e o uso de músculos acessórios (tiragem intercostal, supraclavicular, adejo nasal). A sua alteração representa a tentativa de compensação da vítima de problemas de oxigenação/ventilação. A avaliação da aparência indica a eficácia da ventilação, oxigenação, perfusão cerebral e o normal funcionamento do SNC. As suas características mais importantes são sistematizadas pela mnemónica TICLS, que corresponde respetivamente a tónus, interatividade, consolabilidade, *look* (olhar/contemplação) e *speech* (discurso/choro). A avaliação da perfusão periférica permite determinar a qualidade de perfusão nos órgãos vitais e atenta à coloração da pele e mucosas, sinais de hemorragia, e sudorese (INEM.a, 2012). Atentando a estes algoritmos, tive oportunidade de observar e colaborar na abordagem à vítima pediátrica. As situações vividas foram essencialmente do foro neurológico, de causa

convulsiva. Porém, em todas estas situações, o episódio convulsivo já tinha terminado após a nossa chegada ao local e as vítimas encontravam-se estáveis hemodinamicamente e ventilatoriamente, pelo que foram efetuados exames físicos primários, segundo o ABCDE, e recolhidas as informações históricas detalhadas da situação e vítima.

Ainda neste contexto, tive oportunidade de lidar, no SU e na APH, com um dispositivo adjuvante das emergências pediátricas, que me era totalmente desconhecido: a fita de Broselow. Esta consiste numa fita métrica, cujos valores estão separados por cores, em que cada cor corresponde a um peso da criança. Isto permite o cálculo da dose dos fármacos de forma rápida, consoante o peso atribuído, minimizando a possibilidade de ocorrer sobredosagem dos fármacos e promovendo uma atuação célere e adequada.

O ECMO é uma técnica de suporte cardiorespiratório temporário (máximo de 30 dias), instituído enquanto se aguarda a recuperação ou substituição do órgão em falência. A indicação para a sua utilização consiste na falência severa circulatória e respiratória refratária às medidas convencionais (ventilação mecânica, suporte aminérgico) com probabilidade de morte estimada >80%. O circuito que o constitui inclui duas cânulas, em que uma transporta o sangue venoso proveniente do doente, e outra transporta o sangue oxigenado para o doente; uma membrana, que recebe o sangue venoso do doente e o oxigena; e uma bomba, que devolve o sangue oxigenado ao doente. A canulação pode ser veno-venosa ou veno-arterial, consoante o objectivo for suporte respiratório ou suporte circulatório. Relativamente aos cuidados a ter com o circuito, para além da monitorização constante e observação do doente, posso referir: manter uma pressão de sucção (corresponde à linha de saída da bomba até ao doente) da bomba > -300mmHg; manter uma pressão de saída (corresponde a linha de saída da bomba até ao doente) <400mmHg; manter fluxo manualmente através de um manípulo rotativo, em caso de falha eléctrica (bateria preparada para assegurar 1h); vigiar diferença entre a SatO₂ de saída e a de SatO₂ de entrada na membrana oxigenadora; manter a membrana oxigenadora abaixo do nível do doente, para diminuir a probabilidade de ocorrer embolia gasosa; manter uma SatO₂ pré membrana > 70% e uma SatO₂ pós membrana >95% (SatO₂<95% significa mau funcionamento da membrana por coágulos ou ar); manter APTT 1,5 a 2 vezes superior ao normal através da anticoagulação com heparina em perfusão a 10U/Kg/h e controlar de 2/2h até obter valor referido e depois controlar de 12/12h;

administração de plaquetas se for <80000 ; e vigiar complicações (hemorragia, isquemia distal, edema/hemorragia pulmonar, hipoxia cerebral, embolia pulmonar). (FERNANDES, 2012; MAQUET, 2012; VASILYEV et al, 1995; ESTEBAN et al, 2002; PEEK et al, 2009)

A depuração extra-renal utilizada na UCIP do CHVNG/E é a hemofiltração veno-venosa contínua (HVVC). Esta técnica contínua (duração ≥ 12 h) de substituição renal permite a remoção de água, electrólitos e outros solutos de baixo peso molecular pelo princípio de convecção, através da utilização de um filtro altamente poroso. O volume de ultrafiltrado é simultaneamente substituído por fluidos de constituição semelhante à do plasma. Obriga à colocação de um cateter venoso central de duplo lúmen na jugular interna, femoral ou, menos comumente, na subclávia. Os cuidados a ter com o circuito são: administrar hipocoagulação (heparina em perfusão contínua diluída de forma a obter 100U/ml) para atingir valores de APTT (Tempo de Tromboplastina Parcial Activada) 1.5 a 2 vezes superiores ao normal; vigiar complicações (hemorragia, trombose, isquemia distal, sinais de infecção); vigiar alarmes (bomba, detetor de fugas de sangue, pressão arterial, pressão venosa, pressão transmembrana, pressão pré-filtro, aquecedor); e substituir linhas de 72/72h (SWEARINGEN et al, 2003; BRAUNWALD et al, 2004).

Relativamente às situações de trauma complexas refiro-me essencialmente aos acidentes de viação com vítimas encarceradas. Em qualquer situação de trauma é necessário compreender os mecanismos de lesão, pelo que a forma como ocorreu o acidente assume grande importância (INEM.b, 2012). Nos acidentes de viação envolvendo veículos automóveis, a identificação precisa do tipo de impacto fornece informação essencial para se diagnosticar lesões resultantes do evento traumático. Este é o primeiro aspeto de complexidade que surge nas vítimas de trauma por acidente de viação. Foi necessário redobrar a atenção e melhorar as capacidades comunicacionais para ter uma rápida percepção das características do acidente, identificando pontos de embate e recolhendo informação junto das vítimas (se aplicável) e das testemunhas, sem aumentar o tempo de início de auxílio à vítima. Os restantes aspetos complexos que surgem na abordagem à vítima de trauma, em especial à vítima de acidente de viação encarcerada, consistem no pequeno espaço existente de abordagem, perigosidade do local de abordagem, necessidade de auxílio de outros meios (bombeiros), interferência das testemunhas. Para lidar com estes aspetos foi necessário desenvolver a criatividade e inovar

para que a chegada à vítima e sua avaliação fosse executada em segurança e de forma o mais eficaz e eficiente possível, para que apesar das dificuldades não fosse colocada em causa a qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, foi necessário a aquisição de novas habilidades técnicas para a utilização de dispositivos específicos de trauma, como o colete de extracção, que não são utilizados em unidades de saúde, pelo que a minha experiência na sua utilização é quase nula.

O domínio específico da EMC engloba o conjunto de competências clínicas especializadas adquiridas e desenvolvidas através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e todos os processos que lhe estão subjacentes.

A comunicação com o doente crítico e suas especificidades consiste num dos aspectos fundamentais da área de intervenção da EMC. Segundo NUNES et al (2008) comunicar consiste num processo interactivo e pluridimensional, em que existe uma troca de ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e se faz, permitindo o estabelecimento de uma relação interpessoal. O valor da comunicação não se encontra apenas na informação transmitida, mas também naquilo que o outro percebe daquilo que foi transmitido. Para o bom funcionamento deste processo, é necessário que os seus intervenientes estabeleçam uma relação baseada na empatia, que consiste na colocação do profissional no lugar do outro, tentando compreendê-lo, partindo do ponto de vista e situação em que se encontra o doente; congruência, humanismo e autenticidade. Apesar destes aspectos serem comuns a toda a comunicação, não devemos descurar as diferenças das pessoas com as quais estamos a comunicar, nem o contexto no qual elas estão inseridas, na medida em que a comunicação está adaptada para corresponder às exigências das vivências, cultura e necessidades de cada um. Nos cuidados de saúde, pela sua exigência de estabelecimento de uma relação interpessoal, estes pontos têm que ser atendidos, por forma a desenvolver uma comunicação efectiva e terapêutica. Assim, o enfermeiro, ao cuidar de uma pessoa, necessita de conhecer as técnicas de comunicação e aplica-las no seu contato direto com os doentes, observando, avaliando corretamente e respondendo às necessidades comunicacionais destes da forma mais adequada a cada situação.

Atendendo a isto e às características exigentes dos locais onde estagiei, considero que o estabelecimento de uma relação terapêutica não é fácil. Frequentemente acontece a

centralização do enfermeiro nas tarefas a executar, assumindo uma posição de poder na tomada de decisão, juntamente com a equipa multidisciplinar, provocando um afastamento da dimensão afectivo-relacional da prestação de cuidados. São vários os factores que contribuem para isso, nomeadamente: grande movimentação dos doentes e profissionais do SU, muito ruído, causado pela grande afluência de doentes ao SU, pela comunicação dos profissionais, e pela intromissão dos curiosos, necessidade de celeridade na atuação, associada à emergência da situação, dependência dos cuidados dos doentes, sofisticação da tecnologia envolvida, rotinas diferenciadas, stress a que a equipa se encontra sujeita, preocupação com as condições de segurança do doente e da equipa de saúde. Para além disto, em qualquer um destes campos de estágio, a comunicação encontra-se frequentemente alterada, pelos factores atrás referidos e pelas características dos doentes internados/assistidos, devido às suas condições patológicas e/ou estratégias/procedimentos terapêuticos aplicados, que comprometem o estabelecimento de uma comunicação eficaz. A título de exemplo, posso referir que a maior parte dos doentes internados/assistidos encontrava-se sob o efeito de medicação analgésica, sedativa e/ou curarizante para indução do coma, apresentava entubação orotraqueal ou traqueostomia, suporte com ventilação invasiva/não invasiva, ou apresentavam simplesmente indisponibilidade física, psíquica e/ou emocional para o estabelecimento da relação terapêutica. Pela indisponibilidade física entende-se a presença de sintomas físicos, como dor, ou dispneia. Pela indisponibilidade psíquica entende-se a presença de patologias capazes de afetar o estado cognitivo do doente. A indisponibilidade emocional implica a não aceitação da patologia, hábitos de vida saudáveis e o não reconhecimento da necessidade de aprendizagem, permitindo um afastamento da interacção com os outros (SMELTZER; BARE, 2002). Tudo isto era causador de stress físico e psicológico, angústia, medo, solidão, insegurança perante o futuro, desconforto físico, psicológico e emocional, e sensação de perda de autonomia nos doentes internados/assistidos, minimizando a disponibilidade dos doentes ao estabelecimento de uma relação terapêutica.

Considerando isto foram desenvolvidas algumas estratégias, em colaboração com as equipas, para dar resposta a estas situações problemáticas, nomeadamente: identificar-me antes de falar com a vítima/familiares; questionar se a aproximação à vítima poderia ser realizada na APH, através por exemplo, do pedido de autorização para entrar no domicílio da vítima e o seu anúncio em voz alta e clara; manter uma postura calma e tranquila; manter-me ao mesmo nível

que o doente; evitar gestos e posturas que poderiam ser identificadas como agressivas, como por exemplo, moderar o tom de voz, evitar gesticulação rápida e excessiva; mostrar disponibilidade e empatia, não sobrepondo o discurso, questionando quando a informação transmitida não é percebida, dando tempo à pessoa para transmitir a informação que pretende, conduzindo o diálogo de forma clara e objectiva, focando-se nos aspectos essenciais, fornecendo feedback verbal com pequenas frases, expressões de apoio ou de compreensão, reformulando a informação transmitida, não provocando nem hostilizando a vítima nem seus familiares, minimizando os juízos de valor; evitar ignorar ou condescender as vítimas; evitar rir e adequar o sorriso às situações; procura de contato visual, mas sem fixar; utilização dos gestos com moderação e sem afastar muito os membros do corpo; assumir uma postura ligeiramente inclinada para a vítima; e manter as mãos visíveis, evitando cruzar os braços, mãos na cintura, bolsos ou atrás das costas; encontrar formas alternativas à comunicação oral, como utilizar outra parte do corpo para comunicar (aperto de mãos, piscar os olhos), estabelecendo uma comparação entre os gestos combinados com respostas simples, tipo sim e não, usar figuras de imagens, letras ou frases tipo; explicar aos doentes os procedimentos/atitudes terapêuticas/exames complementares a realizar; informar os doentes sobre o que os levou ao internamento ou a serem assistidos; orienta-los no tempo, espaço e pessoa; repetição das informações dadas ao doente; construir esperanças realistas; realçar os progressos do doente; assumir uma postura de disponibilidade para estar e “escutar” activamente o doente; informar sobre o horário das visitas da UCIP e acompanhamento dos familiares no SU e APH; deixar junto dos doentes objetos familiares (sem descurar o aspecto da prevenção de infecção); colocar as músicas preferidas do doente a tocar junto dele.

Segundo a OE (2007), a interacção com a família permite um alargamento à sociedade da essência dos cuidados de enfermagem, e conseqüente aumento do grau da visibilidade da profissão de enfermagem perante a sociedade, visto que esta depende da participação dos enfermeiros, da visibilidade que estes dão à sua profissão, assim como do empenho com que o fazem. Para além disso, é necessário dar espaço à família para comunicar os seus medos, ansiedade e stress, demonstrando disponibilidade física, psíquica e emocional. Atentando a isto, a família deve ser incluída na relação terapêutica.

Tal como a inclusão do doente nos seus cuidados não consiste num processo fácil, o mesmo acontece com a inclusão da família na relação terapêutica. Os seus factores influenciadores consistem nas características do espaço físico da UCIP e SU, ambiente não controlado da prestação de cuidados na APH, preocupação em assegurar as condições de segurança necessárias para o doente e profissionais de saúde na APH, stress causado na equipa de saúde pelas emergência das situações vivenciadas, tempo limitado das visitas na UCIP, limitação das visitas na UCIP e dos acompanhantes no SU, indisponibilidade da família para visitar e acompanhar o doente aquando o seu transporte para uma unidade de saúde e internamento, dinâmica do serviço (entradas, exames e transferências atrasam e limitam a permanência das visitas junto do familiar e minimizam o tempo de contacto com a equipa de saúde). Mesmo face a estas dificuldades, colaborei com as equipas no alívio da ansiedade, medo e sensação de isolamento dos familiares dos doentes internados. Foram várias as estratégias utilizadas: informação dos procedimentos invasivos/exames realizados ou a realizar, bem como dos seus resultados; informação sobre os parâmetros indicados no monitor; explicação de reações dos doentes, como tosse, bocejo; apoio presencial quando solicitado e conveniente; criação de esperanças realistas acerca da situação de saúde e recuperação; incorporação dos familiares na tomada de decisão aos doentes, envolve-los nos cuidados aos doentes, como pedido de material ou auxílio no levantamento em caso de trauma, transporte para a unidade de referência, caso quisessem acompanhar a vítima e, em caso de falecimento, eram-lhes fornecidas as informações do processo a seguir para a realização das cerimónias fúnebres, se assim o desejassem. Independentemente da estratégia usada, o resultado final só foi possível através do desenvolvimento de uma relação empática com os familiares, ou seja, uma relação baseada na capacidade de colocação no lugar do outro, sem vivenciar o que ele vivencia (URIZZI e CORRÊA, 2007), através da qual o profissional é capaz de perceber o quão dolorosa e sofredora é a situação para o familiar.

Ainda relativamente à inclusão da família nos cuidados de enfermagem não posso deixar de referir que o acompanhamento dos doentes internados no SU constituiu um motivo de conflito no seio da equipa do serviço, devido à sua diferença de opiniões acerca do tema. Por forma a ultrapassar estes conflitos e a colaborar na prestação de cuidados elaborei um guia de acompanhamento aos familiares, segundo as disposições legais mais recentes, adaptando-as às especificidades do serviço.

Assim, segundo a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, todos os doentes que permanecem no SU têm direito a um acompanhante que é escolhido pelo doente. Este tem o direito a ser informado sobre a situação clínica do doente em tempo razoável, nas diferentes fases do atendimento, exceto nas seguintes situações: indicação expressa do doente e matéria reservada por segredo clínico. Em contrapartida, tem o dever de respeitar e acatar as instruções e indicações dos profissionais do serviço, o que, em caso de incumprimento, pode levar a ser expulso do SU. Para além dos deveres do acompanhante, existe um limite à sua permanência no SU, tal como: assistir a intervenções cirúrgicas/exames/tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante. Estas disposições foram adaptadas ao serviço, pela impossibilidade deste comportar um familiar permanentemente junto do doente, da seguinte forma: após o 1º atendimento médico, o acompanhante é aconselhado a dirigir-se para a sala de acompanhantes, que se localiza à entrada da urgência, sendo as informações prestadas de hora em hora sempre ao mesmo membro da família, excepto nas situações contempladas pela lei. Normalmente, o acompanhante só regressa para junto do doente no momento da alta ou internamento, ou quando é detetada a falta de informações importantes para o estudo clínico e o doente não se encontra capaz de prestar ele mesmo essas informações.

Uma das situações particulares, comuns a todos os campos de estágio, que considero de referência, consiste nos cuidados prestados a um doente que morre e no apoio ao seu familiar nesta situação.

A morte na nossa sociedade é vista como um tabu, como um fenómeno indesejável (URIZZI e CORRÊA, 2007). Quase sempre, em termos práticos, se traduz num abandono do doente à sua sorte, cercado pela conspiração do silêncio, por fuga dos profissionais em encarar algo tão natural como a finitude da vida humana. Outra reacção, muito usual dos profissionais de saúde consiste na execução de procedimentos e técnicas infrutíferos e ineficazes (resultado que eles já conhecem), com a finalidade de tentar evitar, adiar e lutar contra a morte.

A primeira reacção é mais comum no SU, pela carga de trabalho exagerada dos profissionais e pelo seu assumir que já não há nada a fazer por aquela pessoa; enquanto que a segunda é mais usual nas UCI e APH, pelo apoio tecnológico disponível em termos de suporte de funções

vitais e pela incerteza da veracidade das informações ou desconhecimento da causa da situação clínica do doente, respetivamente.

É fundamental, não prolongar o sofrimento do doente em fim de vida, nem o esquecer, deixando-o a agonizar nos seus momentos finais. Para tal, é importante a utilização dos recursos disponíveis em cada um dos contextos de estágio. Assim, relativamente ao doente eram prestados cuidados de conforto, como cuidados de higiene, posicionamentos; evitar iniciar novos procedimentos/técnicas invasivas (reintubações, realgalias, colheitas venosas por punção); caso fosse necessário administrar analgesia, como cuidado de conforto e o doente não tivesse acesso intravascular, era ponderada a colocação de um acesso subcutâneo para esse mesmo efeito, devido a provocar o menor sofrimento possível; avaliação contínua da dor e gestão da analgesia.

Relativamente à família, esta era ajudada a lidar com os seus sentimentos de medo, impotência e ambivalência, perante a inevitabilidade da morte do seu familiar, através do estabelecimento de uma relação empática, escuta activa, presença física, informação acerca das medidas de conforto a serem implementadas, garantia de não sofrimento do doente, alargamento do horário das visitas e número das visitas/acompanhantes, fornecimento de espaço e privacidade à família, se o desejarem, espera pelos familiares que desejam despedir-se para retirar as medidas de suporte avançado de vida (UCIP). Foi neste contexto que colaborei com as equipas no apoio aos doentes em fim de vida e seus familiares, pois o facto de ter a percepção dos sentimentos/emoções/preocupações que afligem o doente e sua família, ajuda a evitá-los/minimiza-los.

Em associação à situação referida anteriormente surge uma outra, igualmente merecedora da minha atenção, que consiste na transmissão de más notícias. Tive oportunidade de colaborar na transmissão de más notícias, que variavam entre a execução de um procedimento invasivo agressivo e a morte de um familiar, passando pelo agravamento do estado clínico e a descoberta nova de uma patologia crónica. Em qualquer dos casos proporcionou-se um ambiente adequado (calmo, privado, sem possibilidade de haver interrupções); avaliou-se previamente o que o doente/família sabia acerca da situação; avaliou-se a quantidade e qualidade da informação que o doente/família queria receber, de forma a dar e não impor a informação, respeitando a decisão do interlocutor; partilhou-se a informação, adaptando-a às

necessidades do doente/família, avaliando a compreensão da informação passada e esclarecendo interpretações erradas; respondeu-se às reacções do doente/família, abrindo espaço e disponibilidade para a colocação de dúvidas, partilha de emoções e sentimentos, períodos de silêncio; e proporcionou-se acompanhamento, planeando a vida futura, resumindo os assuntos abordados e assegurando que o doente/família assimilou a informação dada.

Apesar de não ter sido a primeira vez a executar este tipo de intervenção, ainda a considero de difícil realização, pela carga emocional associada. Existe sempre uma tendência de fugir ao assunto que causa transtorno ou banalizar a situação, inadvertidamente, como forma de nos protegermos emocionalmente. No entanto, como futuro enfermeiro especialista é fundamental atentar aos processos de transição vivenciados pelo doente e família, atuando no sentido de um desenvolvimento atempado de estratégias de coping para fazer face às situações. Devemos ser capazes de gerir e de prever as crises e não relegar para segundo plano esta competência (BENNER, 2005).

Ao intervir nestes aspectos, creio que atingi os seguintes objetivos propostos: demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área de EMC; avaliar a adequação de métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, numa perspectiva profissional avançada; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EMC; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na área de EMC; demonstrar um aprofundamento de conhecimentos na área de EMC; comunicar aspectos complexos de âmbito profissional ao público em geral; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na relação com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica, respeitando a sua cultura, crenças e valores; demonstrar conhecimentos acerca das técnicas comunicacionais mais eficazes ao doente em fim de vida e sua família. Ao atingir estes objetivos consegui gerir com eficácia a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à complexidade do seu estado de saúde, e assisti-las nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença/falência orgânica.

Um dos processos subjacente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica consiste na resposta eficaz no controlo e prevenção da infecção, na medida em que existe um risco acrescido face aos vastos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, para a manutenção/recuperação do bom funcionamento multiorgânico nas pessoas em situação crítica.

Atendendo às campanhas e *guidelines* existentes no âmbito da prevenção da infecção, colaborei com o serviço na incorporação dessas na prática, através da sua implementação e avaliação.

A nível nacional, existe o PNCI, cujo objectivo principal consiste em identificar e reduzir os riscos de transmissão de infecções entre doentes, profissionais de saúde e visitantes, e ainda voluntários, estudantes, estagiários, trabalhadores de áreas de apoio e logística, entre outros, e consequentemente diminuir as taxas de infecção e mantê-las a um nível aceitável. (DGS, 2008) Este plano necessita de uma operacionalização para ser aplicado nas unidades de saúde, visto ser muito abrangente e inespecífico. É nesta fase que entra o enfermeiro especialista. Este deve conceber um plano de prevenção e controlo de infeção que dê resposta às necessidades do contexto de cuidados, apoiando-se no PNCI e nas diretrizes da CCI da sua instituição. Para isso, é premente o conhecimento das diretrizes em vigor e das necessidades do serviço em matéria de prevenção de infecção. Consoante estes resultados são implementadas estratégias cujos efeitos vão sendo monitorizados, avaliados e registados no plano de controlo de infecção do serviço. O enfermeiro especialista é auxiliado nesta função pelo elo de ligação com a CCI, existente no serviço. Para além das funções acima referidas, estes elementos são, ainda, responsáveis pelo planeamento, implementação e monitorização do plano anual de formação/informação desta área; pela divulgação de normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica; pela execução de auditorias regulares às práticas dos profissionais do serviço; e pela promoção da comunicação entre o serviço, a CCI e os órgãos de gestão.

Neste contexto, em termos práticos, pude colaborar com os tutores do SU e UCIP e com as equipas de APH na supervisão e monitorização das boas práticas de enfermagem, ao verificar o correcto uso da norma asséptica ou limpa conforme a exigência da situação, o uso de

equipamentos de protecção adequado ao tipo de isolamento do doente (contacto, gotícula ou via aérea); notificação do médico assistente de qualquer evidência de infeção nos doentes internados/assistidos, valorizando qualquer sinal ou sintoma local ou sistémico; limitação da exposição dos doentes a infeções provenientes das visitas, profissionais, outros doentes, ou de equipamento utilizado para diagnóstico ou tratamento, atentando e promovendo a desinfeção/lavagem das mãos nos momentos adequados, instruindo os familiares / acompanhantes / prestadores de cuidados sobre as desvantagens de trazer objetos provenientes do exterior dos serviços; garantia da participação dos enfermeiros na formação sobre este tema periodicamente, ao planear a formação em serviço para 2013 (UCIP) e aproveitando as passagens de turno comuns para levantar temas relacionados com a infeção (UCIP e SU); e delegação e cooperação com os interlocutores da CCI nas funções descritas (UCIP e SU).

A nível internacional, destaco uma campanha da OMS (2012): “*Clean care is safer care*”, cujo objectivo é promover a segurança dos doentes através da sensibilização dos profissionais sobre as IACS, sua prevenção e consequências. No âmbito desta campanha a higienização das mãos era efectuada em 5 momentos na prestação dos cuidados: antes de entrar em contacto com o doente, antes de efetuar algum procedimento, após risco/exposição a fluidos ou ao contato com o doente e após a saída deste da unidade (OMS, 2009). A sua monitorização era efectuada com o objectivo de aumentar a adesão dos profissionais. Apesar de esta ter sido realizada de uma forma informal, em todos os campos de estágio, pude comprovar que todos os profissionais das equipas de saúde que integrei estavam informados e educados para esta temática, sendo a taxa de adesão pouco inferior a 100%.

Particularmente na UCIP, não posso deixar de referir que tive um papel importante nesta área, pela minha contribuição dada na escolha de um antisséptico para a desinfeção dos materiais e pele. A escolha da CCI incidia sobre a clorhexidina, na medida em que existem vários estudos que comprovam os benefícios da clorhexidina na redução das infeções por VRE (Enterococcus Resistente à Vancomicina) e MRSA (Staphilococcus Aureus Resistente à Meticilina) (VERNON et al, 2006; SANDRI et al, 2006). No entanto, segundo a minha experiência sobre o uso da clorhexidina na prática clínica, esta destrói, a longo prazo e em uso constante, recursos materiais indispensáveis para o tratamento do doente crítico (prolongadores, torneiras, cateter venoso central).

Simultaneamente a esta discussão sobre a eficácia da utilização da clorohexidina como antisséptico cutâneo surgiu a questão da utilização da clorohexidina na cavidade oral, para prevenção de infecções. Um dos tipos de infecção que serviu de mote de reflexão na equipa foi a pneumonia associada a ventilação. Mais uma vez, a discussão sobre este assunto foi incitada por mim, aplicando os conhecimentos e habilidades adquiridos e desenvolvidos ao longo da minha experiência profissional e baseando-me na bibliografia utilizada para a realização da sessão de formação sobre os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes ventilados mecanicamente, apresentada no primeiro módulo de estágio (SU).

Segundo MATOS e SOBRAL (2010), a pneumonia associada à ventilação ocorre em cerca de 30% dos doentes ventilados mecanicamente, com uma taxa de mortalidade que pode ir até aos 70%. A ocorrência diminui em cerca de 50% se forem aplicados os protocolos de prevenção, logo torna-se premente a sensibilização dos profissionais para a sua aplicação. Para além das medidas de higienização gerais, aborda as seguintes medidas específicas: aspiração de secreções por sistema aberto com luvas e sondas esterilizadas, uso de técnica asséptica na manipulação da traqueostomia, rejeitar e evitar a drenagem do fluido condensado para o doente, mantendo o circuito ventilatório livre de fluidos condensados e secreções e colocando o circuito ventilatório num plano inferior ao do tubo endotraqueal, usar solutos estéreis na terapêutica inalatória e manter a assepsia na sua preparação; uso de estratégias para prevenir a aspiração, como usar pressão do cuff adequada (entre 20 a 30mmHg), aspirar secreções supra cuff antes de mobilizar o doente, manter a cabeceira da cama elevada entre 30 a 45°, verificar o correto posicionamento da sonda gástrica e monitorizar o conteúdo gástrico regularmente; higienização oral de 6/6 horas com clorohexidina. Atendendo a estas recomendações baseadas em evidência científica, pude constatar que as medidas implementadas, no SU, UCIP e APH, tinham pequenas diferenças. No SU e na APH, locais onde os doentes entubados e ventilados mecanicamente não permaneciam durante muito tempo era aceitável a existência de algumas lacunas, nomeadamente a medição do cuff ser realizada sem rigor, a colocação do circuito ventilatório ser colocada no local mais acessível, sem atentar se se encontrava num plano inferior ao do tubo endotraqueal, e a inexistência de sonda gástrica. No entanto, em locais como a UCIP, onde se encontravam inseridas equipas de peritos na área do doente crítico, que lidam permanentemente com o doente ventilado mecanicamente, estas lacunas necessitavam de ser colmatadas. Assim, após a reflexão sobre esta temática e sua discussão no seio da

equipa, a pressão do cuff passou a ser monitorizada com rigor, aspeto que não era tido em conta anteriormente.

Desta forma, intervi na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa na situação crítica/falência multiorgânica, promovendo, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados e antecipando situações de falência orgânica, de causa infecciosa.

Outro dos aspectos fundamentais que surge no âmbito da EMC na prestação de cuidados ao doente crítico, e que constituiu um objetivo pessoal ao longo dos três módulos de estágio, foi a avaliação e gestão da dor nos doentes internados/assistidos, na medida em que, promove a qualidade dos cuidados prestados, elevando-os para um nível de excelência.

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, daí ser considerada como o 5º sinal vital. A sua avaliação e monitorização em todas as suas vertentes devem ser realizadas de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa, e melhorar a qualidade de vida do doente. De facto, a DGS (2003), através de Circular Normativa, instituiu que a intensidade da dor deve ser registada sistematicamente, utilizando-se uma das escalas validadas internacionalmente: Escala visual analógica, escala numérica, escala qualitativa ou escala de faces. Porém, existem algumas regras a ter em conta na aplicação destas escalas, nomeadamente: a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente e é registada referindo-se ao momento da sua colheita, aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes de idade superior a 3 anos, e deve ser aplicada a mesma escala na monitorização da dor para o mesmo doente. Tendo isto em conta, colaborei na avaliação e monitorização da dor dos doentes internados/assistidos, caracterizando a dor, através da colheita de dados como a sua localização, tipo de dor, fator desencadeante, duração, irradiação, factores agravantes e de alívio, intensidade e história prévia de dor.

Apesar dos limites desta temática estarem bem delineados, não foi possível a sua avaliação e monitorização de forma linear conforme a descrição acima apresentada em todas as situações. As situações de exceção ocorreram essencialmente na UCIP, devido à impossibilidade da maior parte dos doentes aqui internados ter capacidade para expressar verbalmente a sua dor.

Desta forma, para se diagnosticar dor, na UCIP, foram avaliados parâmetros como a desadaptação ventilatória, estado hemodinâmico e observação do doente (face, membros).

Independentemente da especificidade da sintomatologia apresentada é necessário que o profissional esteja bem treinado e tenha experiência na detecção da dor. Mas detectar e identificar os fatores que a desencadeiam não é suficiente para promover o bem-estar do doente, é igualmente necessário que os profissionais sejam capazes de valorizar para a poderem minimizar. Uma das formas de minimizar a dor é através da administração de fármacos analgésicos. Os mais usados são a morfina, fentanil, tramal e paracetamol. É na sua administração que surgem diferenças entre os campos de estágio, apesar do conhecimento aprofundado acerca destes fármacos ser exigido em todos estes locais. Tanto no SU, como na APH, a administração de fármacos analgésicos era pouco flexível, na medida em que, depois de ser identificado o diagnóstico de dor, era necessário validar com o médico para se proceder a sua administração. Na UCIP, a maior parte dos doentes tinham cobertura analgésica prescrita, ou em perfusão contínua ou em SOS, para ser administrada se houvesse “queixa” de dor, o que permitia uma maior flexibilidade dos enfermeiros para gerir a analgesia, aumentando ou diminuindo a dose e o espaço de tempo entre as doses de acordo com a necessidade e a farmacocinética/farmacodinâmica da medicação analgésica prescrita.

Desta forma, considero que geri eficazmente a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as suas respostas à implementação dos cuidados planeados, atingindo o objetivo pessoal a que me tinha proposto, nesta área.

3. CONCLUSÃO

O relatório como documento de auto e hetero avaliação constitui uma mais-valia, na medida em que apresenta todo o processo de aprendizagem que foi desenvolvido pelo aluno ao longo do curso. Nele se encontram as experiências vivenciadas ao longo dos módulos de estágio que contribuíram de forma significativa para a aprendizagem e o seu auxílio para a aquisição e desenvolvimento de competências na área da EMC.

A aquisição de competências não implica apenas a aquisição de conhecimentos e a sua aplicação na acção, mas também inclui o desenvolvimento de capacidades crítico – reflexivas e a sua colaboração na tomada de decisão para a acção, proporcionando uma melhor adaptação às diferentes situações e contextos que possam surgir futuramente. Atentando a isto e a todo o trabalho reflexivo desenvolvido ao longo deste relatório, considero ter atingido os objectivos propostos inicialmente.

Não posso deixar de referir a importância que os diferentes contextos de estágio e a multiplicidade de experiências lá vivenciadas tiveram no meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional. Os contextos de estágio foram seleccionados dentro dos limites modulares propostos e tinham como objectivo auxiliar na *“aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico”* (UCP, 2013). Desta forma e, devido ao meu exercício profissional abranger a prestação de cuidados ao doente crítico com ameaça de falência ou falência aguda efetiva de uma ou mais função vital, posso constatar que os contextos de estágio seleccionados não eram de todo totalmente desconhecidos para mim. Isto constituiu um fator favorável à aquisição/desenvolvimento de competências na área específica da EMC, pela maior facilidade de integração e adaptação aos campos de estágio. Permitiu, ainda, a identificação de questões problemáticas e das necessidades formativas dos diferentes locais de estágio, mais rapidamente, dispondo conseqüentemente de mais tempo para arranjar estratégias que respondessem às necessidades dos serviços. As áreas onde existiam mais

dúvidas e nas quais o distanciamento entre a prática e a teoria era maior, foram as mais trabalhadas nos três módulos de estágio, nomeadamente a relação terapêutica e a comunicação eficaz e eficiente necessária para a efetivar; a avaliação e gestão da dor; controlo e prevenção da infeção; e a aplicação dos princípios éticos fundamentais na prática clínica.

Na prática, estes aspectos foram trabalhados no SU através da apresentação de um poster acerca dos direitos e deveres dos acompanhantes dos doentes, dadas as suas características específicas e a necessidade de incluir a família/prestadores de cuidados nos cuidados aos doentes internados, e apresentação de uma sessão formativa acerca dos cuidados de enfermagem aos doentes ventilados mecanicamente, de forma a melhorar a prática de cuidados no serviço em questão.

Na UCIP foi apresentada uma proposta de protocolo acerca da hipotermia terapêutica, o conceito das consultas de follow up e seus possíveis benefícios para os doentes no pós internamento em cuidados intensivos, e um panfleto acerca da forma de colocação mais correta dos dois tipos de colares cervicais mais usados (nec lock e philadelphia).

Na APH foi apresentado um panfleto e um artigo à população com o apoio do INEM acerca da forma mais correta de ligar o 112, e uma reflexão aos profissionais da APH acerca dos dilemas éticos mais comuns no pré-hospitalar.

Independentemente do formato da minha contribuição nos diversos locais de estágio (panfletos, pósteres, protocolos, sessões de formação, artigo e reflexões), esta consistiu na possibilidade de discutir a prática profissional refletida, com base em conhecimentos científicos recentes e na troca de experiências diferentes vivenciadas em contextos semelhantes.

Mesmo conhecendo o conceito de doente crítico e seus processos subjacentes, a individualidade de cada pessoa marca a diferença nos cuidados, o que exigiu espírito crítico, capacidade de inovar e de adaptabilidade e criatividade, bem como um grande investimento nos conhecimentos científicos que servem de base à prestação de cuidados destes doentes.

Apesar de considerar que, de uma forma geral, todas as competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC foram atingidas, tenho consciência de que poderia ter intervindo mais em

algumas áreas de especialização em EMC, nomeadamente na gestão, caso houvesse uma maior disponibilidade de tempo da minha parte e da parte de quem a pratica nos locais onde foram realizados os módulos de estágio. De fato, a gestão do meu horário de trabalho com o horário do estágio, a gestão da minha vida pessoal, a necessidade de realização de pesquisa bibliográfica e de atualizar conhecimentos foram difíceis. Contudo, o ultrapassar destas dificuldades e o controlo do stress por elas causado, permitiu o meu crescimento como pessoa e profissional de enfermagem, colocando-me mais próxima da minha grande meta final que consiste na prestação de cuidados especializados em EMC, como especialista na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, L.P. (2004). Qualidade em emergência pré-hospitalar. I Mestrado em Medicina em Emergência. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

BÁRTOLO, Emília (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. Revista de Ciências da Educação, nº 5. (Janeiro/Abril) p.7-18.

BENNER, Patrícia (2005). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.

BRAUNWALD, E. et al (2004). Harrison-manual de medicina. 15ªed. Lisboa: Mc Graw Hill.

CARVALHO, et al (1999). Erros mais comuns e factores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 7, nº5, (Dezembro). Ribeirão Preto: p. 67-75.

CASTRO, C. (2007). Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. V Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

DOUGHERTY, L.; MALLETT, J. (2000). Manual de procedimentos clínicos de enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget.

ESTEBAN, A. et al (2002). Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA. Vol.287, nº3: p. 345-355.

FERNANDES, A.C. (2007). Os sistemas de informação e a reforma do sistema de saúde. Hospital do Futuro. Nº3, Março.

FERNANDES, P. (2012). ECMO: princípios básicos. (11 de Outubro). [entrevista pessoal]

FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2004). Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Livraria Almedina.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. (1999) Princípios de administração para enfermeiros. 1ª ed. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

INEM (2009). Qualidade. [em linha] [Consultado em 27 de Janeiro de 2013] Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PageId=43897

INEM.a (2012). Emergências Pediátricas e obstétricas. 1ªedição. Lisboa: INEM.

INEM.b (2012). Emergências de Trauma. 1ªedição. Lisboa: INEM.

INEM.c (2012). Manual de abordagem à vítima. 1ªedição. Lisboa: INEM.

INEM.d (2012). Manual de utilização do mobile clinic 5. 3ªedição. Lisboa: INEM.

LACERDA, R. et al (2006). Manual de avaliação de qualidade de práticas de controlo de infecção hospitalar: projecto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controlo de infecção hospitalar. São Paulo.

MANSOA, Ana (2010). O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

MAQUET (2012). Cardiohelp system extracorporeal support solution. [em linha] [Consultado em 27 de Novembro de 2012] Disponível em www.maquet.com

MORRISON, Paul (2001). Para compreender os doentes. Lisboa: Climepsi Editores.

MATOS, A; SOBRAL, A (2010). Prevenção da Pneumonia Associada a ventilação mecânica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, vol. 17, nº1 (Março), p. 61-65. [em linha] [Consultado em 23 de Novembro de 2012] Disponível em http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_61a65.pdf

NEVES, M.P. (2002). A teorização da bioética. Comissões de ética. 2ªedição. Coimbra: Gráfica de Coimbra, pp. 42-45.

NUNES, L. (2007). Parecer nº136/2007. Delegação: tomada de posição. Lisboa: OE.

NUNES, M et al (2008). Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência periféricos da RAM. Pós Graduação em Urgência/Emergência Hospitalar, Universidade Atlântica, Funchal. [em linha] [Consultado em 16 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [em linha] [Consultado em 16 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

OE (2004). Gestão. Resumo mínimo de dados. Qualidade/productividade. Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros, nº13 (Julho). Lisboa: pp.1-23.

OE (2007). A OE e o desenvolvimento profissional. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº26 (Junho).

OMS (2009). Guidelines da Organização Mundial da Saúde acerca da higienização das mãos nos cuidados de saúde: primeiro desafio global da segurança do doente da campanha “Clean care is safer care”. Geneva: Organização Mundial da Saúde.

OMS (2012). “Clean Care is Safer Care”. [em linha] [consultado a 12 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.who.int/gpsc/en/>

PARAÍSO, A.; LIMA, Pedro (2004). Gestão na saúde: instrumentos legais. Paredes: CESPU.

PEEK, G.J. et al (2009). Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. Vol.374, nº9698: p. 1351-1363.

PORTUGAL. Assembleia da República (2009). Lei nº33/2009 de 14 de Julho. Diário da República, 1ªsérie, nº134, p. 4467.

PORTUGAL. (1978). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República, 1ªsérie, nº57, artº3. [em linha] [consultado a 27 de Dezembro de 2012] Disponível em <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>

PORTUGAL. Ministério da saúde. DGS (2003). Circular Normativa nº9/DGCG. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. [em linha] [consultado a 2 de Janeiro de 2013] Disponível em <http://www.dgsaude.pt>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2003). Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2009). Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2011). Departamento da Qualidade na Saúde: Divisão da segurança do doente. Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2012). Orientação da DGS nº11/2012: Análise de Incidentes e efeitos adversos. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2012). Segurança e erros de medicação ou uso seguro do medicamento. [em linha] [consultado a 15 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. INEM (2009). CODU. [em linha] [consultado a 15 de Dezembro de 2012] Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164

PORTUGAL. Ministério da Saúde. INEM (2012). Relatório de Integração VMER e SIV. [em linha] [consultado a 22 de Fevereiro de 2013] Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20121213163338736231.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro: REPE. Diário da república, 1ªsérie, A, nº205, pp.2959-2962.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2006). Despacho nº 18459/2006 de 12de Setembro. Diário da República, 2ª série, nº176, pp. 18611-18612.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2011). Despacho nº14898/2011 de 3 de Novembro. Diário da República, 2ª série, nº211, pp.43563-43564.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho de Urgências (2004). O serviço de urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. [em linha]. [Consultado a 20 de Fevereiro de 2013]. Disponível em http://www.hospitaisepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República, 2ª série, Nº35, parte E, pp. 8648-8653.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República, 2ª série, Nº35, parte E, pp. 8656-8657.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS (2011). Plano Nacional da Saúde 2011-2016. Lisboa: DGS.

QUIGLEY, H. et al (2008). Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. Cornwall: MPG books Ltd.

REDMAN, Barbara (2003). A prática da educação para a saúde. Lisboa: Lusociência.

SANDRI, Ana et al (2006). Reduction in incidence of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection in an intensive care unit: role of treatment with mupirocin ointment and chlorhexidine baths for nasal carriers of MRSA. Infection Control &

Hospital Epidemiology. Vol. Nº 27 (Fevereiro), p. 185-187. [em linha] [Consultado em 23 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16465636>>.

SHEEHY, S. (2001). Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª edição. Loures: Lusociência.

SMELTZER E BARE (2002). Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SWEARINGEN, P. et al (2003). Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos. 4ª edição. Loures: Lusociência.

UCP (2013). Enquadramento do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC. [em linha]. [Consultado a 20 de Fevereiro de 2013]. Disponível em <http://www.saude.porto.ucp.pt/oferta-formativa/2-ciclo/enfermagem/mestrado-em-enfermagem-com-especializacao-em-enfermagem-medico-cirurgica/enquadramento/>

URIZZI, F.; CORRÊA, AK. (2007). Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Revista Latino-americana de Enfermagem, Vol. 4, nº15 (Julho-Agosto). Ribeirão Preto: p. 85-91.

VALENTIN, A. Et al (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Medicine. [em linha] [consultado a 26 de Outubro de 2012] Disponível em <http://www.esicm.org/upload/Intensive%20care%20medicine%202011%20Valentin.pdf>

VASILYEV, S. et al (1995). Hospital survival rates of patients with acute respiratory failure in modern respiratory intensive care units: an international multicenter, prospective survey. Chest. Vol.107, nº4: p.1083-1088.

VERNON, Michel et al.(2006). Chlorhexidine Gluconate to Cleanse Patients in a Medical Intensive Care Unit: The Effectiveness of Source Control to Reduce the Bioburden of Vancomycin-Resistant Enterococci. Archives of Internal Medicine. Vol.166, nº3 (Fevereiro). [em linha] [Consultado em 23 de Novembro de 2012] Disponível em <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/166/3/306>>.

VINCENT, J.L. et al (1997). Organization of Intensive Care Units in Europe: lessons from the EPIC study. *Intensive Care Medicine* 23: pp. 1181-1184. [em linha] [consultado a 26 de Outubro de 2012] Disponível em <http://www.esicm.org/upload/Vincent%20JL%20EPIC%201997.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: SESSÃO DE FORMAÇÃO “VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

- a. PANFLETO DE DIVULGAÇÃO**
- b. PLANEAMENTO DA SESSÃO**
- c. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO**
- d. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**
- e. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

a. PANFLETO DE DIVULGAÇÃO

Sessão de formação: Ventilação Invasiva – Cuidados de Enfermagem



Formador: Diana Ferreira

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHEDV

Contexto: Curso de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da
Universidade Católica Portuguesa

Data: 12/06/2012

Duração: 30 minutos

Local: Sala anexa à UDC

b. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão de formação: Ventilação Invasiva – Cuidados de enfermagem

Formador: Diana Ferreira

Orientadora: Profª Lúcia Rocha

Tutor: Enfº Luís Sousa

Enquadramento:

- Realizada no âmbito do Estágio Módulo I: Serviço de Urgência, do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica - Porto
- Quando é necessário instituir a ventilação mecânica invasiva é fundamental a compreensão de todo o processo que lhe está associado.
- O uso da ventilação invasiva na sala de emergência torna premente o aprofundar de conhecimentos sobre os cuidados a ter com os doentes que dependem deste tipo de equipamento, dado a rapidez dos cuidados exigidos e o tipo de dependência dos doentes neste local.

Destinatários: Enfermeiros do serviço de Urgência do CHEDV

Objectivos da formação:

Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Identificar os modos ventilatórios usados no SU do CHEDV
- Compreender os parâmetros ventilatórios mais usados no SU do CHEDV
- Identificar as complicações mais comuns da ventilação mecânica invasiva
- Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada com doentes com ventilação mecânica invasiva, essencialmente em contexto de SE

Data da formação: 12 de Junho de 2012

Duração da sessão: 30 minutos

Local da formação: a definir

Metodologia: método expositivo

Recursos materiais: computador

Avaliação da sessão: Questionário

<u>Fases da sessão</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Tempo despendido</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none">➤ Apresentação do formador➤ Apresentação da sessão	2 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">➤ Critérios de início da ventilação mecânica invasiva➤ Modos ventilatórios mais usados, suas vantagens e desvantagens➤ Nomenclatura usada em ventilação mecânica invasiva➤ Complicações da ventilação mecânica invasiva➤ Cuidados de enfermagem inerentes à ventilação mecânica invasiva	18 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">➤ Resumo da sessão➤ Questões➤ Avaliação da sessão	10 Minutos

c. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO



Ventilação Mecânica Invasiva



Realizado por:
Diana Ferreira

Porto, Junho de 2012

1

Objectivos da sessão

- Identificar os modos ventilatórios usados no SU do CHEDV
- Compreender os parâmetros ventilatórios mais usados do SU do CHEDV
- Identificar as complicações mais comuns da ventilação mecânica invasiva
- Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada ao lidar com doentes com ventilação mecânica invasiva, essencialmente em contexto de SE

2

Indicações da ventilação mecânica

- FR > 35 ciclos/min
- PaCO₂ > 50 mmHg
- PaO₂ < 60 mmHg
- pH < 7,25
- PaO₂/FiO₂ < 200
- Lactatos > 1 mmol/L



3

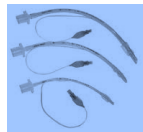
Indicações da ventilação mecânica

- Insuficiência cardíaca
 - Eliminar o trabalho respiratório
 - Reduzir o consumo de oxigénio
- Disfunção neurológica
 - Hipoventilação central/apneia frequente
 - Coma/ECG < 8
 - Incapacidade de protecção da via aérea

4

Ventilação mecânica invasiva: Como?

- Tubo endotraqueal
- Cânula de traqueostomia
- Máscara laríngea



5

Parâmetros ventilatórios

- **Volume Corrente (VC)**
 - Volume de mistura gasosa fornecida ao doente em cada ciclo respiratório
 - VC de referência: 7-8 mL/Kg
- **Volume minuto (Vm)**
 - VC x FR (L/min)

6

Parâmetros ventilatórios

- **FiO2**
 - Fracção de oxigénio inspirado
 - Percentagem de oxigénio existente na mistura gasosa inspirada
 - Varia entre 21-100%
- **Frequência Respiratória**
 - Nº de ciclos respiratórios por minuto
 - Em média 15ciclos/min

7

Parâmetros ventilatórios

- **Pressão máxima ou de pico**
 - Valor de pressão necessário para introduzir o volume corrente programado
 - Pressão intratorácica no final da inspiração
 - Deve ser inferior a 50 cmH2O
- **Pressão de plateau**
 - Pressão necessária para manter o volume corrente nos pulmões
 - Deve ser inferior a 35cm H2O

8

Parâmetros ventilatórios

- **Trigger**
 - Sensibilidade do ventilador para se aperceber de um esforço inspiratório do doente
- **PEEP**
 - Pressão expiratória final positiva
 - Aumenta a pressão alveolar
 - Normalmente cerca de 3-5cmH2O

9

Parâmetros ventilatórios

- **Relação I:E**
 - Relação existente entre o tempo inspiratório e o tempo expiratório
 - Normal: 1:2

10

Modos ventilatórios

<u>Mandatários</u>	<u>Não mandatários</u>
Ventilação controlada por Volume (CMV)	Pressão Assistida (PA)
Ventilação controlada por pressão (PC)	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV)	

11

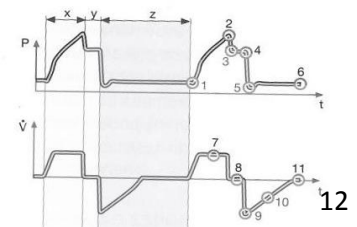
Modos ventilatórios

- **Ventilação controlada por volume (CMV)**

Em cada ciclo respiratório é fornecido ao doente, um volume corrente pré-programado, independentemente dos esforços do doente

X – Tempo de inspiração; Y – Tempo de pausa; Z – Tempo de expiração

- 1- Início inspiração
- 2- Pico da pressão da inspiração
- 5 – Pressão expiratória inicial
- 6 – Pressão expiratória final
- 7 – Pico de fluxo da inspiração
- 8 - Fase de fluxo 0
- 9 – Pico de fluxo da expiração
- 11- Fluxo expiratório final



12

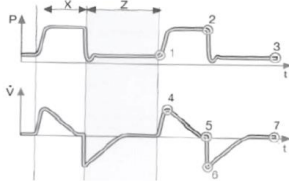
Modos ventilatórios

- **Ventilação controlada por pressão (PC)**

Em cada ciclo respiratório é fornecido ao doente, uma pressão constante durante o tempo de inspiração ajustado

X – Tempo de inspiração; Z – Tempo de expiração

- 1- Início inspiração
- 2- Pico da pressão da inspiração
- 3 – Pressão expiratória final
- 4 – Pico de fluxo da inspiração
- 5 - Fluxo inspiratório final
- 6 – Pico de fluxo da expiração
- 7 – Fluxo expiratório final



13

Modos ventilatórios

- **Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV)**

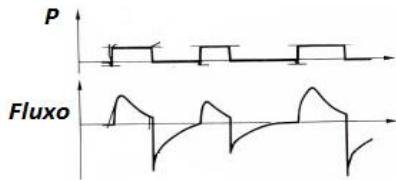
- Combinação da ventilação espontânea com a controlada
- A intervalos regulares, determinados pela FR pré-seleccionada, o ventilador responde ao esforço do doente com uma ventilação assistida
- Nos intervalos, o doente respira espontaneamente à sua frequência e profundidade
- Aumenta a interação ventilador/doente

14

Modos ventilatórios

- **Pressão assistida (PA)**

- O ventilador fornece um nível de pressão pré-programada, de forma a auxiliar o doente nos seus esforços inspiratórios



15

Modos ventilatórios

- **Pressão positiva Contínua nas vias aéreas (CPAP)**

- É mantida uma pressão positiva contínua, pré estabelecida nas vias aéreas

16

Complicações da VI

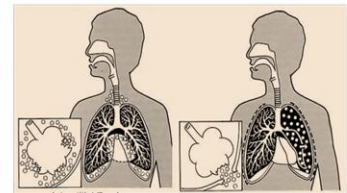
- Barotrauma
- Pneumotórax
- Pneumonia associada à ventilação
- Complicações gastrointestinais
- Diminuição do débito cardíaco
- Alterações do equilíbrio hidro-electrolítico
- Lesões traumáticas associadas ao TOT

17

Complicações da VI

- **Barotrauma**

Ocorre devido ao aumento da pressão intratorácica



Manifesta-se por:

- Enfisema subcutâneo
- Pneumotórax
- Pneumomediastino

18

Complicações da VI

- **Pneumotórax**

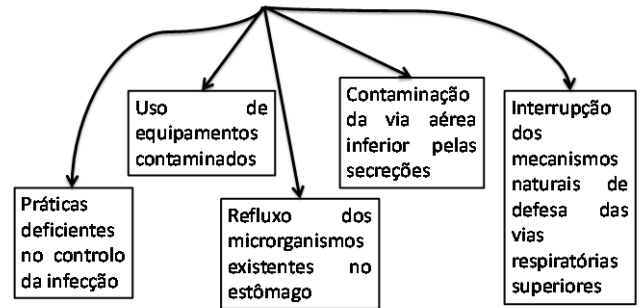


Pressão elevada
 ↳
 orifício no tecido pulmonar
 lesado ou fragilizado
 ↳
 Acumulação de ar no
 espaço pleural

19

Complicações da VI

- **Pneumonia associada à ventilação**



20

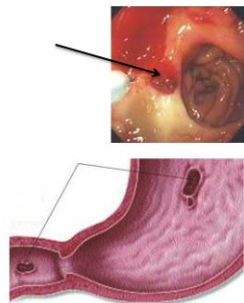
Complicações da VI

- **Complicações gastrointestinais**

Pressão positiva e stress



Úlceras pépticas



21

Complicações da VI

- **Diminuição do débito cardíaco**

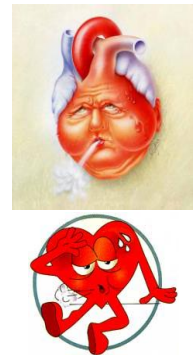
Ventilação positiva



Aumento da pressão intratorácica



Diminuição do retorno venoso e pré carga



22

Complicações da VI

- **Alterações do equilíbrio hidro-electrolítico**

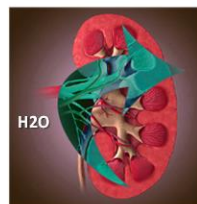
Aumento da pressão nos barorreceptores na aorta torácica



Aumento da produção de ADH



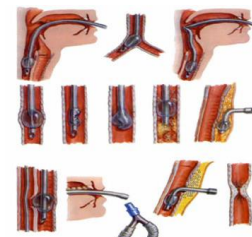
Retenção de água



23

Complicações da VI

- **Lesões traumáticas**



Trauma directo dos interfaces necessários à ventilação

Compressão dos tecidos adjacentes

Trauma da aspiração

24

Alarmes

Pressão baixa

- Desconexão do doente ao ventilador
- Fuga

Pressão elevada

- Necessidade de aspiração
- Compressão do circuito ventilatório
- Secreções no circuito ventilatório
- Tosse
- Respiração espontânea
- Diminuição do diâmetro do TOT
- Broncospasmo
- Posição que restringe os movimentos da parede torácica
- Pneumotórax
- Edema pulmonar
- Atelectasia
- SDRA

25

Cuidados de Enfermagem

- Monitorização da pressão do cuff
 - >20 e <30
- Mudança de posicionamento de 2/2horas
- Fixação do TOT/TQ
- Mudança dos fixadores do TOT/TQ em cada 24h e SOS



26

Cuidados de Enfermagem

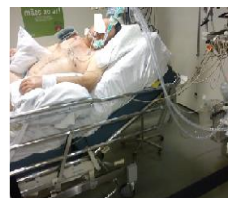
- Manter o circuito ventilatório livre de água condensada e secreções
- Aspiração de secreções com técnica asséptica
- Realização de higiene oral de 6/6h e SOS



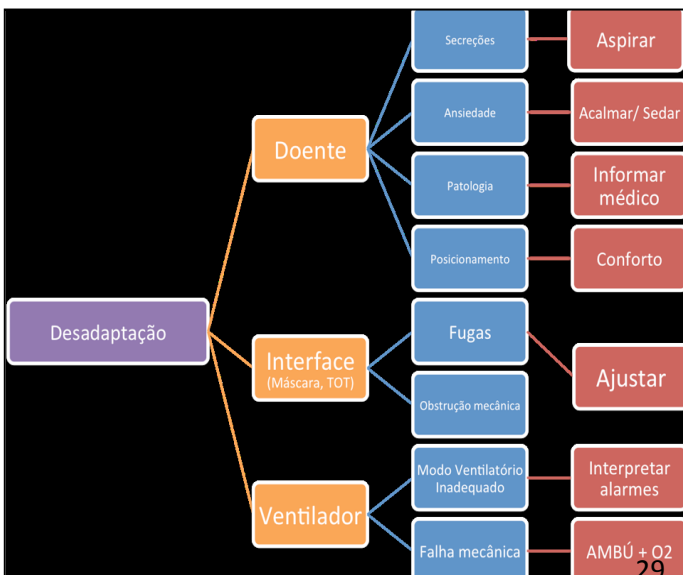
27

Cuidados de Enfermagem

- Administrar sedação/analgesia
- Manter a cabeceira da cama elevada a 30-45º



28



29

Bibliografia

- CARNEIRO, A.; NEUTEL, E. (2009). *Curso de Evidência na Emergência* (2ªed). Porto: Reanima
- LÍBANO, A. Et al (1997). *O enfermeiro perante o doente crítico*. Porto: ESECP
- PÁDUA, A.; MARTINEZ, J. (2001). *Modos de assistência ventilatória*. Medicina, Ribeirão Preto, 34, 133-142.
- RUA, F. (2002). *Ventilação Mecânica no Adulto*. Lisboa: Permanyer Portugal
- SMELTZER, S.; BARE, B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (9ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- SWEARINGEN, P. et al (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos* (4ªed.). Loures: Lusociência
- SOBRATI (2012). Avaliação da pressão intra cuff em pacientes na unidade de terapia intensiva. [em linha]. [consultado em 26 de Maio de 2012] Disponível em <http://sobratimanas.blogspot.pt/2012/03/avaliacao-da-pressao-intra-cuff-em.html>

30

d. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO



Sessão de formação: Ventilação Invasiva – Cuidados de enfermagem

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objectivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação. O seu preenchimento é facultativo e anónimo.

Para cada questão assinale com uma cruz, a opção pretendida.

Considera o tema desta acção de formação pertinente?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
A apresentação do tema foi de encontro aos objectivos expostos?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Considera que a metodologia utilizada foi adequada?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
A acção de formação foi de encontro às suas expectativas?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
O tema abordado foi novo para si?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

Qual a sua apreciação global da sessão?

Obrigada pela vossa atenção e disponibilidade!

e. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO

SESSÃO DE FORMAÇÃO VENTILAÇÃO INVASIVA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM – RESULTADOS

<i>Nº Total de participantes: 20 elementos</i>		
Questões	Hipóteses	Resultados
Considera o tema desta acção pertinente?	Sim	20
	Não	0
A apresentação do tema foi de encontro aos objectivos propostos?	Sim	20
	Não	0
Considera que a metodologia utilizada foi adequada?	Sim	20
	Não	0
A sessão de formação foi de encontro às suas expectativas?	Sim	20
	Não	0
O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?	Sim	20
	Não	0
O tema abordado foi novo para si?	Sim	2
	Não	18
Apreciação global da sessão de formação?	Insuficiente	0
	Suficiente	0
	Bom	5
	Muito Bom	15

Tabela nº1: “*Resultados obtidos no questionário de avaliação da sessão*”

Na sessão de formação participaram 20 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros. A sua apreciação global da sessão foi entre o muito bom e o bom, sendo que 15 pessoas avaliaram a sessão em muito bom e 5 avaliaram-na em bom. Para a maior parte dos participantes o tema desta sessão não constituiu um tema inteiramente novo, mas todos os participantes consideraram o tema pertinente e que correspondeu às suas expectativas. Como tal, crêem que foram cumpridos os objectivos propostos, utilizada a metodologia adequada e que o tempo dispendido para a apresentação da sessão foi o suficiente.

ANEXO II: HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

A. SUPORTE TEÓRICO

B. POSTER “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”

C. PROPOSTA DE PROTOCOLO “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”

A. SUPORTE TEÓRICO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

2012/2013

Hipotermia Terapêutica

Aluna: Diana Maria Queirós Ferreira

Sob Orientação de: Prof.^a Lúcia Rocha

Porto, Outubro de 2012

ABREVIATURAS

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

PCR – Paragem Córdio-Respiratória

ATP – Trifosfato de Adenosina

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ECG – Escala de Coma de Glasgow

FV – Fibrilação Ventricular

TVSP – Taquicardia Ventricular Sem Pulso

PAS – Pressão arterial Sistólica

PA – Pressão arterial

ECG – Electrocardiograma

ECD – Escala Comportamental da Dor

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

PESS – Potenciais Evocados Somatossensoriais

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
HIPOTERMIA TERAPÊUTICA	9
CONCLUSÃO.....	13
BIBLIOGRAFIA	15
ANEXOS	17
ANEXO A: ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD).....	19
ANEXO B: RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)	23

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto do módulo II de estágio: Cuidados Intensivos, a ser realizado na UCIP do CHVNG/E, inserido no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

No decorrer deste estágio tive oportunidade de verificar que cerca de 25% dos doentes internados na UCIP tinham o diagnóstico clínico de pós PCR, dos quais menos de 75% sobreviviam, pelo que considerei premente a sensibilização da equipa de saúde para a instituição de uma nova estratégia terapêutica, que poderia mudar o rumo destes doentes.

A PCR consiste numa das principais causas de morte da atualidade. Normalmente acontece em meio extra hospitalar, diminuindo a possibilidade de socorro imediato e conseqüentemente, aumentando a mortalidade. Nestes casos, a taxa de sobrevida após PCR é inferior a 5%. Segundo dados retirados do INEM, entre Janeiro de 2007 e Janeiro de 2009, a taxa de ativação por PCR foi superior a 50%, demonstrando a importância que este assunto tem no quotidiano dos profissionais de saúde portugueses.

A possibilidade de ocorrer morte imediata é elevada, mas pode ocorrer de forma tardia, secundária a disfunções sistémicas, que englobam quatro mecanismos fisiopatológicos: lesão cerebral pós PCR (mais de 50%); disfunção miocardia pós PCR; resposta sistémica de isquemia/reperfusão e patologia precipitante persistente. Especificamente, numa situação de PCR a isquemia leva à depleção dos níveis de ATP, havendo uma acumulação de cálcio intracelular e libertação do neurotransmissor glutamato, que causa a peroxidação lipídica, produção de radicais livres de oxigénio, ativação das cascatas inflamatórias e morte celular excitotóxica. A reperfusão e reoxigenação iniciam um processo químico, cujo resultado é a produção adicional de radicais livres de oxigénio e o aumento da peroxidação lipídica, o que promove a morte celular. As manifestações da reperfusão incluem a depleção de volume intravascular, a alteração da vasoregulação, a diminuição do aporte de oxigénio e o aumento

da suscetibilidade à infecção. Todos estes processos levam a um agravamento das lesões iniciais.

Segundo alguns estudos europeus foram identificados factores de mau prognóstico nas situações de pós PCR, tais como: presença de co-morbilidades, ritmo cardíaco identificado no início da reanimação, o tempo até à recuperação espontânea da circulação e a preparação dos profissionais e serviços para lidarem com este tipo de situações. A hipotermia como estratégia terapêutica surge no contexto deste último factor, na medida em que está comprovado por diversos estudos a sua eficácia na prevenção das complicações decorrentes da PCR. Posto isto, torna-se imperativo dar a conhecer e sensibilizar os profissionais de saúde para esta recente estratégia terapêutica.

Pretende-se assim, com este trabalho, abordar o conceito de hipotermia terapêutica, a sua importância e o modo como deve ser instituída na prática clínica.

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

A grande quantidade de vítimas de PCR contribuiu para o aparecimento de medidas terapêuticas que prevenissem as lesões secundárias inerentes à situação. Uma dessas estratégias é a hipotermia terapêutica.

A hipotermia é usada com o objectivo de proteger o cérebro contra a isquemia, desde o ano 1950 em doentes submetidos a cirurgia cardíaca. Na segunda metade do mesmo ano, iniciou-se o uso da hipotermia em vítimas de pós PCR. No entanto, como não se conseguiram provar a existência de benefícios efectivos e as suas dificuldades de utilização eram elevadas, foi temporariamente abandonada como estratégia terapêutica neste tipo de doentes, até ao ano de 2003, altura em que foi instituída e reconhecida como medida terapêutica essencial para diminuição da mortalidade e aumento da sobrevivência em vítimas de pós PCR.

A hipotermia consiste no arrefecimento corporal forçado, de forma a manter uma temperatura central entre 32°C a 34°C, com a finalidade de reverter ou diminuir a lesão neurológica pós PCR. Apesar do limite nestes valores, actualmente, em 1998 foi proposta uma classificação por Lichtenstein (citado por CISNEIROS ET AL, 2009) de hipotermia terapêutica, cujos valores variavam até aos 34°C, sem limite inferior. A classificação definia:

- Hipotermia leve: 32 a 34°C;
- Hipotermia moderada: 28 a 32°C;
- Hipotermia profunda: <28°C.

Os mecanismos benéficos da hipotermia consistem em: redução do consumo cerebral de oxigénio em 6% por cada 1°C diminuído; supressão das reacções químicas associadas às lesões de reperfusão (inibe a libertação de glutamato e a peroxidação lipídica); redução das reacções químicas que provocam o aumento dos radicais livres, evitando, dessa forma, lesões cerebrais; redução da libertação de cálcio intracelular; redução da apoptose; e redução da resposta inflamatória. Estes efeitos permitem que um em cada seis doentes tratados possa ser salvo, segundo estudos realizados recentemente (GHORAYEB, 2010). Apesar da atractividade

dos seus efeitos benéficos, os seus efeitos adversos também devem ser tidos em conta. Destes destaque: arritmias; aumento da susceptibilidade à infecção; convulsões; e coagulopatias.

Por forma a se conseguir o maior número de benefícios com a aplicação desta estratégia, criaram-se critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão compreendem: idade > 17 anos; ausência de gravidez; doentes inconscientes (ECG <8); doentes com recuperação da circulação após PCR num intervalo de tempo inferior a 6 horas; doentes com ritmos desfibrilháveis (FV e TVSP) e não desfibriláveis. Os critérios de exclusão, por sua vez, abarcam: doentes reanimados por mais de 60 minutos; doentes comatosos antes da PCR; doentes com retorno da circulação espontânea há mais de 6 horas; doentes com hemorragia activa ou coagulopatia; trombocitopenia severa; gravidez; doentes em pós-operatório de cirurgia major há menos de 14 dias; doentes terminais (esperança média de vida < 6 meses); doentes hipotérmicos na admissão; e doentes com PAS <90mmHg sem resposta a fluidos ou vasopressores.

Após a confirmação dos pré-requisitos e ausência dos fatores de exclusão acima descritos, deve ser iniciado o arrefecimento, por meio de **arrefecimento externo**, em que pode ser colocado gelo ao longo do corpo do doente; **arrefecimento farmacológico**, podendo ser administrado um análogo da neuroestatina; e/ou **arrefecimento central**, para o que se infunde uma solução salina a 4°C na dose de 30 a 40 ml/Kg pela via endovenosa, que permite uma diminuição na temperatura de 2 a 4°C. A escolha do método deve ter em conta diversos fatores tais como: custo, tempo até ao efeito desejado, risco de hipotermia excessiva, risco de grandes oscilações de temperatura, risco de agressão ao doente e risco de reaquecimento rápido. Segundo RECH (2010), o método ideal de arrefecimento seria aquele capaz de induzir a hipotermia rapidamente, sem risco de arrefecimento excessivo; manter a temperatura desejada durante a fase de manutenção sem grandes oscilações; promover um reaquecimento lento e controlado; ser minimamente invasivo e ter baixos custos. A mesma autora defende que o melhor método consiste na associação do arrefecimento externo com o central. Refere que grandes volumes de soro gelado não estão associados a efeitos adversos graves em vítimas de pós PCR, não tendo sido demonstrado deterioração na oxigenação nem desenvolvimento de EAP. Para além disso a sua administração pode ser feita em contexto pré-hospitalar.

Juntamente com a administração de soro gelado, a aplicação de placas de gelo permite a manutenção constante da temperatura nos valores reconhecidos como terapêuticos. Outro

método de arrefecimento físico externo de elevada eficácia consiste nos equipamentos comerciais de arrefecimento. É um desses equipamentos que é usado na UCIP do CHP para a indução da hipotermia. Este consiste numa manta, que cobre cerca de 90% do corpo do doente, ligada a uma unidade termorreguladora. O sistema aumenta ou diminui a temperatura da água que percorre a manta, consoante os valores de temperatura definidos como alvo e a temperatura do doente. A temperatura do doente é lida através de termómetros esofágico e cutâneo, para uma monitorização mais fidedigna e controlada.

A temperatura alvo situa-se entre os 32°C e os 34°C, devido ao equilíbrio encontrado entre os efeitos benéficos e os efeitos adversos. Existe, deste modo, uma prevenção das arritmias cardíacas, que são muito frequentes em temperaturas inferiores a 31°C, e uma diminuição do risco de FV, que se eleva substancialmente em temperaturas inferiores a 28°C. A indução da hipotermia deve ser iniciada até 6 horas após a recuperação da circulação espontânea, sem atrasar outros procedimentos que visem a reversão da causa da PCR.

Durante esta fase, deve ser dada atenção a outros aspectos complementares na indução da hipotermia, tais como a monitorização de ECG, PA, balanço hídrico, temperatura, estudos analíticos, sedação e analgesia e ainda o relaxamento muscular, na medida em a probabilidade de ocorrer tremores, bradicardia, hipotensão, arritmias, prolongamento do intervalo PR e QRS, diminuição do débito cardíaco, hipovolemia, diminuição da motilidade gastrointestinal, aumento da resistência à insulina, e/ou coagulopatia é elevada.

Relativamente ao estudo analítico, este deve incluir: hemograma, estudo da coagulação, bioquímica e gasimetria arterial, cujas amostras devem ser obtidas no momento da indução (tempo 0) e após cada 6 ou 12 horas, de forma a que possam ser identificadas precocemente situações de hipocoagulação, hiperglicemia, oxigenação arterial diminuída e depleção sérica de iões como potássio, magnésio, cálcio e fósforo.

A sedação, analgesia e o relaxamento muscular são factores igualmente importantes na indução da hipotermia na medida em que previne os tremores, evitando, conseqüentemente a produção de calor e o aumento do consumo de oxigénio. Para além da reacção biológica provocada no doente pelo frio, há que ter em conta a reacção psicológica, em que inclui a dor e o conseqüente desconforto. A dor deve ser igualmente monitorizada constantemente e deve ser reajustada a dose de analgesia se existe a suspeita de que o doente tem dor. Para evitar o desconforto provocado pelo frio o doente deve ser bem sedado, havendo possibilidade de

reajustar a dose da sedação se o doente apresentar sintomatologia. Quer a sedação, quer a analgesia podem ser monitorizadas através de escalas, como a Escala Comportamental da Dor (ECD) (ANEXO A) e a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) (ANEXO B). Pretende-se um valor de ECD de 3 e um valor de RASS \leq -4.

Após serem atingidos os valores de temperatura pretendidos (32-34°C), estes devem ser mantidos por um período de tempo de 24 horas, exigindo a monitorização contínua de temperatura, para evitar grandes oscilações.

Durante o período em que é aplicada a hipotermia terapêutica não está indicado alimentar os doentes por via entérica, devido ao atraso do esvaziamento gástrico que se verifica, o que aumenta a possibilidade de intolerância alimentar e o risco de aspiração.

Depois de cumpridas as 24 horas, inicia-se a fase de aquecimento. Este deve ser lento, numa velocidade de 0.2 a 0.4°C/hora, durante um período de tempo de 8 a 12 horas, até que se atinja uma temperatura entre 35 a 37°C. Mais uma vez, é de suma importância a monitorização de ECG, PA, balanço hídrico, temperatura e estudos analíticos, pela possibilidade de ocorrerem arritmias, causadas pelas alterações hidro electrolíticas, e instabilidade hemodinâmica, causada pela vasodilatação periférica consequente da reperfusão rápida tecidual. Após o retorno da normotermia, esta deve ser mantida por um período mínimo de 48 a 72 horas, pelo que a hipertermia deve ser tratada de forma agressiva com antipiréticos e/ou arrefecimento físico.

Apesar da evidência disponível ser insuficiente para estabelecer o prognóstico de doentes pós PCR, tratados com hipotermia, existem indicadores de prognóstico minimamente fiáveis, tais como: ausência bilateral de resposta no pico N20 dos potenciais evocados somatossensoriais (PESS) depois das 24 horas pós PCR, ausência de reflexos corneanos e pupilares à luz 3 ou mais dias pós PCR, resposta motora <2 na ECG, ao 3º dia pós recuperação da circulação espontânea e estado de mal epiléptico.

CONCLUSÃO

Ao longo deste período de estágio, tenho constatado que o diagnóstico de pós PCR é muito frequente na UCIP. Nesse contexto, é fundamental prevenir as complicações que daí possam advir, nomeadamente a lesão neurológica, resultante da hipoperfusão cerebral. Diversos estudos, que se têm vindo a realizar desde o século XVIII, comprovam a eficácia da hipotermia terapêutica. Esta, segundo a ILCOR, 2003, deve ser aplicada a vítimas de PCR adultas, em coma, com recuperação da circulação espontânea, cujo ritmo inicial foi de FV ou de TVSP e que ocorreu em ambiente extra-hospitalar. No entanto, a mesma entidade, considera que esta estratégia pode ser igualmente benéfica para vítimas de PCR, qualquer que seja o ritmo inicial, e em ambiente intra-hospitalar.

Apesar da eficácia comprovada da hipotermia na prevenção de défices neurológicos e diminuição da mortalidade em vítimas de PCR, o seu uso na prática clínica é, ainda muito reduzido. Para reverter esta situação é fundamental que os profissionais aumentem os seus conhecimentos sobre a técnica e seus benefícios, para que a possam integrar na sua prática clínica, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a vítimas de pós PCR. (ABREU ET AL, 2011)

BIBLIOGRAFIA

ABREU, A; GONÇALVES, J (2011, Setembro). Hipotermia no doente pós PCR – ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa de medicina Intensiva, 18 (3), pp. 67-75. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_18_03.pdf

CISNEIROS, M. et al (2009). Hipotermia terapêutica após paragem cardiorespiratória. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2447/hipotermia_terapeutica_apos_parada_cardiorrespiratoria.htm

FEITOSA, G. et al (2009). Hipotermia terapêutica pós reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 21 (1), pp. 65-71. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a10.pdf>

GHORAYEB, Nabil (2010, Julho/Agosto). Hipotermia após PCR, acabou a polémica. Jornal SBC 100, p.34. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://jornal.cardiol.br/2010/jul-ago/outras/imprensa.pdf>

NOLAN, J.P. et al (2003). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR). Resuscitation, 57, 231-235. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.ilcor.org/data/ILCOR-hypothermia.pdf>

RECH, Tatiana; VIEIRA, Sílvia (2010). Hipotermia terapêutica em pacientes pós parada cardiorrespiratória: mecanismos de acção e desenvolvimento de protocolo assistencial. Revista Brasileira de terapia Intensiva, 22 (2), pp. 196-205. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30837/000778420.pdf?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD)

Expressão facial	
Relaxada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Esgar de dor	4
Membros superiores	
Nenhum movimento	1
Parcialmente curvado	2
Totalmente curvado com flexão de dedos	3
Permanentemente retraído	4
Adaptação ventilatória	
Adaptado	1
Tosse mas tolera a ventilação	2
Luta contra o ventilador	3
Incapaz de controlar a ventilação	4

ANEXO B – RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

Agressivo: violento, perigoso	+4
Muito agitado: remoção de cateteres	+3
Agitado: movimentos descoordenados frequentes	+2
Inquieto/ansioso: sem movimentos agressivos ou vigorosos	+1
Alerto/calmo	0
Sonolento: despertar sustentado à voz (> 10segundos)	-1
Sedação leve: Acorda rapidamente e faz contacto visual à voz (<10segundos)	-2
Sedação moderada: movimento ou abertura dos olhos à voz (sem contacto visual)	-3
Sedação profunda: Não responde à voz, mas movimenta/abre olhos à estimulação física	-4
Não responde à voz nem à estimulação física	-5

B. POSTER “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”

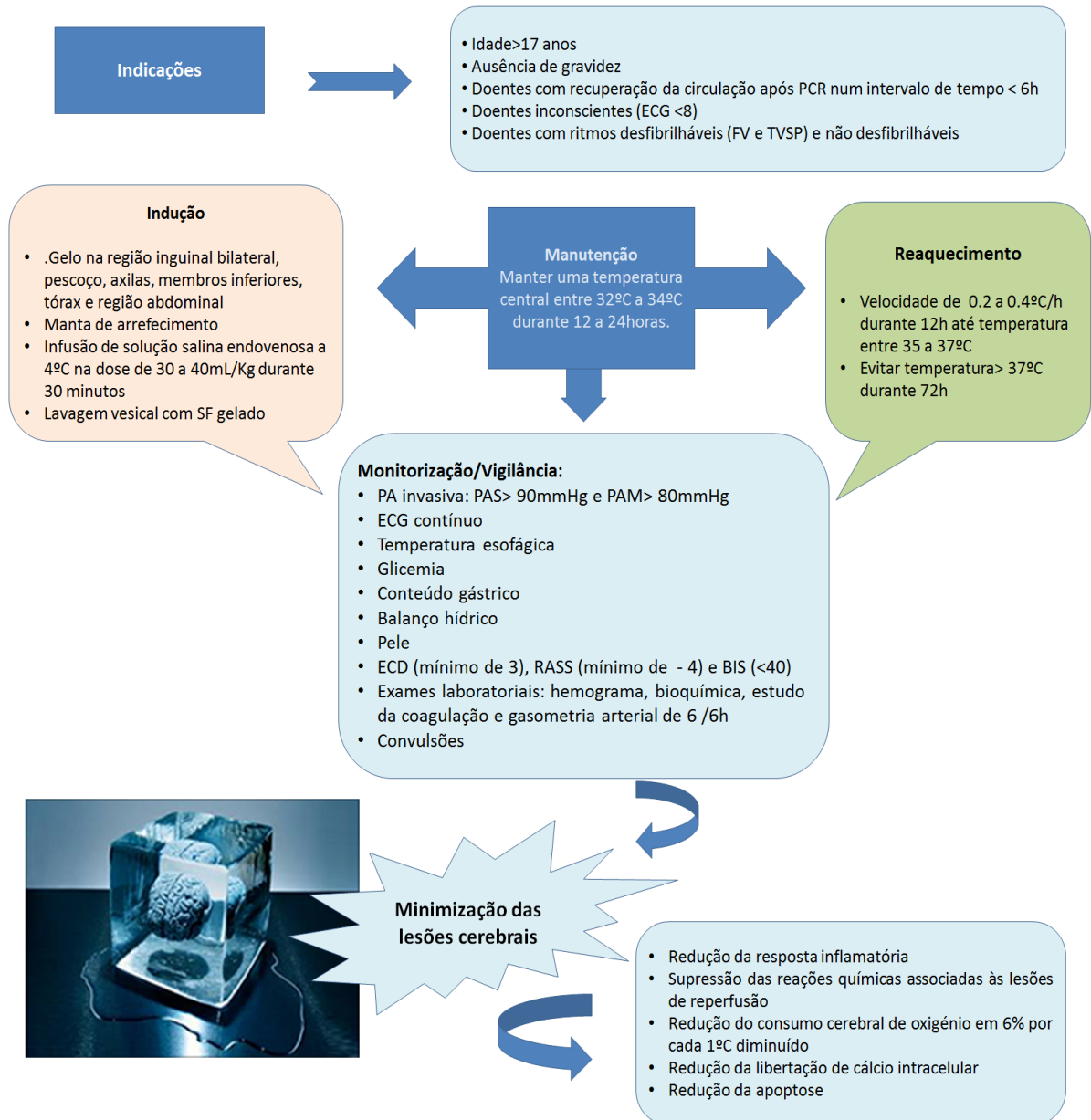
Hipotermia terapêutica

Diana Ferreira, aluna do curso de pós licenciatura em enfermagem com especialização em EMC

Introdução:

A PCR consiste numa das principais causas de morte da atualidade. A possibilidade de ocorrer morte imediata é elevada, mas pode ocorrer de forma tardia, secundária a disfunções sistêmicas. Como forma de prevenção, vários estudos comprovam a eficácia da hipotermia terapêutica.

Objetivo: Sensibilizar os profissionais de saúde para a utilização da hipotermia nas unidades de saúde



Conclusão:

A eficácia da hipotermia terapêutica está comprovada em vítimas de pós PCR, com a finalidade de reverter ou minimizar a lesão neurológica, pelo que é emergente dar a conhecer estes resultados aos profissionais de saúde para que possam elevar ainda mais a qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia:
ABREU A, GONÇALVES, J. (2011, Setembro). Hipotermia no doente pós PCR – ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa de medicina Intensiva, 18 (3), pp. 67-75. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em http://www.spcl.pt/RevistaRPMI_V_18_03.pdf
FESTOSA, C. et al (2009). Hipotermia terapêutica pós reanimação cardiocirculatória: evidências e aspectos práticos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 21 (1), pp. 65-71. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/rbti/pdf/RBTI110109.pdf>
GHORAYEB, Nahid (2010, Julho/Agosto). Hipotermia após PCR, acabou a polémica. Jornal SBC 100, p. 34. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://jornal.cardiol.br/2010/07/agosto/34imprensa.pdf>
NOLAN, J.P. et al (2003). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Resuscitation, 57, 231-235. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em http://www.ilcor.org/data/ILCOR_hypothermia.pdf

C. PROPOSTA DE PROTOCOLO “HIPOTERMIA TERAPÊUTICA”

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: PROPOSTA DE PROTOCOLO

1. OBJECTIVOS

- Reverter ou minimizar a lesão neurológica em vítimas de pós PCR
- Manter uma temperatura central entre 32 e 34°C num período de tempo entre 12 a 24 horas

2. ÂMBITO

Aplica-se a vítimas de pós PCR que cumpram os seguintes critérios:

- Idade > 17 anos
- Ausência de gravidez
- Doentes inconscientes (ECG <8)
- Recuperação da circulação após PCR num intervalo de tempo <6 horas
- Ritmos desfibrilháveis (FV e TVSP) e não desfibrilháveis
- Ausência de critérios de exclusão:
 - Reanimação > 60 minutos
 - Doentes comatosos antes da PCR
 - Doentes com hemorragia activa ou coagulopatia
 - Doentes em pós-operatório de cirurgia major há menos de 14 dias
 - Doentes terminais (esperança média de vida <6 meses)
 - Doentes hipo térmicos na admissão
 - Doentes com PAS <90mmHg sem resposta a fluidos ou vasopressores

3. FUNDAMENTAÇÃO

A PCR consiste numa das principais causas de morte da actualidade. A possibilidade de ocorrer morte imediata é elevada, mas pode ocorrer de forma tardia,

secundária a disfunções sistémicas, que englobam quatro mecanismos fisiopatológicos: lesão cerebral pós PCR (mais de 50%); disfunção miocárdia pós PCR; resposta sistémica de isquemia/reperfusão e patologia precipitante persistente. Especificamente, numa situação de PCR a isquemia leva à depleção dos níveis de ATP, havendo uma acumulação de cálcio intracelular e libertação do neurotransmissor glutamato, que causa a peroxidação lipídica, produção de radicais livres de oxigénio, activação das cascatas inflamatórias e morte celular excitotóxica. A reperfusão e reoxigenação iniciam um processo químico, cujo resultado é a produção adicional de radicais livres de oxigénio e o aumento da peroxidação lipídica, o que promove a morte celular. As manifestações da reperfusão incluem a depleção de volume intravascular, a alteração da vasoregulação, a diminuição do aporte de oxigénio e o aumento da susceptibilidade à infecção.

Assim, para minimizar as disfunções secundárias à PCR, nomeadamente a lesão neurológica, está indicada a aplicação da hipotermia terapêutica, na medida em que esta reduz o consumo cerebral de oxigénio em 6% por cada 1°C diminuído; suprime as reacções químicas associadas às lesões de reperfusão (inibe a libertação de glutamato e a peroxidação lipídica); reduz as reacções químicas que provocam o aumento dos radicais livres; diminui a libertação de cálcio intracelular; minimiza a apoptose e a resposta inflamatória.

A temperatura alvo situa-se entre os 32°C e os 34°C, devido ao equilíbrio encontrado entre os efeitos benéficos e os efeitos adversos. Existe, deste modo, uma prevenção das arritmias cardíacas, que são muito frequentes em temperaturas inferiores a 31°C; e uma diminuição do risco de FV, que se eleva substancialmente em temperaturas inferiores a 28°C.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A; GONÇALVES, J (2011, Setembro). Hipotermia no doente pós PCR – ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de medicina Intensiva*, 18 (3), pp. 67-75. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_18_03.pdf

FEITOSA, G. et al (2009). Hipotermia terapêutica pós reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1), pp. 65-71. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a10.pdf>

GHORAYEB, Nabil (2010, Julho/Agosto). Hipotermia após PCR, acabou a polémica. Jornal SBC 100, p.34. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://jornal.cardiol.br/2010/jul-ago/outras/imprensa.pdf>

NOLAN, J.P. et al (2003). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR). Resuscitation, 57, 231-235. [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.ilcor.org/data/ILCOR-hypothermia.pdf>

RECH, Tatiana; VIEIRA, Sílvia (2010). Hipotermia terapêutica em pacientes pós parada cardiorrespiratória: mecanismos de acção e desenvolvimento de protocolo assistencial. Revista Brasileira de terapia Intensiva, 22 (2), pp. 196-205. . [em linha] [consultado a 12/10/2012]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30837/000778420.pdf?sequence=1>

5. RESPONSABILIDADES

Médicos e enfermeiros da UCIP

6. DESCRIÇÃO

- Verificar que o doente cumpre os critérios para a implementação do procedimento (acima referidos)
- Ponderar a hipótese de iniciar/aumentar a sedação, analgesia e relaxamento muscular (Ver escalas ECD e RASS em anexo)
- **Início do arrefecimento:**
 - Monitorização:
 - PA invasiva (PAS>90mmHg e PAM>60mmHg)
 - ECG contínuo
 - ECD e RASS (valores mínimos de 3 e -4, respectivamente) e BIS (valores <40)
 - Temperatura central (esofágica)
 - Pele
 - Balanço hídrico

- Exames laboratoriais: hemograma, bioquímica, estudo da coagulação e gasimetria arterial; nos tempos 0' e de 6 em 6 horas
 - Técnica de arrefecimento:
 - Manter gelo na região inguinal bilateral, pescoço, axilas, membros inferiores, tórax e região abdominal;
 - Colocar manta de arrefecimento;
 - Infusão de solução salina endovenosa a 4°C na dose de 30 a 40mL/Kg durante 30 minutos (redução da temperatura em 2 a 4°C);
 - Lavagem vesical com SF gelado.
 - Ponderar a reposição de electrólitos (potássio, magnésio e cálcio)
- **Manutenção da hipotermia:**
- Monitorização:
 - PA invasiva (PAS>90mmHg e PAM>60mmHg)
 - ECG contínuo
 - ECD, RASS (valores mínimos de 3 e -4, respectivamente) e BIS (valores <40)
 - Temperatura central (esofágica)
 - Pele
 - Glicemia
 - Conteúdo gástrico
 - Balanço hídrico
 - Exames laboratoriais: hemograma, bioquímica, estudo da coagulação e gasimetria arterial; nos tempos 0' e de 6 em 6 horas
- **Reaquecimento:**
- Inicia 24h após o arrefecimento
 - Aquecimento lento: velocidade de 0.2 a 0.4°C/hora durante 12horas até atingir uma temperatura entre 35 e 37°C
 - Evitar temperatura> 37°C durante 72horas
 - Monitorização:
 - PA invasiva (PAS>90mmHg e PAM>60mmHg)
 - ECG contínuo

- ECD, RASS (valores mínimos de 3 e -4, respectivamente) e BIS (valores <40)
- Temperatura central (esofágica)
- Pele
- Glicemia
- Conteúdo gástrico
- Balanço hídrico
- Exames laboratoriais: hemograma, bioquímica, estudo da coagulação e gasimetria arterial; nos tempos 0' e de 6 em 6 horas
- Técnica:
 - Aplicação de manta térmica
 - Suspender reposição de electrólitos (se iniciada)
- Monitorizar possíveis efeitos adversos da hipotermia:
 - Arritmias;
 - Maior número de infecções;
 - Convulsões;
 - Coagulopatias.

7. ANEXOS

- ✓ ANEXO 1: ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD)
- ✓ ANEXO 2: RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

ANEXO 1

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD)

Expressão facial	
Relaxada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Esgar de dor	4
Membros superiores	
Nenhum movimento	1
Parcialmente curvado	2
Totalmente curvado com flexão de dedos	3
Permanentemente retraído	4
Adaptação ventilatória	
Adaptado	1
Tosse mas tolera a ventilação	2
Luta contra o ventilador	3
Incapaz de controlar a ventilação	4

ANEXO 2

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

Agressivo: violento, perigoso	+4
Muito agitado: remoção de cateteres	+3
Agitado: movimentos descoordenados frequentes	+2
Inquieto/ansioso: sem movimentos agressivos ou vigorosos	+1
Alerto/calmo	0
Sonolento: despertar sustentado à voz (> 10segundos)	-1
Sedação leve: Acorda rapidamente e faz contacto visual à voz (<10segundos)	-2
Sedação moderada: movimento ou abertura dos olhos à voz (sem contacto visual)	-3
Sedação profunda: Não responde à voz, mas movimenta/abre olhos à estimulação física	-4
Não responde à voz nem à estimulação física	-5

Hipotermia terapêutica: Folha de registo

1. Avaliação prévia

Temperatura timpânica:

ECG:

Presença de esforço ventilatório: Sim___ Não___

Pupilas: Tamanho___ Reação___ Simetria___

Sedação/Analgesia/Curarização: _____

Avaliação da sedação (RASS):

Avaliação da analgesia (ECD):

Colheitas efectuadas:

Tempo entre PCR e SBV:

Tempo entre PCR e recuperação da circulação:

Tempo entre PCR e início da hipotermia:

2. Indução e Manutenção

Modo de indução e manutenção:

Monitorização/Vigilância:

Tempo (h)	RASS	Convulsão	Pupilas	ECG	ECG	Pele	Temperatura (°C)
1							
2							

3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Resultados laboratoriais:

Tempo	0h	6h	12h	18h	24h
Hg					
Plaquetas					
Creatinina					
Glicose					
Potássio					
Troponina					
EtCO2					
SatO2					

pH					
APTT					
TP					

3. Reaquecimento

Monitorização/Vigilância:

Tempo (h)	RASS	Convulsão	Pupilas	ECG	ECG	Pele	Temperatura (°C)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

4. Complicações

Arritmias:

Infecção:

Hemorragia:

Convulsões:

Alterações metabólicas:

Outras:

ANEXO III: CONSULTAS DE FOLLOW UP – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

CONSULTAS DE FOLLOW UP – NOTA INTRODUTÓRIA

O internamento numa UCI pode ser causado pela ameaça de disfunção ou disfunção efectiva de um ou mais órgãos devida a uma doença aguda ou agudização de doença crónica, com possibilidade de reversibilidade, em que é necessário uma vigilância e uma monitorização rigorosa. Geralmente os diagnósticos de entrada mais comuns são pneumonias/insuficiências respiratórias graves; pós PCR; pós operatórios (desde cirurgias abdominais até neurocirurgias); EAM; choques sépticos e traumas. Independentemente da causa de internamento em CI, os problemas que surgem no pós internamento são comuns a todos os doentes. Destaco os mais importantes: ansiedade, depressão, síndrome do stress pós traumático (SSPT), insónia, sensação de isolamento. Relativamente ao SSPT, estudos comprovam que 1 em 10 doentes internados em UCI por mais de 48 horas possuem este diagnóstico. Consiste em sensações de medo intenso, desespero e terror, flashbacks do evento traumático, desenvolvidas em resposta a uma experiência traumática. Estes sentimentos tornam difícil a integração da pessoa na sua vida normal e diminuem muito a sua qualidade de vida.

Follow up em saúde consiste em providenciar acompanhamento de determinados acontecimentos ou situações relacionadas com a saúde/doença.

Segundo Jones et al (2010), as consultas de follow up vão ajudar os doentes a preencher as lacunas existentes nas suas memórias e a explicar os seus delírios e ilusões, contextualizando-os. Consequentemente ajudam a minimizar os sentimentos acima referidos, promovendo uma mais rápida readaptação da pessoa à sua vida normal. Para além disso, melhoram a interacção entre o doente e família, através da partilha de experiências e sentimentos associados à doença e internamento, alargando a rede de apoio do doente.

Segundo Penalva (2010), as consultas de follow up têm um carácter preventivo e de longo prazo, características que são de difícil percepção para uma população que só valoriza os cuidados de saúde em situações de urgência e emergência. Por isso, para evitar o abandono do acompanhamento, é fundamental a criação de um vínculo entre a equipa responsável pela consulta e o doente e família/acompanhante.

No entanto, apesar dos esforços desenvolvidos para o evitar, o abandono das consultas é uma realidade. Este pode ser influenciado por: dificuldade económica, distância do hospital à morada de habitação, dificuldade no transporte, falta de suporte familiar.

CONSULTAS DO CHP: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

As consultas de follow up têm como objectivos:

- Avaliar a evolução do doente após a alta de CI;
- Avaliar a qualidade de vida do doente após a alta de CI;
- Identificar e corrigir factores de desconforto associados ao serviço/internamento.

A convocatória para as consultas é realizada a todos os doentes que sobreviveram ao internamento em UCI 6 meses após a alta, independentemente da causa do internamento. Efectua-se através de contactos por carta e telefone, depois dos profissionais se certificarem que o doente não se encontra internado noutra serviço, através de uma pesquisa no sistema informático em uso. Este contacto é realizado por dois meios diferentes para os profissionais de saúde obterem confirmação de que são cumpridos os critérios de inclusão das consultas, nomeadamente: doentes conscientes, não acamados, comunicação eficaz. Após a convocatória, se o doente o desejar e a administração aprovar o pedido, é efectuado o contacto com a ambulância para transporte do doente entre a morada de habitação e o hospital e vice versa.

A consulta é realizada todas as segundas feiras entre as 14h e as 18h, no gabinete 1 da consulta externa de otorrinolaringologia, por um médico, um enfermeiro da UCI e um psicólogo, e o familiar/acompanhante do doente pode estar presente. É aplicado a todos os doentes alguns questionários, que demonstram como o doente se sente relativamente ao seu internamento na UCI e em que medida isso afectou a sua qualidade de vida futura. Quando os resultados dos questionários e a sua interacção demonstram que o doente não possui nenhum factor de desconforto resultante do internamento é dada alta da consulta de follow up. No entanto, se isto não acontecer, o factor de desconforto é explorado e, consoante a sua natureza, o doente é encaminhado para a consulta da especialidade adequada.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CRIVARO, E. (1996). Actuação da enfermeira no programa de follow up do recém-nascido de alto risco. Acta Paulista de Enfermagem. Vol.9, número especial. São Paulo: p. 89-90.

JONES, C. et al (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. Critical Care. Nº14. [em linha] [Consultado em 16 de Novembro de 2012] Disponível em <http://ccforum.com/content/14/5/R168>

PENALVA, O. (2010). Organização de um programa de follow up. [em linha] [Consultado em 16 de Novembro de 2012] Disponível em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=317&tipo_detalhe=s

SALGUEIRO, A. et al (2012). Consulta de follow up num serviço de cuidados intensivos: qual o interesse? [em linha] [Consultado em 16 de Novembro de 2012] Disponível em <http://www.spci.pt/Congressos/XIII/posters/36.pdf>

UCIP (2010). Dossier de integração de novos profissionais na UCIP. Porto: CHP.

ANEXO IV: PANFLETO “COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL”

PANFLETO “COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL”

1. Estabilização cervical da cabeça

Figura 1 – Imobilização manual da cabeça



Fonte: Nunes, F et al (2009). Manual de trauma. Loures: lusociência

2. Escolha do tamanho adequado do colar cervical:

2.1. Medir a distância do ângulo da mandíbula até à base do pescoço



Fonte: Nunes, F et al (2009). Manual de trauma. Loures: Lusociência

Figura 2 – Escolha do colar cervical

3. Colocação do colar cervical:

a) Colar cervical Nec Loc



Fonte: <http://pt.spencer.it/produtos/imobilizacao/colares-cervicais>

Figura 3 – Colar Nec Loc

I. Ajustar a parte anterior do colar ao pescoço da vítima



Fonte: Nunes, F et al (2009). Manual de trauma. Loures: Lusociência

Figura 4 – Colocação da parte anterior do colar

II. Colocar a parte posterior do colar e reajustar



Fonte: Nunes, F et al (2009). Manual de trauma. Loures: Lusociência

Figura 5 – Colocação da parte posterior do colar

b) Colar cervical Philadelphia



Fonte: <http://pt.spencer.it/produtos/imobilizacao/colares-cervicais>

Figura 6 – Colar cervical Philadelphia

- I. Ajustar a parte posterior do colar ao pescoço da vítima
- II. Colocar a parte anterior do colar e reajustar



Fonte: <http://www.sportstek.net/nphc.html>

Figura 7 – Colocação colar Philadelphia

ANEXO V: REFLEXÃO “DILEMAS ÉTICOS NO PRÉ-HOSPITALAR”

DILEMAS ÉTICOS NO PRÉ-HOSPITALAR

Diana Ferreira

A Enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, associada à história da humanidade. Ao enfermeiro é imputada uma responsabilidade ética, moral, profissional e jurídica, influenciada pela política, religião, avanço tecnológico e pesquisas científicas. O surgimento das novas tecnologias e métodos de tratamento sofisticados na abordagem do doente crítico torna premente a discussão da forma de actuação mais correcta aos olhos da ética profissional. No contexto específico da assistência pré hospitalar ao doente crítico, muitas vezes os princípios éticos são relevados para segundo plano, em função do comprometimento orgânico dos indivíduos. É, pois, fundamental, lembrar e sensibilizar os profissionais que executam funções na área do pré hospitalar para a existência desses princípios, esclarecendo as suas dúvidas, para que a sua actuação seja ao mesmo tempo ética e conscienciosa.

Os enfermeiros a prestar cuidados na assistência pré-hospitalar estão inseridos numa equipa multidisciplinar, pelo que devem relevar o seu papel na equipa. Estes são reconhecidos como os profissionais de saúde que contactam de forma mais prolongada com o doente e sua família, conhecendo as suas angústias, medos e problemas particulares, desejos, crenças e valores mais íntima e aprofundadamente, permitindo que a sua visão da realidade do doente seja mais espontânea, directa e completa. Os enfermeiros conceptualizam a pessoa como agente intencional de comportamentos, sofrendo a influência do ambiente no qual vive e se desenvolve, procurando o equilíbrio e harmonia do seu ser pessoal. Na prática isto reflecte-se em centrar a sua actuação profissional nas relações interpessoais, valorizar e respeitar os valores, crenças e desejos individuais, respeitar as opções das pessoas cuidadas, agindo na defesa da autonomia, da não discriminação e da abstenção de juízos de valores. Assim, a missão que lhe é atribuída, independentemente do contexto do seu exercício de funções, consiste na defesa dos interesses dos doentes. Para que seja possível a sua consecução é necessário que os enfermeiros baseiem as suas intervenções nas normas e obrigações profissionais, agindo de

acordo com os valores e deveres deontológicos da profissão e os princípios éticos que os fundamentam. Nesse contexto, destacam-se os seguintes valores orientadores de conduta, apresentados no Código Deontológico do Enfermeiro: igualdade, liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

De uma forma geral, segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, estes são obrigados a respeitar a vida, a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos, bem como a saúde e bem-estar da população; a proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum. Mais especificamente, em relação aos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro tem o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida. Estes direitos à vida e qualidade de vida encontram-se inseridos num *continuum* de deveres dos enfermeiros que culminam com o respeito pelo doente terminal, em que é fundamental o respeito pelas manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, família e suas pessoas significativas, e o respeito pelo corpo após a morte.

De uma forma mais específica, os enfermeiros a prestarem serviços na assistência pré-hospitalar encontram-se sob um código ético documentado pelo INEM, que valoriza os seguintes princípios: prevalecer o interesse público ao privado, legalidade, neutralidade, igualdade, integridade, dedicação, competência, respeito, continuidade e adaptabilidade. (INEM, 2009)

Este código de conduta vai de encontro aos princípios apresentados na “Declaração de Barcelona” em 1998. Aqui são apresentados quatro princípios básicos: autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade. A autonomia refere-se à liberdade individual de cada um, relacionando-a com a organização da sociedade, tendo em vista o desenvolvimento harmonioso da pessoa humana. A dignidade confere estatuto moral à pessoa, ou seja, exprime o valor intrínseco da pessoa e a posição que assume na sociedade, exigindo o reconhecimento por parte dos outros. A integridade pode ser exprimida pela exigência de se ser respeitado e protegido e de não ser magoado, lesado ou alterado. A vulnerabilidade exprime a finitude e fragilidade da vida e a exigência de cuidados para os vulneráveis. (NEVES, 2002)

Atentando em todos estes princípios éticos e morais e deveres profissionais, por vezes, surge um conflito entre eles de difícil resolução. Esta dúvida sobre a forma de atuação mais correta ainda se torna mais significativa na prestação de cuidados ao doente

crítico em contexto pré-hospitalar, na medida em que as decisões têm que ser tomadas de forma rápida, assertiva e eficiente. As situações de conflito que merecem um relevo especial, pela sua elevada ocorrência, no contexto da assistência pré--hospitalar são: a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento e de outros que prolongam artificialmente a vida versus o investimento máximo, em termos de recursos, na vida humana.

No âmbito do investimento na vida humana, qualquer cidadão deve ter como valor próprio o respeito pela proteção à vida, pelo que se presencia uma situação de emergência médica deve prestar o apoio esperado, que consiste na aplicação do início da cadeia de sobrevivência. Devem reconhecer a situação como emergência médica e pedir ajuda, para que os meios diferenciados de socorro à vítima sejam ativados o mais rapidamente possível. O segundo passo da cadeia consiste no início do suporte básico de vida, que permite suportar as funções vitais até a chegada de ajuda diferenciada. Através destas simples intervenções o cidadão comum demonstra respeito pela vida do seu igual, valorizando-a, fazendo tudo o que está ao seu alcance para a proteger. Deste modo o cidadão cumpre a sua obrigação, zelando pelo direito à vida da outra pessoa, direito contemplado no artº3 da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1978). Para além disso, segundo o artº200 do Código Penal, *“quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, saúde, integridade física ou liberdade de outrem, deixar de lhe prestar o auxílio que se revele necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o seu socorro...”* pode ser punido legalmente.

Relativamente ao profissional de saúde, este tem ainda uma maior responsabilidade de atuação quando presencia situações de emergência médica, podendo ser acusado de negligência se não prestar apoio imediato às vítimas, pois segundo o artº15 do Código Penal, o individuo não procede com o cuidado, a que está obrigado e, para o qual possui toda a competência.

É fundamental ter noção de que algumas intervenções realizadas com o objectivo de proteger a vida humana, como a reanimação cardiorrespiratória, por exemplo, são agressivas e passíveis de provocarem danos nas vítimas, podendo lesar a integridade física da mesma, o que aos olhos da Lei pode ser considerado a execução de tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos graves. No entanto, segundo o artº150 do Código Penal, *“as intervenções e outros tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados, e forem levados a cabo, de acordo com*

a legis artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar, ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física...”.

Assim, com base nos protocolos pré estabelecidos o princípio geral em situações de emergência é proteger a vida humana, realizando o investimento de recursos necessários para que isso aconteça. Isto abrange a reanimação em contexto extra-hospitalar, independentemente do desconhecimento dos profissionais em relação à situação clínica que levou à emergência médica e dos desejos prévios da vítima. As situações de não reanimação incluem as lesões incompatíveis com a vida, nomeadamente decapitação, incineração, rigor *mortis*, decomposição e hemicorporectomia. A reanimação só deve ser suspensa quando existe um retorno da circulação espontânea, ordem da equipa de SAV após reavaliação cuidada da situação, reconhecimento confirmado da morte da vítima, chegada à unidade de saúde de referência com transferência de responsabilidade dos cuidados para a equipa hospitalar, ou falta de condições de segurança. Esta última condição é, também, contemplada no artº200 do Código Penal, na medida em que “*a omissão de auxílio não é punível quando se verificar grave risco para a vida ou integridade física do omitente...*”.

A rigidez destes protocolos leva, por um lado, à tomada de decisão rápida e eficiente na aplicação de medidas emergentes para cuidar do doente crítico, mas por outro, ao aumento do sofrimento da vítima de doença súbita e sua família, cuja irreversibilidade da situação clínica se sobrepõe à execução de procedimentos agressivos e inúteis, passíveis de constituírem uma ofensa para a integridade física e moral das pessoas em causa. Este conceito de inutilidade compreende as situações em que a intervenção não tem efeito fisiológico, o doente encontra-se num estadio terminal, e em que a qualidade de vida resultante da intervenção é muito reduzida. Os casos com os quais os profissionais do pré - hospitalar se deparam frequentemente e que se encaixam neste pressuposto são:

- Doentes terminais, de idade avançada, com apoio familiar ou social de boa qualidade, que não têm nenhuma doença tratável, mas apenas senilidade ou sequelas irreversíveis causadas pelas patologias de base;
- Doentes graves, que entram em fase terminal, cuja situação de doença não reverte com medidas extraordinárias de suporte ventilatório e/ou cardíaco.

Qualquer um destes casos encontra-se contemplado no parecer publicado pelo CNECV (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida). Segundo a mesma entidade, quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem

de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efectuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer. O objectivo primordial destes cuidados consiste em maximizar o conforto e bem-estar nos níveis físico, psíquico e afectivo dos doentes. Assim, os doentes nestas situações devem ser tratados com compreensão afetiva e respeito, sem início e/ou manutenção de terapêuticas fúteis e claramente ineficazes, havendo uma recusa da obstinação terapêutica, para que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade humana, de uma forma aceite, reconhecida e socializada. (CNECV, 1995)

Ainda em relação a este assunto, relembro a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da DGS (Direção Geral de Saúde), que afirma que os doentes têm direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, o que inclui o direito a morrer com dignidade. Isto pressupõe uma morte no tempo certo, sem antecipação ou adiamento da morte, e da forma certa, sem dor, nem sofrimento e acompanhado. (PACHECO, 2002)

CONCLUSÃO

Apesar da dificuldade inerente à tomada de decisão ética em determinadas situações particulares, em especial na área da assistência pré-hospitalar, pela existência de regras de conduta contraditórias e complexas que guiam os profissionais em sentidos opostos, o caminho a ser escolhido deve ser ponderado com consciência, atendendo sempre aos princípios éticos universais.

BIBLIOGRAFIA

CNECV (1995). Parecer nº11/CNECV/95: aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. [em linha] [consultado a 20 de Dezembro de 2012] Disponível em <http://www.cnecv.pt/>

INEM (2009). Código de Ética dos Profissionais do INEM. [em linha] [consultado a 27 de Dezembro de 2012] Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27757

NEVES, M.P. (2002). A teorização da bioética. Comissões de ética. 2ª edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p. 37-63.

PACHECO, S. (2002). Os direitos e deveres da pessoa doente: Perspectiva do profissional de saúde. Cadernos da Bioética. Ano XII, nº29 (Agosto), p. 39-48.

PORTUGAL. Ministério da Justiça (1982). Decreto-Lei nº400/82 de 23 de Setembro. Código Penal. Diário da República, 1ª série, nº221, Livro I, Título II, Capítulo I. [em linha] [consultado a 27 de Dezembro de 2012] Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/09/22101/00020064.pdf>

PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa. (2009). Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, nº180, capítulo VI, secção II, artº78.

PORTUGAL. (1978). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República, 1ª série, nº57, artº3. [em linha] [consultado a 27 de Dezembro de 2012] Disponível em <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>

VIEIRA, M. (2002). O enfermeiro. In NEVES, M.P. (2002). A teorização da bioética. Comissões de ética. 2ª edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p. 145-148.

ANEXO VI: POSTER “GUIA DE ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA do CHEDV – UNIDADE DE SANTA MARIA DA FEIRA”



Acompanhamento dos doentes no serviço de urgência

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de Santa Maria da Feira



Considerações gerais:

- Todo o cidadão tem direito a ser acompanhado no serviço de urgência
- Só é permitido o acompanhamento se o doente manifestar vontade
- O atendimento dos doentes é efectuado, tendo em conta o quadro clínico do doente e não por ordem de chegada

Horário e local de funcionamento do balcão de informações:

8h—24h	→	Sala de acompanhantes
0h—8h	→	Balcão administrativo

Direitos:

- Durante o tempo de permanência na sala de acompanhantes, serão prestadas todas as informações que sejam consideradas pertinentes, de hora em hora ao portavoza da família, excepto:
 - Indicação expressa do doente
 - Matéria reservada por segredo clínico;
 - Quando o acompanhante permanece junto do doente.
- O acompanhante poderá voltar para junto do doente no momento da reavaliação médica e/ou aquando a alta, desde que o médico assim o entenda como pertinente

Deveres:

- Após o 1º atendimento médico, se houver necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico ou intervenção terapêutica, o acompanhante deverá deslocar-se para a sala de acompanhantes
- Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos, excepto se para tal, for dada autorização
- Não é permitida a rotação de acompanhantes no serviço de urgência
- O acompanhante deve comportar-se com urbanidade, respeitar e acatar as instruções e indicações dos profissionais de serviço
- Junto do doente o acompanhante deve:
 - ⇒ Permanecer junto do seu familiar respeitando as regras de funcionamento do serviço;
 - ⇒ Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento
 - ⇒ Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites
 - ⇒ Colaborar na execução de cuidados com o apoio e orientação dos profissionais de saúde
 - ⇒ Respeitar a privacidade dos doentes
 - ⇒ Não se sentar na maca ou ocupar os cadeirões dos doentes
 - ⇒ Manter a identificação de acompanhante sempre visível
 - ⇒ Solicitar sempre a autorização do enfermeiro para mobilizar o doente ou mudar a posição da maca
 - ⇒ Não dar qualquer tipo de alimentos ou bebidas, sem autorização do enfermeiro
 - ⇒ Manter o telemóvel desligado ou silencioso
 - ⇒ Não entrar nos espaços privados do serviço
 - ⇒ Evitar conversas que possam prejudicar o doente
 - ⇒ Manter-se em silêncio

Diana Ferreira aluna do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2012

**ANEXO VII: PROPOSTA DE ARTIGO “COMO LIGAR O 112” A PUBLICAR NO
JORNAL VIVACIDADE DE GONDOMAR**

COMO LIGAR 112

Ana Baltazar
Diana Ferreira

A ligação realizada para o número 112 inicia uma cadeia de acontecimentos, cujo objetivo final é a assistência à vítima de doença súbita ou acidente de forma rápida e eficiente. Quando esta ligação não é realizada de forma correta, pode existir um atraso no envio da ajuda para as vítimas que dela dependem para sobreviver. Assim, é fundamental que a forma mais correta de estabelecer a ligação do 112 seja do conhecimento de todos.

Antes de se iniciar a chamada deve verificar-se se se tem as condições de segurança necessárias para a realizar, para que não haja tendência para aumentar o número de feridos. Ao realizá-la deve usar-se uma linguagem simples, concreta e clara e manter-se uma postura calma, para que a informação seja perceptível para o operador que atende a chamada.

Sempre que se liga 112 a chamada será atendida pela Central de Emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP), porque o 112 é um número comum a muitas situações, como assalto, incêndio, acidente de viação, etc.

Se se precisa da emergência na área da saúde, ao ligar 112 deve pedir-se para passar a chamada ao CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) ou dizer-se que tem uma emergência médica.

O número 112 é gratuito tanto de telefone fixo como móvel e está disponível em todo o território nacional, 24 horas por dia.

Durante a chamada, deve indicar-se a seguinte informação:

- Localização exata, que inclui a cidade, freguesia e nome da rua e, se possível, pontos de referência, por exemplo, se o local é perto de algum café, alguma loja, uma igreja,...
- Número do telefone do qual se está a ligar. Pode ser necessário voltar a contactar a pedir mais informações;
- Tipo de situação de emergência: doença súbita (falta de ar, dor no peito, desmaio, paragem cardio-respiratória), trauma (acidente de moto, carro, trator,

ou outro veículo motorizado, acidente de bicicleta, queda, atropelamento) ou parto;

- Número de vítimas;
- Idade aparente da(s) vítima(s);
- Sexo da(s) vítima(s);
- Queixas principais observadas e comunicadas pela vítima: dor, desconforto;
- Localização das queixas;
- Alterações observadas: palidez, feridas, sangramento;
- Se alguém já se encontra a socorrer a vítima. Por exemplo, em caso de paragem cardio-respiratória indicar se alguém está a fazer manobras de suporte básico de vida.

Deve responder-se a todas as questões que o operador coloca. Muitas vezes a ajuda já vai a caminho enquanto ainda se fala ao telefone. As questões colocadas vão ajudar a definir o melhor socorro e a preparar a equipa para a situação.

Após o fornecimento de todas as informações necessárias ao operador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, deve-se aguardar que este diga como proceder. Por vezes podem ser dadas instruções para ajudar a vítima. São instruções de pré-socorro.

Só se deve desligar a chamada após indicação do operador.

O número 112 deve ser usado, unicamente, em situações de emergência, sendo o primeiro passo no socorro à vítima.

Ligar 112 pode ajudar a salvar vidas!

ANEXO VIII: PANFLETO “COMO LIGAR O 112”

Por vezes ser-lhe-ão dadas **instruções**, que deve seguir para **ajudar a vítima**. São instruções de pré-socorro.

Desligue o telefone **só quando o operador indicar**. Dê o seu número de telefone de contacto, caso seja necessário voltarem a ligar-lhe a pedir mais informações.

LIGAR 112 É O PRIMEIRO PASSO PARA O SOCORRO À VÍTIMA

LIGAR 112 PODE AJUDAR A SALVAR VIDAS

112 É UM NÚMERO PARA SER USADO UNICAMENTE EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

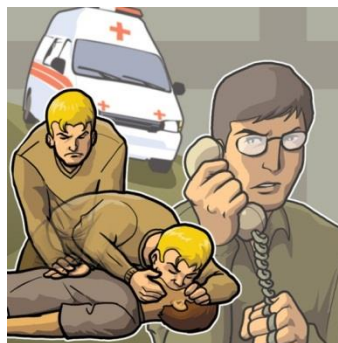
Lembre-se, ao ver uma pessoa doente a precisar de ajuda, ou vítima de acidente:

LIGUE 112

RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES QUE LHE COLOQUEM

SIGA AS INSTRUÇÕES DE PRÉ-SOCORRO

DESLIGUE SÓ QUANDO O INDICAREM



Ana Baltazar; Diana Ferreira – alunas do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Orientação: Professora Irene Oliveira e Professora Lúcia Rocha - Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira Adriana Machado - INEM

Número Europeu de Emergência

112



Número Europeu de Emergência

112

**Em caso de acidente ou doença súbita
lique 112**

Sempre que liga 112 a chamada será atendida pela Central de Emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP), porque o 112 é um número comum a muitas situações, como assalto, incêndio, acidente de viação, etc.

Se precisa da emergência na área da saúde, ao ligar 112 deve pedir para passar a chamada para o **CODU** (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) ou dizer que tem uma **emergência médica**.

O número 112 é gratuito tanto de telefone fixo como móvel, está disponível em todo o território nacional, 24 horas por dia.

Antes de ligar confirme que está em segurança!

Ao ligar 112 deve informar o operador sobre:

- Local exato onde se encontra a vítima (cidade, freguesia, nome da rua,...);
- Pontos de referência do local para facilitar a chegada do socorro. Por exemplo, indicar se tem um café próximo, alguma loja conhecida, alguma igreja, etc;
- A situação. Deve explicar o que aconteceu, como por exemplo, acidente, dor no peito, falta de ar, perda de sangue, etc;
- Se a vítima é homem ou mulher, e idade aparente;
- Número de vítimas (pessoas a precisar de ajuda);
- Como se encontram as vítimas, por exemplo, se estão inconscientes, se reagem, se respiram, se conseguem falar, em caso de acidente se estão encarceradas, etc;
- Se alguém já se encontra a socorrer a vítima. Por exemplo, em caso de paragem cardiorespiratória indicar se

alguém está a fazer manobras de suporte básico de vida.



Deve responder a todas as questões que o operador lhe coloca. Muitas vezes a ajuda já vai a caminho enquanto ainda fala ao telefone.



As questões que lhe colocam vão ajudar a definir o melhor socorro e a preparar a equipa para a situação.